Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984
PAN 2601-00030

Patientnämnden

Plan för intern kontroll, år 2025

År 2025

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 4
2.3 Kontrollaktiviteter 6
2.4 Information och kommunikation 7
2.5 Övervakning och uppföljning 7
2.5.1 Uppföljning 7
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 8
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 8

3 Sammanställning av risker 9

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämndens arbete med risk och intern kontroll.

Ledning och medarbetare sitter vid arbete på kontoret samlade i en gemensam lokal, vilket underlättar transparens och effektiv kommunikation mellan ledning och medarbetare. Medarbetarna har individuella avtal om distansarbete som ger möjlighet att arbeta hemifrån i kombination med arbete på kontoret ett visst antal dagar i veckan. Vid arbete på distans sker kommunikation istället via digitala kanaler.

Rutiner uppdateras vid behov för processer som styr förvaltningen samt det dagliga arbetet. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT eller vid andra mötesforum. Förvaltningen har också ett väl fungerande samverkansform med fackliga representanter. Ledningen har beredskap att bedriva krisledningsarbete i händelse av krissituationer eller allvarliga störningar i verksamheten. Under året har förvaltningen, tillsammans med regionens säkerhetsavdelning, genomfört en krisledningsövning.

En förändring i roller och ansvar kopplade till styr- och kontrollmiljön har genomförts under perioden, tidigare controller har slutat och en ny controller har börjat (juni).

Uppdatering och uppföljning av intern kontrollplan samordnas av controller i samverkan med medarbetare med särskilda ansvarsområden och förankras med ledningen. Extern granskning utförs av regionrevisorerna och auktoriserad revisor.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

Patientnämndens förvaltning har gått igenom planen för intern kontroll i samband med årsrapporteringen för att säkerställa att informationen och bedömningar fortfarande är aktuella, samt om någon ny risk har tillkommit. Riskerna kopplade till Patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade. Inga nya risker har identifierats och inga risker har bedömts vara inaktuella. I nämndens plan för intern

kontroll identifierades 19 riskområden varav två bedömdes ha högt riskvärde och fyra medelhögt riskvärde. Övriga risker bedömdes ha lågt riskvärde. Den uppdaterade riskanalysen har inte lett till några förändringar i värdering av riskerna.

Dataintrång är fortsatt den risk som har högst riskvärde. Regionen har de senaste åren rapporterat ett ökat antal försök till dataintrång. Regionens avdelning för IT-säkerhet rapporterar till förvaltningen om de uppmärksammar avvikelser gällande IT-säkerhet. Förvaltningen bedömer risken att drabbas som relativt låg, men att konsekvensen skulle vara mycket allvarlig, eftersom förvaltningen hanterar personuppgifter. Förvaltningens servrar sköts av serviceförvaltningen IT, som också hanterar kontroller och åtgärder för att garantera IT-säkerheten. Förvaltningen arbetar kontinuerligt för att reducera riskerna för verksamheten genom information och utbildning.

Inom stödpersonsverksamheten finns risk att stödpersoner inte fullgör sina uppdrag, men trots det erhåller arvode. Eftersom vårdgivare inte registrerar dessa möten, är möjligheten för förvaltningen att följa upp dem begränsad. Förvaltningen håller dock löpande kontakt med aktiva stödpersoner- och vårdgivare och för dialog kring arbetet, vilket främjar tillit.

Risken för ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö hänger ihop med att medarbetarna uttrycker att den upplevda arbetsbelastningen i ärendehanteringen har ökat under de senaste åren. Detta till följd av hög ärendemängd, ökade förväntningar på hög tillgänglighet och snabb ärendehantering samt nya arbetssätt att lära sig till följd av ständig utveckling av digitala arbetssätt.

Risken för större samhällspåverkande kris såsom krig eller terrorattentat innebär påverkan på förvaltningens möjlighet att utföra sina uppdrag på olika sätt. Det kan exempelvis handla om påverkan på infrastruktur, elförsörjning eller personalförsörjning vid omplacering av sjukvårdsutbildad personal. Sannolikheten bedöms vara låg, men konsekvensen skulle vara mycket allvarlig, och riskvärdet ger därför medelhög risk. Förvaltningen följer utvecklingen och kan aktivera krisledningen vid behov.

Risken kopplad till sekretess och konfidentialitet innebär att obehöriga skulle få tillgång till sekretessbelagda uppgifter. Förvaltningens rutiner fungerar väl och sannolikheten för att sekretessen bryts bedöms vara låg. Konsekvensen skulle dock vara allvarlig.

Det finns en risk kopplad till bevarande av data i förvaltningens databas. Vid förlust av data skulle konsekvensen i värsta fall kunna innebära förlorad möjlighet att hantera pågående ärenden och tappa jämförande historik. Andra konsekvenser skulle kunna vara ett bristfälligt underlag för kvalitetsarbete och analys, vilket kan påverka patientsäkerheten. Databas och servrar sköts av serviceförvaltningen IT och risken bedöms vara låg, men även för denna risk skulle konsekvensen vara allvarlig.

De obligatoriska riskerna för felaktiga bidragsutbetalningar och risk för fel i finansiell rapportering bedöms fortsatt låga.

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Patientnämndens förvaltning har gått igenom planen för intern kontroll för att säkerställa att arbetet med kontroller och åtgärder fortlöper enligt plan. Bedömningen är att kontroller och åtgärder kopplade till identifierade risker hanteras av utsedda kontrollansvariga medarbetare i enlighet med den upprättade planen. Inga väsentliga förändringar har skett sedan planen för intern kontroll 2025 upprättades och inga nya kontroller eller åtgärder har tillkommit eller tagits bort.

När det gäller dataintrång uppmanar förvaltningen kontinuerligt medarbetarna att vara uppmärksamma och försiktiga för att undvika virus och dataintrång. Alla medarbetare uppmanas att genomföra regionens obligatoriska utbildning i informationssäkerhet (DISA), både vid nyanställning samt för repetition efter ett par år. Nya medarbetare informeras om förvaltningens riktlinjer som en del av förvaltningens introduktionsprogram.

När det gäller risken för större samhällspåverkande kris har förvaltningen en plan för beredskap, kris och kontinuitet som grundar sig på regionens övergripande plan. Planen inkluderar bland annat åtgärder vid extraordinära händelser. Planen uppdateras regelbundet.

Inom stödpersonsverksamheten rapporterar stödpersonerna månadsvis sina kontakter med patienter digitalt till förvaltningen, och handläggare kontrollerar att riktlinjer och beslut följs. Ersättning utbetalas endast efter att rapport inkommit och godkänts av förvaltningen. Förvaltningen gör stickprov för att kontrollera att stödpersoner verkligen fullgör sina uppdrag.

För att minska riskerna kopplade till ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö arbetar ledningen aktivt för en god arbetsmiljö och för att förebygga stress, psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Löpande avstämningar görs med medarbetare enskilt och i grupp. Kontinuerligt eftersträvas en god arbetsfördelning och möjlighet för medarbetarna att själva kunna planera sitt arbete på det sätt som fungerar bäst för dem och verksamheten.

Förvaltningens rutiner för sekretess innebär bland annat att medarbetarna för att kunna arbeta i systemet måste logga in med e-tjänstekort. Loggning sker löpande och kan följas upp vid behov. Alla personuppgifter hanteras i förvaltningens databas och i de fall statistik eller ärendeförteckningar begärs ut är personuppgifter dolda. Vid hemarbete följs särskilda rutiner för sekretess. Förvaltningen har dessutom rutiner för externa besök som inte kan ske oanmälda, samt förvarar sekretessbelagda dokument i låsbara dokumentskåp. Samtliga avvikelser ska rapporteras till chef och i särskilt avsedd avvikelsehanteringsmapp där alla kan ta del av informationen.

Kontroller och åtgärder kopplade till risken avseende bevarande av data i

förvaltningens databas sköts av serviceförvaltningen IT som säkerställer att kontroller gällande säkerhetskopiering och virusskydd sköts på ett lämpligt sätt.

Kontroller kopplade till den obligatoriska risken för oegentligheter täcks in inom andra risker, såsom "Risk för felaktiga externa betalningar" och "Risk att stödpersoner inte fullgör sina uppdrag". Verksamheten är liten och överskådlig, vilket underlättar för att upptäcka eventuella avvikelser. Transparens och samarbete kring inköp och avtal minskar risken ytterligare.

Kontroller kopplade till de obligatoriska riskerna för felaktiga bidragsutbetalningar och risk för fel i finansiell rapportering sker via regelbundna avstämningar och analys av resultat och kostnadsposter dels av förvaltningens controller men också av Serviceförvaltningens ekonomiavdelning.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

På förvaltningens gemensamma server finns information och styrande dokument tillgängligt för medarbetare. Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande på APT/ledningsmöten i organisationen.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Rapportering, uppföljning och övervakning kring risker, kontroller och åtgärder samordnas av förvaltningens controller som samverkar med biträdande förvaltningschef, kontroll- och åtgärdsansvariga tjänstemän, ledningsgrupp samt förvaltningschef vid upprättande och uppföljning av plan för intern kontroll.

Planen och dess uppföljning bereds i patientnämndens arbetsutskott. Förvaltningen

rapporterar plan för intern kontroll till nämnden i samband med verksamhetsplan, tertial- och delårsrapport samt verksamhetsberättelse. Nämnden fattar beslut om huruvida den interna kontrollplanen ska godkännas och kan ge förslag på justeringar.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Nämnden ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med regionens riktlinjer och anvisningar i samband med verksamhetsplan, delårsrapport samt verksamhetsberättelse. På så sätt säkerställs efterlevnad av riktlinjen och eventuella förändringar som har skett identifieras. Verksamhetens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker underlättar överblick över eventuella avvikelser. Nämnden tar del av och beslutar om planen för intern kontroll och dess uppföljning.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

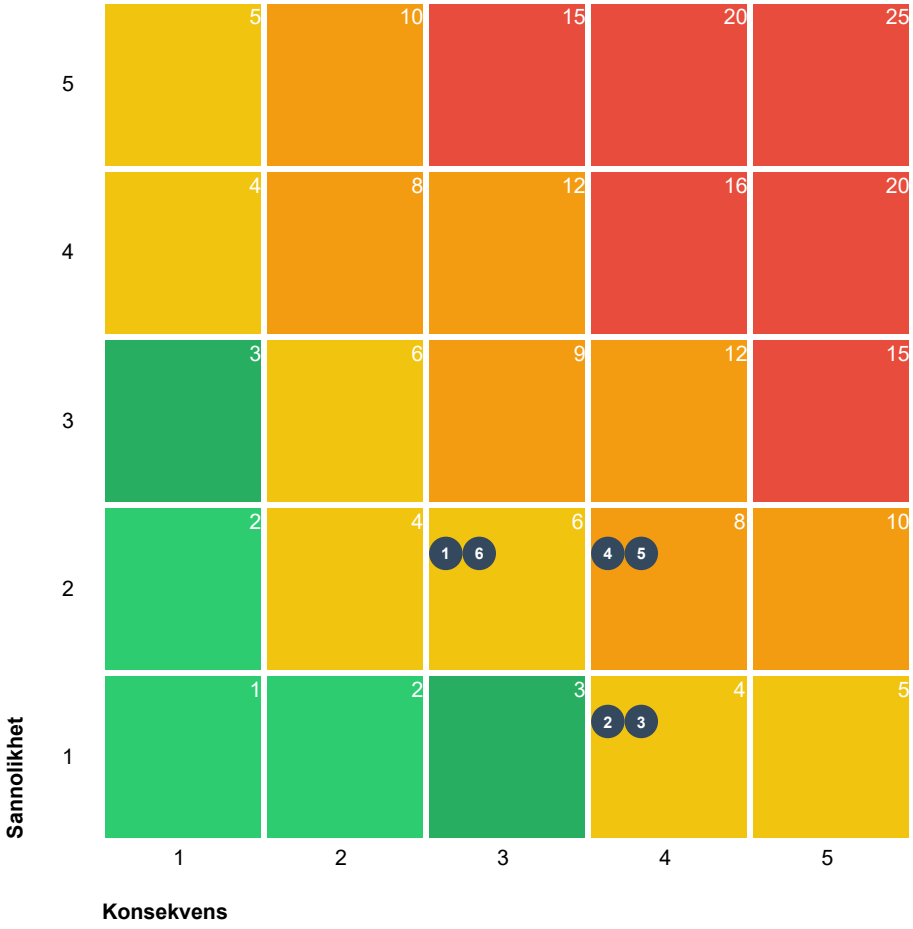
Avvikelser samlas i en fil där avvikelsen beskrivs och datum för avvikelsen anges samt vilket område som avses. Filen följs upp av ledningen och åtgärdsansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

Inga brister i intern kontroll har noterats under året.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig.

I regionrevisorernas årsrapporterings-PM framgår att de inte har några rekommendationer.

3 Sammanställning av risker



2 Hög risk 4 Medelhög risk | Totalt: 6

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

	hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		1	14147	→	Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag	**Riskägare** Pia Bornevi
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		2	14152	→	Bevarande av data i förvaltningens databas	**Riskägare** Pia Bornevi
		3	14150	→	Sekretess och konfidentialitet	**Riskägare** Pia Bornevi
		4	43233	→	Dataintrång	**Riskägare** Pia Bornevi
		5	89038	→	Större samhällspåverkande kris	**Riskägare** Pia Bornevi
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		6	14149	→	Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö	**Riskägare** Pia Bornevi