

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2013-11-13

HSN 1212-1455

Handläggare:
Ingela Gundmark Göthe

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2013-12-11 , p 3

Intern kontrollplan 2014 för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Ärendebeskrivning

Ärendet gäller förslag till Intern kontrollplan för hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2014. Bakgrunden till modellen för intern kontroll är Landstingsfullmäktiges beslut den 11 juni 2013, Policy för internkontroll för Stockholms läns landsting och bolag

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2013-11-13
Riktlinjer och begrepp för intern styrning och kontroll samt riskanalys inom arbetet med intern kontrollplan 2014
Förslag till intern kontrollplan 2014

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna Intern kontrollplan 2014.

Förvaltningens motivering till förslaget

Enligt beslut om Policy för Intern kontroll för Stockholms läns landsting, LS 1303-0431 , i Landstingsfullmäktige 11 juni 2013 ska nämnder och bolagsstyrelser ha ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. Utifrån en risk- och väsentlighetsanalys ska förvaltningschefen eller bolagschefen välja ut ett antal områden som särskilt ska bearbetas under verksamhetsåret för att verifiera att mål uppnås samt att riktlinjer och fastlagda kontroller upprätthålls alternativt genomförs. Risk- och väsentlighetsanalyser ska genomföras samt dokumenteras och med dessa som underlag upprättas förslag på internkontrollplan.

Stockholms läns landsting tillämpar COSO-modellen¹, ett internationellt tillämpat ramverk för att beskriva den interna kontrollen. Intern kontroll

¹ Committee of Organizations of Tradway Comission

definieras enligt COSO som en process där styrelse, ledning och övrig personal samverkar och som med rimlig grad av säkerhet ska se till att verksamhetens mål uppnås avseende:

- Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning
- Tillförlitlig finansiell rapportering
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, förordningar och interna regler

Policyn anger vidare att den interna kontrollen behöver vara en integrerad del av det vardagliga arbetet.

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen har, inför arbetet med intern kontroll 2014, utvecklat metoder för en förbättrad egenkontroll genom att kontrollmomenten läggs in i verksamhetsplanen. Samtliga kontrollmoment i den interna kontrollplanen 2014 har föregåtts av en riskbedömning. Den genomförda riskbedömningen anger sannolikheten för att en händelse ska inträffa och påverkan om händelsen inträffar. Riskbedömningen leder till att handlingsplaner upprättas så att risker kan elimineras eller reduceras. I den interna kontrollplanen, bilaga 2, anges var i organisationen ansvaret för att genomföra kontrollmoment och åtgärder ligger samt till vem rapportering sker.

Tekniken i Hälsa- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan och den så kallade Verksamhetsnavigatorn har utvecklats så att det nu finns en metod för riskbedömning. Verksamhetsnavigatorn är en teknisk plattform för att skapa ordning och reda samt tydliggöra delegerade uppdrag på rätt nivå i organisationen.

Den interna revisionen ska säkerställa att alla kontrollmoment genomförs samt att handlingsplaner finns upprättade i de fall risk föreligger att händelse ska inträffa som får stor påverkan. Resultaten av den interna revisionen sammanställs i en rapport med Hälsa- och sjukvårdsdirektören som mottagare.

Det ska påpekas att riskbedömning inte är någon vetenskap, det handlar om en bedömning av vilka risker som kan uppstå och en bedömning om risken är allvarlig eller om den inte är det.

Respektive förvaltning och bolag ska i samband med delårsrapportering och årsbokslut rapportera statusen för den interna kontrollen i enlighet med Landstingsstyrelsens anvisningar. Dessutom ska respektive

förvaltningschef eller bolagschef i samband med detta avge en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig internkontroll.

Ekonomiska konsekvenser

Intern kontroll syftar bland annat till att säkerställa god ekonomisk hushållning.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Intern kontroll syftar bland annat till att stärka det förvaltningsinterna arbetet med att utveckla en patientsäker hälso- och sjukvård.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Intern kontroll syftar bland annat till att stärka det förvaltningsinterna arbetet med jämställd och jämlik vård inom hälso- och sjukvården.

Miljökonsekvenser

Intern kontroll syftar bland annat till att stärka det förvaltningsinterna arbetet med aktivt miljöarbete inom hälso- och sjukvården.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Henrik Gaunitz
Avdelningschef

Handläggare Ingela Gundmark Göthe
Telefon 08-123 133 16
E-post ingela.gundmark-gothe@sll.se

Riktlinjer och begrepp för intern styrning och kontroll samt riskbedömning inom arbetet med intern kontrollplan 2014

Intern kontrollplan 2014 för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagits fram. Planens utformning utgår från den så kallade COSO-modellen¹ och de begrepp som används i denna. Terminologin inom Stockholms läns landsting är inte alltid gemensam. Kanske behöver det inte heller vara så men målet bör vara att vi förstår vad de begrepp som används också betyder när riskbedömningar, egenkontroll och intern revision genomförs i förvaltningen.

Begreppen i ramverket COSO utgörs av fem komponenter:

- Kontrollmiljö (egen styr- och kontrollmiljö)
- Riskbedömning
- Kontrollaktiviteter
- Information och kommunikation
- Uppföljning/övervakning

Alla komponenter måste finnas (vara närvarande) och fungera för att en effektiv intern styrning och kontroll ska föreligga.

(Referens COSO seminarium 2013-06-11)

Policy för internkontroll

Landstingsfullmäktige beslutade den 6 juni 2013 om *Policy för internkontroll för Stockholms läns landsting och bolag*. Policyn är en reviderad upplaga av den policy som Landstingsfullmäktige fattade beslut om 2005. I den reviderade versionen tydliggörs ansvarsrollen för risk- och väsentlighetsanalys.

¹ *Committee of Sponsoring Organizations of Tradway Commission*

”Förvaltnings- och bolagschefen ska se till att risk- och väsentlighetsanalyser genomförs och dokumenteras och med dessa som underlag upprätta förslag till internkontrollplan. En väl genomförd risk- och väsentlighetsanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som följd av påverkbara eller opåverkbara risker och som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål.”

Enligt den reviderade policyn ska den interna kontrollplanen minst innehålla:

- Vilka rutiner och kontrollmoment som ska följas upp
- Genomförd riskbedömning
- Omfattning och frekvens av uppföljningen
- När rapportering ska ske
- Åtgärdsplan

Intern styrning och kontroll, intern kontrollplan 2014

Ekonomistyrningsverket skriver i sin handledning *Att hantera verksamhetsrisker* ”Riskhantering ingår i de obligatoriska momenten i arbete med intern styrning och kontroll som också brukar kallas för processen för intern styrning och kontroll.”²

Följande moment ingår i riskhanteringsprocessen:

- Att göra en riskbedömning för att identifiera omständigheter som hotar verksamheten
- Att vidta åtgärder som är nödvändiga för att fullgöra ansvaret för verksamheten
- Att systematiskt och regelbundet följa upp och bedöma den interna styrningen och kontrollen
- Att dokumentera allt som beskrivs i punkterna ovan

Den intern kontrollplanen 2014 tar sin utgångspunkt i ett antal identifierade riskområden där riskbedömning genomförts. Bedömning av risker görs utifrån Sannolikhet för att en händelse ska inträffa och Påverkan om händelsen inträffar. Vilket beskrivs närmare nedan.

Modulen Riskmatris i Verksamhetsnavigatorn utgör teknisk plattform för riskbedömning. Riskområden har identifierats genom verksamhetsnära diskussioner och synpunkter samt från tidigare genomförda interna kontroller och identifierade risker.

² Allmänna råd till 2§ förordning 2007:603) om intern styrning och kontroll anger att i processen ingår 3-6§§

Målkategori

Intern kontroll är generellt definierad som en process, utförd av en organisations styrelse, ledning och annan personal, utformad för att ge en rimlig försäkran om att målen uppfylls inom följande kategorier:

- Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning
- Tillförlitlig ekonomisk och finansiell rapportering
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och förordningar och interna regler

Riskbeskrivning

Den interna kontrollen handlar om att på en rimlig nivå säkerställa:

- Att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning
- Att informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig
- Att de regler och riktlinjer som finns följs
- Att möjliga risker inringas, bedöms och förebyggs

Riskbeskrivning enligt riskregister i Verksamhetsnavigatorn utgår från ovan angivna målkategorier.

Riskbeskrivning anger den risk som man vill följa upp samt vem som är ansvarig för uppföljningen. Uppföljningen kan delegeras till annan person (till exempel controller, handläggare etcetera) internt på avdelning/enhet men uppföljnings- och rapporteringsansvaret kräver följsamhet till vad som anges enligt egenkontrollen i den intern kontrollplanen.

Kontrollmoment

Kontrollmoment anger vad som ska följas upp både inom ramen för egenkontroll och mer djupgående intern revision.

Beslutsområde, egenkontroll och intern revision

I Policy för intern kontroll 2013 skriver man enligt följande "För att allt detta ska kunna säkerställas blir det uppenbart att den interna kontrollen bör vara en integrerad del av det vardagliga arbetet." Den interna kontrollplanen blir därmed ett stöd för en god egenkontroll.

I Landstingsrevisorernas årsrapport 2012 skriver man bland annat att Hälso- och sjukvårdsförvaltningens målsättning är att tydligare delegera ansvaret för internkontrollarbetet i organisationen på enhetschefsnivå.

Interna revisioner genomförs dels genom uppföljning av egenkontroller dels på en mer övergripande förvaltningsnivå.

Frekvens

Frekvens anger när ett kontrollmoment ska följas upp. Avdelningschef/enhetschef säkerställer följsamhet till intern kontrollplan och upprättar rutiner för granskning enligt intern kontrollplan.

Rapportering

Enligt vad som anges i intern kontrollplan. Till exempel avdelningschef rapporterar till direktör, enhetschef rapporterar till avdelningschef. Resultat från interna revisioner rapporteras alltid till direktör med återkoppling till den politiska ledningen i bokslutsarbetet.

Riskansvarig

Riskansvaret ligger alltid på direktörsnivå.

Kontrollansvarig

Här kan man välja mellan avdelningschef, enhetschef och processansvarig. Dessa personer är inte ansvariga för risken men för egenkontroll.

Risktyp

Följande risktyper används vid riskbedömning:

- Finansiella risker = ekonomi i balans
- Strategiska risker = nå uppsatta mål
- Operativa = rutiner, riktlinjer, policys, interna regler samt lagar

Riskstrategi

Följande riskstrategier används vid riskbedömning:

- Eliminera = vissa risker kan vara så stora att de måste tas bort
- Reducera = vissa risker kräver åtgärder så att de i möjligaste mån minskas
- Acceptera = vissa risker måste vi leva med men kräver att vi är medvetna
- Exportera = en risk som vi måste leva med men som vi måste lämna över till annan verksamhet eller kanske dela med någon annan.

Riskbedömning är ingen vetenskap, det handlar om en bedömning av vilka risker som kan uppstå och en bedömning om risken är allvarlig eller om den inte är det.

Sannolikheten för att händelsen ska inträffa bedöms på skala 0 – 100 %

0-20%	Mycket liten
21-40%	Liten
41-60%	Medel
61-80%	Stor
81-100%	Mycket stor

Påverkan bedöms på skala 1 – 5 utifrån:

Verksamhet

*Förmåga att leverera enligt
uppdrag och strategiska mål*

Tillgångar

*Ekonomisk förlust, kostnad
för att göra om arbetet eller
åtgärda skador*

Förtroende

*Allvarlighetsgrad och den tid
händelsen bedöms ha effekt*

Intern kontrollplan för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2014

Målkategori: Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Internrevision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Verksamhetsplan	1. Enheter saknar Verksamhetsplan när nytt budgetår inleds.	Att verksamhetsplan har upprättats på samtliga enheter och enhetsnivå enligt tidplan.	Avdelningschef	15 januari 2014	Direktör	Uppföljning per den 31 januari 2014.
	2. Riskanalys och handlingsplan saknas när uppdrag i budget 2014 inte kan genomföras enligt verksamhetsplan.	Att riskanalys genomförs och handlingsplan upprättas när uppdrag i budget 2014 inte kan genomföras enligt verksamhetsplan.	Avdelningschef	Månadsbokslut delårs- och årsredovisning	Direktör	Uppföljning av samtliga uppdrag i budget 2014 via verksamhetsplanen vid delårs- och årsredovisning.
Egenkontroll	3. Rutiner för egenkontroll saknas på enhetsnivå.	Att rutiner för systematiskt arbete med egenkontroll har upprättats på samtliga enheter.	Avdelningschef	Delårsredovisning	Direktör	Uppföljning via verksamhetsplanen vid delårsredovisning.
Identifierade och beskrivna huvudprocesser	4. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens huvudprocesser är identifierade och beslutade men inte fullt ut implementerade och kända.	Att HSFs huvudprocesser är implementerade och kända.	Processägare	Årsredovisning	Direktör	Intervju med processägare per den 31 oktober.

Målkategori: Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Internrevision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Processen för vårdavtal	5. Processen för vårdavtal är beskriven men inte fullt ut implementerad.	Att processen för vårdavtal används som stöd i vårdavtalsarbetet.	Processansvarig	Löpande granskning i samband med att avtal upprättas	Processägare	Intervju, fasta frågor med samtliga enhetschefer på de tre avdelningarna som upprättar vårdavtal per den 31 oktober 2014.
Processen för uppföljning av vårdavtal	6. Processen för uppföljning av vårdavtal är delvis beskriven men inte implementerad eller känd i dess hela omfattning.	Att processen för uppföljning av används som stöd vid uppföljning av vårdavtal.	Processansvarig	Löpande granskning i samband med uppföljning av vårdavtal	Processägare	Intervju, fasta frågor med samtliga enhetschefer på de tre avdelningarna som upprättar vårdavtal per den 31 maj 2014.
Styrmodell för avtalshantering	7. Styrmodellen för avtalshantering på HSF utvecklas inte i takt med FHS.	Att HSFs styrmodell för avtalshantering utvecklas så att den stödjer FHS.	Direktör		Landstingsdirektör	Statusrapport varje kvartal 2014 i dialog med programkontoret HSF.
HSF Intern IT	8. HSF Intern IT saknar fastställt uppdrag med tydlig avgränsning.	Att HSF Intern IT har ett fastställt uppdrag med tydliga avgränsningar vid ingången till 2014.	Enhetschef kansli	Januari 2014	Avdelningschef VoS	Statusrapport per den 31 januari 2014.
IT- infrastruktur	9. HSF saknar en fastställd IT-strategi som stödjer nätverkssjukvården utifrån FHS.	Att HSF utvecklar en IT-strategi som stödjer nätverkssjukvården utifrån FHS.	Direktör		Landstingsdirektör	Statusrapport varje kvartal 2014 i dialog med programkontoret HSF.

Målkategori: Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Internrevision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Systemriktlinjer i linjen	10. Riktlinjer i linjen saknas för behörigheter och support etcetera till verksamhets-specifika system, stödsystem och nationella system.	Att det har upprättats riktlinjer i linjen för behörigheter och support etcetera för de system som ligger utanför HSF Intern IT funktionsområde.	Enhetschefer med verksamhet som har verksamhetsspecifika system, stödsystem eller nationella system	Riktlinjer för behörigheter och support etcetera den 30 mars 2014	Avdelningschef VoS	Uppföljning via verksamhetsplanen i april 2014.
Upphandling av varor och tjänster	11. Att det inte råder följsamhet till gällande regler för avrop från ramavtal vid förnyad konkurrensutsättning i samband med köp av varor och tjänster (ej vårdavtal).	Att det råder följsamhet till gällande regler för avrop från ramavtal vid förnyad konkurrensutsättning i samband med köp av varor och tjänster (ej vårdavtal).	Avdelningschef	Löpande i samband med avrop från ramavtal vid förnyad konkurrensutsättning i samband med köp av varor och tjänster (ej vårdavtal)	Direktör	Granskning av beslut på avdelningsnivå under första och andra kvartalet 2014 och avstämning mot diarieförda handlingar.
Informationsöverföring	12. Styrdokumentet på HSFs hemsida är inte uppdaterade, uppgift om sidansvarig saknas.	Att styrdokumentet på HSFs hemsida är uppdaterade och aktuella.	Lokala redaktörer	Kvartalsvis uppdatering samt vid förändring i styrdokument	Huvudredaktörer på kommunikation	Granskning per den 30 september 2014 avgränsat till rubrikerna Styrning och Medarbetare på intranätet.

Målkategori: Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Internrevision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Visionsarbetet	13. Beslutade projektplaner inom Visionsarbetet har inte genomförts utifrån projektbeskrivningar, uppsatta mål, effektmål och tidplaner.	Att de 26 projekten inom ramen för Visionsarbetet genomförts utifrån projektbeskrivningar, uppsatta mål, effektmål och tidplaner.	Projektledare visionsarbetet	Avstämning i verksamhetsplanen per den 31 mars 2014	Direktör	Granskning av samtliga 26 projekt per den 31 mars 2014.
Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS)	14. HSF har inte anpassat den interna organisationen till målbilden för FHS	Att HSF anpassar den interna organisationen till målbilden för FHS	Direktör		Landstingsdirektör	Statusrapport varje kvartal 2014 i dialog med programkontoret HSF.

Målkategori: Tillförlitlig ekonomisk och finansiell rapportering						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Egenkontroll Enhets/avd. nivå	Frekvens	Rapportering till	Internrevision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Budget- processen	15. Handlingsplan upprättas inte vid ekonomisk obalans då budget upprättas för extern och intern budget.	Att riskanalys görs och handlingsplan upprättas vid ekonomisk obalans då budget upprättas för extern och intern budget.	Enhetschef	Preliminär och slutlig budget	Avdelningschef	Fullständig granskning vid genomförande av preliminär och slutlig budget 2015, som genomförs 2014.
Processen för ekonomisk uppföljning	16. Riskanalys och handlingsplan saknas när prognos visar på avvikelse mot budget vid delårsredovisning.	Att riskanalys görs och handlingsplan upprättas när prognos visar på avvikelse mot budget vid delårsredovisning.	Enhetschef	Månads- och delårsredovisning	Avdelningschef	Fullständig granskning av avvikelser mot budget 2014 vid delårsbokslut.
Vårdleverantörs fakturor	17. Risk för merarbete vid bokslut när vårdleverantörsfakturor inte attesteras i rätt bokföringsmånad.	Att vårdleverantörsfakturor attesteras i rätt bokföringsmånad.	Chefscontoller	Månadsavstämning	Avdelningschef	Granskning av antalet preliminärbokade vårdleverantörsfakturor per tertial ett och tre 2014.
Garanterad servicenivå (SLA)	18. HSF saknar rutiner för uppföljning av uppfyllda servicenivåer för support enligt tjänsteöverenskommelse med LSF IT och SLL-IT.	Att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen begär statistik som visar på graden av uppfyllda servicenivåer enligt tjänsteöverenskommelse.	Enhetschef kansli	Månadsavstämning	Avdelningschef VoS	Granskning av samtliga uppföljningsrapporter vid delårs- och årsredovisning 2014.

Målkategori: Efterlevnad av tillämpliga lagar och förordningar och interna regler						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Intern revision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
System-/objekt-ägare och förvaltningsorganisation	19. Datasystem saknar utsedd system-/objektägare och operativ förvaltningsorganisation.	Att avdelningschef har fyllt i särskild blankett med uppgifter om de system som avdelningen har ansvar för. Blanketten innehåller uppgifter om system/objektägare och operativ förvaltningsorganisation.	Avdelningschef	30 april	Informations-säkerhetsansvarig HSF för vidare rapport till direktör.	Granskning att samtliga avdelningar fyllt i blankett samt att det vid oklarheter/brister gjorts riskanalys och handlingsplan vid årsbokslut. Granskning i maj 2014.
Brister i datasystem	20. Brister i datasystem leder till sekretessbrott, systemhaveri, felaktiga utbetalningar förlorad patientinformation etcetera.	Att brister i datasystem identifieras så att risker för sekretessbrott, systemhaveri, felaktiga utbetalningar förlorad patientinformation etcetera elimineras.	System-objektförvaltare ägare om denne finns alternativt avdelningschef.	Löpande	Informationssäkerhetsansvarig HSF för vidare rapport till direktör.	Granskning av inkomna rapporter till informations-säkerhetsansvarig HSF vid årsredovisning 2014.
Personuppgiftsbehandling	21. Personuppgiftsbehandling saknar utsedd ansvarig på avdelningsnivå. Personuppgiftsbehandlingen är olaglig.	Att personuppgiftsbehandlingen är anmäld till Personuppgiftsombudet HSF, att den följer Personuppgiftslagens regler eller tillämplig registerlagstiftning till exempel Patientdatalagen.	Avdelningschef	Löpande	Personuppgiftsombud HSF för vidare rapport till direktör.	Granskning av inkomna anmälningar till Personuppgiftsombudet HSF vid delårs- och årsredovisning 2014.

Målkategori: Efterlevnad av tillämpliga lagar och förordningar och interna regler						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Intern revision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Krishanteringsplan	22. HSF saknar krishanteringsplan.	Att HSF har upprättat krishanteringsplan med tydligt uppdrag och organisation om en katastrof skulle inträffa.	Direktör	Årlig översyn och revidering	Landstingsdirektör	Fullständig granskning vid delårsredovisning 2014.
Kriskommunikationsplan	23. HSF saknar Kriskommunikationsplan. HSF har det samlade uppdraget för SLL och HSF.	Att HSF har upprättat kriskommunikationsplan med tydligt uppdrag och organisation om en katastrof skulle inträffa för SLL och HSF	Direktör	Årlig översyn och revidering	Landstingsdirektör	Fullständig granskning vid delårsredovisning 2014.
Verkställighetsbeslut	24. Verkställighetsbeslut följer inte delegationsordningen vid köp av varor och tjänster.	Att det råder följsamhet till delegationsordningen vid köp av varor och tjänster.	Avdelningschef	Löpande	Direktör	Stickprov vid delårs- och årsredovisning 2014.
Bisyssla	25. Nyanställda medarbetare har inte fyllt i blankett för bisyssla.	Att blanketten för bisyssla fyllts i av samtliga nyanställda under året.	Enhetschef	Löpande	Avdelningschef	Fullständig granskning vid årsredovisning.
Jäv	26. Nyanställda medarbetare har inte fyllt blankett för oegentligheter och jäv.	Att blanketten för oegentligheter och jäv fyllts i av samtliga nyanställda under året.	Enhetschef	Löpande	Avdelningschef	Fullständig granskning vid årsredovisning 2014.
Signering lönelistor	27. Utanordningslista för löner är inte signerad enligt delegationsordningen.	Att utanordningslista för löner är signerad enligt delegationsordningen.	Enhetschef	Löpande	Avdelningschef	Stickprov fem enheter varje månad under 2014.

Målkategori: Efterlevnad av tillämpliga lagar och förordningar och interna regler						
Riskområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Rapportering till	Intern revision Genomförs av processansvarig intern kontroll HSF
Diariet	28. HSF saknar enhetliga rutiner för säker diariet vid postöppning.	Att rutiner för säker diariet finns vid postöppning inom alla verksamheter/avdelningar.	Diariet	Löpande	Avdelningschef	Stickprov inkommande post till HSF en dag varje månad 2014 på adresser utanför Hantverkargatan 11.
Arbetsmiljö och hälsa	29. Ansvar för det systematiska arbetsmiljöarbetet är inte tydligt delegerat i alla chefsled.	Att samtliga chefer har ett tydligt delegerat ansvar för det systematiska arbetsmiljöarbetet som följer riktlinjer och delegationsordning.	HR enheten	31 mars 2014	Direktör	Fullständig granskning per den 31 mars 2014.
Miljöarbete	30. HSF saknar aktiv miljösamordning och uppföljning av delmål inom det interna miljöarbetet.	Att HSF arbetar aktivt med de interna delmålen enligt miljöledningssystemet.	Miljösamordnare	Löpande	Direktör	Uppföljning av resultat från det interna miljöarbetet vid årsredovisning 2014
	31. Medarbetarnas behov av miljöutbildning följs inte upp i medarbetarsamtal.	Att behoven av miljöutbildning följs upp i medarbetarsamtalen.	Enhetschef	Vid genomförande av medarbetarsamtal	Avdelningschef	Uppföljning via verksamhetsplanen vid årsredovisning 2014.