

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-11-02

HSN 1511-1249

Handläggare:
Kristin Blixt

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2015-12-01, p 5

Internkontrollplan 2016 för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Ärendebeskrivning

Ärendet gäller förslag till Internkontrollplan för hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2016.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2015-11-02
Internkontrollplan 2016

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna Internkontrollplan 2016 för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Enligt beslut om policy för intern kontroll för Stockholms läns landsting, LS 1303-0431, i landstingsfullmäktige den 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 beaktas 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.

Stockholm läns landsting tillämpar COSO¹-modellen, ett internationellt tillämpat ramverk för att beskriva den interna kontrollen. Intern styrning och kontroll 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:

¹ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

- 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.

Med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppsiktsplikt och ansvar finns det ett antal risker som behöver särskild uppmärksamhet under 2016.

Hösten 2015 fick hälso- och sjukvårdsförvaltningen en ny ledning och en ny riskhanteringsfunktion. Denna internkontrollplan utgår därför i huvudsak utifrån tidigare genomförda riskanalyser. En ny systematisk riskinventering planeras under våren 2016 och därefter kommer internkontrollplanen att kompletteras.

Förvaltningschefen har med utgångspunkt från risk och väsentlighet prioriterat ett antal områden som särskilt ska beaktas under verksamhetsåret för att stödja att uppsatta mål uppnås samt att riktlinjer och fastlagda kontroller tillämpas.

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 intern kontroll.

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.




Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör


Mikael Borin
Avdelningschef


Nr	Riskområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet(1-5)	Konsekvens (1-5)	Riskvärde (S x K)	Riskhantering/ Åtgärd	Klart	Ansvarig	Status vid upp- följning 	Kommentar
1	Riskhantering	<p>Arbetet med riskanalyser och intern kontroll hanteras på övergripande nivå och når inte fullt ut genomslag i linjeorganisationen.</p> <p>För att ledningen ska kunna ta del av identifierade risker, och för att ledningen ska kunna prioritera och övervaka att risker omhändertas i hela verksamheten, så bör dokumenterade riskanalyser utföras på ett systematiskt sätt på flera nivåer i verksamheten.</p>	4	3	12	Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) kommer att fortsätta att utveckla riskhanteringsprocessen i enlighet med Stockholms läns landstings (SLL) policy för internkontroll. Detta innefattar bland annat systematiska riskanalyser i verksamheten och kontrollerande aktiviteter/ nyckelkontroller som styrs från verksamhetsövergripande nivå samt från avdelningsnivå inom varje avdelningschefer/ riskägares ansvarsområde.	Q4 2016	Verksamhetsstyrning och stöd (VOS) samt avdelningschefer		
2	Styrande dokument	HSF saknar utförlig dokumentation som beskriver hur ansvarsfördelningen i organisationen fördelas. Detta medför risk för att ansvar "ramlar mellan stolarna".	4	3	12	Delegationsordningen kommer att uppdateras enligt plan i november 2016. Ytterligare en komplettering planeras. Ett tillägg som beskriver HSF:s ansvarsfördelning.	Q4 2016	VOS		
3	Styrande dokument	Gränssnitt inom SLL, landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) och HSF gällande vissa verksamhetsområden upplevs som otydliga av medarbetarna inom HSF. Detta kan medföra att ansvarstagande för verksamhet uteblir.	4	3	12	En arbetsgrupp bestående av deltagare från LSF och HSF har ett pågående arbete som ska resultera i förtydligande av ansvarsområden. Detta kommer bland annat att synliggöras i den kommande ansvarsfördelning som ska komplettera delegationsordningen.	Q1 2016	VOS		

Nr	Riskområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet(1-5)	Konsekvens (1-5)	Riskvärde (S x K)	Riskhantering/ Åtgärd	Klart	Ansvarig	Status vid upp- följning 	Kommentar
4	Ekonomi	<p>Budget 2016 har ett kostnadsökningsutrymme jämfört med budget 2015 på 3,2 procent, vilket är påtagligt lägre än de senaste årens kostnadsökningar runt 4 procent.</p> <p>Hälso- och sjukvårdsnämndens kostnadsökningar brukar samvariera med summan av prisökningar enligt landstingsprisindex och effekter av befolkningsökningar.</p> <p>Då de kommande åren innebär lägre ökningsutrymme behöver denna trend ändras. Summan av befolkningsökningar och prisökningar i procent motsvarar en skillnad mot ram med cirka 800 miljoner kronor.</p>	4	3	12	<p>Hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut om åtgärdsprogram med kostnadsminskningar och intäktsökningar. Programmet har en viktig del i att budgeten, trots det påtagligt lägre kostnadsökningsutrymme, kan bedömas vara i balans.</p> <p>Åtgärdsprogrammet behöver under 2016 följas upp och kompletteras. Åtgärder för att effektivisera förvaltningen för att fullt ut nå uppsatta kostnadsreduceringsmål måste ytterligare konkretiseras.</p>	Q4 2016	VOS		

Nr	Riskområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet(1-5)	Konsekvens (1-5)	Riskvärde (S x K)	Riskhantering/ Åtgärd	Klart	Ansvarig	Status vid upp- följning 	Kommentar
5	Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS)	HSF har inte tillräckligt utvärderat om den interna organisationen och arbetsätten är funktionella och anpassade till målbilden för FHS.	3	4	12	Värdera eventuellt behov av att anpassa organisationen till kärnuppdraget.	Q4 2016	VOS/Hälso- och sjukvårdsdirektör (HD)		
6	IT-infrastruktur	HSF saknar en uppdaterad IT-strategi som stödjer nätverkssjukvården utifrån Framtidens hälso- och sjukvård (FHS). Risk finns bland annat för bristande måluppfyllelse vad gäller FHS samt för bristande kostnadseffektivitet.	3	3	9	Ledningsgrupp IT (LGIT) utarbetar ett förslag till reviderad IT-strategi som fastställs av HD.	Q2 2016	LGIT/HD		
7	Upphandling av varor och tjänster	Vid köp av varor och tjänster utöver vårdtjänster har uppmärksamats bristande följsamhet till landstingets upphandlingspolicy och riktlinjer.	3	3	9	Överse nuvarande uppföljningssystem som ska kontrollera att gängse rutin för anskaffning följs.	2016 Q3	VOS		

Nr	Riskområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet(1-5)	Konsekvens (1-5)	Riskvärde (S x K)	Riskhantering/ Åtgärd	Klart	Ansvarig	Status vid upp- följning   	Kommentar
8	Processen för vårdavtal	Processen för vårdavtal är fastställd men ännu inte implementerad enligt plan.	3	4	12	<p>Följande punkter är av vikt för att säkerställa att processer för vårdavtal följs och används som avsett:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortsätta utbildningsinsatser till avtalshandläggare och andra berörda • Utveckling av nätverk kring avtalsprocesserna • Förtydligande av mandat och befogenheter för processansvariga för vårdavtal och uppföljning av vårdavtal • Utveckla strukturen för det fortsatta arbetet med processerna inklusive processansvarigas koppling till förvaltningsledningen. 	Q 2016	VOS samt beställaravdelningarna		

Nr	Riskområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet(1-5)	Konsekvens (1-5)	Riskvärde (S x K)	Riskhantering/ Åtgärd	Klart	Ansvarig	Status vid upp- följning 	Kommentar
11	Informations- säkerhet	<p>Brister i det systematiska informationssäkerhetsarbetet kan leda till att HSF inte identifierar informationssäkerhetsrisker i tid. Ledningssystemet för informationssäkerhet i enlighet med SLL:s policy är inte fullt ut implementerad. Organisation av informationssäkerhetsarbetet är under utveckling. Styrande dokument i enlighet med policyn är ännu inte färdigställda.</p> <p>Brister i informationssäkerheten kan medföra risk för skada inom många av organisationens verksamhetsområden.</p>	4	4	20	<ul style="list-style-type: none"> • Handlingsplan för det samlade arbetet med informations- säkerhet ska tas fram. • Ansvariga för de olika delarna i arbetet med informationssäkerhet utses. 	Q4 2015	E-hälsa		
12	Säkerhetsarbete	<p>HSF saknar krishanteringsplan och andra styrande dokument som SLL:s säkerhetspolicy anger ska fastställas gällande HSF:s säkerhetsarbete.</p>	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetet med krishanteringsplan beräknas vara klart till Q2. • Det övriga utvecklingsarbetet syftar till att ta fram roller, fördela ansvar, inrätta rutiner för HSF:s systematiska säkerhetsarbete. Vidare ska efterses att lagar, riktlinjer mm efterföljs, att riskanalyser utförs, att krisledningsplan finns Utgångspunkten för arbetet är SLL:s säkerhetspolicy. 	Q2 2016	VOS		

Nr	Riskområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet(1-5)	Konsekvens (1-5)	Riskvärde (S x K)	Riskhantering/ Åtgärd	Klart	Ansvarig	Status vid upp- följning 	Kommentar
13	Förvaltningsmodell	Vissa IT-system har inte en förvaltningsmodell enligt PM3	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Förtydliga följsamhet till PM3. Klargör förutsättningar för FörvaltningsObjektArkitektur (FOA) SLL/HSF FOA. 	2016 Q4	VOS/HD		
14	Kommunikation	HSF saknar lokal kris-kommunikationsplan i enlighet med anvisningarna i SLL:s Kriskommunikationsplan.	5	3	15	Lokal kriskommunikation ska utarbetas.	2015 Q4	Kommunikation		
15	Ekonomirutiner	Signering av lönelistor kan utebli. Utanordningslista för löner är inte signerad enligt delegationsordningen. Uteblivna nyckelkontroller riskerar att medföra att fel inte uppmärksammas.	2	3	6	Gemensamma riktlinjer och rutiner upprättas på förvaltningen så att följsamhet till delegationsordningen kan säkerställas vid signering av lönelistor.	2016 Q1	VOS		
16	Miljö	Det landstingsgemensamma miljöledningssystemets integration i verksamheten är ännu inte säkerställd.	4	2	8	Miljöansvaret fortsätter att tydliggöras vid utbildningar på chefsmöten, lednings-, avdelnings- och enhetsmöten.	Q1-Q4 2016	Avdelnings- chefer och Miljöansvarig		