

Tillsynsrapport för intern kontroll 2021

Regionstyrelsen

1 Inledning

I enlighet med Region Västerbottens reglemente för intern kontroll ska varje nämnd i samband med årsrapporten ta fram en tillsynsrapport för intern kontroll. För varje kontrolltest som har beslutats i tillsynsplanen redovisas det genomförda kontrolltestet, resultatet av testet, bedömning av resultatet samt planerade eller genomförda åtgärder. I samband med nämndens årsrapport görs även en årlig bedömning av nämndens interna kontroll.

2 Sammanfattning

I regionstyrelsens tillsynsplan för 2021 fanns 16 kontrollmoment kopplade mot 12 risker som regionstyrelsen särskilt hade prioriterat att bevaka 2021 och som har följts upp i samband med årsrapporten. I åtta fall var bedömningen efter genomförd kontroll att det inte fanns några brister och att inga åtgärder behövde vidtas. I sju fall var bedömningen efter genomförd kontroll att det fanns vissa brister och att det därför fanns behov av någon form av åtgärd. I ett fall görs ingen bedömning. I tabellen nedan redovisas uppföljningen i mer detalj samt planerade eller genomförda åtgärder.

I samband med årsrapport och det löpande arbetet med intern kontroll har några mer generella utvecklingsområden identifierats som kommer vara arbetas med under 2022.

- Precisera vilka risker som behöver hanteras inom intern kontroll och vilka risker som kräver annan hantering.
- Särskilja och definiera de kontrollaktiviteter som finns för att säkerställa att det löpande arbetet blir rätt och de kontrolltester som genomförs för att utvärdera och försäkra att kontrollsystemet fungerar som tänkt.
- Fortsätta arbeta med att åtgärder vidtas vid brister och i synnerhet att planerade åtgärder följs upp

Den sammantagna bedömningen är att regionstyrelsen har en acceptabel nivå av intern kontroll. Det finns vissa brister i hanteringen av enskilda risker och det finns vissa brister och behov av fortsatt utveckling i det övergripande arbetet med intern kontroll.

Genomförda kontrolltester

Genomförda kontrolltester och resultat

Under genomförda kontrolltester och resultat redovisas hur det planerade kontrolltestet har genomförts samt resultatet av det genomförda kontrolltestet. Har brister påträffats i rutiner eller kontroller?

Bedömning av resultat

Utifrån den samlade resultatet görs sen en bedömning av i vilken grad rutinen för att hantera risken tillämpas och om den är ändamålsenlig.

| Färg | Bedömning | Beskrivning | Behov av åtgärd |
|------|--------------------|---|--------------------|
| | Inga brister | Kontrollen visar att rutinen är ändamålsenlig, känd och efterlevs. | Ingen åtgärd krävs |
| | Vissa brister | Kontrollen visar att rutinen till största del är ändamålsenlig, känd och efterlevs men vissa brister finns i rutinen eller dess tillämpning | Åtgärd kan behövas |
| | Allvarliga brister | Kontrollen visar att rutinen inte är ändamålsenlig, känd och efterlevs och stora förändringar behövs | Åtgärder krävs |

Genomförda eller planerade åtgärder

När brister har uppmärksammats vid bedömningen av resultatet ska även vidtagna och föreslagna åtgärder redovisas samt tidpunkt för uppföljning av åtgärder.

Redovisning av genomförda kontrolltester

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|--|------------|-------------|-----------|---|--|---|--|
| Risk för uteblivna effekter av digitalisering | 4 | 3 | 12 | Kontroll av uppnådd effekt jämfört med plan. Fullständig kontroll | Fullständig kontroll per december 2021. Målen för effekthemtagning inom digitalisering har uppnåtts under 2021. Pandemin har bidragit att digitaliseringen har accelererat. Största effekterna har uppnåtts genom nyttjande digitala verktyg för samarbete, planering och automation. Ökat nyttjande av befintliga invånartjänster och digitala vårdmöten har också bidragit. | Bedömningen är att kontrollen fungerar som avsett. | Det finns samtidigt en fortsatt risk för utebliven effekthemtagning med anledning av återgång till tidigare arbetssätt och rutiner. Prioriteringar i kärnverksamhet kan få negativa konsekvenser för breddinföranden av nya och befintliga digitala tjänster. |
| Risk för ökad byggnadsrelaterad ohälsa och driftstörningar på grund av eftersatt fastighetsunderhåll | 4 | 3 | 12 | Kontroll av antal ärenden av byggnadsrelaterad ohälsa i regionen. Fullständig kontroll | Minskning av antalet BRO-ärenden i länet till Fastighet minskade med 12 procent Inkomna unika ärende till Företagshälsan var 95 och 19 nya arbetsplatser som anmälde ärenden | Antalet ärenden har minskat både för FH och Fastighet. Ny rutin beslutades inför detta år vilket har sorterat upp enkla åtgärder utan ingrepp i byggnaden och åtgärder som kräver en större insats. | BRO-gruppen rapporterar varje kvartal om status på antal ärenden och uppföljning på genomförda åtgärder. Förslag att denna rapportering ska överföras till BRO-gruppen fortsättningsvis |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|------|------------|-------------|-----------|---|--|---|---|
| | | | | Kontroll av antal driftstörningar i regionen. Fullständig kontroll | Totalt antal avbrott i länet 2021 var 55. 30 var planerade och 25 var oplanerade. Av de oplanerade avbrotten kunde 17 ha påverkat vården. Fel på styrsystem är de flesta avbrotten, totalt 10. Elavbrott, vattenläckage och övriga avbrott fördelar sig lika. Endast 1 avbrott var kopplat till byggprojekt. | Antalet avbrott har minskat jämfört med 2020 med 34 procent, vilket betyder att byggnader och tekniska system har fått bättre funktion och organisationens arbete med förebyggande och uppföljande arbete ger resultat. | Effekterna av åsknedslaget på NUS i sommar så kommer säkerheten för produktion av syrgas att säkerställas under 2022. |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|-------------------------------------|------------|-------------|-----------|--|---|--|---|
| Risk för att arbetsmiljön försämras | 3 | 3 | 9 | Kontroll av fördelning av arbetsmiljöuppgifter sker enligt rutin. Stickprov genom granskning av åtta verksamheter | Kontroll av 8 chefer/verksamheter genom enkät 7 av 8 tillfrågade har en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter för sin aktuella tjänst. 6 av de 7 som har en skriftlig fördelning har genomgått den grundläggande arbetsmiljöutbildningen Av de 8 tillfrågade har 3 chefsansvar för andra chefer och samtliga har upprättat en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter för sina underordnade chefer. Av de 3 tillfrågade som uppgett att de har ansvar för underställda chefer har 2 försäkrat sig om att underställda chefer har genomgått den obligatoriska arbetsmiljöutbildning som regionens riktlinje föreskriver, innan de fått fördelat uppgifter till sig. Samtliga har regelbundna avstämningar med underordnade chefer om resurser och befogenheter kopplat till de tilldelade arbetsmiljöuppgifterna | Kontrollen visar små brister, men på det stora hela har den kontrollerade gruppen en hög efterlevnad av regionens riktlinje. | Inga åtgärder föreslås med anledning av kontrollen. |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|---|------------|-------------|-----------|---|--|---|---|
| | | | | Kontroll att beslutade riktlinjer inom arbetsmiljöområdet efterlevs. Stickprov genom granskning av utvald riktlinje. För 2021: BRO-riktlinje. Kontroll av efterlevnad i tre aktuella BRO-ärenden | I Regionstyrelsens verksamheter fanns inga aktuella BRO-ärenden att kontrollera | Ingen bedömning | |
| Risk för att överföring av arbetsuppgifter till primärvård från sjukhusvård inte följer en ordnad process för överförande av verksamhet | 3 | 3 | 9 | Kontroll om arbetsuppgifter till primärvård från sjukhusvård förts över utifrån framtagen mall för ordnad process. Fullständig kontroll av följsamhet till mall | Framtagen process har inte använts Det är oklart om detta beror på att det under denna period inte funnits något uppdrag/uppgift som ska flyttas över från sjukhusvård till primärvård eller om processen inte varit känd. | Framtagen process har inte använts. | Kommunikation av att processen finns behöver ske i linjeorganisationen. |
| Risk för felaktiga utbetalningar till utländska leverantörer | 2 | 4 | 8 | Kontroll av under 2021 nya utländska leverantörer samt utländska leverantörer där uppgifter ändrats i leverantörsregistret. Stickprov av nya eller ändrade utländska leverantörer, sammanlagt 12 | En rapport har skapats i Agresso som tar ut alla leverantörer som inte har SEK som valuta. Sedan har alla verksamhetsområden inom regionstyrelsen tagits ut och där det gjorts ändringar har kontroll gjorts mot den rutin som infördes under 2021. Kontroll av 17 ändringar av leverantörer inom regionstyrelsen. 11 av dessa har utförts enligt den nya rutinen. En är rättad innan rutinen togs i bruk och fem är bara rättade motpater internt. | Inga allvarliga brister har identifierats och bedömningen är att den nya rutinen fungerar som tänkt | Inga åtgärder planeras |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|------------------------------|------------|-------------|-----------|---|--|--|--|
| Risk för bristande ledarskap | 2 | 3 | 6 | Kontroll av antal chefer i första linjen med fler än 35 direkt underställda medarbetare. Fullständig kontroll. | Inom Regionstyrelsen svarade 5 av 47 chefer att de hade ansvar för 35 medarbetare eller fler (chef som ej är chef för chefer) | Bristen i och med att beslutad chefsstruktur inte följs innebär risk för hög arbetsbelastning på aktuella chefsroller vilket riskerar att leda till brister i chefers förutsättningar att utöva ledarskap. | De chefer som fortfarande har mer än 35 medarbetare inom Regionstyrelsen, bör lyfta frågan till överordnad chef och tillsammans se över möjlighet att minska antal medarbetare per chef enligt fattat beslut 2020 fattades om chefsstruktur inkluderat antal medarbetare per chef. Risken bör fortsatt följas. |
| | | | | Kontroll av antal chefer med påbörjat uppdrag 2019 som har genomgått ledarutvecklingsprogram. Fullständig kontroll. | Under 2019 anställdes 16 nya chefer inom Regionstyrelsen. För att gå Ledarutvecklingsprogrammet så ska chefen först ha gått alla de obligatoriska chefsutbildningarna som finns i Regionen. Flera av de nya cheferna inom Regionstyrelsen har påbörjat utbildningarna men ingen har gått Ledarutvecklingsprogrammet eftersom det pausades på grund av Covid. Det kommer startas upp igen under 2022. | Risken bedöms till del kompenseras av individuell utbildning och stöd från HR-partner och/eller kollegor. Viss risk att regionens chefer inte har fullödig kunskap inom sitt ansvarsområde | Under hösten 2020 startades ett utvecklingsarbete för att förbättra uppföljning och anmälningsrutin till de obligatoriska chefsutbildningar som finns inom Regionen och som implementerats under 2021. Anmälan till utbildningarna har antingen gjorts av chefen själv eller via HR. Omkring hälften av de chefer som anmälde till utbildningarna via HR deltog inte trots påminnelse. Risken bör fortsatt följas. |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|--|------------|-------------|-----------|---|---|---|---|
| Risk att felaktiga beslut och prioritering görs för investeringsprojekt på grund av brister i underlag | 3 | 3 | 9 | Kontroll av ekonomiskt utfall/prognos för strategiska investeringsprojekt i förhållande till ekonomisk kalkyl i beslutsunderlag. Genomförandebeslut ska vara fattat under 2019–2020. Stickprov av 10 slumpvis utvalda strategiska investeringsobjekt. | Stickprov av tio strategiska fastighetsprojekt som beslutats under år 2019–2020. Kontrollen visar att tre av tio kontrollerade projekt har en väsentlig avvikelse mot budget. Väsentlig avvikelse definieras som antingen avvikelse över 10 procent eller mer än 2 miljoner kronor. Största procentuella avvikelsen är på 44 procent vilket motsvarade 2 miljoner konor i aktuellt projekt. Största beloppsmässiga avvikelsen är på 6 miljoner kronor vilket motsvarar en procentuell avvikelse på 14 procent i aktuellt projekt. | Stickproven visar generellt inte på några allvarliga brister. De avvikelser som noterats är kända och rapporterade. Avvikelseorna förklaras till största del av att kalkylunderlag inför beslut inte varit fullständiga, alltså att budgeterad utgift varit för låg. Generellt tenderar budgeterad utgift i projekten vara något låg jämfört med faktiskt utfall. | Processen för framtagandet av beslutsunderlag har utvecklats de senaste åren och underlagen har blivit bättre. Det finns dock fortfarande möjlighet till förbättring. Under år 2022 planeras en översyn av rutiner i samband med upprättandet av uppdragsbeskrivning med tillhörande ekonomisk kalkyl för att uppnå mer välgrundade och träffsäkra beslutsunderlag. |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|---|------------|-------------|-----------|---|---|--|--|
| Risk att personuppgifter behandlas i strid med dataskyddsförordningen | 3 | 4 | 12 | <p>Kontrollen består av följande kontrollpunkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har en ny dataskyddsorganisation har implementerats? • Samordnas dataskyddsarbetet och följs detta upp? • Har nödvändiga styrande dokument (policy/strategi/riktlinjer) upprättats? <p>Fullständig kontroll</p> | <p>En ny dataskyddsorganisation har tagits fram men är ännu inte fastställd, det kommer att ske under Q1 2022.</p> <p>Under hösten 2021 har konsekvensbedömningar avseende tredjelandsöverföringar genomförts. Där har arbetet samordnats genom att dataskyddsombudet och informationssäkerhetssamordnaren har tagit fram regiongemensamma mallar för konsekvensbedömning. Dataskyddsombudet har deltagit i och rådfrågats angående konsekvensbedömningar. Detta är enligt artikel 39.1 c en av dataskyddsombudets arbetsuppgifter. Samordning och uppföljning är något som ständigt måste utvecklas och förbättras för att uppfylla de krav som ställs i gällande lagstiftning på området.</p> <p>När det kommer till styrande dokument så finns de dokument som krävs för att uppfylla förordningens uttryckliga krav på till exempel att föra register, anmäla och utreda personuppgiftsincidenter och utföra konsekvensbedömning. Likt samordning och uppföljning är arbetet med styrande dokument något som kontinuerligt måste pågå för att skapa förutsättningar för organisationen att efterleva dataskyddslagstiftningen samt övrig lagstiftning kopplat till behandling av personuppgifter.</p> | Efter genomförd kontroll finns fortfarande behov av att utveckla dataskyddsarbetet | <p>Att fastställa den framtagna dataskyddsorganisationen är prioriterat och planeras ske Q1 2022.</p> <p>Samordning av dataskyddsarbetet måste förbättras under 2022. Detta kommer att ske genom att dataskyddsorganisationen tas i bruk. Det innebär mer samordnat arbetet mellan juridik, IT, informationssäkerhet, dataskydd och verksamheten i övrigt. Det innebär också en ökad kontakt mot förvaltningsledare, förvaltningsledare-teknik, objektägare samt objektägare-teknik i redan befintliga plattformar. Kontakten med det befintliga nätverket för personuppgiftshandläggare behöver under 2022 förbättras då nätverket är ett viktigt redskap för att öka kontaktytan för dataskyddsfrågor.</p> |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|---|------------|-------------|-----------|--|--|---|--|
| Risk för att verksamhetens informationstillgångar inte ges ett tillräckligt skydd | 4 | 3 | 12 | Kontroll att kritiska informationstillgångar har identifierats inom respektive förvaltningsobjekt samt att nödvändiga säkerhetsåtgärder vidtagit Fullständig kontroll | Fullständig kontroll har genomförts där resultatet visar att tillfrågade verksamheter har identifierat kritiska informationstillgångar samt i hur hög grad dessa har getts ett tillräckligt skydd. | Kontrollen visar att rutinen följs och fungerar | Detta är ett område som ständigt ska underhållas vilket innebär att det löpande måste ske aktivitet för att bedöma om informationstillgångar ges ett tillräckligt skydd i förhållande till exempelvis sårbarheter, interna och externa krav osv. |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|---|------------|-------------|-----------|--|---|---|--|
| Risk att avbrottsplaner/reservrutiner inte är implementerade och aktuella. | 3 | 3 | 9 | Kontroll av antal basenheter inom styrelsens ansvarsområde som har en avbrottsplan/reservrutin för: <ul style="list-style-type: none"> • IT • Telefoni • Elförsörjning • Vattenleverens • Värmebölja Enkät till samtliga verksamhetschefer inom regionstyrelsen | Kontrollen genomfördes som en enkät till basenheterna inom regionstyrelsen. I enkäten ställdes frågor avseende upprättade reservrutiner utifrån de fem beskrivna scenarion, samt om rutinerna uppdaterats de senaste två åren och om de gjorts kända bland personal. Enkäten skickades till högsta chef för de olika basenheterna; totalt 6 st inkl. smittskydd. 3 av 6 basenheter har svarat på enkäten. Obs att flera verksamheter per basenhet har svarat. Svaren varierar mellan basenheter och för verksamheter i respektive basenhet ser det olika ut. Det mest förekommande är att verksamheterna har rutiner för IT och tele. Några svarar även att vissa scenarion inte är relevanta utifrån att de är en administrativ verksamhet. Ett fåtal verksamheter uppger att de har reservrutiner för samtliga scenarion. Bland de som uppger att rutiner finns så är övervägande del också kända bland personal samt uppdaterade. | Kontrollen visar på vissa brister och risken bedöms kvarstå efter genomförd kontroll. Avsaknad av reservrutiner kan indirekt få allvarliga konsekvenser för andra verksamheter inom framför allt hälso- och sjukvården. Detta då verksamheter inom regionstyrelsen på olika sätt utgör viktiga stödfunktioner. | En åtgärd som är pågående (påbörjades 2021) är arbete med kontinuitetshandling inom Ledningsstaben. Ett arbete som ska vara klart 2022 och kommer att fungera som pilot för liknande administrativa verksamheter. Ett kontinuitetsarbete kan identifiera vilka uppgifter eller funktioner som är kritiska inom respektive verksamhet och därigenom tydliggöra vad de olika verksamheterna förväntas upprätthålla vid ett avbrott. |
| Risk för brister i säkerställande av lagar och krav i verksamheten gällande miljö och brand | 3 | 3 | 9 | Kontroll att verksamhetens systematiska miljöarbete sker enligt rutin. Stickprov av fyra verksamheter | Interna miljörevisioner har genomförts vid Städverksamheten på NUS och Skellefteå lasarett. Miljörevisionerna visade att verksamheterna arbetar enligt upprättade miljörutiner. | Inga brister har identifierats | |

| Risk | Konsekvens | Sannolikhet | Riskenivå | Kontrolltest och metod | Genomförd kontroll och resultat | Bedömning av resultat | Genomförda eller planerade åtgärder |
|--|------------|-------------|-----------|---|---|---|--|
| | | | | Kontroll att verksamhetens systematiska brandskyddsarbete sker enligt rutin Stickprov av fyra verksamheter | Rutiner finns för intervaller i brandutbildning av personal men det har visat sig vid tillsyn att det inte utförts enligt plan. | Uppföljningen visar på vissa brister i efterlevnad av rutiner | Översyn och justering av upphandlad brandutbildning för att underlätta för verksamheten att uppfylla sin utbildningsplan kommer att ske första kvartalet 2022. |
| Risk att utveckling mot god och nära vård och följsamhet till lag om valfrihet inte är förenliga i beställning av hälsoval | 2 | 3 | 6 | Kontroll av att dialog skett mellan beställarenhet och hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledning samt mellan hälso- och sjukvårdsnämnd och regionstyrelsen | Regionstyrelsen har ett årligt samråd med Hälso- och sjukvårdsnämnden i syfte att lyssna in utförarna och tillsammans föra dialog om utvecklingsområden. Beställarenheten för dialog med närsjukvårdschefer och hälso- och sjukvårdsdirektör i månatliga möten, och med verksamhetschefer i primärvård två gånger per termin. | Dialog har skett | Ingen åtgärd krävs |