Region Stockholm

Diarienummer
RS 2021-0685
PAN A2111-00192

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2022

Budget 2022

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 4
2.1 Arbetet med intern kontroll 4
2.2 Resultat och analys från riskbedömningen 4

3 Intern kontroll 6
3.1 Styr- och kontrollmiljö 6
3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 7
3.3 Information och kommunikation 8
3.4 Övervakning och uppföljning 9

4 Sammanställning av risker 10

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 2019-0866). Riktlinjens krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för arbetet med verksamhetsplanen samt för tertial-, delårs- och årsrapporteringen som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet och i Stödet.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

Nämnden har upprättat en intern kontrollplan enligt regionens riktlinjer. Inför VP 2022 har 14 riskområden identifierats varav ett (1) bedöms vara av högt riskvärde och fem (5) av medelhögt riskvärde. Övriga risker bedöms ha ett lågt riskvärde.

Den tidigare identifierade risken "Avtal med kommuner och stadsdelar" (låg risk) utgår då förvaltningen under hösten 2021 slutit nytt avtal med kommuner och stadsdelar. Övriga risker och konsekvensbedömningar kvarstår inför kommande period.

Identifierade risker kontrolleras och åtgärdas av utsedda åtgärdsansvariga medarbetare i enlighet med den upprättade planen under det kommande året. Nämnden bedömer inte att covid-19 begränsar möjligheten att arbeta med och följa upp den interna kontrollplanen.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Förvaltningen har identifierat ett område med hög risk och fem områden med medelhög risk.

1. **Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag.** Mötesrestriktioner till följd av covid-19 har lett till en periodvis övergång till telefonmöten mellan stödperson och patient vilka ibland varit svårare att kontrollera. Restriktionerna har nu lyfts men möjlighet till telefonmöte mellan stödperson och patient kommer fortsatt finnas vid behov under kommande period.
2. **Arbetsmiljö vid hemarbete.** Övergången till hemarbete medför risker för dålig ergonomi samt risk för social isolering för medarbetarna. Förvaltningschefen följer upp upplevelsen av arbetsmiljön i enskilda samtal med medarbetare och arbetar proaktivt för att finna individuellt anpassade lösningar utifrån Regionens uppdrag. Medarbetare uppmuntras till samarbete och daglig kontakt för att minska risken för social isolering och har också möjlighet att välja att arbeta från kontoret. Risken bedöms som oförändrad.
3. **Sekretess och konfidentialitet.** Förvaltningen tillämpar intern sekretess, och för att kunna arbeta i systemet måste man logga in via e-tjänstekort. Förvaltningen följer upp loggning samt avvikelserapportering 2-3 gånger årligen. Alla personuppgifter hanteras i förvaltningens databas och i de fall statistik eller ärendeförteckningar begärs ut är personuppgifter dolda. Vid hemarbete följs särskilt utarbetade rutiner för sekretess. Förvaltningen har utöver detta särskilda rutiner för externa besök vilka inte kan ske oanmälda, samt förvarar sekretessbelagda dokument i låsbara dokumentskåp. Risken bedöms som oförändrad.
4. **Dataintrång (hög risk).** Regionen drabbas förra året av upprepade försök till dataintrång. Regionens SOC-funktion rapporterar regelbundet till förvaltningen när de uppmärksammar avvikelser vad gäller IT-säkerhet. Då förvaltningens servrar hanteras av SF-IT ligger ansvaret för virusskydd och åtgärder mot

dataintrång hos SF-IT som ansvarar för att upprätthålla IT-säkerheten avseende IT-arbetsplats (bärbar dator med virusskydd och begränsningar i vilka program som kan laddas ner). De ansvarar också för support vid eventuella problem. Förvaltningens ärenden hos SF-IT återförs med regelbundenhet för uppföljning och har inte ökat under pandemin. Förvaltningen iakttar försiktighet och bedömer risken för att drabbas av dataintrång som relativt låg (2) men att konsekvensen av ett intrång skulle vara mycket allvarlig (5) då förvaltningen hanterar personuppgifter. Risken bedöms som oförändrad.

5. **Kompetensförsörjning/ Kompetensförlust vid pensionsavgångar.** Patientnämndens förvaltning följer Regionens rutiner för nyrekrytering. För att säkerställa att kompetens inte går förlorad via pensionsavgångar och vid avslut har förvaltningen också säkerställt kompetensförsörjningen genom att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag samt antagit en lokal handlingsplan för personal- och kompetensförsörjning. Risken bedöms som oförändrad.
6. **Ökad sjukskrivning.** Risk identifierad med koppling till covid-19. Förvaltningen har sedan covid-19 pandemin bröt ut haft en ökning i sjukskrivningstalen. Förvaltningens medarbetare följer Regionens riktlinjer för hemarbete för att minska risken för smittspridning på arbetsplatsen och använder en gemensam kalender för att tillse att inte för många medarbetare befinner sig på arbetsplatsen samtidigt även om restriktionerna inte längre kvarstår. Sjuktalen följs upp löpande. Risk för stor ökning av sjuktalen kommande period bedöms som relativt låg.

3 Intern kontroll

Arbetet med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten, i enlighet med vad fullmäktige beslutar,:

- uppfyller fastställda mål
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlighet i rapportering och information

Intern kontroll inom Region Stockholm regleras i riktlinjen för intern kontroll RS 2019-0866 och utgår från COSO-modellen, detta innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa. De fem komponenterna i COSO-modellen är:

- Styr- och kontrollmiljö
- Riskbedömning
- Kontroller och åtgärder
- Information och kommunikation
- Övervakning och uppföljning

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.

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

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplaneringen fram en plan för intern kontroll, denna plan uppdateras och följs upp vid tertial-, delårs- och årsrapportering.

Nämnden/styrelsen försäkrar sig genom förvaltningschefens/bolagschefens återrapportering och revisorernas granskning om att den interna kontrollen är tillräcklig och att planen för intern kontroll genomförs.

Förvaltningschef/bolagschef ska vid behov föreslå åtgärder för att säkerställa en tillfredställande intern kontroll. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse. Förvaltningschef/bolagschef ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår. Vid välgrundad misstanke om brott ska som regel polisanmälan göras. Vidare ska nämnd/bolagsstyrelse och andra relevanta beslutsfattare omedelbart informeras.

Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Den utgör samtidigt grunden för den information om intern kontroll som nämnderna och bolagen redovisar i andra rapporter.

3.1 Styr- och kontrollmiljö

Förvaltningen har en decentraliserad struktur. Ledning och medarbetare sitter vid

arbete på kontoret i samma lokal på samma våningsplan vilket underlättar transparens och effektiv kommunikation mellan ledning och medarbetare.

Sedan år 2020 året tillämpar förvaltningen möjlighet till hemarbete enligt regionens riktlinjer vilket har lett till nya arbets- och kommunikationsrutiner. Ledningen har regelbundna möten och har under pandemin kontinuerligt sett över krisledningsarbetet och gått igenom eventuella nya riktlinjer från regionledningskontoret vid veckovisa möten. Krisledningsarbetet har dokumenterats och nya beslut och riktlinjer har kommunicerats löpande till samtliga medarbetare via e-post samt tillgängliggjorts i en gemensam mapp på förvaltningens server. Sedan hösten 2021 har det aktiva krisledningsarbetet avslutats men ledningen har beredskap att återgå om smittspridningen skulle öka i samhället.

Rutiner har uppdaterats och vid behov tydliggjorts för processer som styr förvaltningen samt det dagliga arbetet. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT samt under månatligt kvalitetsutvecklingsmöte vid namn "ständiga förbättringar". Dessa möten sker digitalt med möjlighet att närvara fysiskt.

Uppdatering och uppföljning av intern kontrollplan samordnas av verksamhetscontrollers i samverkan med medarbetare med särskilda ansvarsområden och förankras med ledningen.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

Covid-19 ställde verksamheten inför stora utmaningar. Detta till trots bedömer nämnden att förutsättningarna för att bedriva intern kontroll under kommande period inte har begränsats på något avgörande sätt. Nämnden har utvecklat välfungerande rutiner för kontroll och kommunikation, vilka fungerar väl.

3.2.2 Analys och slutsatser

Riskerna med patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade. Utifrån den uppdaterade riskanalysen har ett område med hög risk och fem områden med medelhög risk identifierats. Riskanalysen för dessa områden har inte ändrats sedan föregående period.

Det område som enligt beräkningsmodellen har högst sammanlagt riskvärde är risk för dataintrång (riskvärde 10). Då förvaltningens servrar sköts av SF-IT så har förvaltningen ett begränsat uppdrag avseende kontroll och åtgärder för att garantera IT-säkerheten men arbetar kontinuerligt för att reducera riskerna för verksamheten genom de interna åtgärder som beskrivs i kontrollplanen.

Regionen har aviserat en ökning i antalen försök till dataintrång men förvaltningen har inte rapporterat några avvikelser på området under året. Förvaltningen har för att minimera riskerna uppmanas medarbetarna till försiktighet samt ställer krav på att alla ska genomföra regionens obligatoriska utbildning i informationssäkerhet (DISA). Vid nyanställning ställs krav på att skyndsamt tillgodogöra sig kursen och medarbetare

uppmanas att repetera efter ett par år.

Förvaltningens rutiner för intern sekretess fungerar väl och sannolikheten för att sekretessen bryts bedöms som låg. För att säkerställa att förvaltningen uppfyller sitt uppdrag att analysera och återföra information till hälso- och sjukvården, är det viktigt att underlaget håller hög kvalitet. Detta säkerställs bland annat genom att nya medarbetare får adekvat introduktion och genomgång av informationshantering och registreringsrutiner samt att textkvaliteten på registrerad information följs upp månadsvis av särskilt utsedd handläggare. Samtliga avvikelser ska rapporteras till chef och i särskilt avsedd avvikelsehanteringsmapp där alla kan ta del av informationen.

Inom stödpersonsverksamheten har identifierats en risk att stödpersoner inte fullgör sina uppdrag. Då vårdgivare inte registrerar dessa möten, varken fysiska eller digitala, är möjligheten för förvaltningen att följa upp dem begränsad. Möjligheten att systematiskt skicka in felaktiga tidrapporter är dock liten då patienten eller vårdavdelningen sannolikt skulle höra av sig och klaga varvid förvaltningen skulle få kännedom om detta. Förvaltningen håller även kontakt med aktiva stödpersoner och håller en öppen dialog kring arbetet vilket främjar tillit. Förvaltningen gör även stickprover för att kontrollera att stödpersoner verkligen fullgör sina uppdrag.

Nämnden arbetar aktivt för en god arbetsmiljö och för att förebygga stress och psykisk ohälsa. Detta är extra viktigt under covid-19 pandemin och arbetet har därför intensifierats och flertalet uppföljningar och åtgärder kring arbetsmiljö och sjukskrivningar har genomförts. Uppföljning av medarbetarnas hälsa är prioriterat och ledningen har en plan för arbetsmiljöarbetet och är beredda att sätta in åtgärder i det fall sjukfrånvaron eller arbetsrelaterade skador ökar.

Slutligen ser förvaltningen en viss risk i och med kompetensförlust vid pensionsavgångar och avslut. För att säkerställa att kompetensen inte går förlorad utgår förvaltningen från en särskilt framtagen plan för detta vid nyanställning. Ledningen genomförde under hösten 2020 en organisationsöversyn med syfte att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag och tjänster, och inkluderade i detta arbete antaganden om bland annat pensionsavgångar, fortsatt digitalisering, effektivisering och förnyade arbetssätt till följd av covid-19. Under 2021 har två separata utvärderingar av förvaltningens administrativa rutiner samt handläggarrollen genomförts i syfte att anpassa framtida arbetssätt och kompetens hos medarbetarna efter nya förutsättningar, till följd av bland annat digitalisering av verksamheten.

3.3 Information och kommunikation

Internt kommuniceras denna information till nämndsledamöter och medarbetare på avsatta möten.

Externt informeras denna information via bland annat årsrapport samt budget (verksamhetsplan). Sammanträdeshandlingar finns på www.sll.se.

3.4 Övervakning och uppföljning

3.4.1 Uppföljning

Förvaltningen har en intern samordnande funktion för rapportering, uppföljning och övervakning kring åtgärder och kontroll som samverkar med åtgärdsansvariga tjänstemän, utvecklingsledare och förvaltningschef vid framtagande och uppföljning av intern kontrollplan.

Plan för intern kontroll bereds i patientnämndens arbetsutskott, AU. Förvaltningen rapporterar plan för intern kontroll till patientnämnden i samband med tertial-, delår-, verksamhetsplan och verksamhetsberättelse. Nämnden fattar beslut om huruvida den interna kontrollplanen ska godkännas samt kan ge förslag på justeringar.

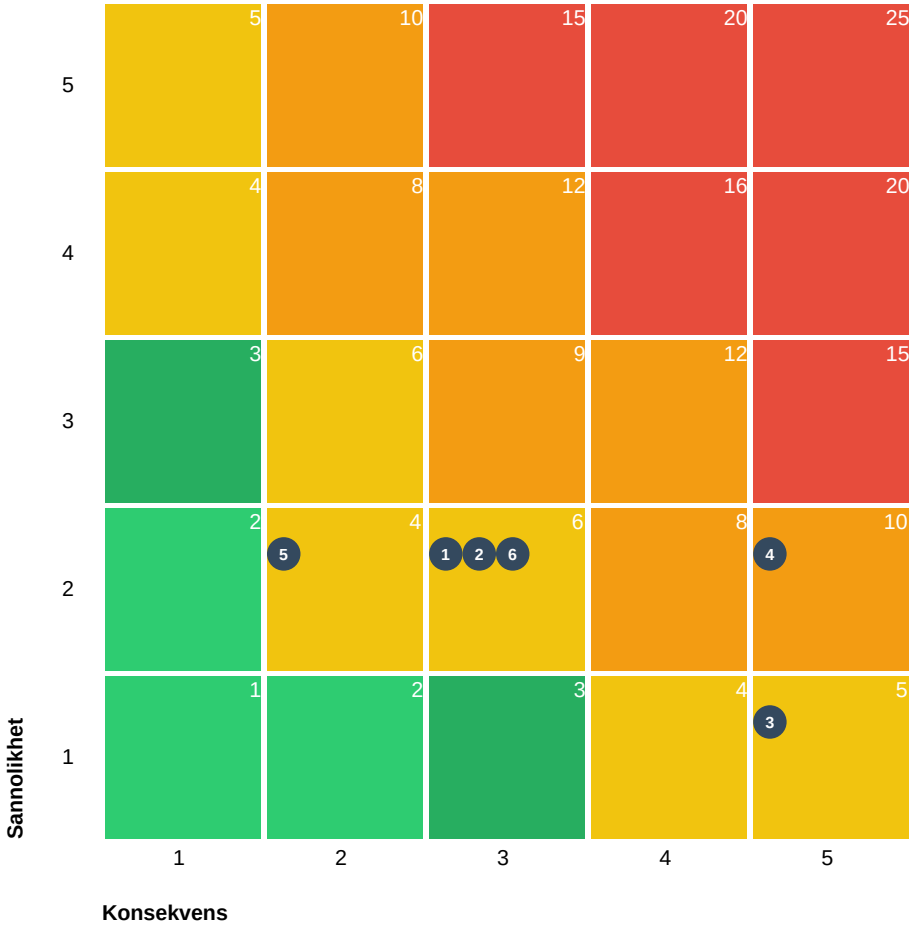
3.4.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med regionens riktlinjer (tertial, delår och i verksamhetsplan) för att säkerställa efterlevnad av planen och identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist.
Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker underlättar överblick över potentiella avvikelser. Nämnden tar del av och beslutar om intern kontrollplan.

3.4.3 Hantering av brister och avvikelser

Avvikelser samlas i en fil där identifierat område, datum samt avvikelsen beskrivs. Detta följs upp av ledningen och åtgärdsansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad på ett adekvat sätt. Inga anmärkningar på hantering av brister och avvikelser har mottagits under perioden.

4 Sammanställning av risker



1 Hög risk 5 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 hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Verksamhetsspecifikt mål/Nämndspecifikt mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Ett resultat i balans		1		14147	2.8 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		2		43232	2.17 Arbetsmiljö vid hemarbete	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta		3		14150	2.11 Sekretss och konfindentialitet	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		4		43233	2.15 Dataintrång	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		5		14153	2.14 Kompetensförsörjning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Kärnverksamhet ska prioriteras		6		43231	2.16 Ökad sjukskrivning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir