

§ 6

Verksamhetsplan 2026

A2511-00118

Ärendebeskrivning

I ärendet föreligger förvaltningens verksamhetsplan 2026 enligt bilaga 1, samt plan för intern kontroll 2026 enligt bilaga 2.

Av verksamhetsplanen framgår att verksamhetsanslaget ökar med 3,3 procent jämfört med budget 2025 och kommer att vara 37,3 miljoner kronor.

I plan för intern kontroll för 2026 har 15 riskområden identifierats, varav två områden med hög risk och fem områden med medelhög risk. Övriga risker bedömdes ha lågt riskvärde. Samtliga identifierade risker kommer att följas upp enligt plan under det kommande året.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande daterat 2025-11-25

Bilaga 1 – Verksamhetsplan 2026 med bilaga

Bilaga 2 – Plan för intern kontroll 2026 med bilagor

Yrkande

Ordförande Henrik Eriksson (C) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Deltar ej i beslut

Kristdemokraterna deltar inte i beslutet.

Moderaterna deltar inte i beslutet.

Sverigedemokraterna deltar inte i beslutet.

Beslut

Patientnämnden beslutar att

1. Godkänna verksamhetsplan 2026 inklusive bilagor.
2. Godkänna plan för intern kontroll 2026 inklusive bilagor.

Expedieras till

Regionledningskontoret

Ekonomi

Regionrevisorerna

Akten

Handläggare: Charlotta Ottenstedt

PaN 2025-12-16 P 6

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2025-11-25

PAN A2511-00118

Verksamhetsplan 2026

Ärendebeskrivning

I ärendet föreligger förvaltningens verksamhetsplan 2026 enligt bilaga 1, samt plan för intern kontroll 2026 enligt bilaga 2.

Av verksamhetsplanen framgår att verksamhetsanslaget ökar med 3,3 procent jämfört med budget 2025 och kommer att vara 37,3 miljoner kronor.

I plan för intern kontroll för 2026 har 15 riskområden identifierats, varav två områden med hög risk och fem områden med medelhög risk. Övriga risker bedömdes ha lågt riskvärde. Samtliga identifierade risker kommer att följas upp enligt plan under det kommande året.

Miljökonsekvenser

De föreslagna åtgärderna förväntas inte medföra några miljökonsekvenser.

Förslag till beslut

Patientnämndens förvaltning föreslår att patientnämnden beslutar följande.

1. Godkänna verksamhetsplan 2026 inklusive bilagor.
2. Godkänna plan för intern kontroll 2026 inklusive bilagor.



Pia Bornevi
Förvaltningschef

Bilaga

- 1 Verksamhetsplan 2026 med bilaga
- 2 Plan för intern kontroll 2026 med bilagor



Patientnämnden

Verksamhetsplan 2026

ÅR 2026

Innehållsförteckning

1	Förvaltningschefens kommentar	4
2	Övergripande om nämnden/bolaget.....	5
2.1	Ansvar och organisation.....	5
2.1.1	Verksamhetsfakta.....	6
2.2	Väsentliga förutsättningar	6
2.3	Ledningsprocess och intern kontroll	7
2.3.1	Ledningsprocess.....	7
2.3.2	Intern kontroll.....	8
3	Mål och uppdrag	9
3.1	Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa..	9
3.1.1	Vården är säker, effektiv och har god kvalitet.....	9
3.2	Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv	9
3.2.1	Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	9
3.2.2	Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	10
3.2.3	Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling.....	10
3.3	Kompetensförsörjningen är långsiktig.....	11
3.3.1	Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	11
4	Verksamhet	13
4.1	Verksamhetstal.....	13
4.1.1	Verksamhet/Produktion	13
5	Ekonomi	14
5.1	Resultatbudget	14
5.1.1	Intäkter.....	14
5.1.2	Kostnader	14
5.1.3	Åtgärder för att nå resultatkravet	15
5.1.4	Verksamhetsindeldad resultatbudget	15
5.2	Balansräkning	15
5.3	Investeringar	16
5.4	Åtgärder för ett resultat i balans	16

Bilagor

Bilaga 1: PAN bilaga-riktade-insatser-for-en-hallbar-arbetsmiljo-vp-2026

1 Förvaltningschefens kommentar

För verksamhetsåret 2026 och planåren 2027–2028 präglas de ekonomiska förutsättningarna i Sverige och omvärlden av fortsatt osäkerhet. Detta innebär ökade krav på ekonomisk återhållsamhet och ett tydligt fokus på att begränsa kostnadsutvecklingen.

Patientnämnden verkar i en tid då regionens invånare ställer allt högre krav på tillgänglighet, transparens och kvalitet i kontakten med hälso- och sjukvården. Varje synpunkt och erfarenhet som når förvaltningen bär på ett värdefullt budskap – inte bara om individens upplevelse, utan om hur regionen gemensamt kan utvecklas och stärkas.

Nämnden fortsätter att ta viktiga steg för att säkerställa att denna kunskap används på ett sätt som skapar faktisk nytta. Det handlar om att utveckla kompetens, arbetssätt och samverkansförmåga – med målet att stärka värdet för patienter, närstående och vårdens verksamheter.

Under det kommande året fokuserar förvaltningen på tre centrala områden:

En förvaltning som rustar sig för framtiden

Digitalisering och AI förändrar snabbt både invånarnas förväntningar och förvaltningens arbetssätt. Genom att stärka kompetensen inom ny teknik förbättrar vi kvaliteten i handläggningen och skapar bättre förutsättningar för professionen.

Nämnden investerar i lärande, handledning och gemensamma utvecklingsdagar – med målet att varje medarbetare ska känna trygghet, tydlighet och stolthet i sitt uppdrag.

Effektiva, transparenta och rättssäkra processer

För att möta invånarnas behov fullt ut fortsätter förvaltningen att utveckla sina interna arbetssätt. Vi tydliggör processer, roller och ansvar för att uppnå mer samordnade, konsekventa och systematiska arbetssätt.

Förvaltningen tar också nästa steg i arbetet med en sammanhållen kommunikations- och kanalstrategi, vilket gör det lättare att nå ut med rätt information till rätt målgrupp.

Parallellt utforskas hur automatisering och AI kan frigöra tid till det som skapar störst värde – dialogen med patienter och närstående och samverkan med närliggande aktörer.

Samverkan som skapar värde i hela vårdsystemet

En stark och systematisk samverkan är en av de viktigaste framgångsfaktorerna. Förvaltningen fortsätter därför att utveckla samarbetet med vårdens aktörer, såsom beställarorganisationen Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) samt patient- och intresseorganisationer.

Genom systematisk omvärldsbevakning och gemensam analys skapas en stabil grund för lärande och förbättring – både lokalt och nationellt. Förvaltningen ser stora möjligheter i att vidareutveckla det nationella patientnämndsnätverket och aktivt bidra till gemensamma insatser för patienternas bästa.

2 Övergripande om nämnden/bolaget

2.1 Ansvar och organisation

Patientnämnden är regionens oberoende instans som hjälper patienter och närstående när det uppstår problem i vården. Nämnden hanterar frågor som rör i princip all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, folktandvården, samt viss privat tandvård och privata tandhygienister.

Patientnämnden har dessutom ett myndighetsuppdrag att utse stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom rättspsykiatrisk vård eller isoleras enligt smittskyddslagen. Detta uppdrag är reglerat i lag.

Lagar som styr arbetet

Patientnämndens verksamhet bygger på flera lagar, bland annat:

Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Smittskyddslagen (2004:168)

Förvaltningslagen

Offentlighets- och sekretesslagen

Dataskyddsförordningen (GDPR)

Patientnämnden ska enligt det reglemente som regionfullmäktige fastställt med utgångspunkt i ovanstående lagar:

1. på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomålen besvarade av vårdgivaren. Om patienten är ett barn, ska nämnden särskilt beakta barnets bästa,
2. bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Det ska göras genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma Region Stockholm eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården,
3. med anledning av framställda synpunkter och annan information som nämnden får, göra de utredningar och de framställningar till ansvariga nämnder inom Region Stockholm och till andra berörda organ som behövs,
4. i förebyggande syfte verka för att sådana förhållanden vilka kan innefatta risker för felaktig eller otillfredsställande vård eller behandling uppmärksammas av ansvariga nämnder och bolag,
5. fatta inriktnings-, planerings- och genomförandebeslut för nämndens investeringar under 100 miljoner kronor.

Nämnden består av nio ledamöter och nio ersättare.

Förvaltningsorganisation

Under nämnden lyder patientnämndens förvaltning. Förvaltningen leds av en förvaltningschef som inför nämnden är ansvarig för verksamheten. Nämnden får utfärda instruktioner för patientnämndens förvaltning och dess personal.

Avtal och överenskommelser

Patientnämnden har i samverkansavtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) enats om kunskapsutbyte och samarbete kring klagomål på vården samt har en överenskommelse med Region Stockholm innovation (FOUUI) om samarbete kring patientinitierade förbättringsförslag och innovation.

Nämnden har sedan lång tid samverkansavtal med kommuner och stadsdelar gällande klagomål på kommunal hälso- och sjukvård samt avtal med Distriktstandvården och Aquadental gällande tandvård.

2.1.1 Verksamhetsfakta

Patientnämnden hjälper patienter och närstående att föra fram frågor, synpunkter och klagomål på all offentligt finansierad vård, inom regionen, till den vårdgivare som det berör. Nämnden är en fristående och opartisk instans som består av politiker från olika partier i regionen.

Patientnämnden har ett lagstadgat uppdrag att analysera inkomna synpunkter och klagomål samt att uppmärksamma hälso- och sjukvårdsnämnden och andra relevanta aktörer på risker och hinder för vårdens utveckling. Genom denna analys tillhandahålls kunskap som tjänstemän, politiker och vårdgivare kan använda i sitt systematiska utvecklings- och förbättringsarbete.

Patientnämnden ansvarar även för att utse stödpersoner åt patienter som tvångsvårdas inom psykiatri eller är isolerade med stöd av smittskyddslagen

2.2 Väsentliga förutsättningar

För verksamhetsåret 2026 och planåren 2027–2028 förväntas de ekonomiska förutsättningarna präglas av fortsatt krav på återhållsamhet och fokus på låg kostnadsutveckling.

För att möta patienters och närståendes behov av tillgänglig service behöver patientnämnden arbeta proaktivt och kontinuerligt utveckla sina processer och system.

Under de senaste åren har förvaltningen ställt om till ett nästan helt digitalt arbetssätt. De flesta ärenden kommer in via 1177 och processen kring stödpersonsverksamheten är digitaliserad. Detta har gjort kontakten enklare och tillgänglig dygnet runt, samtidigt som administrationen har effektiviserats.

Vi lever i ett digitalt samhälle och den digitala utvecklingen har bidragit till ett ökat tempo i handläggningen. Den förbättrade tillgängligheten kan på sikt innebära en ökning både av antalet inkomna ärenden och av förordnanden av stödpersoner.

Samtidigt har antalet administratörer minskat, i linje med målet att reducera administrativa kostnader och koncentrera resurserna till kärnverksamheten.

Förvaltningen behöver därför fortsätta att effektivisera arbetssätten och kartlägga processer för att skapa balans mellan krav, resurser och leverans – med patientens behov som utgångspunkt.

Masterdata ska användas i Region Stockholms IT-landskap och en integration med förvaltningens verksamhetssystem CMC – Motion (CMC) till Regionens Masterdataplattförm (MDM) har under hösten identifierats som strategiskt nödvändig, för att följa den utveckling som IT- landskapet föreskriver.

Plattformen utgör den centrala källa där masterdata skapas, kvalitetssäkras och uppdateras för att därefter återanvändas i flera av regionens system. En integration mellan MDM och CMC är angelägen för att säkerställa en enhetlig, korrekt och effektiv informationshantering inom förvaltningen samt för att uppfylla krav på rapportering, uppföljning och hantering av oegentligheter. Integrationen möjliggör reducerad administrativ belastning samt högre datakvalitet och informationssäkerhet.

Utan möjlighet till integration kommer förvaltningen fortsatt vara beroende av lokala lösningar, med manuell registerhantering och parallella informationskällor. Detta innebär minskade möjligheter till effektivisering över tid och minskar förvaltningens möjlighet att delta fullt ut i regionens gemensamma digitala utveckling.

Effektiva arbetssätt med rätt nyttjande av resurser och ökad digitalisering är centrala för att nämnden ska klara sin budgetram med bibehållen kvalitet och hållbar arbetsmiljö. Projektet behöver inledas under 2026 för att kommande utveckling ska kunna byggas direkt mot den nya databasen och för att möjliggöra en övergång den 1 januari 2027.

Integrationen mellan MDM och CMC innebär en budgetrisk i 2026 års planering. Kostnadsestimat från leverantör ligger på cirka 2 miljoner kronor, men totalkostnaden är ännu inte fullt överblickbar. Arbetet omfattar integrationer, teknisk utveckling och beroenden gentemot andra applikationer.

2.3 Ledningsprocess och intern kontroll

2.3.1 Ledningsprocess

Patientnämnden följer Region Stockholms policy för styrning och ledning samt regionens övriga styrande dokument, såsom strategier och riktlinjer. Därutöver tillämpas lokala dokument, exempelvis handlingsplaner, rutiner och beskrivna arbetssätt.

Nämnden fastställer lokala handlingsplaner och andra styrande dokument vid behov.

Förvaltningen tar fram en årlig verksamhetsplan utifrån regionfullmäktiges mål och inom ramen för beslutade ekonomiska förutsättningar. Planen förankras hos förvaltningens medarbetare. Samtidigt tas en intern kontrollplan fram där förvaltningens risker bedöms.

Planen genomförs och avvikelsehantering sker löpande.

Verksamhetsplanen och den interna kontrollplanen följs upp tertialvis (ej internkontrollplan), vid delår och via verksamhetsberättelsen. Prognos upprättas i samband med tertial och delår som en del av den ekonomiska uppföljningen.

Omvärldsbevakning, analys och förbättringsområden utvärderas och förs vidare till kommande perioder, vilket lägger grunden för ett långsiktigt perspektiv i styrningen.

2.3.2 Intern kontroll

Patientnämnden följer Region Stockholms riktlinjer för intern kontroll och har identifierat 15 riskområden i årets internkontrollplan. Styr- och kontrollmiljön är stabil, med tydliga rutiner, regelbunden uppföljning och ett aktivt ledarskap.

Väsentliga risker och åtgärder:

- Större samhällspåverkande kris (högt riskvärde): Låg sannolikhet men allvarlig konsekvens. Förvaltningen följer utvecklingen och har en uppdaterad plan för beredskap, kris och kontinuitet.
- Dataintrång (högt riskvärde): Ökad sannolikhet och allvarliga konsekvenser för personuppgifter och risk för förlust av oersättlig data. Följsamhet till regionens riktlinjer för IT-säkerhet, regionens serviceförvaltning (SF-IT) ansvarar för IT-säkerhet.
- Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner (medelhögt riskvärde): påverka patientsäkerhet och skada förvaltningens förtroende. Rekryteringsverksamhet är ett prioriterat område.
- Konsekvenser av ökningen av antalet ansökningar om stödperson (medelhögt riskvärde): kontrolleras månadsvis i antal- och kostnad. Åtgärdsplan innebär en omprioritering i första hand.
- Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö (medelhögt riskvärde): risk för hög belastning, otydliga gränser vid distansarbete och försämrade relationer. Ledningen arbetar aktivt med arbetsmiljö och balans i arbetsfördelningen.
- Sekretess och konfidentialitet (medelhögt riskvärde): låg sannolikhet men allvarliga konsekvenser. Följsamhet till regionens riktlinjer för IT-säkerhet, Regionens serviceförvaltning (SF-IT) ansvarar för IT-säkerhet.
- Bevarande av data i förvaltningens databas (medelhögt riskvärde): förlust av data innebär problem att hantera pågående ärenden samt bristfällig data för analys och uppföljning. Följsamhet till regionens riktlinjer för IT-säkerhet, Regionens serviceförvaltning (SF-IT) ansvarar för IT-säkerhet.

3 Mål och uppdrag

3.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

3.1.1 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Patientnämnden bidrar till att regionfullmäktiges mål uppnås genom att stärka kvalitet och patientsäkerhet i vården.

Genom att ta emot, analysera och förmedla patienters synpunkter och klagomål skapas underlag för förbättringar i vårdens processer. Under 2026–2028 prioriteras utvecklingen av digitala lösningar för ökad tillgänglighet och effektiv ärendehantering, samt en stärkt analysprocess som i ett tidigare skede identifierar trender och riskområden. Behovet av stödpersoner ska mötas.

Nämnden fortsätter att samverka brett med vårdgivare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) samt patient- och intresseorganisationer, och deltar i den regionala samverkansgruppen för patientsäkerhet. Arbetet med att implementera den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet fortsätter.

Långsiktigt prioriterade åtgärdsområden är rekrytering av stödpersoner, förbättrade digitala verktyg, stärkt informations- och cybersäkerhet, fortsatt utveckling av analysmetodik, robust krisberedskap samt ett aktivt arbetsmiljöarbete för att säkerställa en hållbar och effektiv verksamhet.

3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Patientnämnden bidrar till regionfullmäktiges mål genom ett effektivt och digitalt arbetssätt som stärker kärnuppdraget: att ta till vara patienters synpunkter, bidra till en säker och kvalitativ vård samt förordna stödpersoner vid psykiatrisk tvångsvård och smittskyddsåtgärder.

Utvecklingen av digitala arbetsverktyg fortsätter för att öka tillgängligheten, korta handläggningstider och minska manuella moment i administrationen.

Arbetet med intern kontroll och riskhantering säkerställer en stabil och hållbar verksamhet, och förbättrad samverkan med vårdgivare och andra aktörer förstärker effekten av nämndens kärnverksamhet.

På längre sikt prioriteras IT-säkerhet och god beredskap vid samhällskriser. Genom hållbart resursutnyttjande och kontinuerliga förbättringar bidrar nämnden till regionens ekonomiska stabilitet och ett effektivt användande av skattemedel.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Administrativa kostnader ska minska	Regionfullmäktige		Enligt budget 2 026

Patientnämnden är en liten förvaltning där en stor del av arbetet är administrativt. Registratur och diariieföring utgör centrala delar av kärnverksamheten. Förvaltningen effektiviserar löpande sitt arbete för att reducera manuella moment och möta kraven på snabb och tillgänglig ärendehantering. Möjligheterna att sänka administrativa kostnader är dock begränsade, eftersom dessa till stor del består av arvoden och tjänster som köps från serviceförvaltningen.

Uppdrag	Beslutat av	Status
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	Regionfullmäktige	

3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Patientnämnden bidrar till att regionfullmäktiges mål och målvärden uppnås genom att aktivt delta i regionens hållbarhetsarbete och integrera miljöaspekter i relevanta beslut.

Genom fortsatt utveckling av digitala lösningar minskar förvaltningen sin miljöpåverkan genom lägre pappersförbrukning, minskade portoavgifter och färre transporter. Distansarbete och digitala möten ger även det en minskning av tjänsteresor. Samtliga medarbetare har genomfört regionens hållbarhetsutbildning, och avfall sorteras i verksamhetens lokaler.

För att stärka engagemanget och säkerställa uppföljning av hållbarhetsarbetet planeras under 2026 en årlig miljövecka eller temadag. Dessa insatser bidrar både till minskat klimatavtryck och till att förvaltningen bidrar till regionens långsiktiga mål om en hållbar verksamhet under 2026–2028.

3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Patientnämnden bidrar till att regionfullmäktiges mål och målvärden uppnås genom att stärka kvalitet, trygghet och jämlikhet samt bidra till ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården.

Genom att ta emot och analysera patienters synpunkter och klagomål, samt genom stödpersonsverksamheten, främjar nämnden en patientsäker och rättssäker vård.

Ett effektivt och digitalt arbetssätt utvecklas vidare under 2026–2028 för att öka tillgängligheten, korta handläggningstider och använda resurser på ett hållbart sätt.

Arbetet med intern kontroll – särskilt kring IT-säkerhet, krisberedskap och arbetsmiljö – skapar stabilitet i genomförandet av uppdraget.

Åtgärder för social hållbarhet utifrån invånarperspektivet

Patientnämnden arbetar systematiskt för social hållbarhet med stöd av regionala strategier och lokala handlingsplaner för delaktighet, suicidprevention samt alkohol och droger.

Genom uppföljning av ärenden som rör diskriminering, suicid och barn säkerställs att utsatta grupper uppmärksammas, och samtliga analyser inkluderar köns-, ålders- och barnperspektiv.

Patientnämnden har, i enlighet med folkhälsopolicyn, en rutin som anger när konsekvensanalyser för folkhälsa och social hållbarhet ska genomföras.

Flera kontaktvägar, tolkservice och digitala tjänster samt hög tillgänglighet i telefonväxeln stärker den fysiska och digitala tillgängligheten.

Förvaltningen har samverkansforum med länets pensionärsorganisationer samt organisationer som företräder personer med funktionsnedsättning.

Stödpersonsverksamheten motverkar isolering och stärker delaktighet i vården.

Planerade åtgärder 2026 – med långsiktig påverkan

Förbättra analysprocesserna för att snabbare synliggöra ojämlikheter och risker i vården

Vidareutveckla samverkan med vårdgivare, företrädare för funktionsvariations-, pensionärs- och patientorganisationer för att stärka delaktighet och invånarperspektiv.

Fortsatt fokus på IT-säkerhet, krisberedskap och kompetensförsörjning som långsiktiga åtgärdsområden för en hållbar verksamhet.

Genom dessa insatser bidrar patientnämnden stegvis till regionens sociala hållbarhetsomställning och till att målen uppnås under både budgetåret 2026 och planåren 2027–2028.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	Regionfullmäktige		Ja

3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

3.3.1 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Patientnämnden bidrar till regionfullmäktiges mål genom att säkerställa en hållbar och kompetent organisation som kan utföra kärnuppdraget med hög kvalitet.

Fokus ligger på en god arbetsmiljö, förebyggande av stress och en jämn arbetsbelastning, vilket stärker både intern kontroll och verksamhetens måluppfyllelse. Möjlighet till delvis distansarbete ger ökad flexibilitet samt god balans mellan arbete

och privatliv.

Medarbetarna erbjuds kontinuerlig kompetensutveckling, årliga utvecklingsplaner och från 2026 regelbunden handledning. Medarbetarledda arbetsplatsmöten (APT) fortsätter efter goda erfarenheter. Tillsammans stärker dessa insatser arbetsmiljön och bidrar till stabilitet och långsiktig kompetensförsörjning.

På längre sikt prioriterar nämnden hållbar kompetensförsörjning, fortsatt utveckling av arbetsmiljöarbetet och robusta arbetssätt som stödjer verksamheten även vid samhällskriser.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel sjukfrånvaro	Regionfullmäktige		<6 %
Totalindex HME	Regionfullmäktige		>=80

4 Verksamhet

4.1 Verksamhetstal

4.1.1 Verksamhet/Produktion

För 2026 beräknas det totala antalet inkomna synpunkter och klagomål uppgå till cirka 8 000, vilket motsvarar tidigare års nivåer. Volymen bedöms därmed vara stabil och verksamheten fortsätter utveckla rutiner för att säkerställa en effektiv handläggning med god rättssäkerhet och hög tillgänglighet.

Inom området digital utveckling pågår arbete kopplat till flera strategiska initiativ som förvaltningen bevakar/deltar i.

Säker digital kommunikation (SDK), som samordnas av Myndigheten för digital förvaltning (DIGG), möjliggör ett säkrare och enklare informationsutbyte mellan kommuner, regioner och myndigheter. Förvaltningen bevakar området och kommer att ansluta till tjänsten när möjlighet erbjuds.

Vidare utgör regionens MDM-plattform den centrala datakälla där masterdata skapas och uppdateras för att därefter användas i flera system. Detta skapar förutsättningar för enhetlig och kvalitetssäkrad informationshantering, där uppdateringar endast behöver göras på ett ställe och därefter kan spridas till samtliga anslutna system, här undersöker förvaltningen möjligheter till anslutning. En anslutning till plattformen skulle innebära avsevärda besparingar på längre sikt för förvaltningen.

Förvaltningen deltar i projektet Svea, som Region Stockholm driver i partnerskap med AI Sweden. Genom detta deltagande får förvaltningen tillgång till verktyg, kompetensforum och nätverk som stödjer den fortsatta digitaliseringsutvecklingen och möjliggör erfarenhetsutbyte med andra aktörer.

Inom stödpersonsverksamheten förväntas antalet förordnanden fortsätta öka under 2026. Handläggarna följer utvecklingen löpande och genomför riktade insatser för att rekrytera fler stödpersoner för att möta det ökande behovet. Samverkan med vården fortsätter att vara central för att säkerställa att patienters rätt till stödperson tillgodoses.

För att stärka relationer, engagemang och kompetens inom stödpersonsgruppen planeras två fysiska träffar per år. Dessa träffar syftar till att möjliggöra kompetensutveckling, erfarenhetsutbyte och att bidra till ett sammanhållet och hållbart stödpersonsuppdrag.

5 Ekonomi

5.1 Resultatbudget

Resultat*	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Anslag	34 967	36 121	37 313	38 544	39 816
Övriga bidrag	5 270	36	61	36	36
Övriga intäkter	2 197	1 900	1 935	1 960	2 005
Verksamhetens intäkter	42 434	38 057	39 309	40 540	41 857
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-31 772	-30 013	-31 382	-32 106	-33 062
Lämnade bidrag	0	0	0	0	0
Lokal- och fastighetskostnader	-2 753	-3 058	-2 994	-3 128	-3 221
IT- och telekostnader	-4 491	-3 737	-3 873	-3 903	-4 128
Övriga kostnader	-1 237	-1 459	-1 203	-1 543	-1 586
Verksamhetens kostnader	-40 253	-38 267	-39 452	-40 680	-41 997
Avskrivningar	0	0	0	0	0
Finansnetto	244	210	142	140	140
Resultat**	2 425	0	-1	0	0

* tkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Intäkter

Anslaget för 2026 uppgår till 37 313 tusen kronor, vilket innebär en ökning med 3,3 procent jämfört med anslag för 2025. Även för 2027 och 2028 räknas med en ökning på 3,3 procent per år.

Övriga intäkter avser ersättning från kommuner, distriktstandvård och Aquadental. Dessa intäkter har räknats upp utifrån index och uppgår till 1 935 tusen kronor.

Förvaltningen erhåller 61 tusen kronor från Regionen för att stärka områdena ledarskap, hållbar arbetsplats och kompetensförsörjning. Dessa medel planeras att användas för en hållbar arbetsplats i samband med nya behov vid "återgång till kontoret".

5.1.2 Kostnader

Verksamhetsplaneringen innebär en ökning av kostnader med drygt 3 procent i jämförelse med budget 2025.

De personalrelaterade kostnaderna ökar med 4,5 procent jämför med budget 2025. Lönerrevisionen omfattar ca 3 procents justering från 1/4 i enlighet med riktlinjer. PO-pålägget blir 2026 48,85 procent att jämföra med 47,65 procent 2025.

Lokal, IT-tele samt Övriga kostnader ligger drygt 2 procent under föregående års budget.

Licenskostnaderna blir högre 2026 då licenskostnaden för flera av förvaltningens

applikationer ökar och licenskostnader för nya typer av verktyg kopplade till digitalisering och AI satsningar kommer.

Budgeten för ärendehanteringssystemet ligger ungefär såsom tidigare år, en viss osäkerhet råder då upphandling av ny leverantör för förvaltning av systemet pågår och ska gälla fr o m 1/1 2026.

Kostnad för handledning för handläggare utgör en stor del av utbildningsbudgeten det kommande året, liksom samtligt deltagande i Tjänstepersonskonferensen. Konferensen kommer att hållas i Västra Götalandsregionen vilket innebär att resa och boende tillkommer detta år. Delar av denna budget ligger med i de personalrelaterade kostnaderna ovan.

En neddragning har gjorts av budgeten för kommunikation och intern representation för att få budgeten i balans.

Förvaltningen ser samma kostnads- och intäktsutveckling för de kommande planåren 2027-2028.

Personalkostnader

	Utfall 2024	Budget 2025	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Närvaro	21		0	22	22	22
Frånvaro	5		0	4	4	4
Extratid	0		0	0	0	0
Totalt	27		0	26	26	26
Varav avtalad tid	26	26	26	26	26	26

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Konsultkostnader

5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet

5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget

Förvaltningen arbetar kontinuerligt med effektivisering och ett optimalt resursutnyttjande.

Fokus ligger på att minska kvarvarande manuella administrativa moment i ärendehantering för att bättre kunna möta förväntningarna på hög tillgänglighet och skyndsam handläggning – vilket utgör kärnan i nämndens uppdrag.

5.2 Balansräkning

Patientnämnden har inte några planerade investeringar under åren 2026 till 2028 och restvärdet på de befintliga anläggningstillgångarna kommer vara 0.

Budgeterat resultat är 0 för 2026 till 2028 och budgeterat eget kapital är därför 756 tusen kronor.

Kassa och bank förväntas minska under 2026 till följd av reglering av positivt resultat under 2025.

I övrigt har inga förändringar budgeterats i förhållande till balansräkning för 2024.

Balansräkning*	Utfall 2024	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Anläggningstillgångar	0	0	0	0	0
- varav pågående nyanläggningar		0	0	0	0
Omsättningstillgångar	8 215	6 089	6 089	6 089	6 089
- varav kassa och bank	7 621	5 495	5 495	5 495	5 495
SUMMA TILLGÅNGAR	8 215	6 089	6 089	6 089	6 089
Eget kapital	2 882	756	756	756	756
Avsättningar	0	0	0	0	0
Skulder	5 333	5 333	5 333	5 333	5 333
- varav långfristiga skulder	0	0	0	0	0
- varav kortfristiga skulder	5 333	5 333	5 333	5 333	5 333
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	8 215	6 089	6 089	6 089	6 089

* tkr

5.3 Investeringar

Patientnämndens har inga planerade investeringar för år 2026-2028.

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans

För att nå resultatkravet arbetar förvaltningen vidare med prioritering, kostnadskontroll och effektivt resursutnyttjande. Eventuella kostnadsökningar hanteras genom omfördelning inom ramen för befintliga resurser och genom fortsatt utveckling av digitala lösningar och hjälpmedel som optimerar arbetsmoment.

Riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö

Regionstyrelsen har avsatt medel 2026 för att nämnder och bolag ska arbeta aktivt och systematiskt med den fysiska, sociala och organisatoriska arbetsmiljön, med utgångspunkt i Regions Stockholms styrande dokument. Medel fördelas till nämnder och bolag för att genomföra riktade och tidiga hälsofrämjande insatser för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö med fokus på att öka hälsa, förebygga ohälsa och minska sjukfrånvaro. Grunden för arbetet är den av regionfullmäktige fastställda medarbetarpolicyn, tillika arbetsmiljöpolicy (RS 2022-0912) Insatserna ska ta utgångspunkt i den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), andra kartläggningar av arbetsmiljön samt arbetsmiljökommissionens rapport (RS 2023-0223).

Insatserna ska utformas så att de kan utgöra en del av ordinarie verksamhet. Respektive nämnd/bolag ska nedan beskriva inom vilka områden tilldelade medel ska användas under 2026. Beskrivningen ska vara övergripande per insatsområde där arbete med att utveckla arbetsmiljön behöver ske under 2026. Syfte och önskad effekt med det planerade arbetet ska också redovisas kortfattat. Andelen medel som avsätts per insatsområde behöver inte redovisas. De konkreta insatser som sedan genomförs inom respektive område ska vara samverkade i nämndens/bolagets övergripande samverkansgrupp/skyddskommitté.

De insatser som görs och utvärdering av vilka effekter som uppnås ska redovisa löpande i ordinarie uppföljning.

**RIKTADE INSATSER
FÖR HÅLLBAR ARBETSMILJÖ**

Fördelning av medel per förvaltning/bolag anges nedan:

Organisation	Belopp: kr
Ambulanssjukvårdsförvaltningen	2 191 000 kr
Danderyds sjukhus	8 215 000 kr
Film Stockholm AB	11 000 kr
FTV Stockholms län AB	3 294 000 kr
Förvaltningen utbyggd T-bana	152 000 kr
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	859 000 kr
Karolinska Universitetssjukhuset	28 921 000 kr
Kulturförvaltningen	179 000 kr
MediCarrier AB	356 000 kr
Patientnämnden	34 000 kr
Regionledningskontoret	608 000 kr
Regionrevisorerna	32 000 kr
S:t Eriks ögonsjukhus	843 000 kr
Serviceförvaltningen	898 000 kr
Stockholms läns sjukvårdsområde	23 011 000 kr
Södersjukhuset	8 668 000 kr
Södertälje sjukhus	2 500 000 kr
Tiohundra AB	2 016 000 kr
Tobiasregistret AB	25 000 kr
Trafikförvaltningen	1 575 000 kr
Locum	391 000 kr
1177 / MedHelp	221 000 kr
totalt	85 000 000 kr

Nämnd/bolag:

Patientnämnden

Beskriv nedan övergripande områden där medel kommer att användas till insatser för en hållbar arbetsmiljö under 2026.

Patientnämnden avser nyttja medel för hälsofrämjande insatser 2026 genom att se över den fysiska arbetsmiljön i samt användning och disponering av lokalerna. Syftet är att förbättra den fysiska arbetsmiljön för medarbetarna och den önskade effekten är bättre ljudmiljö och ökad trivsel vid arbete i lokalerna.

En stor del av förvaltningens handläggare arbetar i telefonväxel. Arbetet är förlagt i öppet landskap vilket ställer stora krav på ljuddämpning och möjlighet att nyttja anpassade arbetsrum för enskilda samtal och arbetsuppgifter. Under 2026 planeras en översyn av lokalerna och bidraget avses användas till anpassande åtgärder såsom ljuddämpande skärmar, ändamålsenlig belysning samt anpassning av arbetsrum. En arbetsgrupp bestående av medarbetare, ledning och huvudskyddsombud har tillsatts.

Patientnämnden

Plan för intern kontroll, budget 2026

Budget 2026

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	3
2	Intern kontroll	4
2.1	Styr- och kontrollmiljö	4
2.2	Riskbedömning	4
2.3	Kontrollaktiviteter	5
2.4	Information och kommunikation	6
2.5	Övervakning och uppföljning	7
2.5.1	Uppföljning	7
2.5.2	Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll	7
2.5.3	Hantering av brister och avvikelser	7
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 tillsammans i samma lokaler på kontoret, vilket gör det lätt att kommunicera och samarbeta. De flesta har avtal som gör att de kan arbeta hemifrån några dagar i veckan, och då sker kontakten digitalt.

Rutiner uppdateras vid behov, och viktig information tas upp på APT och andra möten. Förvaltningen samverkar väl med de fackliga representanterna inom ramen för lokal samverkan.

Ledningen har en etablerad och uppdaterad krisledningsplan och organisation för att effektivt hantera kriser och störningar i verksamheten.

Det planeras inga förändringar i roller eller ansvar under nästa år.

Controller samordnar uppföljningen av den interna kontrollplanen tillsammans med ansvariga medarbetare och ledningen. Regionrevisor och auktoriserad revisor granskar arbetet externt.

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

Förvaltningen har gjort en ny riskanalys genom att gå igenom föregående års internkontrollplan och bedöma om riskerna fortfarande är aktuella samt om nya risker har tillkommit. Sammanlagt identifierades 15 riskområden, varav två bedömdes ha högt riskvärde och fem medelhögt riskvärde. Övriga risker bedömdes som låga.

Obligatorisk risk 2026

Risk för oegentligheter och välfärdsbrott.

Risk att oärliga aktörer utnyttjar systemet – antingen genom att bli förordnade som stödpersoner med oärliga avsikter eller upptäckt av misstänkta omständigheter via klagomålshandläggningen.

Fyra tidigare risker har tagits bort, då de inte antingen längre är obligatoriska, bedöms som lågrisk eller täcks av annat riskområde.

- Kompetensförsörjning - svårigheter att rekrytera nya medarbetare - lågrisk
- Felaktiga registreringar i databas - lågrisk
- Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag - täcks in i den nya obligatoriska risken om oegentligheter och välfärdsbrott.
- Risk för fel i finansiell rapportering - borttagen sedan tidigare men legat kvar.

Förändrad riskbedömning

Risk för dataintrång har höjts då flera fall av intrång i offentlig verksamhet har genomförts och det allmänna säkerhetsläget är instabilt. Konsekvensen har bedömts såsom tidigare, allvarlig.

Högt riskvärde

Dataintrång har fortsatt högt riskvärde och sannolikheten för att detta ska inträffa bedöms som högre, konsekvenserna är allvarliga då personuppgifter hanteras liksom all pågående- och historisk ärendedata som kan påverkas. Serviceförvaltningen IT ansvarar för säkerheten, utbildning och information används för att minska risken.

Större samhällspåverkande kris har fortsatt högt riskvärde, sannolikheten är låg men konsekvenserna för verksamhetens genomförande är högt.

Sammanfattningsvis: Risknivån i förvaltningen är överlag låg, men vissa risker – som dataintrång och samhällskriser – har hög konsekvens och bevakas därför noggrant.

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.

Förvaltningen har gått igenom intern kontroll planen för att säkerställa att alla kontroller och åtgärder är aktuella och fungerar som de ska.

Krisberedskap

Förvaltningen har en plan för beredskap, kris och kontinuitet som följer regionens övergripande plan. Den innehåller rutiner för hur verksamheten ska hantera allvarliga händelser och uppdateras regelbundet.

IT- och informationssäkerhet

För att förebygga dataintrång uppmanas medarbetarna att vara försiktiga och gå regionens utbildning i informationssäkerhet (DISA), både vid nyanställning och regelbundet därefter. Nya medarbetare får också information om förvaltningens riktlinjer vid introduktion. Förvaltningen tar del av regionens sårbarhetsskanningar och ser till att eventuella brister åtgärdas.

Oegentligheter och välfärdsbrott

Ärendehantering

- Bevakning/flaggning av misstänkta ärenden i systemet
- Regelbunden genomgång av markerade ärenden
- Sammanställningar till hälso- och sjukvårdsförvaltningens funktion mot oegentligheter
- Uppföljning i intern kontroll planen och riskanalys

Stödpersonshantering

- Bakgrundskontroller och dubbelintervjuer vid rekrytering
- Tydlig introduktion och uppföljning genom samtal och observationer
- Kontroll av underlag vid ersättningsanspråk
- Kontakt med vårdinrättningar

Arbetsmiljö

Ledningen arbetar aktivt för att förebygga stress och ohälsa genom regelbundna avstämningar, bra arbetsfördelning och möjlighet för medarbetarna att planera sitt arbete utifrån verksamhetens behov.

Sekretess

Alla medarbetare loggar in med e-tjänstekort, och systemet loggar användningen löpande. Personuppgifter skyddas i databasen och döljs i statistik och ärendeförteckningar. Vid hemarbete gäller särskilda sekretessrutiner. Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara skåp, och externa besök måste anmälas i förväg. Eventuella avvikelser rapporteras i ett särskilt dokument som alla kan ta del av.

Datasäkerhet och ekonomi

Serviceförvaltningen IT ansvarar för säkerhetskopiering och virusskydd i databasen. Kontroller kopplade till den ekonomiska rapporteringen hanteras också av serviceförvaltningen, som gör löpande avstämningar. Controller följer upp resultatet varje månad och analyserar eventuella avvikelser.

Risken för felaktiga bidragsutbetalningar är inte aktuell eftersom patientnämnden inte betalar ut några bidrag.

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/bolagsstyrelsen 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.

Controller samordnar arbetet med att följa upp risker, kontroller och åtgärder tillsammans med biträdande förvaltningschef, ansvariga tjänstepersoner, ledningsgruppen och förvaltningschefen när planen för intern kontroll tas fram och följs upp.

Planen för intern kontroll rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsplan, delårsrapport samt verksamhetsberättelse. Nämnden beslutar om planen ska godkännas och kan föreslå ändringar.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med regionens riktlinjer och anvisningar i samband med upprättande av verksamhetsplanen, vid delårsrapportering samt vid upprättande av verksamhetsberättelse. På så sätt säkerställs efterlevnad av riktlinjen och eventuella förändringar som har skett identifieras. Förvaltningens 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.

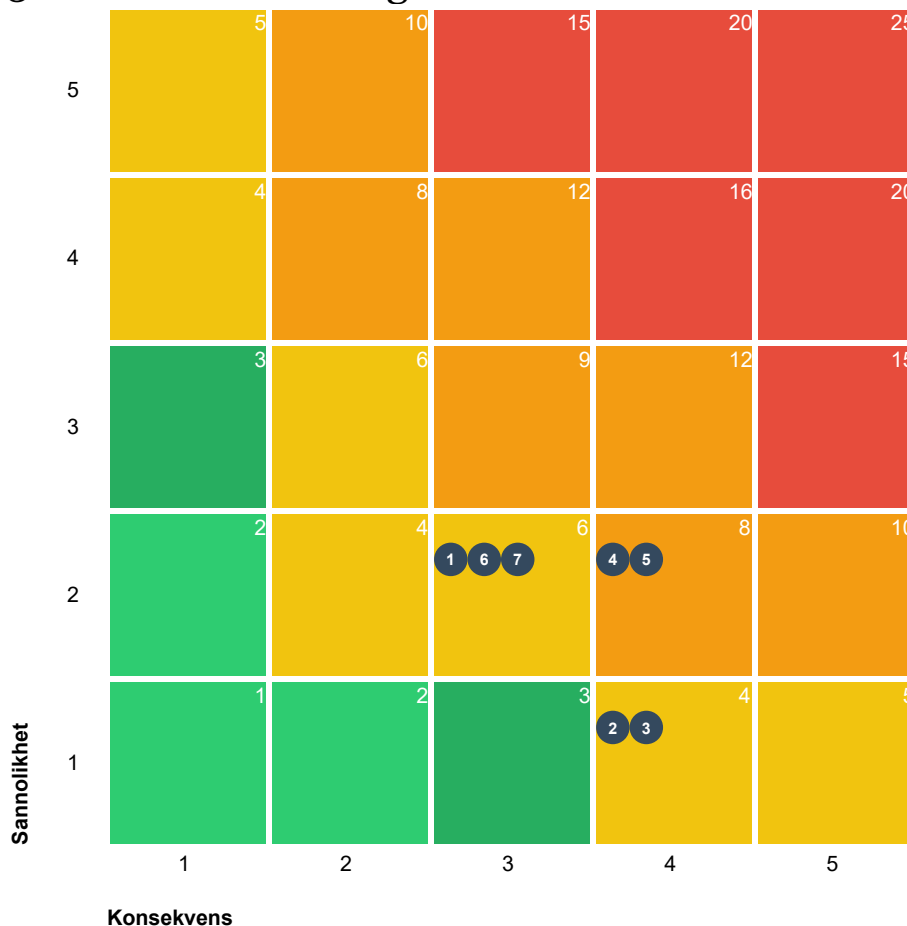
Avvikelser samlas i ett dokument där identifierat område, datum samt avvikelserna beskrivs. Detta följs upp av ledningen och åtgärdsansvariga medarbetare för att

säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

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

I Regionrevisorernas delrapporterings-PM framgår att de inte har några rekommendationer, vare sig nya eller kvarstående sedan tidigare granskning.

3 Sammanställning av risker



2 Hög risk 5 Medelhög risk | Totalt: 7

	Sannolikhet	Konsekvens
Mycket hög risk		
Hög risk		
Medelhög risk		
Låg risk		
Mycket låg risk		
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarig, 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		14146	Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.	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
		6		13527 0	Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner	Riskägare Pia Bornevi
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		7		14149	Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö	Riskägare Pia Bornevi

Patientnämnden

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	4
3	Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	5
4	Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	6

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelse måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson. 	Namn Löpande kontroll av volym och kostnader. Frekvens Månatlig.				
			Namn Åtgärder vid ökning av behovet av stödpersoner Startdatum 2026-01-01 Slutdatum 2026-12-31		

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bevarande av data i förvaltningens databas 	Namn Back up, viruskontroll samt uppdatering av virussydd Frekvens Kontinuerligt.				
Namn Sekretess och konfidentialitet 	Namn Avvikelse rapportering samt anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Frekvens Kontinuerligt respektive vid behov.				
			Namn Rutin för sekretess och konfidentialitet Startdatum 2019-01-31 Slutdatum 2026-12-31		
Namn Dataintrång 	Namn Kontroll av dataintrång Frekvens Kontinuerligt				
Namn Större samhällspåverkande kris 			Namn Plan för beredskap, kris och kontinuitet Startdatum 2023-12-31 Slutdatum 2026-12-31		
Namn Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner 			Namn Rekryteringsinsatser Startdatum 2026-01-01 Slutdatum 2026-12-31		

4 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö 	Namn Avstämningar med medarbetarna samt medarbetarundersökningar Frekvens Kontinuerligt; årligen genom medarbetarsamtal samt vid behov. Medarbetarenkät sker årligen.				
			Namn Åtgärder för god organisatorisk och social arbetsmiljö Startdatum 2019-01-01 Slutdatum 2026-12-31		

Patientnämnden

Fördjupad sammanställning, mål, risker, kontroller och åtgärder, budget 2026

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	4
2.1	Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.	4
3	Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	5
3.1	Bevarande av data i förvaltningens databas	5
3.2	Sekretess och konfidentialitet	5
3.3	Dataintrång	7
3.4	Större samhällspåverkande kris.....	7
3.5	Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner	8
4	Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	9
4.1	Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö.....	9

1 Läsanvisning

Detta är en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelse måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

2.1 Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.

14146	Riskvärde	Riskbeskrivning
	6	Ökning av antalet ansökningar om stödperson.
	Sannolikhet	Konsekvens
	2	Stödpersonsverksamheten styrs av lagar och förvaltningen kan inte förutsäga omfattning och därmed kostnad. En uppskattning görs i budget men om omfattningen ökar kraftigt kan budgetmedel och resurser komma att behöva omfördelas inom förvaltningen, vilket
	Konsekvens	
	3	kan påverka övriga delar i verksamheten negativt.

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

3.1 Bevarande av data i förvaltningens databas

14152	Riskvärde	Riskbeskrivning
	4	Förlust av data
	Sannolikhet	Konsekvens
	1	Problem att hantera förvaltningens pågående ärenden. Avsaknad av historik ger bristfälligt underlag för uppföljning, analys och kvalitetsarbete, vilket kan påverka patientsäkerheten.
	Konsekvens	
	4	

Kontroll

Status

Namn

Back up, viruskontroll samt uppdatering av virussydd

Frekvens

Kontinuerligt.

Beskrivning

Förvaltningens databas och servrar sköts av Serviceförvaltningen IT. Dessa säkerställer att adekvat kontroll sker, att back-up tas regelbundet, samt att uppdateringar av virussydd görs regelbundet.

Kommentar

3.2 Sekretess och konfidentialitet

14150	Riskvärde	Riskbeskrivning
	4	Obehöriga får tillgång till förvaltningens sekretessbelagda uppgifter.
	Sannolikhet	Konsekvens
	1	Patients/anmälares sekretesskydd bryts. Förtroendeskada för förvaltningen.
	Konsekvens	
	4	

Kontroll**Status****Namn**

Avvikelserapportering samt anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).

**Frekvens**

Kontinuerligt respektive vid behov.

Beskrivning

Alla avvikelser gällande personuppgifter rapporteras i en avvikelserapport. Om en avvikelse upptäcks och förvaltningen får kännedom om att obehöriga har fått tillgång till sekretessbelagda uppgifter, kommer detta att anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).

Kommentar

Åtgärd**Namn**

Rutin för sekretess och konfidentialitet

Startdatum

2019-01-31

Slutdatum

2026-12-31

Status**Åtgärdsbeskrivning**

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.
- Förvaltningens lokaler är låsta. Personalen använder passerkort. För besök gäller särskilda rutiner.
- Personalen ska ha genomgått regionens webbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).
- Det är möjligt att följa via loggning vilka av de anställda som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet.
- Rutin för sekretess vid hemarbete finns och medarbetarna påminns om denna med jämna mellanrum.

Kommentar

3.3 Dataintrång

43233 	Riskvärde	Riskbeskrivning
	8	Regionen har de senaste åren upplevt ett ökat antal försök till dataintrång via exempelvis spam, phishing och bluff-telefonsamtal med syfte att förmå Region Stockholms medarbetare att installera skadlig programvara eller lämna ut lösenord eller annan information.
	Sannolikhet	Konsekvens
	2	Förlust av sekretessbelagda uppgifter, historisk data och information i pågående ärenden.
	Konsekvens	
	4	

Kontroll

Status

Namn

Kontroll av dataintrång



Frekvens

Kontinuerligt

Beskrivning

Serviceförvaltningen IT ansvarar för IT-säkerhet och ser till att virusskyddet är uppdaterat. Regionen informerar förvaltningen om eventuella avvikelser och sårbarheter upptäcks. Medarbetarna uppmanas att iakttaga försiktighet och att följa de råd och riktlinjer som ges i regionens utbildning i informationssäkerhet (DISA). Utbildningen genomgås obligatoriskt vid anställning och regelbundet därefter.

Kommentar

3.4 Större samhällspåverkande kris

89038 	Riskvärde	Riskbeskrivning
	8	Exempelvis kan krig, terrorattentat, elbrist eller andra samhällsstörningar påverka infrastruktur och medarbetares möjlighet att ta sig till arbetsplatsen. Långvarig elbrist kan även begränsa möjligheterna att arbeta digitalt, både i förvaltningens lokaler och vid distansarbete. Eftersom flera medarbetare har sjukvårdsutbildning finns även risk för omplacering vid kris. Informationspåverkan eller desinformation kan därtill påverka verksamhetens trovärdighet och kommunikation.
	Sannolikhet	Konsekvens
	2	Förvaltningens möjlighet att bedriva sin verksamhet och utföra sina uppdrag skulle kunna begränsas.
	Konsekvens	
	4	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Plan för beredskap, kris och kontinuitet	2023-12-31	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning

Förvaltningen har 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.

Kommentar

3-5 Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner

135270	Riskvärde 6	Riskbeskrivning Det finns en risk i att förvaltningen inte lyckas rekrytera och behålla tillräckligt många stödpersoner, vilket kan innebära att patienter som önskar stödperson inte får sitt behov tillgodosett.
	Sannolikhet 2	Konsekvens Detta kan påverka både patientsäkerhet och förtroendet för förvaltningen.
	Konsekvens 3	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Rekryteringsinsatser	2026-01-01	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning

Förvaltningen planerar rekryterings- och kommunikationsinsatser för att säkerställa tillräckligt antal stödpersoner för att tillgodose behoven.

Kommentar

4 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

4.1 Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö

14149	Riskvärde	Riskbeskrivning
	6	Medarbetares mående riskerar att påverkas av arbetsmängd, den snabba utvecklingstakten i nya arbetssätt och den ökade tillgängligheten för patienter via digitala kanaler. Distansarbete upplevs ofta som flexibelt, men kan också medföra ökad press då gränsen mellan arbete och privatliv blir mindre tydlig, relationer och samspel mellan medarbetare på arbetsplatsen riskerar att försämrats pga lägre grad av fysiska möten.
	Sannolikhet	
	2	
	Konsekvens	
	3	Konsekvens Stress, konflikter, missförstånd.

Kontroll

Status

Namn

Avstämningar med medarbetarna samt medarbetarundersökningar



Frekvens

Kontinuerligt; årligen genom medarbetarsamtal samt vid behov.
Medarbetarenkät sker årligen.

Beskrivning

Avstämningar görs regelbundet med medarbetarna, och medarbetarenkäten genomförs och utvärderas årligen.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Åtgärder för god organisatorisk och social arbetsmiljö

Startdatum

2019-01-01

Slutdatum

2026-12-31

Status



Åtgärdsbeskrivning

Ledningen eftersträvar kontinuerligt en god arbetsfördelning och att ge medarbetarna bra förutsättningar att själva kunna planera sitt arbete på det sätt som fungerar bäst för dem utifrån verksamhetens behov och därmed skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö och upplevelse av en rimlig arbetsbelastning. Generellt gäller schema där två arbetsdagar per vecka är förlagda till kontoret, vissa möten kräver fysisk närvaro. Alla medarbetare har ett individuellt avtal om distansarbete.

Åtgärd

Kommentar