Region Stockholm

PAN A2011-00166

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2021

Budget 2021

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 3
2.1 Arbetet med intern kontroll 3
2.2 Resultat och analys från riskbedömningen 3

3 Intern kontroll 4
3.1 Styr- och kontrollmiljö 5
3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 6
3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll 6
3.2.2 Analys och slutsatser 6
3.3 Information och kommunikation 8
3.4 Övervakning och uppföljning 8
3.4.1 Uppföljning 8
3.4.2 Efterlevnad av styrande dokument 8
3.4.3 Hantering av brister och avvikelser 8

4 Sammanställning av risker 8

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, RS2019-0866. 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. Denna följs upp i samband med tertial - delår och verksamhetsberättelse. I planen för 2021 har 16 riskområden identifierats varav ett bedöms (1) vara av högt riskvärde och fem (5) av medelhögt riskvärde. Identifierade risker kommer att kontrolleras och åtgärdas av utsedda åtgärdsansvariga medarbetare ii 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.

Hög risk

Dataintrång. Risken för dataintrång bedöms ha ökat något sedan tidigare år. Regionen rapporterade under 2020 upprepade försök till dataintrång men förvaltningen har hittills inte drabbats. 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. Förvaltningen har en säkerhetsansvarig medarbetare med ansvar för säkerhet och krisberedskap som säkerställer att interna rutiner för IT-säkerhets efterlevs bland medarbetarna. Förvaltningen bedömer sannolikheten för att drabbas av dataintrång som relativt låg men att konsekvensen av ett intrång och förlust av

sekretessbelagda uppgifter skulle vara mycket allvarlig.

Medelhög risk

Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag. Mötesrestriktioner till följd av Covid-19 har lett till en ökning av telefonmöten mellan stödperson och patient vilka är svårare att följa upp än förekomsten av fysiska möten.

Arbetsmiljö vid hemarbete Ny risk identifierad under hösten 2020 med koppling till Covid-19. Övergången till hemarbete medför risker för dålig ergonomi samt risk för social isolering och psykisk ohälsa för medarbetarna. Förvaltningschefen och koordinatorer med delegerat arbetsmiljöansvar följer kontinuerligt 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.

Sekretss och konfindentialitet. 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.

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. Under 2021 förväntas två medarbetare gå i pension.

Ökad sjukskrivning. Risk identifierad med koppling till Covid-19. Förvaltningens medarbetare följer Regionens riktlinjer för hemarbete för att minska risken för smittspridning på arbetsplatsen och använder en gemensam kalender för att säkerställa att inte för många medarbetare befinner sig på arbetsplatsen samtidigt. Sjuktalen följs upp löpande. Sannolikheten för en stor ökning av sjuktalen bedöms som måttlig men då arbetsbelastningen är relativt hög så finns en potentiell risk för att verksamheten inte kan fullfölja sina uppdrag vid tillfällen av hög frånvaro. Stödpersonsverksamheten är särskilt känslig för bortfall bland medarbetare. Förvaltningen bedömer att de lagstadgade uppdragen sannolikt kan uppfyllas även under perioder av sjukfrånvaro men leda till ökade kostnader, förseningar i handläggning, tillfälligt ökad arbetsbelastning samt missnöje bland patienter och invånare.

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
- bedriver verksamheten 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 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 satt före pandemin i samma lokal på samma våningsplan vilket underlättade transparens och effektiv kommunikation mellan ledning och medarbetare.

I mars 2020 övergick förvaltningen till i huvudsak hemarbete på grund av covid-19

vilket lett till nya arbets - och kommunikationsrutiner. Ledningen har under perioden träffats en gång i veckan och sett över krisledningsarbetet samt gått igenom eventuella nya riktlinjer från regionledningskontoret och Folkhälsomyndigheten. Mötet 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. Denna rutin avses fortlöpa under 2021 så länge behov finns.

Förvaltningschefen kommer säkerställa en god arbetsmiljö för alla medarbetare genom löpande avstämningar i mindre grupper för att följa upp verksamheten samt medarbetarnas behov och förutsättningar att uppnå sina mål och säkra kärnverksamheten.

Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT samt under så kallade ärendemöten för handläggare två gånger i månaden. Medarbetare med administrativa uppdrag har veckovisa informationsmöten. Mötena kommer i huvudsak genomföras digitalt med möjlighet till att närvara fysiskt i arbetsgivarens lokaler.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

Covid-19 har ställt 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 även efter införandet av hemarbete under 2020.

3.2.2 Analys och slutsatser

Riskerna med patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade. Utifrån den uppdaterade riskanalysen framträdde ett område med hög risk och fem områden med medelhög risk.

Det område som enligt beräkningsmodellen har högst sammanlagt riskvärde är risk för dataintrång (riskvärde 10), och ytterligare identifierade risker är kopplade till förlust av persondata och informationshantering i förvaltningens servrar. 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 under året 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 tidsrapporter 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 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. Förvaltningen genomförde i juni 2020 en arbetsmiljöenkät för att upptäcka eventuella brister i arbetsmiljöarbetet. I samband med enkäten påbörjades ett arbete kring stresshantering som inleddes med personlighetstester för samtliga och en återkoppling av en psykolog. Under kommande period planeras fortsatt internt fokus på stresshantering och återhämtning, vilket i slutändan handlar om att hantera svåra samtal och ansträngd situation med hög arbetsbelastning på ett bra sätt.

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 inkluderar i detta arbete antaganden om bland annat pensionsavgångar, fortsatt digitalisering, effektivisering och förnyade arbetssätt till följd av Covid-19.

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.

Förvaltningen bedömer inte att Covid-19 har påverkat tillgången till och kvaliteten på den information som ligger till grund för att säkerställa arbetet med intern kontroll.

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, utvecklingschef 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 intern kontrollplanen ska godkännas samt kan ge förslag på justeringar.

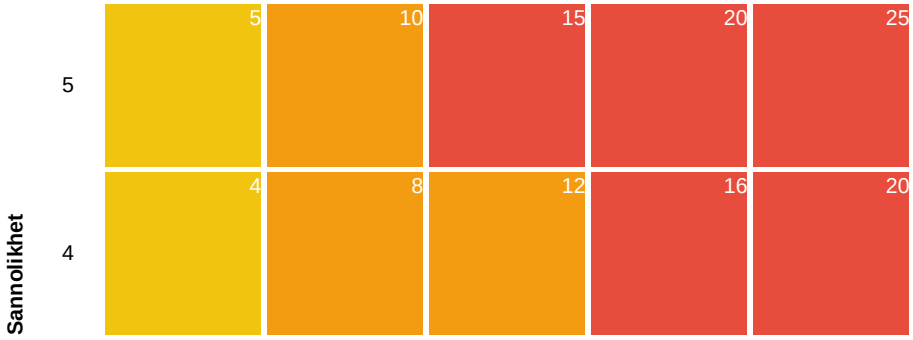
3.4.2 Efterlevnad av styrande dokument

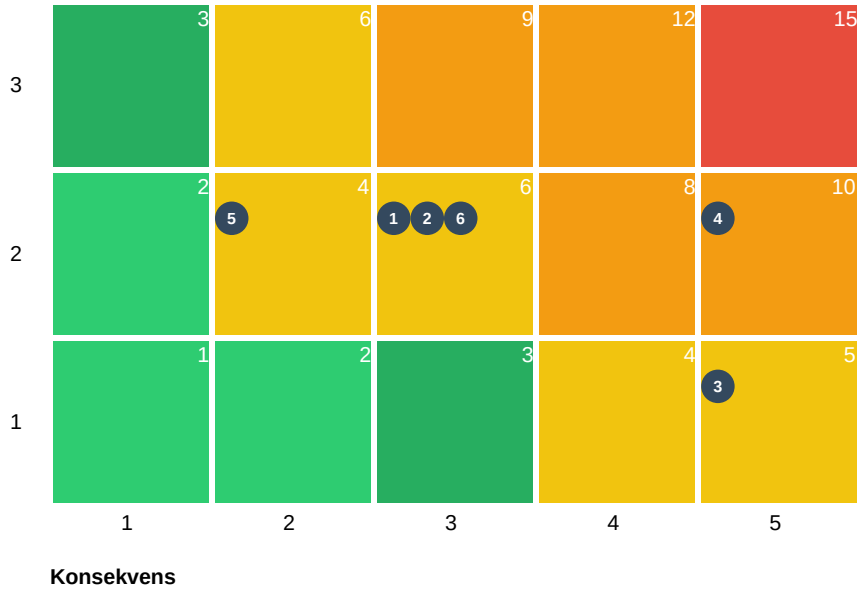
Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med regionens riktlinjer (tertial, delår och i verksamhetsplan) för att säkerställa efterlevnad av planen och identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist.
Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden 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.

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

Verksamhetsspecifikt mål/Nämndspecifikt mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
						Ásgeirsdóttir
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		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
Kärnverksamheten ska prioriteras		6		43231	2.16 Ökad sjukskrivning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir