Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
PAN A2001-00017

Patientnämnden

Styrningsrapport

ÅR 2019

Innehållsförteckning

1 Efterlevande av styrande direktiv 3
1.1 Efterlevande av fastställt reglemente 3
1.2 Efterlevnad av regionövergripande styrande dokument 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 4
2.3 Övervakning 5
2.4 Försäkran om internkontroll 6

3 Regionrevisorernas samlade bedömning 7

4 Behandling av styrningsrapporten 8

1 Efterlevande av styrande direktiv

1.1 Efterlevande av fastställt reglemente

Inga avsteg har gjorts från fastställt reglemente.

1.2 Efterlevnad av regionövergripande styrande dokument

Interna kontroller påvisar inga avvikelser gällande följsamhet till centrala eller lokala policyer och andra styrande dokument som är tillämpliga för verksamheten.

Inga specifika åtgärder till följd av *uppförandekod* för Region Stockholm, LS 2017-1198 har gjorts under året.

Inga förändringar i policy för *informationssäkerhetspolicy, LS 1112–1733* har gjorts under 2019 (Förvaltningen genomförde erforderliga ändringar utifrån dataskyddsförordningen, GDPR, 2018).

Inga avsteg har gjorts från patientnämndens policy för inköp enligt *LS 2015–1342, LS 2015–1324, LS 2017–1197 samt S 2018-0667.* Dock har inköpsriktlinjer och revidering av inköpspolicyn anmälts för kännedom till nämnden under året (nämnd 2019-09-24).

2 Intern kontroll

Intern kontroll definieras som en process där nämnden, ledningen i förvaltningen och övrig personal samverkar för att med rimlig grad av säkerhet se till att nämnden:

- uppfyller fastställda mål, bedrivs effektivt och ändamålsenligt,
- följer tillämpliga lagar, föreskrifter, avtal och styrande dokument,
- bedrivs säkert så att verksamheten skyddas samt,
- har tillförlitlighet i rapportering och information.

Intern kontroll inom regionen utgår från COSO-modellen, vilket 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
- åtgärder och kontrollaktiviteter
- information och kommunikation
- övervakning

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Förvaltningen har en decentraliserad struktur. All personal sitter i samma lokal på samma våningsplan och kommunikation med och emellan medarbetare i olika funktioner är effektiv och transparent. Rutiner finns för processer som styr förvaltningen samt det dagliga arbetet och två verksamhetscontrollers följer månatligen upp verksamheten. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT samt under månatligt kvalitetsutvecklingsmöte vid namn "ständiga förbättringar". Alla medarbetare involveras i och är väl insatta i förvaltningens uppdrag och processer.

2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

Nämnden har en intern kontrollplan enligt landstingets riktlinjer. Denna följs upp och uppdateras årligen. I planen för 2019 identifierades 14 riskområden. Uppföljning har visat att den interna kontrollen varit god. Samtliga identifierade risker har följts upp och kontrollerats enligt planen. För närvarande finns inga högriskområden som behöver åtgärdas.

Förvaltningen identifierar inga höga (röda) riskmoment. Dock identifierades sex områden som medium risk (gul).

1. **Bevarande av data i förvaltningens databas:** Från och med hösten 2018 sköts förvaltningens servrar av SLL IT. Förvaltningen har inte under året stött på några problem gällande bevarande av data varför inga åtgärder vidtagits.
2. **Sekretess och konfidentialitet:** Förvaltningen tillämpar intern sekretess och för att kunna arbeta i systemet måste man logga in via e-tjänstekort. Förvaltningen har följt upp loggning samt avvikelserapportering 2-3 gånger årligen. Alla personuppgifter hanteras i förvaltningens databas och i de fall

statistik eller ärendeförteckningar begärs ut är alla personuppgifter dolda. Förvaltningen har utöver detta särskilda rutiner för externa besök vilka inte kan ske oanmälda, samt förvarar sekretessbelagda dokument i låsbara dokumentskåp. Inga avvikelser har skett.

3. **Hot och våld:** Rutiner för hot och våld har uppdaterats och tre medarbetare har gått en utbildning gällande dessa under 2019. Information om utbildningens innehåll förmedlades därefter till de resterande medarbetarna på förvaltningen. Genom kommunikation och information om hot och våld på arbetsplatsen, har medarbetarna på förvaltningen fått verktyg för hur hot och våld ska bemötas. Ämnet tas upp kontinuerligt på APT samt vid introduktion av nya medarbetare. Förvaltningen har inte drabbats av några fysiska incidenter under perioden.
4. **Ansträngd psykosocial arbetsmiljö:** Förvaltningschefen håller regelbundet samtal med medarbetarna, och medarbetarenkäten hanteras samt utvärderas årligen. Ledningen har arbetat proaktivt för att främja en god arbetsmiljö och den psykosociala arbetsmiljön uppfattas av medarbetarna som god.
5. **Kompetensförsörjning:** Patientnämndens förvaltning följer regionens rutiner för nyrekrytering. För att säkerställa att kompetensen inte går förlorad via pensionsavgångar och vid avslut, har förvaltningen under året säkerställt kompetensförsörjningen genom att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag samt strävat efter en diversifierad åldersspridning. En lokal handlingsplan för personal- och kompetensförsörjning har setts över och reviderats under perioden.
6. **Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden:** Inga avvikelser har skett. Uppföljning av antal inkommande klagomål sker kontinuerligt. Förvaltningen har under tidigare år upplev ett stadigt ökande antal klagomål. För att hantera detta har förvaltningen under 2018 och våren 2019 genomfört en verksamhetsförändring och anställde då fler handläggare för att minska arbetsbördan. För att effektivisera ärendehanteringen pågår även en digitaliseringsprocess.

2.3 Övervakning

Efterlevnad av styrande dokument

Nämnden följer landstingets policy för internkontroll, LS 1303-0431.
Förvaltningen ser över intern kontrollplanen två till tre gånger per år för att identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist. Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker gör det enkelt att få en överblick på potentiella avvikelser.

Hantering av brister och avvikelser

Förvaltningen har som rutin att samla eventuella avvikelser i en fil där identifierat område, datum samt avvikelse beskrivs. Detta följs upp av ledningen och/eller ansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad på ett adekvat

sätt.
Förvaltningen mottog av regionrevisorerna efter delårsrapport 2019 en anmärkning om att den interna kontrollplanen inte var redovisad i enlighet med av regionledningskontoret utfärdade anvisningar. Regionrevisorernas rekommendation åtgärdades omgående och beslut om reviderad intern kontrollplan togs i nämnden.

2.4 Försäkran om internkontroll

Nämnden ska försäkra sig om att den interna kontrollplanen genomförs och vid behov vidta åtgärder som säkerställer att den interna kontrollen är tillräcklig. Förvaltningschefen ska regelbundet rapportera till nämnden om hur den interna kontrollplanen genomförs och, hur den interna kontrollen fungerar samt föreslå åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnden. Vid misstanke om brott ska styrelsen utan oskäligt dröjsmål vidta åtgärder och informera regionens ledning och regionrevisorerna.

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom verksamheten, i enlighet med bilaga 5 i budget för Region Stockholm.

3 Regionrevisorernas samlade bedömning

Nedan beskrivs regionrevisorernas samlade bedömning av patientnämnden för delår 2019:

- **Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat:** Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

- **Intern styrning och kontroll:** Revisionen noterar att bolaget håller på att anpassa sitt arbete med intern kontroll till det nya arbetssättet i Stödet. Revisionen anser att nämnden bör anta regler och anvisningar för god intern kontroll i enlighet med regionens policy för intern kontroll. Revisionen menar att intern kontrollplanen bör upprättas i enlighet med av regionledningskontoret utfärdade anvisningar.

  Revisionen har granskat ledningsnära kostnader och representation, rutiner för periodisering och kvalitet i redovisningen inkl. attest av leverantörsfakturor utan några väsentliga noteringar.

- **Räkenskaper:** I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att nämndens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed.

4 Behandling av styrningsrapporten

Denna styrningsrapport ingår som en bilaga till årsrapporten 2019 och behandlas av patientnämnden den 17 februari 2019.