Region Stockholm

Diarienummer
RS 2020-0088
PAN A2009-00113

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2020, delårsuppföljning

Delår 2020

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
3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll 7
3.2.2 Analys och slutsatser 7
3.3 Information och kommunikation 8
3.4 Övervakning och uppföljning 8
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument 8
3.4.2 Hantering av brister och avvikelser 9

4 Sammanställning av risker 10

Bilagor

Bilaga 1: PAN plan för IK Bilaga 1 - Sammanställning risker och kontroller delår 2020

Bilaga 2: PAN plan för IK Bilaga 2 - Sammanställning av risker och åtgärder delår 2020

Bilaga 3: PAN plan för IK Bilaga 3 - Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller delår 2020

1 Bakgrund

Enligt kommunallagen 6 kap. 6 § 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 § 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.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

Nämnden har upprättat en intern kontrollplan enligt regionens riktlinjer. Denna ska följas upp och uppdateras vid tertial-, delår- och årsbokslut. På grund av rådande omständigheter orsakade av Covid-19 beslutade regionen att uppföljning av intern kontrollplan utgick i tertialrapport 2020.

Intern kontroll har utförts löpande under perioden och planen har följts upp och uppdaterats i samband med delårsbokslut. Tre nya risker har identifierats med koppling till Covid-19. En avser ökad risk för dataintrång och två är kopplade till konsekvenser av ökat hemarbete. Åtgärder och kontrollmoment har identifierats och lagts till planen.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Förvaltningen har identifierat ett område med hög risk och sex områden med medelhög risk. Två risker (*Avtal med kommuner och stadsdelar* samt *Bevarande av data i förvaltningens databas)* som tidigare klassificerades som medelhöga risker har justerats nedåt då sannolikheten bedöms ha minskat och har därmed utgått ur analysen. Tre nya risker har tillkommit: *Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag, Dataintrång,* samt *Ökad sjukskrivning*.

1. **Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag.** Mötesrestriktioner till följd av Covid-19 har lett till en övergång till telefonmöten mellan stödperson och patient vilka är svårare att kontrollera.
2. **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.
3. **Registrering i förvaltningens databas.** För att ha möjlighet att uppfylla patientnämndens uppdrag att analysera och återföra information till hälso- och sjukvården är det avgörande att underlaget håller hög kvalitet. Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete och måste därför förebyggas. Förvaltningen har tydliga rutiner för introduktion till nya medarbetare, och åtgärder för att kvalitetssäkra sammanfattningar av ärenden vidtas kontinuerligt vid gemensamma ärendemöten. Förvaltningen följer därtill upp kvaliteten på registrerade ärenden både automatiskt och manuellt varje månad. Sammanfattningsvis

bedöms sannolikheten att databasen blir bristfällig som låg. Risken bedöms som oförändrad.

4. **Dataintrång (hög risk)** Ny risk identifierad med koppling till Covid-19. Regionen har under året drabbats 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).
5. **Ökad sjukskrivning** Ny risk identifierad med koppling till Covid-19. Förvaltningen hade under våren en ökning i sjukskrivningstalen men de är nu åter på normala nivåer. 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. Sjuktalen följs upp löpande. Risk för stor ökning av sjuktalen bedöms som måttlig.
6. **Arbetsmiljö vid hemarbete** Ny risk identifierad med koppling till Covid-19. 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. Risken bedöms som måttlig.
7. **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.

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/vd ska vid behov föreslå åtgärder för att säkerställa en tillfredställande intern kontroll. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse. Förvaltningschef/vd 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 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 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. Förvaltningschefen har genomfört enskilda samtal med alla medarbetare för att kontrollera arbetsmiljö och kapacitet att fullfölja sina uppdrag och kommer framöver införa veckovisa avstämningar i mindre grupper för att följa upp verksamheten samt medarbetarnas behov och arbetsmiljö.

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

Förvaltningens bedömer att förutsättningarna för att bedriva intern kontroll under kommande period inte har reducerats på något avgörande sätt under perioden. Förvaltningen har välfungerande rutiner för kontroll vilka inte påverkats av övergången till hemarbete.

3.2.2 Analys och slutsatser

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

Det område som enligt beräkningsmodellen har högst sammanlagt riskvärde är risk för dataintrång (riskvärde 10), ytterligare två 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 perioden. Förvaltningen har för att minimera risk för dataintrång vidtagit interna åtgärder i form av att kontinuerligt uppmana medarbetarna till försiktighet samt kontroll av att alla ska ha genomgått regionens obligatoriska utbildning i informationssäkerhet (DISA).

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 informationsregistreringsrutiner samt att 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.

Förvaltningen 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 under året intensifierats och flertalet uppföljningar kring arbetsmiljö och sjukskrivningar har genomförts. Uppföljning av medarbetarnas hälsa är fortsatt prioriterat och ledningen kommer fortsätta med löpande kontroller och är beredda att sätta in åtgärder i det fall sjukfrånvaron eller arbetsrelaterade skador ökar. Förvaltningen genomförde i juni en arbetsmiljöenkät för att upptäcka eventuellt 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 hösten pågår ett fortsatt utvecklingsprojektet vilket handlar i slutändan om att hantera svåra samtal och ansträngd situation 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 via pensionsavgångar och vid avslut, utgår förvaltningen från en särskilt framtagen plan för detta vid nyanställning. Ledningen har under sommaren påbörjat en organisationsöversyn med syfte att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag och tjänster, och inkluderar i detta arbete antaganden om fortsatt digitalisering, effektivisering och förnyade arbetssätt till följd av Covid-19.

3.3 Information och kommunikation

Internt redovisas 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 ingående information.

3.4 Övervakning och uppföljning

3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

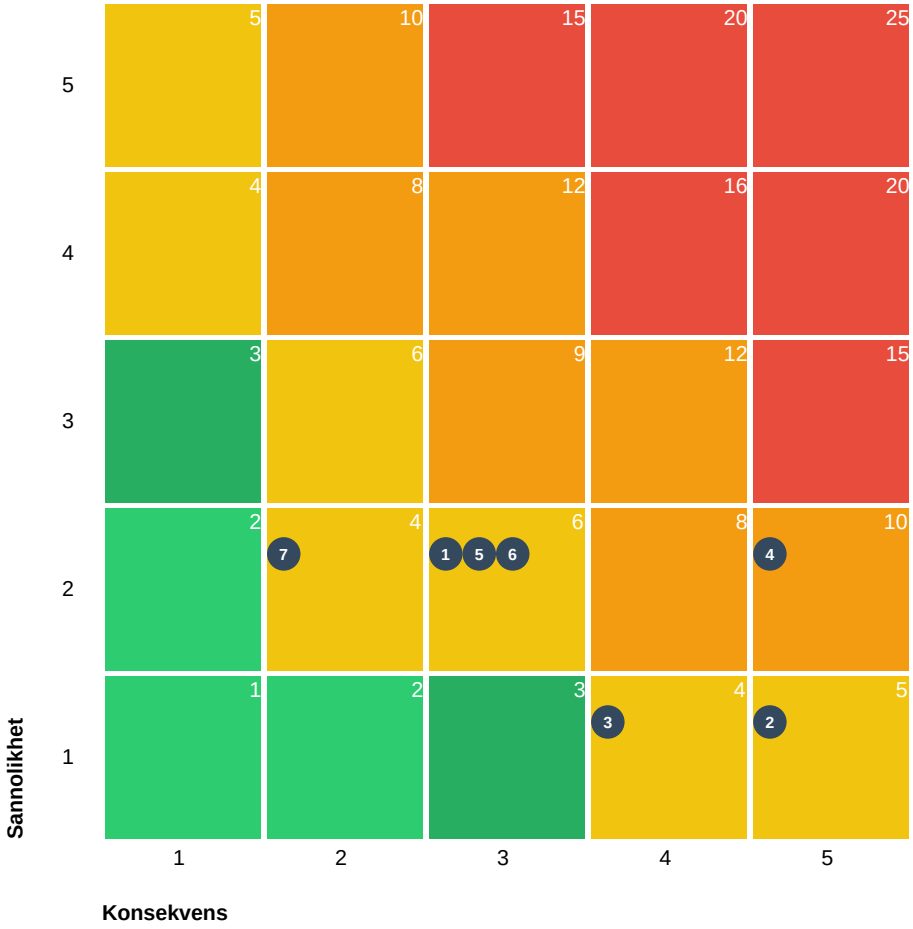
Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med regionens riktlinjer (tertial, delår och i verksamhetsplan) för att säkerställa efterlevnad av policyn och identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist.

Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker underlättar att få överblick över potentiella avvikelser.

3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

Förvaltningen samlar alla avvikelser i en fil där identifierat område, datum samt avvikelse beskrivs. Detta följs upp av ledningen och ansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

4 Sammanställning av risker



1 Hög risk 6 Medelhög risk | Totalt: 7

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/Rubrik	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Ett resultat i balans		1		14147	2.8 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		2		14150	2.11 Sekretss och konfindentialitet	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		3		14151	2.12 Registrering i förvaltningens databas	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		4		43233	2.15 Dataintrång	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Kärnverksamheten ska prioriteras		5		43231	2.16 Ökad sjukskrivning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		6		43232	2.17 Arbetsmiljö vid hemarbete	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		7		14153	2.14 Kompetensförsörjning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir