Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
PAN A2001-00017

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2019, årsuppföljning

ÅR 2019

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 8
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument 8
3.4.2 Hantering av brister och avvikelser 8

4 Sammanställning av risker 9

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga 1 - Sammanställning risker och kontrollmoment

Bilaga 2: Bilaga 2 - Sammanställning av risker och åtgärder

Bilaga 3: Bilaga 3 - Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

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 policy för intern kontroll för Region Stockholm och bolag, vilket står beskrivet i bilaga 5 till budgeten. Policyns krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för arbetet med verksamhetsplanen samt för delårs- och årsrapporteringen som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

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.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

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.

3 Intern kontroll

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

- 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 Region Stockholm 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
- Åtgärder och kontrollaktiviteter
- Information och kommunikation
- Övervakning

Regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll i hela Region Stockholm. Detta innefattar ansvar för att se till att statusen på den interna kontrollen följs upp och avrapporteras i enlighet med regionstyrelsens anvisningar.

Nämnden/bolaget tar i samband med budgetarbetet fram en plan för intern kontroll, denna plan uppdateras och följs upp vid delårsrapportering och årsbokslut.

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

Förvaltningschefen/bolagschefen rapporterar omedelbart brister i den interna kontrollen till nämnden/styrelsen. Nämnden/styrelsen säkerställer att förvaltningschef/bolagschef vidtar åtgärder som hanterar bristerna så att den interna kontrollen är tillräcklig. Vid misstanke om brott vidtar nämnden/styrelsen utan oskäligt dröjsmål, åtgärder och informerar regionens ledning och dess revisorer.

Nämnden/styrelsen lämnar årligen en försäkran i styrrapporten om att man genom förvaltningschefen/bolagschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Denna plan för intern kontroll utgör grunden för den försäkran.

3.1 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.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

Inga avvikelser inträffade som påverkat förvaltningens förutsättningar för att bedriva god intern kontroll.

3.2.2 Analys och slutsatser

Riskerna med patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade och förvaltningen har inte identifierat några högriskområden.

Utifrån riskanalysen framträdde däremot sex (av 14) områden med förhöjd risk (medium - gul nivå). De två områden som enligt beräkningsmodellen har högst sammanlagt riskvärde är **konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomål** och **risk för ansträngd psykosocial miljö**. Dessa två områden är också relaterade i och med att ett ökat antal klagomål kan ha en direkt påverkan på medarbetarens arbetsförhållanden samt upplevelse av stress. Förvaltningen arbetar aktivt för att förebygga stress och anställde under 2019 en ny telefonhandläggare samt fortsatte arbetet med att uppdatera och utveckla det nya digitala ärendehanteringssystemet, CMC Motion (infört 2018), i syfte att effektivisera handläggning av klagomål. Förvaltningschefen följer också upp varje medarbetares arbetssituation genom kontinuerliga möten.

Den **psykosociala arbetsmiljön** kan också påverkas negativt om en medarbetare utsätts för **hot och våld**. Handläggarna kommunicerar dagligen med personer som haft negativa upplevelser av hälso- och sjukvården och ibland uppstår hotfulla situationer i denna interaktion. Av detta skäl har förvaltningen upprättat en gemensam rutin för hot och våld samt låtit utbilda flertalet handläggare med syfte att ge dem verktyg för hur hot och våld ska bemötas i vardagen. Nya medarbetare introduceras till rutinen. Inga ytterligare aktiviteter planeras kommande period.

Förvaltningens servrar sköts av SLL IT och förvaltningen har inte stött på några problem gällande överföring eller **bevarande av data** under året. Sannolikheten för att råka ut för förlust av data bedöms som relativt låg och inga särskilda åtgärder planeras under kommande period.

Förvaltningens rutiner för intern **sekretess och konfidentialitet** fungerar väl och sannolikheten för att sekretessen bryts bedöms som låg. Inga särskilda åtgärder planeras under kommande period.

Slutligen ser förvaltningen en viss risk gällande **kompetensförsörjning** vid pensionsavgångar och avslut. 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. Förvaltningen har även utarbetade rutiner för introduktion vid nyanställning samt har tagit fram tydliga rutiner för varje steg i handläggningsprocessen för att på så sätt säkra kvaliteten i ärendehanteringen. Förvaltningen har inte tidigare upplevt svårigheter i att rekrytera personal med rätt

kompetens men fortsätter arbeta för att bli en attraktivare arbetsgivare genom att bland annat satsa på ett gott ledarskap och genom att vara en arbetsplats som erbjuder en stimulerande och utvecklande arbetsmiljö. Inga åtgärder är planerade kommande period.

3.3 Information och kommunikation

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

Externt informeras denna information via bland annat verksamhetsberättelse samt verksamhetsplan. Sammanträdeshandlingar finns på www.sll.se.

3.4 Övervakning

3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

Nämnden följer landstingets policy för internkontroll, LS 1303-0431.

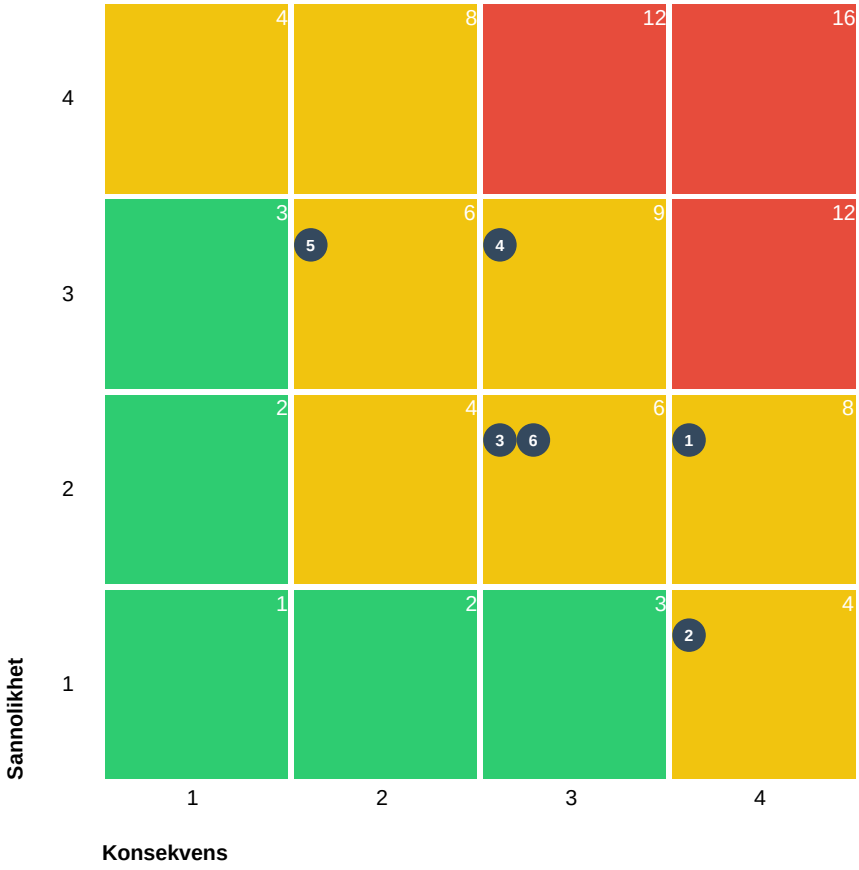
Förvaltningen ser över intern kontrollplanen två till tre gånger per år för att identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist. Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker gör det enkelt att få en överblick på potentiella avvikelser.

3.4.2 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.

4 Sammanställning av risker



6 Medium | Totalt: 6

Hög
Medium
Låg

	Sannolikhet	Konsekvens
4	Mycket sannolik - Det är mycket troligt att problem ska uppstå	Mycket allvarlig - Konsekvensen uppfattas som mycket allvarlig och får helt enkelt ej inträffa
3	Sannolik - Det är troligt att problem ska uppstå	Allvarlig - Konsekvensen är så stor att den helst inte får inträffa
2	Möjlig - Det är mindre troligt att problem ska uppstå	Kännbar - Konsekvensen uppfattas som besvärande
1	Mindre sannolik - Det är inte troligt att problem ska uppstå	Lindrig - Konsekvensen uppfattas som liten

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga		1		14152	2.13 Bevarande av data i förvaltningens databas	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar		2		14150	2.11 Sekretss och konfindentialitet	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		3		14148	2.9 Hot och våld	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		4		14149	2.10 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		5		14153	2.14 Kompetensförsörjning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Vård i rätt tid		6		14252	2.6 Konsekvenser av ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexitet	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir