Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0830
PAN A1912-00174

Reviderad 2019-12-16

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2020

Verksamhetsplan

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

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, LS 1303-0431. 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 regionens riktlinjer. Denna följs upp och uppdateras årligen. I planen för 2020 identifierades 14 riskområden. Samtliga identifierade risker kommer att följas upp och kontrolleras enligt plan under kommande året.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Förvaltningen identifierar ett område med hög risk och fem områden med medelhög risk.

1. **Avtal med kommuner och stadsdelar:** Patientnämnden har avtal med länets samtliga kommuner och stadsdelar att sköta den lagstadgade patientnämndsverksamheten för deras hälso- och sjukvård samt den allmänna omvårdnad som ges i samband med denna. Nuvarande avtal löper tills vidare. I samband med tidigare förlängningar av avtalet har utvärderingar gjorts. Då båda parter är nöjda med samarbetet bedöms risken att avtalet ska säga upp som mindre sannolik men om så sker skulle den uteblivna intäkten ha en betydlig negativ inverkan på förvaltningens verksamhet.
2. **Bevarande av data i förvaltningens databas:** Förvaltningens servrar sköts sedan 2018 av SLL IT. Förvaltningen har inte stött på några problem gällande bevarande av data varför inga åtgärder planeras.
3. **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.
4. **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.
5. **Ansträngd psykosocial arbetsmiljö:** Förvaltningschefen håller regelbundet samtal med medarbetarna och medarbetarenkäten hanteras samt utvärderas årligen. Den psykosociala arbetsmiljön har visat sig god i de senaste

medarbetarundersökningarna. Inga särskilda åtgärder planeras under kommande period.

6. **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.

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".

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

Inga avvikelser har påträffats som påverkar förvaltningens förutsättningar för att bedriva intern kontroll under kommande år.

3.2.2 Analys och slutsatser

Riskerna med patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade.

Utifrån riskanalysen framträdde dock ett område med hög risk och fem områden med medelhög risk. De två områden som enligt beräkningsmodellen har högst sammanlagt riskvärde är bevarande av data i förvaltningens databas (riskvärde 8) och risk för ansträngd psykosocial miljö (riskvärde 6).

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

Förvaltningen arbetar aktivt för att förebygga stress. Förvaltningschefen följer också upp varje medarbetares arbetssituation genom kontinuerliga möten. Den psykosociala miljön kan påverkas om en medarbetare utsätts för hot och våld. Handläggarna kommunicerar dagligen med personer som haft negativa upplevelser av hälso- och sjukvården vilket ibland leder till att det uppstår hotfulla situationer i denna interaktion. Av detta skäl har förvaltningen upprättat en gemensam rutin för hot och våld samt låtit utbilda ett par 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 rutiner för intern sekretess fungerar väl och sannolikheten för att sekretessen bryts bedöms som låg. Inga särskilda åtgärder planeras under kommande period men eftersom förvaltningen flyttar till nya lokaler så kommer frågan bevakas.

Förvaltningen har avtal med samtliga kommuner och stadsdelar i länet för att erbjuda den lagstadgade patientnämndsverksamheten för deras hälso- och sjukvård. Sannolikheten att avtalen skulle sägas upp är väldigt låg, men om detta trots allt skulle ske, skulle konsekvensen vara negativ då intäkterna från kommuner och stadsdelar är viktiga för förvaltningen. Inga planerade åtgärder under kommande period.

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. Inga särskilda åtgärder är planerade under året.

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, 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 årsrapport samt budget (verksamhetsplan). Sammanträdeshandlingar finns på www.sll.se.

3.4 Övervakning

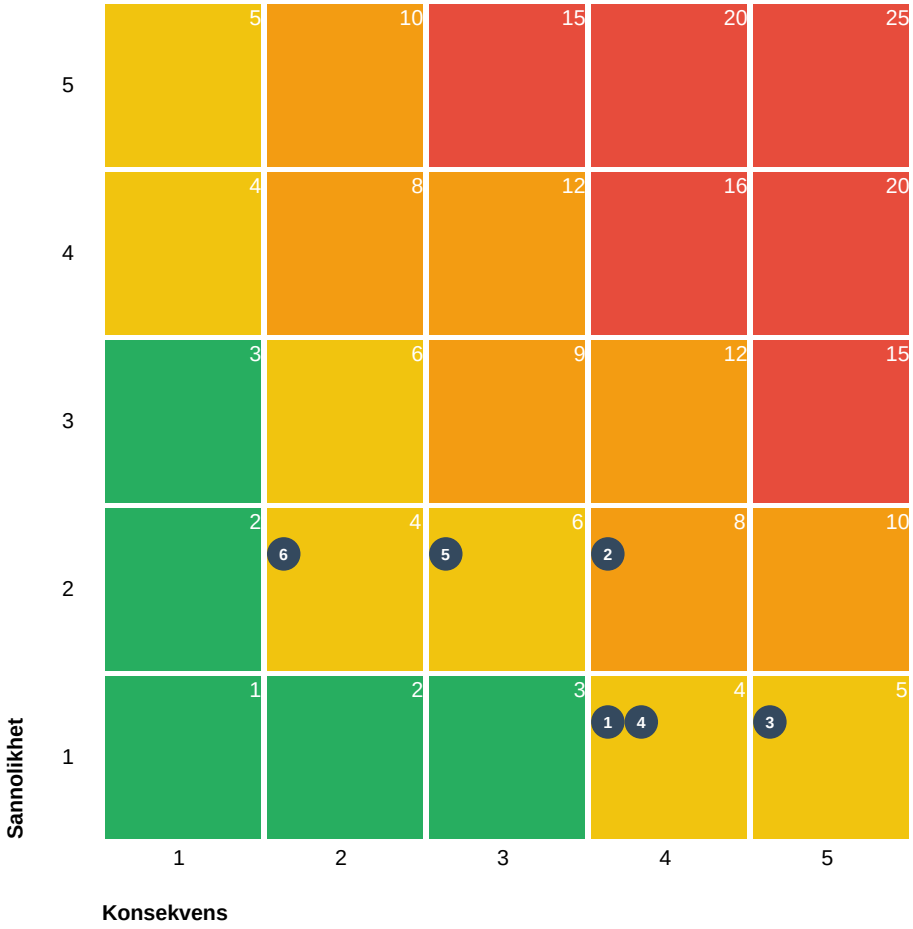
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

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 samlar alla 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.

4 Sammanställning av risker



1 Hög risk 5 Medelhög risk | Totalt: 6

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg/Mycket låg risk

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

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk					Riskägare
Ett resultat i balans		1		14158	↗	2.4 Avtal med kommuner och stadsdelar	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		2		14152	→	2.13 Bevarande av data i förvaltningens databas	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		3		14150	↗	2.11 Sekretss och konfindentialitet	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		4		14151	↗	2.12 Registrering i förvaltningens databas	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		5		14149	↘	2.10 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		6		14153	↘	2.14 Kompetensförsörjning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir