Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2019

Verksamhetsplan

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 4

3 Intern kontroll 5

4 Sammanställning av risker 8

5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment 10

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

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 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 kontrol-erats enligt planen. För närvarande finns inga risker som behöver åtgärdas, det vill säga som är gula eller röda enligt trafikljusmodellen.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Förvaltningen har inga höga (röda) riskmoment. Dock har fem områden indentifierats som medium risk (gul).

1. **Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden:** Inga avvikelser har skett. Kontroll sker kontinuerligt. Antalet patientärenden har ökat kontinuerligt. För att hantera detta har förvaltningen gjort en verksamhetsförändring och anställt fler handläggare. För att effektivisera ärendehanteringen har förvaltningen påbörjat en digitaliseringsprocess
2. **Bevarande av data i förvaltningens databas:** Innan hösten 2018 hade förvaltningen en egen server vars backup sköttes av tre medarbetare. Från och med hösten 2018 sköts förvaltningens servrar av SLL IT. Förvaltningen har inte stött på några problem gällande bevarande av data.
3. **Hot och våld:** Rutiner för hot och våld har uppdaterats och tre medarbetare har gått en utbildning gällande dessa. Information om utbildningens innehåll har förmedlats till de resterande medarbetarna på förvaltningen. Under våren 2018 genomförde förvaltningen även en hot-och-våld simulering för att öva dessa kunskaper i praktiken. Genom kommunikation och information om hot och våld, har medarbetarna på förvaltningen fått verktyg för hur hot och våld ska bemötas i vardagen.
4. **Ansträngd psykosocial arbetsmiljö:** Förvaltningschefen håller regelbundet samtal med medarbetarna och medarbetarenkäten hanteras samt utvärderas årligen. Feelgood har även anlitats vid behov.
5. **Kompetensförlust vid pensionsavgångar:** Patientnämndens förvaltning har följt landstingets 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.

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 landstinget 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 delårsrapporering 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 är väldigt decentraliserad. All personal är på samma våningsplan. Rutiner finns för processer som styr förvaltningen. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT samt "ständiga förbättringar". Alla medarbetare är väl insatta i förvaltningens uppdrag och processer.

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.

3.2.2 Analys och slutsatser

Riskerna med patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade och analysen resulterade inte i några identifierade högriskområden.

Utifrån riskanalysen framträdde däremot fem (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 har under 2018 anställt fyra nya handläggare samt implementerat ett nytt digitalt ärendehanteringssystem i syfte att effektivisera handläggning av klagomål. Förvaltningschefen följer också upp varje medarbetares arbetssituation genom kontinuerlaga möten. Den psykosociala miljön kan också påverkas 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 under 2018 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.

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 har därför utförts under 2018 eller planeras 2019.

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 ger medarbetare möjlighet att lägga upp sitt arbete utifrån önskemål och behov.

3.3 Information och kommunikation

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

Externt informeras denna information via bland annat genom årsrapport samt budget (verksamhetsplan). Sammanträdeshandlingar finns på www.sll.se .

3.4 Övervakning

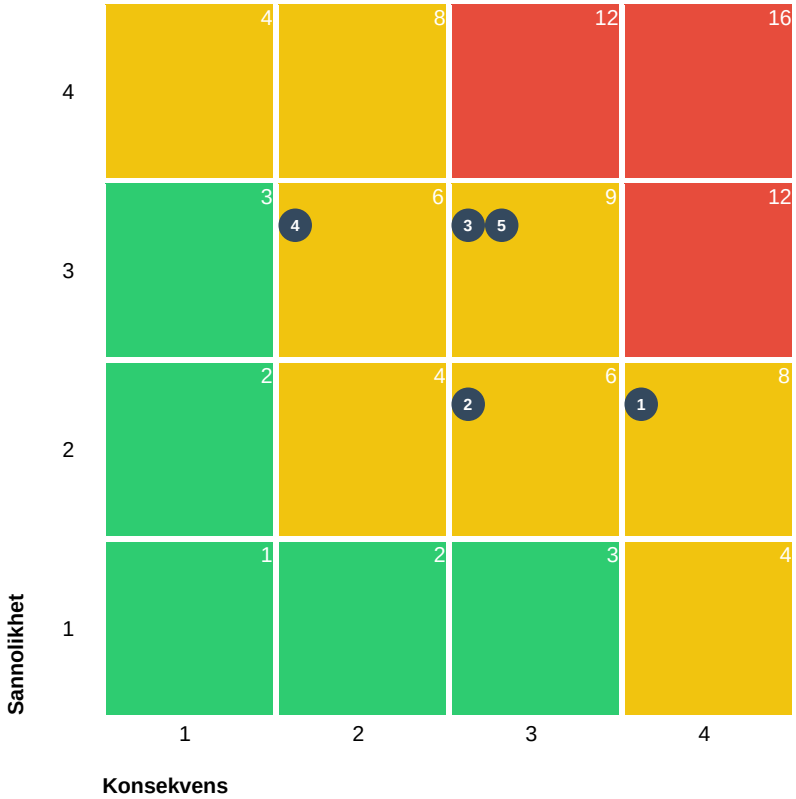
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

Enligt styrningsrapport 2017 gjordes inga avsteg från den interna kontrollen.

3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

Enligt landstingsrevisorernas rapport gällande delår 2018 bedömmer revisionen att den interna kontrollplanen i allt väsentligt är upprättad enligt landstingets policy för intern kontroll.

4 Sammanställning av risker



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

5 Medium | Totalt: 5

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

Mål	Lokala mål	Risk					Riskägare
Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar		1		14152	↗	**2.13 Bevarande av data i förvaltningens databas**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		2		14148	→	**2.9 Hot och våld**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
		3		14149	→	**2.10 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		4		14153	→	**2.14 Kompetensförsörjning**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
Vård i rätt tid		5		14252	–	**2.6 Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexitet**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir

5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

5.1 Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar

5.1.1 Bevarande av data i förvaltningens databas

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14152	8	Registrerade uppgifter förloras.	Steinunn Ásgeirdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	
	2	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete, och förvaltningen kan inte fullgöra analysarbetet, vilket kan påverka patientsäkerheten.	**Risksamordnare** David Waleh
	Konsekvens		
	4		

Kommentar

Patientnämnden har omvärderat konsekvensen av detta riskmoment från 3 i årsrapport 2018 till 4.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för back up följs. Viruskontrol samt upp-datering av virusskydd.
Kontrollansvarig
David Waleh

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

Kontrollmoment

Frekvens
Kontinuerligt.

Beskrivning
I förvaltningens databas finns värdefulla uppgifter rörande länets hälso- och sjukvård samt tandvård. Som framkommit ovan utgör dessa underlag för vårdens kvalitetsarbete. Om uppgifterna förloras kan återrapporteringen till vården bli inkorrekt, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbetet.

Kommentar

Innan hösten 2018 hade förvaltningen en egen server vars backup sköttes av tre medarbetare. Från och med hösten 2018 sköts förvaltningens servrar av SLL IT

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.13 Rutin för bevarande av data i förvaltningens databas	2019-01-13	2019-12-31	●	■

Åtgärdsbeskrivning
•Såväl viruskontroll som uppdatering av virusskyddet sker automatiskt.

Åtgärder

•Förvaltningen har rutiner för hantering av backuptagning och återläsning. För att minimera förlust av data vid eventuella problem med server/hårdvara görs säker-hetskopiering varje natt. Band byts dagligen av IT-ansvarig. Vid dennas frånvaro de-legeras uppgiften till medarbetare som är väl förtrogna med förfaringssättet.

•Återläsning av data från band görs av IT-support enligt checklista vid regelbundna besök var fjärde till sjätte vecka.

Kommentar

Förvaltningen har inte stött på några problem gällande bevarande av data.

5.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

5.2.1 Hot och våld

	Riskvärde	**Riskbeskrivning**	**Riskägare**
14148	6	Hot och våld från missnöjda patienter/anmälare.	Steinunn
	Sannolikhet	**Konsekvens**	Ásgeirdóttir
	2	Kan inverka negativt på kvaliteten i verksamheten då utsatt personal mår dåligt	**Risksamordnare**
	Konsekvens	psykiskt och även fysiskt och kan leda till högre frånvaro.	David Waleh
	3		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan årsrapport 2018.

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för besök och bemötande av hot följs.
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Kontinuerligt.

Beskrivning
Förvaltningens personal kan utsättas för hot av olika slag, både vid telefonsamtal med missnöjda patienter/anmälare och när dessa kommer på personliga besök i förvaltningens lokaler. Det har inträffat att patienter ringt handläggarna i bostaden, även nattetid. Våld mot personal har förekommit vid enstaka tillfällen i samband med besök hos förvaltningen.

Kommentar

Rutiner för hot och våld har uppdaterats och tre medarbetare har gått en utbildning gällande dessa. Information om utbildningens innehåll har förmedlats till de resterande medarbetarna på förvaltningen. Under våren 2018 genomförde förvaltningen även en hot-och-våld simulering för att öva dessa kunskaper i praktiken.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.9 Rutin för hot och våld	2019-01-13	2019-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
För att förebygga hot och våld finns detaljerade skriftliga rutiner, bland annat rörande användning av larm vid besök i förvaltningens lokaler. Hur verbala hot ska bemötas och hanteras har fastställts i en särskilt rutin. Del av personalen har gått en utbildning om bemötande, hot och våld. Uppgifter om personalens bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter är enligt offentlighets- och sekretessför-ordningen skyddade på samma sätt som motsvarande uppgifter rörande anställda inom hälso- och sjukvården samt vid IVO. Samtliga medarbetare ansvarar för att säkerställa att alla som vistas i lokalerna är behöriga.

Kommentar

Genom kommunikation och information om hot och våld, har medarbetarna på förvaltningen fått verktyg för hur hot och våld ska bemötas i vardagen

5.2.2 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14149	9	Personalen far illa av den ökande arbetsbelastning som följer med större komplexitet i	Steinunn
	Sannolikhet	ärendehantering samt införande och hantering av digitala system.	Ásgeirdóttir
	3	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	Konsekvens	Brister i den sociala arbetsmiljön.	David Waleh

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan årsrapport 2018.

Kontrollmoment

Namn
Samtal med medarbetarna samt medarbetarundersökningar
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Kontinuerligt.

Beskrivning
Medarbetarundersökningar har tidigare under en följd av år visat på brister i den sociala arbetsmiljön. Ett samband med den ökande belastningen på personalen kan inte uteslutas. Sedan 2016 arbetar förvaltningen med balanserade styrkort, som tydliggör arbetsbelastningen på såväl övergripande som individuell nivå.

Ett nytt ärendehanteringssystem som kommer att förenkla den administrativa hanteringen av såväl klagomåls- som stödpersonsärenden och även hantera digital kommunikation med såväl anmälare/patienter/stödpersoner som vården har implementerats under hösten 2018 och fortsätter utvecklas under 2019.

Kommentar

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

Kontrollmoment

Förvaltningschefen håller regelbundet samtal med medarbetarna och medarbetarenkäten hanteras samt utvärderas årligen. Feelgood har även anlitats för att komma till rätt med den psykosociala arbetsmiljön.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.10 Rutin för ansträngd psykosocial arbetsmiljö	2019-01-11	2019-12-31	●	■

Åtgärdsbeskrivning
Förvaltningschefen följder de enskilda medarbetarna vid planeringssamtal samt vid be-hov. Den psykosociala arbetsmiljön följs i de årliga medarbetarundersökningarna.

Kommentar

Patientnämnden

Medarbetarenkäten 2018 indikerar att den psykosociala arbetsmiljön har förbättrats väsentligt jämfört med tidigare år.

5.3 Systematisk kompetensförsörjning

5.3.1 Kompetensförsörjning

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14153	6	Kompetensförlust vid pensionsavgångar samt avslut.	Steinunn Ásgeirdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Avsaknad av kompetens	David Waleh
→	**Konsekvens**		
	2		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan årsrapport 2018.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för nyrekrytering samt kompetensförsörjning följs.
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Vid personalomsättning

Beskrivning
Medelåldern bland de anställda är något högre än i vården som helhet. Detta medför att ett par medarbetare kommer att avgå med

Kontrollmoment

pension de närmaste åren.

Kommentar

Patientnämndens förvaltning har följt regionens rutiner för nyrekrytering samt kompetensförsörjning.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.14 Rutin för kompetensförsörjning	2019-01-11	2019-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

För att förebygga framtida förlust av kompetens finns rutiner för prioritering vid nyanställning. Vid lika meriter ges företräde för manliga sökande, personer med funktions-hinder, yngre samt personer med annan etnisk bakgrund än svensk.

Kommentar

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.

Åtgärder

5.4 Vård i rätt tid

5.4.1 Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexitet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14252	9	Fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden	Steinunn Ásgeirdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	
	3	Ökad arbetsbelastning för personalen, längre handläggningstider och otillräcklig kompetens vilket leder till försämrad kvalitet i analysunderlaget. Mindre nöjdhet hos anmälare och vårdgivare.	**Risksamordnare** David Waleh
	Konsekvens		
	3		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan årsrapport 2018.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att ärendeutvecklingen följs.Kontroll av fördelning av ärenden till handläggare. Kontroll att anmälarnas och vårdens nöjdhet med förvalt-ningens handläggning följs. Kontroll av förvaltningens tillgänglighet.Kontroll att utvecklingen beskrivs i samtliga ekonomiska dokument.
Kontrollansvarig
David Waleh

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

Kontrollmoment

Frekvens
Ärendeutvecklingen och fördelningen till handläggare följs varje månad.
Telefontillgängligheten följs upp cirka en gång årligen.
Anmälarnas och vårdens nöjdhet följs upp vid enkätunder-sökningar minst vart tredje år.
Kontinuerlig kontroll att utvecklingen beskrivs i ekonomiska dokument.

Beskrivning
Antalet patientärenden ökar kontinuerligt. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarligare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats.
Då ekonomiska resurser inte tillförts i tillräcklig utsträckning för att möjliggöra tillräck-liga nyanställningar har ökningen av antalet patientärenden och de skriftliga ärendena medfört en ökad belastning på befintlig personal och att prioriteringar måst göras inom verksamheten. Det senare har lett till att lagstadgade informationsinsatser gentemot vården och allmänhet/patienter minskat successivt i antal. Medarbetarundersökningar har tidigare visat på brister i den psykosociala arbetsmiljön, vilket beskrivs närmare under 2.10.
Det ökade antalet ärenden kan leda till ökad arbetsbelastning för personalen, längre handläggningstider och otillräcklig kompetens vilket leder till försämrad kvalitet i ana-lysunderlaget. Mindre nöjdhet hos anmälare och vårdgivare.

Vid årsskiftet 2017-2018 inträdde lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård. Den nya lagen öppnar upp för att patientnämnden successivt från och med 2018 får ett ökat antal klagomålsärenden att handlägga, vilket orsakas av en begränsning av den utredningsskyldighet som till och med 2017 åligger Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt att patientnämnderna tillsamman med vårdgivarna ska utgöra första linjen i det nya klagomålssystemet.

Kommentar

Inga avvikelser har skett. Kontroll sker kontinuerligt.

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019

Kontrollmoment

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.6 Rutin för konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexi-tet	2019-01-13	2019-12-31	●	■

Åtgärdsbeskrivning
Nämndsekreteraren sammanställer och rapporterar antalet inkomna ärenden till nämn-den. Controllern följer upp fördelningen av skriftliga- och e-postärenden till handläggare samt varje handläggares pågående ärenden varje månad. Därutöver görs fördjupade ärendeuppföljningar vid varje tertialsskifte. Handläggningstiderna i skriftliga ärenden följs varje månad.
Controllern följer upp kvaliteten i förvaltningens handläggning genom enkäterundersök-ningar riktade till anmälare i skriftliga ärenden respektive vårdgivare minst vart tredje år.
Förvaltningens telefontillgänglighet följs förutom i enkäten riktad till anmälare även vid andra tillfällen genom egenkontroller och telefonintervjuer med uppringande.

Kommentar

Antalet patientärenden har ökat kontinuerligt. För att hantera detta har förvaltningen anställt fler handläggare. För att effektivisera ärendehanteringn har förvaltningen påbörjat en digitaliseringsprocess.

Region Stockholm

Diarienummer
A1901-00010

Patientnämnden
Plan för intern kontroll 2019