

§ 6

Delårsrapport plus intern kontrollplan och prognos

A2609-00111

Ärendebeskrivning

Förvaltningen redovisar ett ackumulerat resultat på 348 tusen kronor, 516 tusen kronor bättre än budget. Prognosen för helåret är ett resultat i nivå med budget, 0 kronor. I utfallet ingår 1,1 miljoner kronor i kostnader för MDM-projektet. En del av projektet bedöms kunna finansieras inom ordinarie ram och resterande kostnad kompenseras av regionstyrelsen.

Under januari–augusti inkom 5 177 ärenden, 163 färre än samma period föregående år. Under perioden förordnades 342 nya stödpersoner, 35 fler än föregående år. Vid utgången av augusti hade 240 patienter en stödperson, 50 fler än föregående år.

Uppföljningen av internkontrollplanen visar att inga nya risker identifierats, inga risker tagits bort och inga förändringar gjorts i riskvärderingen. Kontroller och åtgärder har genomförts enligt plan. Bristerna i delegationsordningen som identifierades vid vårens revisionsgranskning har åtgärdats genom en ny delegationsordning.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande daterat 2026-09-15

Bilaga 1 – Delårsrapport 2026 med bilaga.

Bilaga 2 – Plan för intern kontroll 2026, delårsuppföljning med bilagor.

Yrkande

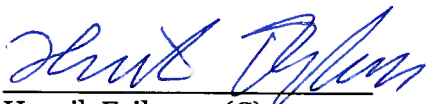
Ordförande Henrik Eriksson (C) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Beslut

Patientnämnden beslutar att

1. Godkänna Delårsrapport 2026 med bilaga
2. Godkänna Plan för intern kontroll 2026, delårsuppföljning inklusive bilagor
3. Justera beslutspunkten omedelbart.

Justeras



Henrik Eriksson (C)

Justeras



Samuel Klippfalk (KD)

Skickas till

Regionledningskontoret
Regionrevisorerna
Akten

Handläggare: Charlotta Ottenstedt

PaN 2026-09-29 P 6

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2026-09-15

PAN A2609-00111

Delårsrapport augusti 2026

Ärendebeskrivning

I ärendet föreligger förvaltningens delårsrapport per 31 augusti 2026 enligt bilagor.

Förvaltningen redovisar ett ackumulerat resultat på 348 tusen kronor, 516 tusen kronor bättre än budget. Prognosen för helåret är ett resultat i nivå med budget, 0 kronor. I utfallet ingår 1,1 miljoner kronor i kostnader för MDM-projektet. En del av projektet bedöms kunna finansieras inom ordinarie ram och resterande kostnad kompenseras av regionstyrelsen.

Under januari–augusti inkom 5 177 ärenden, 163 färre än samma period föregående år. Under perioden förordnades 342 nya stödpersoner, 35 fler än föregående år. Vid utgången av augusti hade 240 patienter en stödperson, 50 fler än föregående år.

Uppföljningen av internkontrollplanen visar att inga nya risker identifierats, inga risker tagits bort och inga förändringar gjorts i riskvärderingen. Kontroller och åtgärder har genomförts enligt plan. Bristerna i delegationsordningen som identifierades vid vårens revisionsgranskning har åtgärdats genom en ny delegationsordning.

Miljökonsekvenser

De föreslagna åtgärderna förväntas inte medföra några miljökonsekvenser.

Förslag till beslut

Patientnämndens förvaltning föreslår att patientnämnden beslutar följande.

1. Godkänna Delårsrapport 2025 med bilaga
2. Godkänna Plan för intern kontroll 2025, delårsuppföljning inklusive bilagor
3. Att justera beslutspunkten omedelbart.



Pia Bornevi

Patientnämndens förvaltning
Box 30198, 104 25 Stockholm

Telefon 08-123 467 00

E-post registrator.pan@regionstockholm.se
www.patientnamndenstockholm.se

Förvaltningschef

Bilagor

- 1 PAN – Delårsrapport 2025 med bilaga
- 2 PAN – Plan för intern kontroll 2025, delårsuppföljning med bilagor



Patientnämnden

Delårsrapport

Augusti 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens kommentar	4
1.1 Väsentliga händelser	4
2 Styrning och ledning	6
2.1 Verksamhetsfakta	6
2.2 Mål.....	6
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa	6
2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv	7
2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig.....	8
2.3 Uppdrag.....	9
2.4 Intern kontroll.....	9
2.4.1 Arbetet med intern kontroll.....	9
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller	10
2.4.3 Försäkran	10
3 Verksamhet	11
3.1 Produktivitet	11
4 Personal.....	14
4.1 Uppföljning avsatta medel.....	14
4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö	14
4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning	14
4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm	14
4.2 Helårsarbeten.....	14
4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år.....	14
4.2.2 Prognos i jämförelse med budget.....	14
4.3 Sjukfrånvaro.....	14
5 Ekonomi	16
5.1 Resultat	16
5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år	17
5.1.2 Prognos i jämförelse med budget	17
5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal	17
5.1.4 Konsultkostnader.....	18
5.1.5 Administrativa kostnader	18
5.1.6 Säsongsvariationer.....	19
5.2 Investeringar	19

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga E1 Övriga avsättningar ansvarsförbindelser och tvister delår 2026

1 Förvaltningschefens kommentar

Delåret har präglats av fortsatt utveckling och samverkan inom patientnämndens kärnuppgift. Samtidigt har arbetet med att förordna stödpersoner till patienter inom den psykiatriska tvångsvården fortsatt att öka.

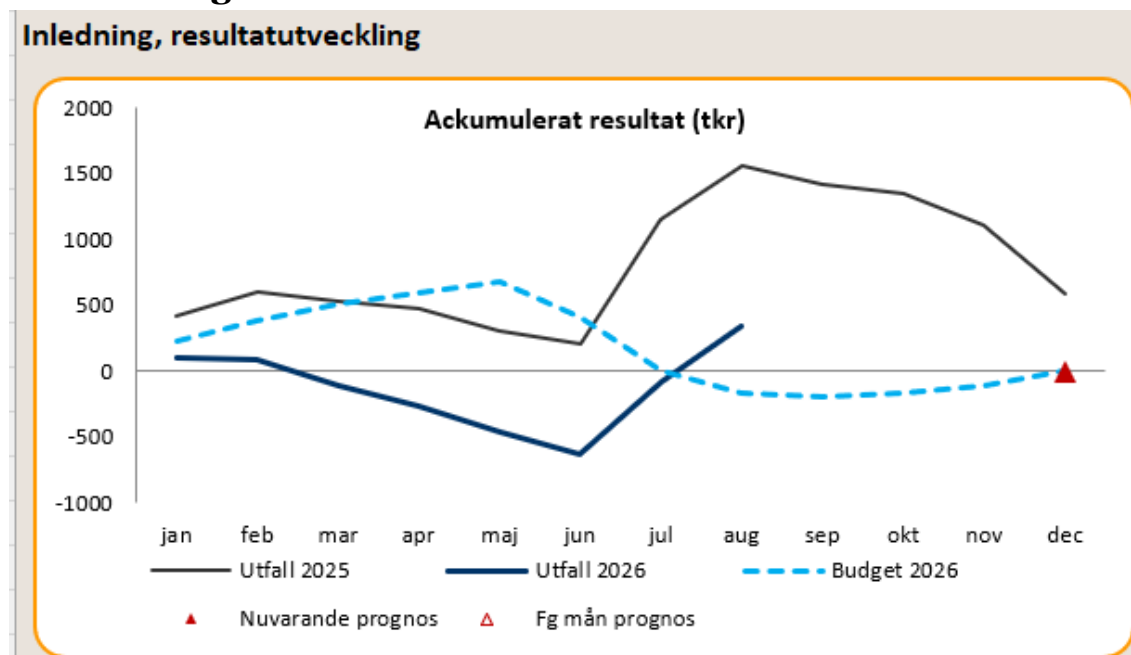
Piloten för nämndens AI-lösning har tagit ytterligare steg mot Karolinskas AI-miljö (KIM), i samarbete med regionledningskontoret och Karolinska Universitetssjukhuset. Arbetet möjliggör fortsatt utveckling och utvärdering med fokus på informationssäkerhet. Samtidigt fortskrider utvecklingen av verksamhetssystemet CMC enligt plan, med målet att plattformen ska vara integrerad med regionens MDM-miljö vid årsskiftet.

Nämnden genomför en samlad översyn av styrande dokument, processer och rutiner i syfte att stärka struktur, tydlighet och enhetliga arbetssätt.

Samverkan med vårdgivare, beställare, patientföreträdare samt det nationella samarbetet mellan patientnämnderna har fortsatt genomförts enligt plan.

Sammantaget har perioden präglats av ett intensivt arbete med att genomföra planerade utvecklingsinsatser och aktiviteter i syfte att fullfölja nämndens uppdrag och verksamhetsplan.

1.1 Väsentliga händelser



Diagrammet visar att det ackumulerade resultatet för 2026 har varierat under året och under våren utvecklats svagare än budget. Per augusti uppgår resultatet till cirka +348 tusen kronor, jämfört med ett budgeterat resultat på cirka -168 tusen kronor, vilket innebär en positiv avvikelse på cirka 0,5 miljoner kronor.

I utfallet ingår 1,1 miljoner kronor i upparbetade kostnader för MDM-projektet, som inte ingår i nämndens ordinarie budget. Med hänsyn till det överskott som hittills har

visat sig i verksamheten bedöms nämnden kunna finansiera en del av projektkostnaden inom ordinarie ram. Resterande kostnad kommer att kompenseras av regionstyrelsen.

Prognosen är därmed att nämnden når ett resultat i nivå med budget vid årets slut, det vill säga 0 kronor.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Patientnämndens uppdrag utgår främst från lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt smittskyddslagen (2004:168)

Patientnämnden fullgör Region Stockholms lagreglerade skyldighet att bedriva patientnämndsverksamhet och fungerar som en fristående och opartisk instans för kontakt mellan patienter eller ombud och vårdgivare när patienten har synpunkter eller klagomål på offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt på tandvård som omfattas av nämndens uppdrag.

Nämnden har även till uppgift att förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen. Verksamheten regleras i lag och kan därför inte fullt ut påverkas av förvaltningen när det gäller volym och fördelning över tid.

Enligt 3 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska patientnämnden bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Patientnämnden ska enligt det reglemente[1] som regionfullmäktige fastställt:

1. på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomålen besvarade av vårdgivaren. Om patienten är ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas,
2. bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Det ska göras genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma Region Stockholm eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården,
3. med anledning av framställda synpunkter och annan information som nämnden får, göra de utredningar och de framställningar till ansvariga nämnder inom Region Stockholm och till andra berörda organ som behövs,
4. i förebyggande syfte verka för att sådana förhållanden vilka kan innefatta risker för felaktig eller otillfredsställande vård eller behandling uppmärksammas av ansvariga nämnder och bolag.

[1] Reglemente för patientnämnden (RS 2025-0345).

2.2 Mål

2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet



Kommentar

Patientnämnden bidrar till en säker och effektiv vård genom att ta tillvara patienters synpunkter och klagomål och föra dem vidare till vårdgivarna. Det ger underlag för förbättringsarbete, höjer kvaliteten och stärker patientsäkerheten. Genom analys av inkomna ärenden sprids kunskap till vårdgivare, beställare och beslutsfattare.

Verksamheten följer särskilt viktiga bevakningsområden i sitt ärendehanteringssystem för att uppmärksamma risker. Arbetet med att dela information och signalera risker till hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, sker systematiskt för att skapa en systematisk, strukturerad och effektiv hantering.

Patientnämnden har inom ramen för sitt analysuppdrag, utöver nämndens årsrapport, publicerat två analysrapporter. Den ena rapporten är en analys av synpunkter och klagomål som rör äldre (80+) och den andra rapporten beskriver ärenden som rör upplevd diskriminering i mötet med vården.

Nämnden har under aktuell period även behandlat två principärenden, Situationen för patienter med hyperhidros (PAN A2511-00112) och Bristande tillgänglighet till akutmottagning (PAN A2603-00051).

Principärenden är ärenden av principiellt intresse samt ärenden som är ofta förekommande och som rör ett aktuellt problem eller företeelse. Ett principärende kan innehålla trender och mönster av ärenden som avviker från det förväntade och/eller visar på bristande regelefterlevnad. Principärenden beslutas av patientnämnden och svar begärs in från ansvariga nämnder i Region Stockholm. Ärendena skickas alltid för kännedom till Inspektionen för vård och omsorg.

Patientnämnden deltar i Regional samverkansgrupp för patientsäkerhet och bidrar därigenom till Region Stockholms arbete utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet



Kommentar

Patientnämnden eftersträvar en ekonomi i balans. Prognosen för 2026 är ett resultat i nivå med budget, det vill säga 0 kronor. Med hänsyn till det överskott som hittills har visat sig bedöms nämnden kunna finansiera en del av kostnaderna för MDM-projektet inom ordinarie ram, medan resterande kostnad kommer att kompenseras av

regionstyrelsen.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos- uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska (Regionfullmäktige)	1,2 mkr				Enligt budget 2 026

Kommentar

Patientnämnden

Administrativa kostnader uppgick under perioden januari till och med augusti 2026 till 1 203 tusen kronor. Årets kostnader bedöms rymmas inom de budgeterade.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035



Kommentar

Patientnämnden följer regionens hållbarhetspolicy och strategi och beaktar miljöaspekter i verksamheten.

Digitalisering, digital posthantering och e-arkiv har minskat användningen av papper, porto och transporter. Distansarbete och digitala möten bidrar också till minskat resande. När resor behövs väljs i första hand miljövänliga alternativ.

Samtliga medarbetare har genomgått regionens hållbarhetsutbildning och källsortering används i verksamheten.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling



Kommentar

Patientnämnden arbetar med social hållbarhet i hela verksamheten och följer regionens styrande dokument inom området. Genom klagomål, analyser och riskuppföljning bidrar nämnden till en mer jämlik och patientsäker vård. Nämnden tar även fram underlag om bland annat upplevelser av diskriminering i vården.

Under perioden deltog nämnden i Region Stockholms hållbarhetskonferens och bidrog med patientnämndens perspektiv i arbetet med en ny hållbarhetspolicy. Samverkan sker regelbundet med pensionärs-, patient- och funktionshinderorganisationer.

Verksamheten erbjuder flera kontaktvägar samt tolk och översättning för att främja tillgänglighet och likvärdigt bemötande. Stödpersonsverksamheten har hög tillgänglighet och är ett viktigt stöd för patienter inom psykiatrisk tvångsvård.

Ärenden inom bland annat diskriminering och suicid följs särskilt, och analyser görs utifrån kön, ålder och barnperspektiv. Särskilda rutiner finns för ärenden som rör barn och andra prioriterade grupper.

Nämnden har lokala handlingsplaner för funktionsnedsättning, suicidprevention samt alkohol och droger. Samtliga medarbetare utbildas i bemötande och hållbarhet.

2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare



Kommentar

Patientnämnden arbetar för en hållbar arbetsmiljö genom systematiskt arbetsmiljöarbete, flexibla arbetssätt och löpande anpassning av bemanning och arbetssätt efter verksamhetens behov.

Medarbetarengagemanget är fortsatt högt och sjukfrånvaron har totalt sett minskat. Medarbetarna har individuella utvecklingsplaner och erbjuds kompetensutveckling, friskvård och företagshälsovård vid behov.

Under perioden har handledningsstöd genomförts för handläggningsmedarbetare. Insatsen ska även bidra till att stödja kommande förändringar i arbetssätt, bland annat kopplade till nya funktioner och AI-stöd i verksamhetssystemet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro (Regionfullmäktige)	2,6 %				<6 %

Kommentar

Patientnämnden

Målnöjdhetsindex 2026 är oförändrad jämfört med 2025. Målet bedöms som uppfyllt även vid delårsuppföljningen 2026.

2.3 Uppdrag

Patientnämnden har inga utpekade uppdrag 2026.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Patientnämnden upprättade en intern kontrollplan enligt regionens riktlinjer i samband med verksamhetsplanen för 2026. I planen identifierades 15 riskområden, varav två bedömdes ha högt riskvärde, två medelhögt och övriga lågt riskvärde. Planen har följts upp i samband med delårsrapporten för att säkerställa att bedömningarna fortsatt är aktuella och att arbetet med kontroller och åtgärder fortlöper enligt plan. Inga väsentliga förändringar har skett i styr- och kontrollmiljön jämfört med tidigare rapportering.

De brister i delegationsordningen som identifierades i revisionsgranskningen i våras har åtgärdats. Nämnden beslutade i juni om en ny delegationsordning i syfte att stärka struktur, tydlighet, kontroll och efterlevnad av kommunallagens krav.

Regionarkivet inspekterade informationshantering och arkiv hos patientnämnden den 28 maj 2026.

Efter inspektion kan Regionarkivet konstatera att hanteringen av allmänna handlingar är mycket god och att verksamheten arbetar målinriktat med att upprätthålla en enkel

och effektiv informationshantering. Patientnämnden har fungerande arbetsrutiner och god kontroll över sitt informationsflöde.

Patientnämnden har på ett adekvat sätt fördelat resurser för att arbeta med arkivredovisning, diarieföring och internutbildning.

Regionarkivet fastställer efter inspektionen att patientnämnden inte tilldelas några förelägganden avseende informationshantering och arkiv.

Regionarkivet rekommenderar patientnämnden att ta fram rutiner för att hålla informationsredovisningen uppdaterad och säkerställa att gallring utförs.

Regionrevisorerna har aviserat en kommande granskning av om anmälningar till patientnämnden omhändertas på ett ändamålsenligt sätt i Region Stockholm. Granskningen omfattar hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och primärvårdsnämnden (PVN) samt patientnämnden, i syfte att belysa hela flödet – från den information som patientnämnden rapporterar till hur den tas om hand av HSN och PVN.

Under perioden har tre personuppgiftsincidenter inträffat. Incidenterna har hanterats och åtgärdats i enlighet med gällande lagstiftning och lokala rutiner.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Inga nya risker har identifierats och inga risker har tagits bort sedan planen för intern kontroll 2026 upprättades. Den uppdaterade riskanalysen har inte lett till några förändringar i värdering av riskerna.

Kontroller och åtgärder kopplade till identifierade risker hanteras av utsedda kontrollansvariga medarbetare i enlighet med den upprättade planen. Arbetet har löpt på enligt plan under delåret. Inga nya kontroller eller åtgärder har tillkommit eller tagits bort.

Nämnden är aktiv och deltar i aktuella nätverk och har ett nära samarbete med IT-partner för att säkerställa att de nya riktlinjerna inom informationsskydd och dataskydd följs samt anpassning till den nya cybersäkerhetslagen (NIS2) sker.

2.4.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll (RS 2022–0326).

3 Verksamhet

Två analysrapporter har utkommit under perioden:

- Analys av synpunkter som rör äldre - rapporten belyser och analyserar ärenden som inkommit till patientnämnden under 2025 rörande patienter äldre än 80 år.
- Upplevd diskriminering i mötet med vården - rapporten belyser patienters upplevelser av diskriminering i vården i Region Stockholm, vårdgivares bemötande av klagomålen när svar har inhämtats samt de slutsatser som kan dras av sammanställningen.

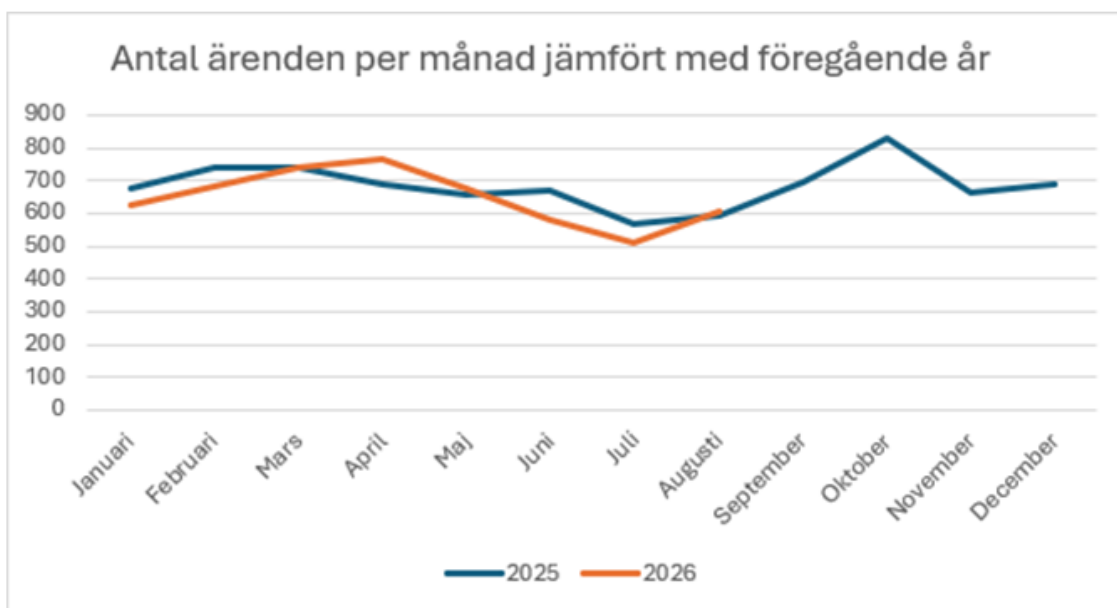
Följande principärenden har behandlats under perioden:

- Bristande tillgänglighet till akutmottagning (PAN A2603-00051).
- Situationen för patienter med hyperhidros (PAN A2511-00112).

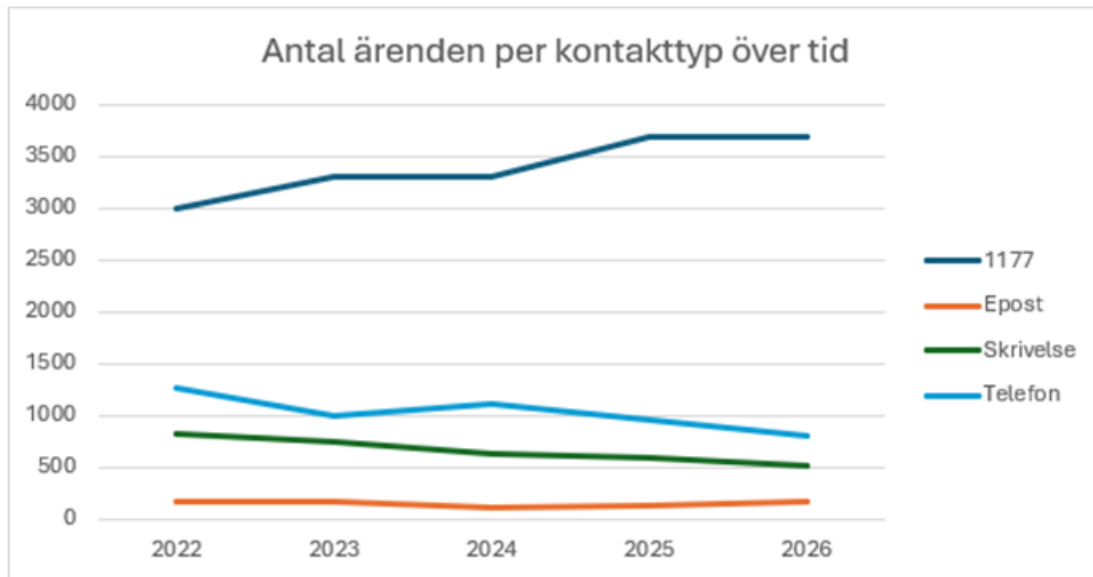
3.1 Produktivitet

Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvården

Under perioden januari till och med augusti inkom 5 177 ärenden till patientnämnden, vilket var lägre än föregående år då 5 340 ärenden inkom.



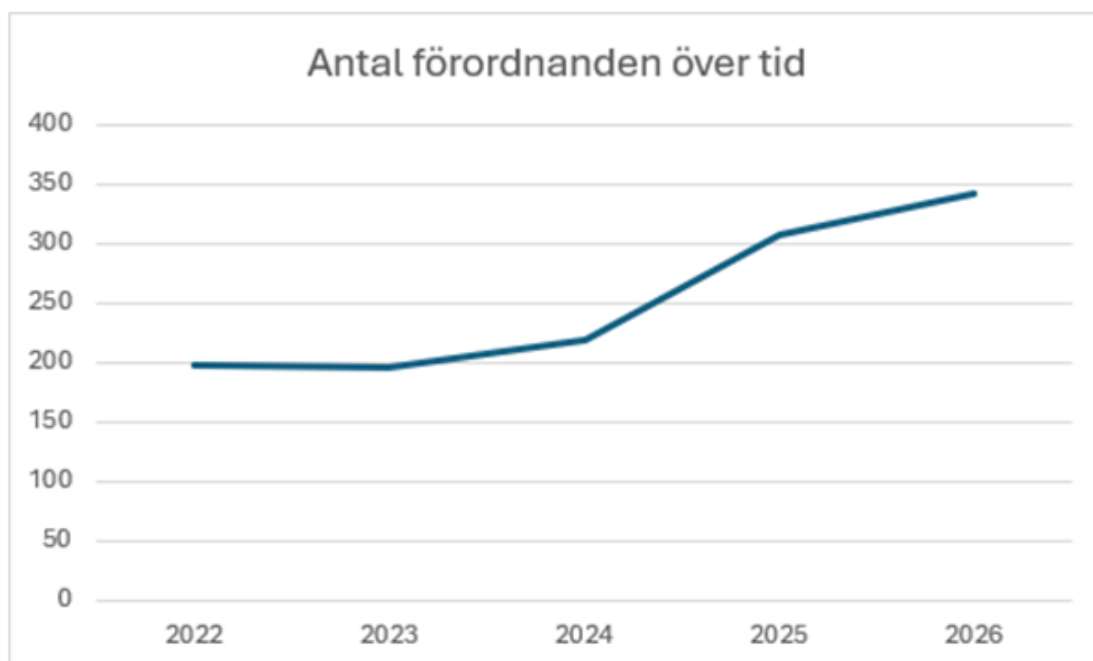
Ärenden kan inkomma via 1177, telefon, skrivelser eller e-post. Under perioden kom 71 procent av ärendena in via 1177, 16 procent via telefon, 10 procent via skrivelser och 3 procent via e-post. Sedan 1177 infördes som kontaktväg i mars 2020 har andelen ärenden via 1177 ökat successivt. Utvecklingen framgår av diagrammet nedan.



Nämnden inhämtar inte svar från vården i alla ärenden. I samråd med patienten eller den anhöriga kan ett ärende i stället registreras för kännedom. Under perioden inhämtades svar i 2 493 ärenden, vilket är 269 färre än samma period föregående år, en minskning med 9,7 procent.

Stödpersonsverksamheten

Under januari–augusti 2026 förordnades 342 nya stödpersoner, 35 fler än samma period 2025, en ökning med 11 procent. Vid utgången av augusti hade 240 patienter en stödperson, vilket var 50 fler än föregående år, en ökning med 26 procent.



Antalet stödpersonsförordnanden har ökat sedan hösten 2024. Förvaltningen informerar löpande vårdgivarna om patienternas rätt till stödperson och om gällande rutiner. För patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård kan korta

vårdtider göra det svårare att hinna tillsätta en stödperson.

Utveckling av processer och arbetssätt

Nämnden fortsätter att effektivisera och digitalisera arbetssätt och processer. Ärendehantering är i stort sett helt digital. Förvaltningen är även redo att använda Säker digital kommunikation (SDK) i kontakten med vårdgivare när fler vårdgivare har motsvarande förutsättningar.

4 Personal

Under delåret har inga väsentliga personelhändelser som påverkat verksamheten förevarit.

4.1 Uppföljning avsatta medel

4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Patientnämnden har erhållit 34 tusen kronor för insatser som stärker en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. Medlen har använts till fortsatta förbättringar av den fysiska arbetsmiljön, bland annat genom åtgärder för bättre ljudmiljö, utveckling av fikaplats samt förbättrad ergonomi och ljudkvalitet vid större möten.

4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Patientnämnden har erhållit 10 tusen kronor för insatser som främjar en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. Medlen används i första hand till aktiv kompetensplanering genom överlappning och tillfälliga förstärkningar i samband med förändringar i bemanning. Syftet är att möjliggöra strukturerad kunskapsöverföring, säkerställa kontinuitet och kvalitet samt minska sårbarheten vid personalförändringar.

4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm

Patientnämnden har erhållit 17 tusen kronor för att stärka och utveckla ledarskapet, medarbetarskapet och säkerställa chefsförsörjningen. Medlen är ännu inte ianspråktaga.

4.2 Helårsarbeten

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år
Närvaro	22	21	1	4,8 %	22	22
Frånvaro	5	5	0	0 %	4	4
Extratid	0	0	0	0 %	0	0
Totalt	27	26	1	3,8 %	26	26
Varav avtalad tid	27	26	1	3,8 %	26	26

** Avtalad tid avser den sammanlagda tiden för närvaro och frånvaro och motsvarar sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden.*

4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Utfallet är 27 helårsarbeten, vilket är ett mer än budgeterat och 3,8 procent högre än föregående år. Den högre bemanningen beror främst på ökad närvaro, medan frånvaron är oförändrad och i nivå med budget. Prognosen för helåret är 26 helårsarbeten, i nivå med budget.

4.2.2 Prognos i jämförelse med budget

Ingen förändring har gjorts i årsprognosen för antalet helårsarbeten jämfört med budget.

4.3 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	2,55	3,62
- varav kvinnor	3,01	4,20
- varav män	0,00	0,35
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	1,23	2,00
15 - 90 dagar	0,31	1,62
91 - dagar	1,01	0,00

Sjukfrånvaron har minskat från 3,62 till 2,55 procent jämfört med föregående år. Både korttidssjukfrånvaron och sjukfrånvaron mellan 15 och 90 dagar har minskat. Sjukfrånvaro över 91 dagar har däremot ökat något.

Sjukfrånvaron är högre bland kvinnor än bland män, 3,01 procent jämfört med 0 procent.

Nämnden arbetar främst förebyggande genom systematiskt arbetsmiljöarbete och löpande uppföljning av arbetssätt och arbetsbelastning. Vid behov erbjuds medarbetare stöd- eller utredande samtal via företagshälsovården.

5 Ekonomi

Resultat

Det ackumulerade resultatet är 348 tusen kronor, vilket är 516 tusen kronor bättre än budget. Det beror främst på lägre personalkostnader, som väger upp högre kostnader inom framför allt IT.

Intäkter

Intäkterna uppgår till 26 260 tusen kronor, 33 tusen kronor över budget. Jämfört med föregående år har intäkterna ökat med 3,2 procent, främst genom uppräknings av anslaget.

Kostnader

Kostnaderna uppgår till 25 964 tusen kronor, vilket är 525 tusen kronor lägre än budget. Personalkostnaderna är 1 205 tusen kronor lägre än budget.

IT-kostnaderna är 627 tusen kronor högre än budget. I utfallet ingår 1,1 miljoner kronor i upparbetade kostnader för MDM-projektet, som inte ingår i nämndens ordinarie budget. Med hänsyn till det överskott som hittills har visat sig bedöms nämnden kunna finansiera en del av projektkostnaden inom ordinarie ram. Resterande kostnad kommer att kompenseras av regionstyrelsen.

Nämnden prognostiserar därmed ett resultat i nivå med budget, det vill säga 0 kronor.

Jämförelse med föregående år

Kostnaderna har ökat med 8,4 procent jämfört med föregående år, främst genom högre IT- och personalkostnader. IT- kostnaderna har ökat med 42,6 procent, där MDM-projektet är en viktig förklaring. Intäkterna har ökat med 3,2 procent.

Information

Årets budget är periodiserad utifrån när kostnaderna förväntas uppstå och är därför inte jämnt fördelad över årets tolv månader.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Anslag	24 876	24 876	0	3,3 %	37 313	37 313
Övriga bidrag	75	61	14	36,4 %	61	61
Övriga intäkter	1 309	1 290	19	0,7 %	3 485	1 935
Verksamhetens intäkter	26 260	26 227	33	3,2 %	40 859	39 309
Personalkost nader inkl inhyrd personal	-20 083	-21 288	1 205	5,6 %	-30 682	-31 382
Lämnade bidrag	0	0	0		0	0

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Lokal- och fastighetskostnader	-2 023	-1 996	-27	0,8 %	-2 994	-2 994
IT- och telekostnader	-3 209	-2 582	-627	42,6 %	-5 856	-3 873
Övriga kostnader	-649	-623	-26	-6,3 %	-1 403	-1 202
Verksamhetens kostnader	-25 964	-26 489	525	8,4 %	-40 935	-39 451
Avskrivningar	0	0	0		0	0
Finansnetto	52	94	-42	-42,2 %	76	142
Resultat**	348	-168	516		0	0

* tkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Per augusti uppgår resultatet till 348 tusen kronor, vilket är 516 tusen kronor bättre än budget. Verksamhetens intäkter ligger i nivå med budget, medan kostnaderna sammantaget är lägre än budgeterat. Lägre personalkostnader motverkas delvis av högre kostnader för IT.

Jämfört med föregående år har verksamhetens intäkter ökat med 3,2 procent och verksamhetens kostnader med 8,4 procent. Kostnadsökningen förklaras främst av högre IT-kostnader, där även upparbetade kostnader för MDM-projektet ingår.

5.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Prognosen för 2026 är ett resultat i nivå med budget, det vill säga 0 kronor. MDM-projektet beräknas kosta totalt 2 000 tusen kronor under året och ligger utanför nämndens ordinarie budget. Med hänsyn till det överskott som hittills har visat sig i verksamheten bedöms nämnden kunna finansiera en del av projektkostnaden inom ordinarie ram. Resterande kostnad kommer att kompenseras av regionstyrelsen, vilket innebär att MDM-projektet sammantaget inte påverkar nämndens resultat på helårsbasis.

5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Summa personalkostnader	-20 083	-21 288	1 205	5,6 %	-30 682	-31 382
Förändring sem- och löneskuld	136	0	136	-33,7 %	0	0
Lönekostnad	-13 078	-13 761	683	3,1 %	-19 342	-20 042
- varav övertid	0	0	0		0	0
- varav sjuklönekostnad	-116	-67	-49	-24,2 %	-100	-100
PO-pålägg	-5 750	-5 957	207	12,5 %	-8 954	-8 954

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Övriga personalkostnader	-1 391	-1 570	179	-2 %	-2 386	-2 386
Inhyrd personal	0	0	0		0	0
Personalkostnad inkl inhyrd personal	-20 083	-21 288	1 205	5,6 %	-30 682	-31 382

* tkr

Personalkostnaderna uppgår till 20 083 tusen kronor, vilket är 1 205 tusen kronor lägre än budget. Avvikelsen beror främst på lägre lönekostnader, PO-pålägg och övriga personalkostnader samt en positiv förändring av semester- och löneskulden. Sjuklönekostnaden är något högre än budget.

Jämfört med föregående år har personalkostnaderna ökat med 5,6 procent, bland annat till följd av lönerevision, dubbelbemanning inför pensionering och lägre frånvaro.

Sammantaget ligger personalkostnaderna fortsatt under budget. Utvecklingen följs löpande. Förvaltningen har inga kostnader för inhyrd personal.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Personalkostnaderna uppgår per augusti till 20 083 tusen kronor, vilket är 1 205 tusen kronor lägre än budget. Avvikelsen förklaras främst av lägre lönekostnader och PO-pålägg än budgeterat.

Jämfört med föregående år har personalkostnaderna ökat med 5,6 procent, främst till följd av högre lönekostnader och PO-pålägg.

Prognos i jämförelse med budget

5.1.4 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %	Prognos år	Budget år
Juridik	0	0	0	0 %	0	0
PR	0	0	0	0 %	0	0
Management	0	0	0	0 %	0	0
IT	0	0	0	0 %	0	0
Övriga	0	0	0	0 %	0	0
Summa externa konsultkostnader	0	0	0	0 %	0	0

Förvaltningen är restriktiv när det gäller användning av konsulter. Konsultkostnader förekommer endast inom ramen för exempelvis IT-tjänster eller utbildning/coachning.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Prognos i jämförelse med budget

5.1.5 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Administrativa kostnader	-1 203	-1 109	-94	2,3 %	-1 564	-1 664

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

De administrativa kostnaderna uppgår till 1 203 tusen kronor, vilket är 94 tusen kronor högre än budget. Avvikelsen beror främst på högre kostnader för förtroendevalda under perioden samt att regionledningens debitering för koncernwebb blivit högre än tidigare aviserat.

Jämfört med föregående år har de administrativa kostnaderna ökat med 2,3 procent.

Prognos i jämförelse med budget

Ingen särskild justering har gjorts av prognosen för dessa kostnader jämfört med budget. I stället har kostnaderna setts över samlat i prognosarbetet. Justeringar har främst gjorts inom personalkostnader och IT-kostnader utifrån det samlade utfallet och den förväntade utvecklingen under resten av året.

5.1.6 Säsongsvariationer

Verksamheten har en återkommande säsongsvariation, då merparten av medarbetarnas semesteruttag är förlagt till perioden juni–augusti.

5.2 Investeringar

Investeringsutfall i jämförelse med budget

Inga investeringar har gjorts under perioden och inga investeringar har budgeterats för året.

Till förvaltningsledningen för patientnämnden för underskrift

Uttalandet skickas till ansvarig konsult för granskningen av delårsrapporten vid tidpunkt som ansvarig konsult och förvaltningen kommer överens om.

Uttalande från förvaltningsledningen

Detta dokument undertecknas i anslutning till revisionen av patientnämndens delårsbokslut och delårsrapport för den räkenskapsperiod som slutade 2026-08-31. Dokumentet syftar till att ge ett (av flera) underlag vid granskningen av delårsbokslut och delårsrapport i enlighet med de villkor som återfinns i överenskommelse mellan patientnämnden förvaltning och revisionskontoret avseende granskning för räkenskapsåret 2026.

Förvaltningsledningen bekräftar utifrån vår bästa kunskap och övertygelse, efter att ha gjort sådana förfrågningar som vi har ansett vara nödvändiga för att på ett lämpligt sätt informera oss själva, om följande:

Vårt uppdrag

Förvaltningsledningen bekräftar att vårt uppdrag är att upprätta delårsbokslut i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR), normering från Rådet för kommunal redovisning (RKR) samt regionledningskontorets anvisningar. Vi är medvetna om att revisionens granskning ska utföras i enlighet med Standard för kommunal räkenskapsrevision.

Förvaltningen har i uppdrag att utforma bokslutsprocessen och den interna kontrollen i redovisningens system och rutiner. Controllern är den som bäst känner de sakförhållanden som intygas i detta utlåtande.

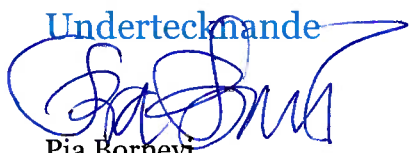
Delårsrapport, delårsbokslut

1. Vi har upprättat en delårsrapport i enlighet med vårt uppdrag enligt ovanstående stycke. Inga väsentliga byten av RKR:s redovisningsprinciper har skett under perioden som vi inte motiverat och upplyst om.
2. Vi har gått igenom de metoder, data och betydelsefulla antaganden som använts för att göra uppskattningar i redovisningen med tillhörande upplysningar. Vi bedömer att dessa är lämpliga för att uppnå redovisning, värdering och upplysningar som är rimliga.

3. Det finns inga för oss kända väsentliga händelser som inträffat efter periodens utgång som vi inte redan justerat och upplyst om. Effekterna av eventuella felaktigheter som inte har rättats är oväsentliga, både enskilt och sammantaget för delårsrapporten.

Lämnad information och fullständighet i transaktioner

4. För granskningens genomförande har huvudansvarig konsult tillhandahållits all relevant information och tillgång till personal som har bedömts vara nödvändig, allt i enlighet med undertecknad överenskommelse mellan förvaltningen och granskningsansvarig vid revisionskontoret¹.
5. Vi har säkerställt att alla transaktioner har bokförts och avspeglas i delårsrapporten.
6. Vi har säkerställt att alla ekonomiska händelser under perioden bokförts, inklusive de tillgångs-, avsättnings- och skuldposter som är nödvändiga för att bestämma periodens intäkter och kostnader samt den finansiella ställningen på balansdagen och att dessa avspeglas i delårsrapporten.
7. Huvudansvarig konsult har upplysts om för oss kända avtal och eventuella tvister vars effekter ska beaktas när delårsbokslutet upprättas.
8. Vi är medvetna om att nämnden och ledning har ansvar för utformning, upprättande och vidmakthållande av en struktur för intern kontroll för att förebygga och upptäcka oegentligheter.
9. Vi har upplyst huvudansvarig konsult om resultaten av vår bedömning av risken för att delårsbokslutet kan innehålla väsentliga felaktigheter som beror på oegentligheter.
10. Vi har upplyst huvudansvarig konsult om all information som rör misstänkta/påstådda/faktiska oegentligheter som vi känner till och som påverkar nämnden och inbegriper nämndledamöterna, förvaltningsledningen, anställda som har viktiga roller inom den interna kontrollen, och andra personer, när oegentligheterna kan ha en väsentlig inverkan på delårsbokslutet.

Undertecknande

Pia Bornevi
Förvaltningschef


Charlotta Ottenstedt
Controller

¹ Överenskommelsen tecknas en gång per år i samband med uppstartsmöte för året.

Patientnämnden

Plan för intern kontroll, delår 2026

Delår 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund	3
2 Intern kontroll.....	4
2.1 Styr- och kontrollmiljö.....	4
2.2 Riskbedömning	4
2.3 Kontrollaktiviteter.....	5
2.4 Information och kommunikation.....	6
2.5 Övervakning och uppföljning	6
2.5.1 Uppföljning	6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll.....	6
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser	7
3 Sammanställning av risker.....	8

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) 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 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022-0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

Ledning och medarbetare sitter tillsammans i samma lokaler på kontoret, vilket gör det lätt att kommunicera och samarbeta. De flesta har avtal som gör att de kan arbeta hemifrån några dagar i veckan, och då sker kontakten digitalt.

Rutiner uppdateras vid behov, och viktig information tas upp på APT och andra möten. Förvaltningen samverkar väl med de fackliga representanterna inom ramen för lokal samverkan.

Ledningen har en etablerad och uppdaterad krisledningsplan och organisation för att effektivt hantera kriser och störningar i verksamheten.

Det planeras inga förändringar i roller eller ansvar under året.

Controller samordnar uppföljningen av den interna kontrollplanen tillsammans med ansvariga medarbetare och ledningen. Regionrevisorer och auktoriserad revisor granskar arbetet externt.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

Förvaltningen har gjort en ny riskanalys genom att gå igenom årets internkontrollplan och bedöma om riskerna fortfarande är aktuella samt om nya risker har tillkommit. Sammanlagt identifierades 15 riskområden, varav två bedömdes ha högt riskvärde och fem medelhögt riskvärde. Övriga risker bedömdes som låga.

Högt riskvärde

Dataintrång har fortsatt högt riskvärde och sannolikheten för att detta ska inträffa bedöms som högre, konsekvenserna är allvarliga då personuppgifter hanteras liksom all pågående- och historisk ärendedata som kan påverkas. Serviceförvaltningen IT ansvarar för säkerheten, utbildning och information används för att minska risken.

Större samhällspåverkande kris har fortsatt högt riskvärde, sannolikheten är låg men konsekvenserna för verksamhetens genomförande är högt.

Sammanfattningsvis: Risknivån i förvaltningen är överlag låg, men vissa risker –

som dataintrång och samhällskriser – har hög konsekvens och bevakas därför noggrant.

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Förvaltningen har gått igenom intern kontroll planen för att säkerställa att alla kontroller och åtgärder är aktuella och fungerar som de ska.

Krisberedskap

Förvaltningen har en plan för beredskap, kris och kontinuitet som följer regionens övergripande plan. Den innehåller rutiner för hur verksamheten ska hantera allvarliga händelser och uppdateras regelbundet.

IT- och informationssäkerhet

För att förebygga dataintrång uppmanas medarbetarna att vara försiktiga och gå regionens utbildning i informationssäkerhet (DISA), både vid nyanställning och regelbundet därefter. Nya medarbetare får också information om förvaltningens riktlinjer vid introduktion. Förvaltningen tar del av regionens sårbarhetsskanningar och ser till att eventuella brister åtgärdas.

Oegentligheter och välfärdsbrott

Ärendehantering

- Bevakning/flaggning av misstänkta ärenden i systemet
- Regelbunden genomgång av markerade ärenden
- Sammanställningar till hälso- och sjukvårdsförvaltningens funktion mot oegentligheter
- Uppföljning i intern kontroll planen och riskanalys

Stödpersonshantering

- Bakgrundskontroller och dubbelintervjuer vid rekrytering
- Tydlig introduktion och uppföljning genom samtal och observationer
- Kontroll av underlag vid ersättningsanspråk
- Kontakt med vårdinrättningar

Arbetsmiljö

Ledningen arbetar aktivt för att förebygga stress och ohälsa genom regelbundna avstämningar, bra arbetsfördelning och möjlighet för medarbetarna att planera sitt arbete utifrån verksamhetens behov.

Sekretess

Alla medarbetare loggar in med e-tjänstekort, och systemet loggar användningen löpande. Personuppgifter skyddas i databasen och döljs i statistik och ärendeförteckningar. Vid hemarbete gäller särskilda sekretessrutiner. Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara skåp, och externa besök måste anmälas i förväg.

Eventuella avvikelser rapporteras i ett särskilt dokument som alla kan ta del av.

Datasäkerhet och ekonomi

Serviceförvaltningen IT ansvarar för säkerhetskopiering och virusskydd i databasen.

Kontroller kopplade till den ekonomiska rapporteringen hanteras också av serviceförvaltningen, som gör löpande avstämningar. Controller följer upp resultatet varje månad och analyserar eventuella avvikelser.

Risken för felaktiga bidragsutbetalningar är inte aktuell eftersom patientnämnden inte betalar ut några bidrag.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

På förvaltningens gemensamma server finns information och styrande dokument tillgängligt för medarbetare. Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande på APT/ledningsmöten i organisationen.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

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.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Controller samordnar arbetet med att följa upp risker, kontroller och åtgärder tillsammans med biträdande förvaltningschef, ansvariga tjänstepersoner, ledningsgruppen och förvaltningschefen när planen för intern kontroll tas fram och följs upp.

Planen för intern kontroll rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsplan, delårsrapport samt verksamhetsberättelse. Nämnden beslutar om planen ska godkännas och kan föreslå ändringar.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med

regionens riktlinjer och anvisningar i samband med upprättande av verksamhetsplanen, vid delårsrapportering samt vid upprättande av verksamhetsberättelse. På så sätt säkerställs efterlevnad av riktlinjen och eventuella förändringar som har skett identifieras. Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker underlättar överblick över eventuella avvikelser. Nämnden tar del av och beslutar om planen för intern kontroll och dess uppföljning.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

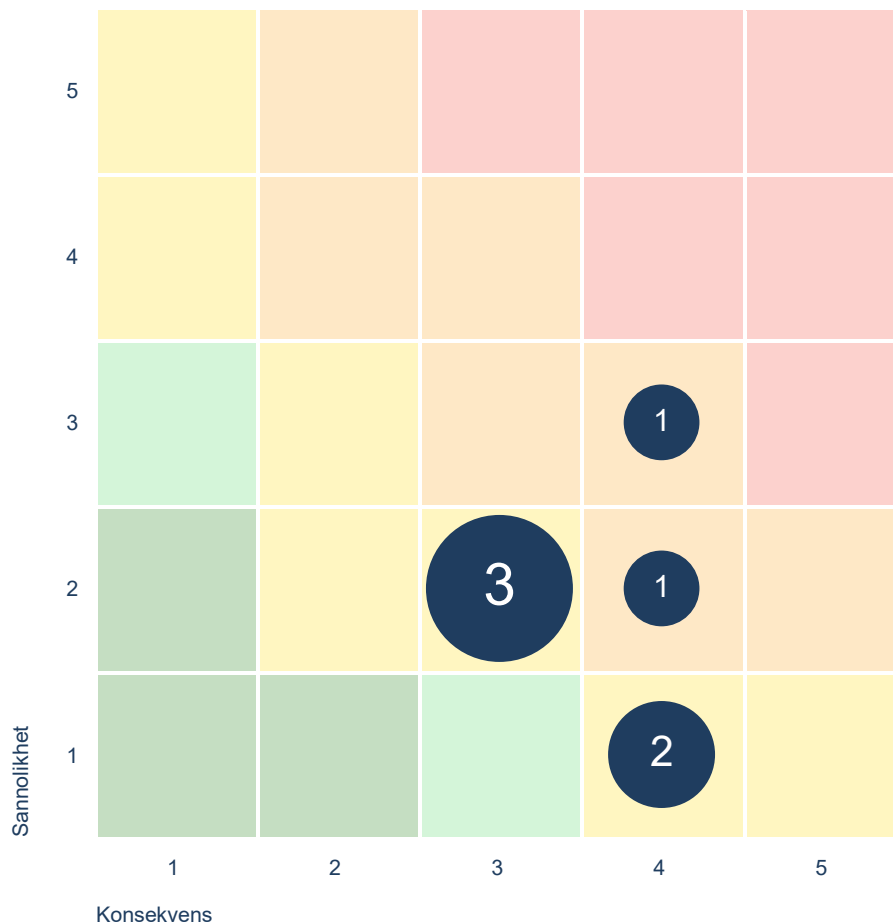
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Avvikelser samlas i ett dokument där identifierat område, datum samt avvikelsen beskrivs. Detta följs upp av ledningen och åtgärdsansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig.

I Regionrevisorernas delrapporterings-PM framgår att de inte har några rekommendationer, vare sig nya eller kvarstående sedan tidigare granskning.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	2 st
Medelhög risk	5 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

Sannolikhet	Konsekvens
5 Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4 Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3 Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2 Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1 Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål	Risk	Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	14146	Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.	Riskägare Pia Bornevi
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	43233	Datainträng	Riskägare Pia Bornevi

Mål	Lokalt mål	Risk	Riskägare
	 89038	→ Större samhällspåverkande kris	Riskägare Pia Bornevi
	 135270	→ Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner	Riskägare Pia Bornevi
	 14152	→ Bevarande av data i förvaltningens databas	Riskägare Pia Bornevi
	 14150	→ Sekretess och konfidentialitet	Riskägare Pia Bornevi
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	 14149	→ Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö	Riskägare Pia Bornevi

Patientnämnden

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning	3
2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	4
3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet.....	5
4 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	6

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelse måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson. 	Löpande kontroll av volym och kostnader. Frekvens Månatlig.				
			Åtgärder vid ökning av behovet av stödpersoner Startdatum 2026-01-01 Slutdatum 2026-12-31		

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Bevarande av data i förvaltningens databas III →	Back up, viruskontroll samt uppdatering av virussydd Frekvens Kontinuerligt.	●			
Sekretess och konfidentialitet III →	Avvikelse rapportering samt anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Frekvens Kontinuerligt respektive vid behov.	●			
			Rutin för sekretess och konfidentialitet Startdatum 2019-01-31 Slutdatum 2026-12-31	●	■
Datainträng III →	Kontroll av datainträng Frekvens Kontinuerligt	●			
Större samhällspåverkande kris III →			Plan för beredskap, kris och kontinuitet Startdatum 2023-12-31 Slutdatum 2026-12-31	●	■
Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner III →			Rekryteringsinsatser Startdatum 2026-01-01 Slutdatum 2026-12-31	●	■

4 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö 	Avstämningar med medarbetarna samt medarbetarundersökningar Frekvens Kontinuerligt; årligen genom utvecklingssamtal samt vid behov. Medarbetarenkät sker årligen.				
			Åtgärder för god organisatorisk och social arbetsmiljö Startdatum 2019-01-01 Slutdatum 2026-12-31		

Patientnämnden

Fördjupad sammanställning mål, risker och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning	3
2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	4
2.1 Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.	4
3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet.....	6
3.1 Bevarande av data i förvaltningens databas.....	6
3.2 Sekretess och konfidentialitet	7
3.3 Dataintrång	8
3.4 Större samhällspåverkande kris.....	9
3.5 Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner	10
4 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	12
4.1 Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö	12

1 Läsanvisning

Detta är en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelse måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

2.1 Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.

14146	Riskvärde	Riskbeskrivning
	6	Ökning av antalet ansökningar om stödperson.
	Sannolikhet	Konsekvens
	2	Stödpersonsverksamheten styrs av lagar och förvaltningen kan inte förutsäga omfattning och därmed kostnad. En uppskattning görs i budget men om omfattningen ökar kraftigt kan budgetmedel och resurser komma att behöva omfördelas inom förvaltningen, vilket kan påverka övriga delar i verksamheten negativt.
	Konsekvens	
	3	

Kommentar

Patientnämnden

En stabil ökning har uppmärksamrats och ytterligare ökning prognosticeras av strukturella skäl.

Kontroll	Status
Namn Löpande kontroll av volym och kostnader.	
Frekvens Månatlig.	
Beskrivning Löpande uppföljning av volymer och kostnader.Tidigt upptäcka avvikelser i antal ansökningar och kostnadsutveckling.	
Kommentar	
Patientnämnden Kontroller utförs löpande.	

Kontroll			Status	
Åtgärd				
Åtgärder vid ökning av behovet av stödpersoner	Startdatum 2026-01-01	Slutdatum 2026-12-31	Status 	Effekt av åtgärd
Åtgärdsbeskrivning				
Tillfälligt omfördela handläggningsresurser till stödpersonsverksamheten.				
Om det behövs, anmäla behov av extra resurser				
Kommentar				
Patientnämnden				
I budgetarbetet (BU 2027) har frågan lyfts om utökning av medel.				

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

3.1 Bevarande av data i förvaltningens databas

14152	Riskvärde 4	Riskbeskrivning Förlust av data
	Sannolikhet 1	Konsekvens Problem att hantera förvaltningens pågående ärenden. Avsaknad av historik ger bristfälligt underlag för uppföljning, analys och kvalitetsarbete, vilket kan påverka patientsäkerheten.
	Konsekvens 4	

Kommentar

Patientnämnden

Ingen förändring under perioden.

Kontroll	Status
Namn Back up, viruskontroll samt uppdatering av virussydd	
Frekvens Kontinuerligt.	
Beskrivning Förvaltningens databas och servrar sköts av Serviceförvaltningen IT. Dessa säkerställer att adekvat kontroll sker, att back-up tas regelbundet, samt att uppdateringar av virussydd görs regelbundet.	
Kommentar	
Patientnämnden Inga avvikelser har noterats.	

3.2 Sekretess och konfidentialitet

14150	Riskvärde 4	Riskbeskrivning Obehöriga får tillgång till förvaltningens sekretessbelagda uppgifter.
	Sannolikhet 1	Konsekvens Patienters/anmälares sekretesskydd bryts. Förtroendeskada för förvaltningen.
	Konsekvens 4	

Kommentar

Patientnämnden

Ingen förändring under perioden.

Kontroll	Status
Namn Avvikelse rapportering samt anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).	
Frekvens Kontinuerligt respektive vid behov.	
Beskrivning Alla avvikelser gällande personuppgifter rapporteras i en avvikelse rapport. Om en avvikelse upptäcks och förvaltningen får kännedom om att obehöriga har fått tillgång till sekretessbelagda uppgifter, kommer detta att anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).	
Kommentar	
Patientnämnden En personuppgiftsincident har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY.	

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Rutin för sekretess och konfidentialitet	2019-01-31	2026-12-31		

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.

- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.

Förvaltningen tillämpar säkerhetsutskrifter.

- Förvaltningens lokaler är låsta. Personalen använder passerkort. För besök gäller särskilda rutiner.

- Personalen ska ha genomgått regionens webbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).

- Det är möjligt att följa via loggning vilka av de anställda som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet.

- Rutin för sekretess vid hemarbete finns och medarbetarna påminns om denna med jämna mellanrum.

Kommentar

Patientnämnden

Åtgärderna bedöms vara ändamålsenliga och tillräckliga.

3.3 Dataintrång

43233



Riskvärde

12

Sannolikhet

3

Konsekvens

4

Riskbeskrivning

Regionen har de senaste åren upplevt ett ökat antal försök till dataintrång via exempelvis spam, phishing och bluff-telefonsamtal med syfte att förmå Region Stockholms medarbetare att installera skadlig programvara eller lämna ut lösenord eller annan information.

Konsekvens

Förlust av sekretessbelagda uppgifter, historisk data och information i pågående ärenden.

Kommentar

Patientnämnden

Ingen förändring under året.

Kontroll	Status
Namn Kontroll av dataintrång	
Frekvens Kontinuerligt	
Beskrivning Serviceförvaltningen IT ansvarar för IT-säkerhet och ser till att virusskyddet är uppdaterat. Regionen informerar förvaltningen om eventuella avvikelser och sårbarheter upptäcks. Medarbetarna uppmanas att iakttaga försiktighet och att följa de råd och riktlinjer som ges i regionens utbildning i informationssäkerhet (DISA). Utbildningen genomgås obligatoriskt vid anställning och regelbundet därefter.	
Kommentar Patientnämnden Förvaltningen arbetar med att säkerställa de nya informationssäkerhetskraven: 15 jan 2026: Cybersäkerhetslagen (NIS2) och ny regional riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd träder i kraft. - Högre krav på säkerhet: Nya lagen kräver stärkt skydd och riskhantering av IT-system. - Krav på rapportering: Dataintrång måste hanteras och rapporteras enligt nya regler.	

3.4 Större samhällspåverkande kris

89038	Riskvärde 8	Riskbeskrivning Exempelvis kan krig, terrorattentat, elbrist eller andra samhällsstörningar påverka infrastruktur och medarbetares möjlighet att ta sig till arbetsplatsen. Långvarig elbrist kan även begränsa möjligheterna att arbeta digitalt, både i förvaltningens lokaler och vid distansarbete. Eftersom flera medarbetare har sjukvårdsutbildning finns även risk för omplacering vid kris. Informationspåverkan eller
 	Sannolikhet 2 Konsekvens 4	

desinformation kan därtill påverka verksamhetens trovärdighet och kommunikation.

Konsekvens

Förvaltningens möjlighet att bedriva sin verksamhet och utföra sina uppdrag skulle kunna begränsas.

Kommentar

Patientnämnden

Utredning gällande Patientnämndens roll som samhällsviktig verksamhet och eventuell krigsplacering pågår.

Åtgärd

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Plan för beredskap, kris och kontinuitet	2023-12-31	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

Förvaltningen har en plan för beredskap, kris och kontinuitet som grundar sig på regionens övergripande plan. Planen inkluderar bland annat åtgärder vid extraordinära händelser. Planen uppdateras regelbundet.

Kommentar

Patientnämnden

RSA - risk- och sårbarhetsanalys ska uppdateras under hösten.

3.5 Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner

135270	Riskvärde	Riskbeskrivning
	6	Det finns en risk i att förvaltningen
	Sannolikhet	inte lyckas rekrytera och behålla
	2	tillräckligt många stödpersoner,
	Konsekvens	vilket kan innebära att patienter

som önskar stödperson inte får sitt behov tillgodosett.

Konsekvens

Detta kan påverka både patientsäkerhet och förtroendet för förvaltningen.

Kommentar**Patientnämnden**

Ingen förändring under perioden.

Åtgärd

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Rekryteringsinsatser	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

Förvaltningen planerar rekryterings- och kommunikationsinsatser för att säkerställa tillräckligt antal stödpersoner för att tillgodose behoven.

Kommentar

Rekryteringsinsatser har gjorts under perioden.

4 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

4.1 Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö

14149		Riskvärde 6 Sannolikhet 2 Konsekvens 3	Riskbeskrivning Medarbetares mående riskerar att påverkas av arbetsmängd, den snabba utvecklingstakten i nya arbetssätt och den ökade tillgängligheten för patienter via digitala kanaler. Distansarbete upplevs ofta som flexibelt, men kan också medföra ökad press då gränsen mellan arbete och privatliv blir mindre tydlig, relationer och samspel mellan medarbetare på arbetsplatsen riskerar att försämrats pga lägre grad av fysiska möten. Konsekvens Stress, konflikter, missförstånd.
Kommentar Ingen förändring under perioden.			
Kontroll Namn Avstämningar med medarbetarna samt medarbetarundersökningar		Status	
Frekvens Kontinuerligt; årligen genom utvecklingssamtal samt vid behov. Medarbetarenkät sker årligen.			
Beskrivning Avstämningar görs regelbundet med medarbetarna, och medarbetarenkäten genomförs och utvärderas årligen.			
Kommentar Utvecklingssamtal och medarbetarenkät har genomförts samt löpande avstämningar.			

Åtgärd

Åtgärder för god organisatorisk och social arbetsmiljö

Startdatum
2019-01-01

Slutdatum
2026-12-31

Status


Effekt av åtgärd


Åtgärdsbeskrivning

Ledningen eftersträvar kontinuerligt en god arbetsfördelning och att ge medarbetarna bra förutsättningar att själva kunna planera sitt arbete på det sätt som fungerar bäst för dem utifrån verksamhetens behov och därmed skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö och upplevelse av en rimlig arbetsbelastning. Generellt gäller schema där två arbetsdagar per vecka är förlagda till kontoret, vissa möten kräver fysisk närvaro. Alla medarbetare har ett individuellt avtal om distansarbete.

Kommentar

Åtgärden bedöms vara ändamålsenlig och tillräcklig.

Bilaga E1

Period 2026-08-31

Legala Avsättningar (exklusive avsättningar för pensioner)

¹⁾ Specifikation av varje enskilt förekommande avsättning och en förklaring till varför den uppkommit. **Avsättningar för pensionsåtaganden inkluderas ej.**

²⁾ Om del av eller hela det belopp som krävs för att reglera en avsättning förväntas bli ersatt av tredje part, ska en gottgörelse redovisas bara när det är så gott som säkert att denna kommer att erhållas om förpliktelsen regleras. Det belopp som redovisas för gottgörelsen får inte överstiga avsättningen.

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Definitioner

Ansvarsförbindelser

Typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
TOTALT	0		0	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
TOTALT	0

Rekommendationer

Legal avsättning (legal förpliktelse)

En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig grund.

Informell avsättning (informell förpliktelse)

En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett företags handlande genom att företaget på grund av offentliggjorda riktlinjer eller ett tillräckligt detaljerat, aktuellt uttalande har visat externa parter att företaget därigenom har skapat en välgrundad förväntan hos dessa parter om att det kommer att fullgöra sina skyldigheter.

Informella avsättningar finns inte i regioner och kommuner, avser endast bolag. Redovisas som ansvarsförbindelser nedan.

Ansvarsförbindelse

a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast om framtida händelser inträffar eller uteblir

b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning förutsättningar gäller:

- det är inte troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
- förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet, eller

c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckligt utförligt och aktuellt uttalande har skapat en välgrundad förväntan hos externa parter att kommunen eller regionen kommer att vidta åtgärder vilket kan kräva resurser, men som inte uppfyller villkoren för en förpliktelse enligt denna rekommendation. (RKR Rek 9)

Skuld för avslutad tvist

Om en rättsprocess är avslutad (t ex ett mål som är förlorat i första instans) och inget överklagande är aktuellt eller överklagande betalas och när. Gäller även i de fall ett myndighetsbeslut inte överklagas.