Region Stockholm

Diarienummer
PAN A1901-00012

Patientnämnden

Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

ÅR 2018

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 4

3 Intern kontroll 6

4 Sammanställning av risker 9

5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment 11

Region Stockholm

Diarienummer
PAN A1901-00012

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

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.

Landstinget har, utifrån kommunallagen, beslutat om Policy för intern kontroll för Stockholms läns landsting och bolag, LS 1303-0431. Policyns krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för budgetarbetet 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 2018 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 höga (röda) riskmoment. Dock har fem områden identifierats som medium risk.

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.

Region Stockholm

Diarienummer
PAN A1901-00012

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

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

Landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll i hela landstingskoncernen. Detta innefattar ansvar för att se till att statusen på den interna kontrollen följs upp och avrapporteras i enlighet med landstingsstyrelsens 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 landstingets ledning och landstingsrevisorerna.

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

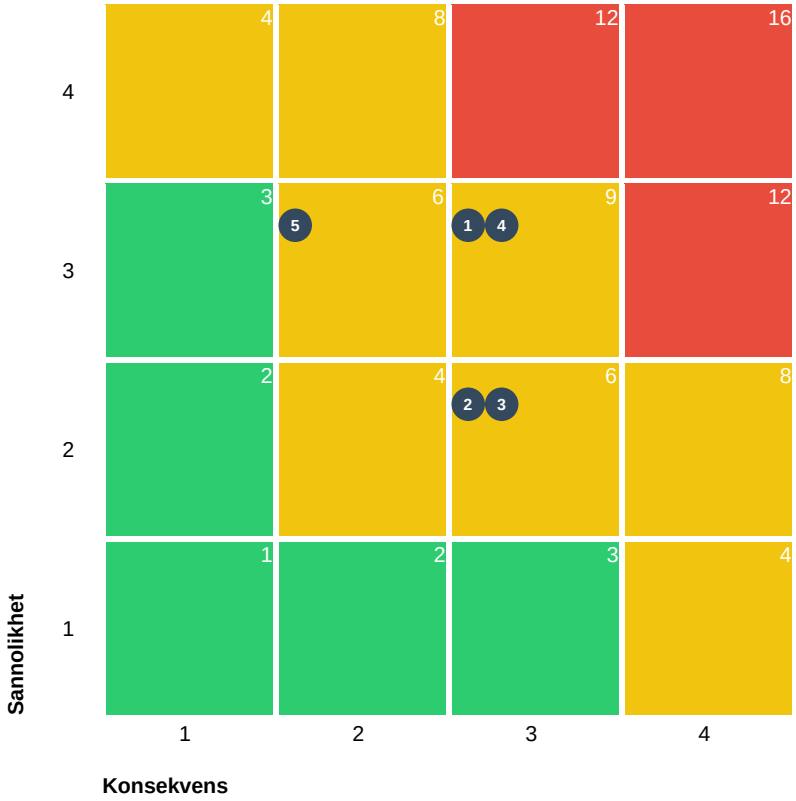
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

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
PAN A1901-00012

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Mål	Lokala mål	Risk					Riskägare
Hög effektivitet		1		14145	–	**2.6 Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden.**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
Säkra processer		2		14152	–	**2.13 Bevarande av data i förvaltningens databas**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
Attraktiv arbetsgivare		3		14148	–	**2.9 Hot och våld**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
		4		14149	–	**2.10 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
Systematisk kompetensplanering		5		14153	–	**2.14 Kompetensförsörjning**	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir

5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

5.1 Hög effektivitet

5.1.1 Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden.

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14145	9	Fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden.	Steinunn
	Sannolikhet	**Konsekvens**	Ásgeirdóttir
	3	Ökad stress för personalen, längre handläggningstider och minskad kvalitet i	**Risksamordnare**
	Konsekvens	utredningarna samt försämrad tillgänglighet. Mindre nöjdhet hos anmälarna.	David Waleh
	3		

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2018

Kontrollmoment

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

Frekvens
Ärendeutvecklingen och fördelningen till handläggare följs varje månad.

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Kontrollmoment

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 stress för personalen, längre handläggningstider och minskad kvalitet i utredningarna samt försämrad tillgänglighet och i förlängningen minskad nöjdhet hos anmälarna.
Vid årsskiftet 2017-2018 ersattes lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. av lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård. Detta kommer att medföra att patientnämnden från och med 2018 kommer att få 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.

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.6 Rutin för konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden	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 enkäterundersökningar 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.

5.2 Säkra processer

5.2.1 Bevarande av data i förvaltningens databas

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14152	6	Registrerade uppgifter förloras.	Steinunn
	Sannolikhet	Konsekvens	Ásgeirdóttir
	2	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården ger bristfälligt underlag för	Risksamordnare
	Konsekvens	kvalitetsarbete.	David Waleh
	3		

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2018

Kontrollmoment

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

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

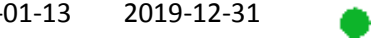
Kontrollmoment

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.

•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

Åtgärder

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

5.3 Attraktiv arbetsgivare

5.3.1 Hot och våld

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14148	6	Hot och våld från missnöjda patienter/anmälare.	Steinunn Ásgeirdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	
	2	Kan inverka menligt på kvaliteten i verksamheten då utsatt personal mår dåligt psykiskt och även fysiskt och kan välja att söka annat arbete, vilket leder till förlust av kompetens.	**Risksamordnare** David Waleh
	Konsekvens		
	3		

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2018

Kontrollmoment

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

Region Stockholm

Diarienummer
PAN A1901-00012

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Kontrollmoment

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	●	■

Åtgärder

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. Uppgifter om personalens bostadsadress, hem-telefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter är enligt offentlighets- och sekretessförordningen skyddade på samma sätt som motsvarande uppgifter rörande anställda inom hälso- och sjukvården samt vid IVO.

Kommentar

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

5.3.2 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö

14149	**Riskvärde** 9	**Riskbeskrivning** Personalen far illa av den ökande arbetsbelastning som följer med ett ökande antal klagomåls- och stödpersonsärenden.	**Riskägare** Steinunn Ásgeirdóttir
	Sannolikhet 3	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	Konsekvens 3	Brister i den sociala arbetsmiljön.	David Waleh

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2018

Region Stockholm

Diarienummer
PAN A1901-00012

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Kontrollmoment

Namn
Samtal med medarbetarna samt medarbetarundersökningar
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Vid planeringssamtal samt vid behov.

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.

Kommentar

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

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

5.4 Systematisk kompetensplanering

5.4.1 Kompetensförsörjning

14153

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

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2018

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för nyrekrytering 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 pension de närmaste åren.

Kommentar

Patientnämndens förvaltning har följt landstingets rutiner för nyrekrytering.

Patientnämnden
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

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.