

Patientnämnden

**Bilaga 2: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller
och åtgärder, ÅR2020**

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
1.1	Ett resultat i balans	4
1.2	Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare	6
1.3	Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar.....	7
1.4	Systematisk kompetensförsörjning.....	13
1.5	Kärnverksamheten ska prioriteras	15

1 Läsanvisning

Bilaga 2 ger en fördjupad sammanställning av de risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. I bilaga 1 redovisas en övergripande sammanställning. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas risknivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Riskenivå

- 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
- Rött, 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
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

1.1 Ett resultat i balans

1.1.1 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag

14147	Riskvärde 6	Riskbeskrivning Förordnade stödpersoner underlåter att ha kontakt med patienter enligt befintliga riktlinjer, har svårigheter att upprätthålla uppdrag med enbart telefonsamtal, eller inkommer med undermålig rapportering av aktiviteter.	Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet 2		Risksamordnare David Waleh
	Konsekvens 3	Förvaltningen har begränsade möjligheter att kontrollera hur uppdrag efterlevs då vården inte registrerar stödpersonernas besök eller telefonsamtal. Patienter kan ha svårt att redogöra för när eller hur ofta kontakten blev av.” Konsekvens Patienterna får inte det stöd de har rätt till. Stödpersonerna kan arvoderas trots att de inte fullgjort sina uppdrag.	

Kommentar

På grund av rådande Covid-19 situation, har merparten av kontakter mellan stödpersoner och patienter skett via telefon. Därför har det varit svårare för förvaltningen att säkerställa att dessa kontakter verkligen har skett, då avdelningarna oftast inte vet om och när en stödperson har ringt sina patienter. Inga avvikelser har uppmärksamats.

Kontrollmoment

Status

Namn

Rapporter från stödpersonerna.

Kontrollansvarig

David Waleh

Frekvens

Varje månad.

Beskrivning

Stödpersoner rapporterar varje månad sina kontakter med patienten till förvaltningen. Handläggare vid förvaltningen kontrollerar att all information är korrekt. Vid avvikelser kontaktas stödpersonen ifråga för kompletterande uppgifter. Ersättning utbetalas endast efter att rap-porten inkommit till och godkänts av förvaltningen.

Kontrollmoment**Status****Kommentar**

Stödpersonsrapporering följs upp månadsvis. I de fall någon stödperson rapporterar avvikande information, kontaktar förvaltningens handläggare stödpersonen för åtgärd. Då merparten av kontakter mellan stödpersoner och patienter har skett per telefon, är det svårt för förvaltningen att säkerställa om samtalen faktiskt har ägt rum eller ej.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.8 Rutin för stödpersoner fullgör inte sina uppdrag Åtgärdsansvarig David Waleh, Steinunn Ásgeirsdóttir, Milana Kapfält	2019-01-13	2020-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

I samband med att en stödperson förordnas för en patient informeras stödpersonen om hur kontakterna med patienten bör utformas. Stödpersonen rapporterar varje månad sina kontakter med patienten till förvaltningen. Ersättning utbetalas endast efter att rapporten inkommit till och godkänts av förvaltningen. Om rapport uteblir tar handläggaren kontakt med stödpersonen.



I de fall det framkommer att stödpersonen utan giltigt skäl har underlåtit att fullgöra sitt uppdrag avslutas förordnandet och ny stödperson utses.

Kommentar

Förvaltningen gör stickprov för att kontrollera att stödpersoner har besökt sina patienter. Tyvärr har det förekommit att stödpersonerna ibland har skickat felaktig information till förvaltningen gällande besöksfrekvens och/eller reseersättning, vilket då korrigeras. För att minimera risken för felrapportering, följer förvaltningen bestämda rutiner för uppföljning.

1.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

1.2.1 Arbetsmiljö vid hemarbete

43232	Riskvärde 6	Riskbeskrivning Svårt att garantera en ergonomiskt anpassad arbetsplats vid hemarbete samt risk för social isolering bland medarbetare vid långvarigt hemarbete.	Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet 2	Konsekvens Arbetsmiljörelaterade skador vid hemarbete samt ökad förekomst av psykisk ohälsa bland medarbetare.	Risksamordnare Maja Wessel
	Konsekvens 3		

Kommentar

Medarbetare uppmanas att arbeta hemifrån men har möjlighet att arbeta från kontoret vid behov. Ansvarig chef har under våren och sommaren genomfört en enkät samt personliga samtal med alla medarbetare med fokus på fysisk arbetsmiljö samt för att fånga upp eventuell ohälsa. Under hösten har regelbundna samtal ledda av en person med delegerat arbetsmiljöansvar genomförts för att tidigt fånga upp eventuell ohälsa.

Kontrollmoment

Status

Namn

Kontroll av upplevelse av arbetsmiljö under hemarbete

Kontrollansvarig

Maja Wessel

Frekvens

Löpande och vid behov

Beskrivning

Regelbundna uppföljningsmöten mellan chef eller person med delegerat ansvar och enskild medarbetare.

Kommentar

Kontrollmoment
Status

Samtal med samtliga medarbetare har genomförts i juni och augusti av förvaltningschefen. En intern medarbetarenkät gällande arbetsmiljö genomfördes under sommaren och under hösten har medarbetare med delegerat arbetsmiljöansvar haft veckovisa avstämningar med samtliga medarbetare i syfte att följa upp och skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö under hemarbete.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Rutin för uppföljning av arbetsmiljö vid hemarbete	2020-08-25	2020-12-31	●	■

Åtgärdsbeskrivning

Medarbetare uppmanas att arbeta hemifrån men har möjlighet att arbeta från kontoret vid behov. Ansvarig chef följer upp arbetsmiljösituationen genom löpande möten med enskilda medarbetare. Företagshälsovården finns tillgänglig vid behov.

Kommentar

Löpande avstämningar med alla medarbetare har under hösten genomförs veckovis eller så ofta som medarbetaren önskar av arbetsmiljökoordinator med delegerat arbetsmiljöansvar. Koordinatorerna rapporterar månadsvis till förvaltningschefen på ett möte där även huvudskyddsombudet deltar. Avstämningarna har visat att arbetsbelastningen i perioder varit hög under hösten men att medarbetarna generellt är nöjda med arbetsmiljön under hemarbete.

1.3 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar

1.3.1 Sekretess och konfidentialitet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14150	5	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter	Steinunn Ásgeirsdóttir
■	Sannolikhet 1	Konsekvens Patienters/anmälares sekretesskydd bryts.	Risksamordnare David Waleh

→ **Konsekvens**
5

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2020.

Kontrollmoment

Status

Namn

Kontroll av loggning samt avvikelserapportering. Anmälan till Datainspektionen (GDPR).

Kontrollansvarig

David Waleh

Frekvens

2-3 gånger årligen respektive kontinuerligt.

Beskrivning

I samband med handläggning av patient- och stödpersonsärenden registreras personuppgifter i förvaltningens statistikprogram. Dessa är sekretessbelagda och lämnas, till skillnad från övriga uppgifter rörande t ex vilken vårdgivare som avses och vilka synpunkter som framförs, aldrig ut. Om en avvikelse upptäcks och förvaltningen får kännedom om att obehöriga har fått tillgång till sekretessbelagda uppgifter, kommer detta att anmälas till Datainspektionen.

Kommentar

Rapportering av avvikelser sker löpande. Genomgång av samtliga avvikelser har skett under året. En sekretessavvikelse skedde under året, vilken rapporterades till datainspektionen och nämnden. Avvikelsen har även återförts på ärendemöte där alla handläggare deltagit.

Åtgärd

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.11 Rutin för sekretess och konfidentialitet Åtgärdsansvarig Steinunn Ásgeirsdóttir, Christina Hegefjärd	2019-01-13	2020-12-31		


Åtgärdsbeskrivning

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.
- Dörren låses när arbetsrummet lämnas.
- Förvaltningens lokaler är låsta. Personalen använder tag för att passera. För besökare sker inpassering via en reception som kontaktar personal innan besökare ges tillträde.
- Personalen har genomgått regionens datorbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).
- Förvaltningens IT-ansvarig följer genom en loggningsfunktion vilka av de anställda som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet.

Kommentar

Förvaltningen har antagit en rutin och överenskommelse för tillfälligt hemarbete och sekretess som gäller alla medarbetare. Förvaltningen ser att insatta åtgärder har varit tillräckliga för att upprätthålla sekretess och konfidentialitet.

1.3.2 Registrering i förvaltningens databas

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14151	4	Felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas.	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet 1	Konsekvens Inkorrekt återrapporering av klagomålsärenden till vården, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete.	Risksamordnare David Waleh

→ **Konsekvens**
4

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan budget 2020.

Kontrollmoment

Status

Namn

Kontroll att nyanställda ges adekvat utbildning och handledning samt uppföljning och kontroll av registrering.

Kontrollansvarig

David Waleh

Frekvens

Vid nyanställning samt varje månad.

Beskrivning

Alla nyanställda medarbetare får en handledare och en introduktion. Registrering följs upp varje månad.

Kommentar

Alla nyanställda medarbetare får en handledare och en introduktion. Under hösten 2020 anställdes en ny handläggare. Registrering följs upp varje månad. Inga avvikelser har skett under året.

Åtgärd

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.12 Rutin för registrering i förvaltningens databas Åtgärdsansvarig Steinunn Ásgeirsdóttir, Lillemor Humlekil, Eva Haag	2019-01-13	2020-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

Alla avvikelser rapporteras i en avvikelserapport. Uppföljning av registrerade uppgifter samt rapporterade avvikelser sker varje månad. Controller och IT-ansvarig kontrollerar att den är såväl fullständig som korrekt.

Ärendedatabasen innehåller särskilda uppföljningsrapporter som anger när en uppgift saknas eller är felaktigt registrerad. Vid brister överlämnas uppföljningen till respektive handläggare för åtgärd samt till förvaltningschefen för kännedom.



Åtgärder för att kvalitetssäkra sammanfattningar av ärenden vidtas kontinuerligt vid gemensamma ärendemöten.

Vid nyanställning får alla medarbetare en handledare som introducerar denne till registreringen i förvaltningens databas.

Kommentar

Kvalitetssäkring har genomförts löpande under året samt i samband med utveckling av ärendehanteringssystemet och kommunicerats till medarbetare under månatliga gemensamma ärendemöten.

1.3.3 Dataintrång

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
43233	10	Ökad förekomst av försök till dataintrång vid ökad grad av digitaliserat arbete	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet 2	Konsekvens Förlust av sekretessbelagda uppgifter	Risksamordnare David Waleh
	Konsekvens 5		

Kommentar

Regionen har under året rapporterat 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. Förvaltningen har under hösten arbetat med att öka medarbetarnas medvetande om de ökade riskerna, genom bland annat information via APT samt via säkerhetsansvarig vid förvaltningen.

Kontrollmoment**Status****Namn**

Kontroll av dataintrång

Kontrollansvarig

David Waleh, Christina Hegefjärd

**Frekvens**

Kontinuerligt

Beskrivning

Kontroll sker kontinuerligt av SF-IT som ansvarar för att upprätthålla IT-säkerhet.

Kommentar

Förvaltningens säkerhetsansvariga har inte mottagit information om försök till dataintrång etc. från SF-IT, som ansvarat för förvaltningens IT-säkerhet.

Åtgärd**Namn**

Åtgärd för att minska risk för dataintrång

Åtgärdsansvarig

Christina Hegefjärd

Startdatum

2020-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status**Effekt av åtgärd**

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning

Förvaltningens ärenden hos SF-IT återförs med regelbundenhet för uppföljning.



Regionens SOC-funktion rapporterar regelbundet till förvaltningen när de uppmärksammar avvikelser vad gäller IT-säkerhet.

Förvaltningen uppmanar medarbetare att iaktta försiktighet för att undvika virus och dataintrång.

Kommentar

Förvaltningen bedömer att åtgärderna för att minska risk för dataintrång fungerat väl. Inga avvikelser eller intrång i förvaltningens system har rapporterats under året.

1.4 Systematisk kompetensförsörjning**1.4.1 Kompetensförsörjning**

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14153	4	Kompetensförlust vid pensionsavgångar samt avslut.	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet 2	Konsekvens Avsaknad av kompetens	Risksamordnare David Waleh
	Konsekvens 2		

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 2020.

Kontrollmoment**Status**

Namn



Kontrollmoment**Status**

Kontroll att rutiner för nyrekrytering samt kompetensförsörjning följs.

Kontrollansvarig

Maja Wessel

Frekvens

Vid personalomsättning och nyrekrytering.

Beskrivning

Patientnämndens förvaltning följer regionens rutiner för nyrekrytering samt kompetensförsörjning.

Behovs och kompetensinventering görs inför varje nyrekrytering.

Kommentar

Förvaltningens har under hösten anställt en ny förvaltningsjurist samt en handläggare som ersättare vid en kommande pensionsavgång. Regionens rutiner för nyrekrytering har följts. Inga avvikelser har skett.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.14 Rutin för kompetensförsörjning Åtgärdsansvarig Steinunn Ásgeirsdóttir	2019-01-11	2020-12-31		

Åtgärdsbeskrivning



För att förebygga framtida förlust av kompetens finns en lokal plan för personal- och kompetensförsörjning, samt rutiner för nyanställning.

Kommentar

Åtgärd

Förvaltningen har i samband med pensionsavgång och nyrekrytering under året sett över verksamhetens behov och sammansättning av kompetenser och därefter säkerställt att nya medarbetare innehar rätt kompetens och uppgifter inom arbetsgruppen.

1.5 Kärnverksamheten ska prioriteras
1.5.1 Ökad sjukskrivning

43231	Riskvärde 6	Riskbeskrivning Ökad sjukskrivning orsakad av covid-19	Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet 2	Konsekvens Risk att verksamheten inte kan fullfölja sina uppdrag vid tillfällen av hög frånvaro. Stödpersonsverksamheten är särskilt känslig för bortfall bland medarbetare. Kan leda till ökade kostnader, tillfälligt ökad arbetsbelastning samt missnöje bland patienter och invånare.	Risksamordnare David Waleh
	Konsekvens 3		

Kommentar
Patientnämnden

Om många handläggare eller administratörer blir sjuka samtidigt kan förmågan att hantera inkommande ärenden påverkas och vissa ärenden försenas. Om de medarbetare som ansvarar för stödpersonsverksamheten insjuknar samtidigt finns risk att förvaltningen inte klarar sitt lagstadgade uppdrag att förordna stödpersoner inom tre dagar, för patienter som vårdas enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Utöver ovan nämnda risk tillkommer även risk för ökade sjuklönekostnader.

Förvaltningen ser risken för ökad sjukskrivning på grund av covid-19 som måttlig. Då majoriteten av medarbetarna arbetar hembaserat motverkas smittspridning på kontoret.

Kontrollmoment

Namn
Status


Kontrollmoment**Status**

Kontroll av sjukfrånvaro

Kontrollansvarig

David Waleh

Frekvens

I samband med tertial-, delår- och verksamhetsberättelse samt vid behov.

Beskrivning

Information om sjukfrånvaro hämtas från Heroma och kommuniceras till ledningen.

Kommentar

Kontroll genomförs löpande. Under hösten 2020 har sjukfrånvaron ökat jämfört med föregående period vilket bland annat beror på förekomst av långtidssjukskrivning.

Åtgärd**Namn**

Åtgärd för sjukfrånvaro kopplad till covid-19

Åtgärdsansvarig

Steinunn Ásgeirsdóttir

Startdatum

2020-04-01

Slutdatum

2020-12-31

Status**Effekt av åtgärd****Åtgärdsbeskrivning**

Förvaltningen tillämpar regionens riktlinjer för hemarbete för att minska risk för smittspridning. Förvaltningschefen säkerställer via samtal med medarbetarna att riktlinjerna följs.

Kommentar

Åtgärd

Inga avvikelser har rapporterats.
