

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2020, årsuppföljning

År 2020

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	3
2	Sammanfattning.....	4
2.1	Arbetet med intern kontroll	4
2.2	Resultat och analys från riskbedömningen.....	4
3	Intern kontroll.....	7
3.1	Styr- och kontrollmiljö	7
3.2	Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter.....	8
3.2.1	Förändrade förutsättningar för intern kontroll	8
3.2.2	Analys och slutsatser	8
3.3	Information och kommunikation.....	9
3.4	Övervakning och uppföljning	10
3.4.1	Efterlevnad av styrande dokument	10
3.4.2	Hantering av brister och avvikelser	10
4	Sammanställning av risker.....	11

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, RS2019-0866. Riktlinjens krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för arbetet med verksamhetsplanen samt för tertial-, delårs- och årsrapporteringen som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet och i Stödet.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

Nämnden upprättade en intern kontrollplan för verksamhetsåret enligt regionens riktlinjer. I verksamhetsplanen för 2020 identifierades 14 risker varav en (1) bedömdes ha ett högt riskvärde och fem (5) medelhögt riskvärde. Under hösten 2020 reviderades planen då nya risker kopplade till framförallt Covid-19 identifierats.

Åtgärder och kontrollmoment identifierades och lades till planen. Uppföljning har visat att den interna kontrollen varit god.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Förvaltningen identifierade inför 2020 ett område med högt riskvärde och fem områden med medelhögt riskvärde men har under året fått revidera planen då nya risker tillkommit vilka kan kopplas till Covid-19. Intern kontroll har utförts löpande under året och planen uppdaterades i samband med delårsbokslut.

För tre riskområden som vid ingången av 2020 klassificerades som medelhöga eller höga; *Avtal med kommuner och stadsdelar*, *Bevarande av data i förvaltningens databas* samt *Ansträngd psykosocial arbetsmiljö* justerades riskvärdet nedåt i samband med delårsuppföljningen. Detta eftersom sannolikheten för att förvaltningen inte skulle förnya sitt avtal med kommuner och stadsdelar bedöms ha minskat, att skydd för bevarande av data i förvaltningens databas stärkts, och att antalet inkomna ärenden inte ökat under perioden. Två av riskerna utgick därmed ur riskanalysen som redovisas nedan.

De nya riskerna avser *ökad sjukskrivning som konsekvens av Covid-19* och *arbetsmiljörisker kopplade till ökat hemarbete*. Två redan identifierade områden fick i revideringen ett högre riskvärde; *ökad risk för dataintrång* samt risk för att *stödpersoner inte fullgör sitt uppdrag*.

Nedan följer en sammanfattning av de områden som sedan hösten 2020 bedöms ha haft högt eller medelhögt riskvärde.

1. **Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag (medelhög).** Mötesrestriktioner till följd av Covid-19 har lett till en övergång till telefonmöten mellan stödperson och patient vilka därmed blev svårare att följa upp.
2. **Arbetsmiljö vid hemarbete (medelhög).** Övergången till hemarbete medför risker för dålig ergonomi samt risk för social isolering för medarbetarna. Förvaltningschefen följer upp upplevelsen av arbetsmiljön i enskilda samtal med medarbetare, har infört veckovisa arbetsmiljöavstämningar med medarbetare och arbetar proaktivt för att finna individuellt anpassade lösningar utifrån Regionens uppdrag. Medarbetare uppmuntras till samarbete och daglig kontakt för att minska risken för social isolering.
3. **Sekretess och konfidentialitet (medelhög).** Förvaltningen tillämpar intern sekretess, och för att kunna arbeta i systemet måste man logga in via e-tjänstekort. Förvaltningen följer upp loggning samt avvikelserapportering 2-3

gångar årligen. Alla personuppgifter hanteras i förvaltningens databas och i de fall statistik eller ärendeförteckningar begärs ut är personuppgifter dolda. Vid hemarbete följs särskilt utarbetade rutiner för sekretess. Förvaltningen har utöver detta särskilda rutiner för externa besök vilka inte kan ske oanmälda, samt förvarar sekretessbelagda dokument i låsbara dokumentskåp. Risker bedöms som oförändrad jämfört med föregående år och arbete med kontroll och åtgärder har inte påverkats av effekterna av Covid-19.

4. **Registrering i förvaltningens databas (medelhög).** För att ha möjlighet att uppfylla patientnämndens uppdrag att analysera och återföra information till hälso- och sjukvården är det avgörande att underlaget håller hög kvalitet. Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete och måste därför förebyggas. Förvaltningen har tydliga rutiner för introduktion till nya medarbetare, och åtgärder för att kvalitetssäkra sammanfattningar av ärenden vidtas kontinuerligt vid gemensamma ärendemöten. Förvaltningen följer därtill upp kvaliteten på registrerade ärenden både automatiskt och manuellt varje månad. Sammanfattningsvis bedöms sannolikheten att databasen blir bristfällig som låg (ändrad från medelhög sedan Delårsrapport 2020). Arbete med kontroll och åtgärder har inte påverkats av effekterna av Covid-19.
5. **Dataintrång (hög).** Regionen drabbades under 2020 av upprepade försök till dataintrång. Regionens SOC-funktion rapporterar regelbundet till förvaltningen när de uppmärksammar avvikelser vad gäller IT-säkerhet. Då förvaltningens servrar hanteras av SF-IT ligger ansvaret för viruskydd och åtgärder mot dataintrång hos SF-IT som ansvarar för att upprätthålla IT-säkerheten avseende IT-arbetsplats (bärbar dator med viruskydd och begränsningar i vilka program som kan laddas ner). De ansvarar också för support vid eventuella problem. Förvaltningens ärenden hos SF-IT återförs med regelbundenhet för uppföljning och har inte ökat under pandemin. Förvaltningen har en utsedd säkerhetsansvarig medarbetare som säkerställer att medarbetare följer interna rutiner för IT-säkerhet samt iakttar försiktighet. Förvaltningen bedömer sannolikheten för att drabbas av dataintrång som relativt låg men att konsekvensen av ett intrång skulle vara mycket allvarlig. Förvaltningens eget arbete med kontroll och åtgärder har inte påverkats av effekterna av Covid-19.
6. **Kompetensförsörjning/ Kompetensförlust vid pensionsavgångar (medelhög).** Patientnämndens förvaltning följer Regionens rutiner för nyrekrytering. För att säkerställa att kompetens inte går förlorad via pensionsavgångar och vid avslut har förvaltningen också säkerställt kompetensförsörjningen genom att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag samt antagit en lokal handlingsplan för personal- och kompetensförsörjning. Risker bedöms som oförändrad jämfört med föregående år och påverkas inte av effekterna av Covid-19.
7. **Ökad sjukskrivning (medelhög).** Förvaltningen såg under 2020 en ökning i sjukskrivningstalen jämfört med tidigare år. Under våren var ökningen relativt liten men under hösten har antalet och längden på sjukskrivningarna ökat tydligt. Om många är sjukskrivna samtidigt ökar risken för hög arbetsbelastning

bland övriga medarbetare. Förvaltningen tillämpar Region Stockholms riktlinjer för hemarbete för att minska risken för smittspridning på arbetsplatsen och använder en gemensam kalender för att tillse att inte för många medarbetare befinner sig på arbetsplatsen samtidigt under de dagar då medarbetare måste besöka kontoret för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. SjuktaLEN följs upp löpande.

3 Intern kontroll

Arbetet med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppfyller fastställda mål
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedriver verksamheten ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera.
- har tillförlitlighet i rapportering och information

Intern kontroll inom Region Stockholm regleras i riktlinjen för intern kontroll RS 2019-0866 och 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
- Kontroller och åtgärder
- Information och kommunikation
- Övervakning och uppföljning.

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.

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

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplaneringen fram en plan för intern kontroll, denna plan uppdateras och följs upp vid tertial-, delårs- och årsrapportering.

Nämnden/styrelsen försäkrar sig genom förvaltningschefens/bolagschefens återrapportering och revisorernas granskning att den interna kontrollen är tillräcklig och att planen för intern kontroll genomförs.

Förvaltningschef/vd ska vid behov föreslå åtgärder för att säkerställa en tillfredställande intern kontroll. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse. Förvaltningschef/vd ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår. Vid välgrundad misstanke om brott ska som regel polisanmälan göras. Vidare ska nämnd/bolagsstyrelse och andra relevanta beslutsfattare omedelbart informeras.

Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Den utgör samtidigt grunden för den information om intern kontroll som bolagen redovisar i andra rapporter.

3.1 Styr- och kontrollmiljö

Förvaltningen har en decentraliserad struktur. Ledning och medarbetare sitter vid arbete på kontoret i samma lokal på samma våningsplan vilket underlättar transparens

och effektiv kommunikation mellan ledning och medarbetare.

I mars övergick förvaltningen till i huvudsak hemarbete på grund av covid-19 vilket har lett till nya arbets- och kommunikationsrutiner. Ledningen har sedan i mars träffats veckovis och sett över krisledningsarbetet samt gått igenom eventuella nya riktlinjer från regionledningskontoret och Folkhälsomyndigheten. Krisledningsarbetet har dokumenterats och nya beslut och riktlinjer har kommunicerats löpande till samtliga medarbetare via e-post samt tillgängliggjorts i en gemensam mapp på förvaltningens server. Förvaltningschefen har under vår och höst genomfört enskilda samtal med alla medarbetare för att kontrollera arbetsmiljö och kapacitet att fullfölja sina uppdrag och införde under hösten veckovisa avstämningar för att följa upp verksamheten samt medarbetarnas behov och arbetsmiljö. Avstämningarna har genomförts av medarbetare med delegerat uppdrag att följa upp arbetsmiljön, vilka sedan avrapporterat till förvaltningschefen en gång i månaden. På dessa möten har även förvaltningens huvudskyddsombud deltagit.

Rutiner har uppdaterats och vid behov tydliggjorts för processer som styr förvaltningen samt det dagliga arbetet. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT samt under månatligt kvalitetsutvecklingsmöte vid namn "ständiga förbättringar". Dessa möten sker digitalt med möjlighet att närvara fysiskt.

Uppdatering och uppföljning av intern kontrollplan samordnas av verksamhetscontrollers i samverkan med medarbetare med särskilda ansvarsområden och förankras med ledningen.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

Förvaltningens bedömer att förutsättningarna för att bedriva intern kontroll inte har påverkats på något avgörande sätt även om den dagliga verksamheten på många sätt fått ställa om till följd av Covid-19. Förvaltningen har välfungerande rutiner för kontroll vilka inte påverkats av övergången till hemarbete.

Inga avvikelser som påverkat förvaltningens förutsättningar för att bedriva god intern kontroll har inträffat under 2020.

3.2.2 Analys och slutsatser

Riskerna med patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade. I den uppdaterade riskanalysen vid delårsuppföljning identifierades ett område med högt riskvärde och sex områden med medelhögt riskvärde.

Det område som enligt beräkningsmodellen hade högst sammanlagt riskvärde är risk för dataintrång (riskvärde 10), och ytterligare identifierade risker är kopplade till förlust av persondata och informationshantering i förvaltningens servrar. Då förvaltningens servrar sköts av SF-IT så har förvaltningen ett begränsat uppdrag avseende kontroll och åtgärder för att garantera IT-säkerheten men har ändå arbetat kontinuerligt för att reducera riskerna för verksamheten genom de interna åtgärder som beskrivs i kontrollplanen.

Regionen har aviserat en ökning i antalen försök till dataintrång under året men förvaltningen har inte rapporterat några avvikelser på området under året. Förvaltningen har för att minimera riskerna uppmanat medarbetarna till försiktighet samt kontrollerar att alla medarbetare genomfört regionens obligatoriska utbildning i informationssäkerhet (DISA). Vid nyanställning ställs krav på att skyndsamt tillgodogöra sig kursen och medarbetare uppmanas att repetera efter ett par år.

Förvaltningens rutiner för intern sekretess har fungerat väl och sannolikheten för att sekretessen bryts bedöms som låg. För att säkerställa att förvaltningen uppfyller sitt uppdrag att analysera och återföra information till hälso- och sjukvården, är det viktigt att underlaget håller hög kvalitet. Detta säkerställs bland annat genom att nya medarbetare får adekvat introduktion och genomgång av informationshantering och registreringsrutiner samt att textkvaliteten på registrerad information följs upp månadsvis av särskilt utsedd handläggare. Samtliga avvikelser rapporteras till chef och i särskilt avsedd avvikelshanteringsmapp där alla kan ta del av informationen.

Inom stödpersonsverksamheten har det identifierats en risk att stödpersoner inte fullgör sina uppdrag. Då vårdgivare inte registrerar dessa möten, varken fysiska eller digitala, är möjligheten för förvaltningen att följa upp dem begränsad och i samband med att stödpersonsmötena övergått till telefonsamtal på grund av restriktioner kopplade till Covid-19 har svårigheten att kotrollera kontakten ökat något. Möjligheten att systematiskt skicka in felaktiga tidsrapporter är dock liten då patienten eller vårdavdelningen sannolikt skulle höra av sig och klaga varvid förvaltningen skulle få kännedom om detta. Förvaltningen håller även kontakt med aktiva stödpersoner och håller en öppen dialog kring arbetet vilket främjar tillit. Förvaltningen gör även stickprover för att kontrollera att stödpersoner verkligen fullgör sina uppdrag.

Nämnden arbetar aktivt för en god arbetsmiljö och för att förebygga stress och psykisk ohälsa och främja ett balanserat arbets- och privatliv. Detta är extra viktigt under covid-19 pandemin och arbetet har därför intensifierats och flertalet uppföljningar kring arbetsmiljö och sjukskrivningar har genomförts. Uppföljning av medarbetarnas hälsa är prioriterat och ledningen har en plan för arbetsmiljöarbetet och är beredda att sätta in åtgärder i det fall sjukfrånvaron eller arbetsrelaterade skador ökar.

Slutligen ser förvaltningen en viss risk i och med kompetensförlust vid pensionsavgångar och avslut. För att säkerställa att kompetensen inte går förlorad utgår förvaltningen från en särskilt framtagen plan för detta vid nyanställning. Ledningen genomförde under hösten 2020 en organisationsöversyn med syfte att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag och tjänster, och inkluderar i detta arbete antaganden om bland annat pensionsavgångar, fortsatt digitalisering, effektivisering och förnyade arbetssätt till följd av Covid-19.

3.3 Information och kommunikation

Internt redovisas information för den interna kontrollen till medarbetare på avsatta möten och till nämndsledamöter i samband med nämndens sammanträden. Externt informeras denna information via bland annat årsrapport samt verksamhetsplan. Sammanträdeshandlingar finns på www.sll.se.

Förvaltningen har inte genomfört några extra eller förstärkta kommunikationsinsatser under 2020.

3.4 Övervakning och uppföljning

3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen (tertiäl, delår och i verksamhetsplan) för att säkerställa efterlevnad av policyn och identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist. Förvaltningens ringa storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker underlättar att få överblick över potentiella avvikelser. Förvaltningen har under perioden varit starkt präglad av Covid-19-pandemin och har därmed tvingats anpassa verksamheten för att värna kärnuppdragen och arbetsmiljön men inga avvikelser i förhållande till den interna kontrollplanen eller följsamhet till regionens riktlinje för intern kontroll har inträffat under året.

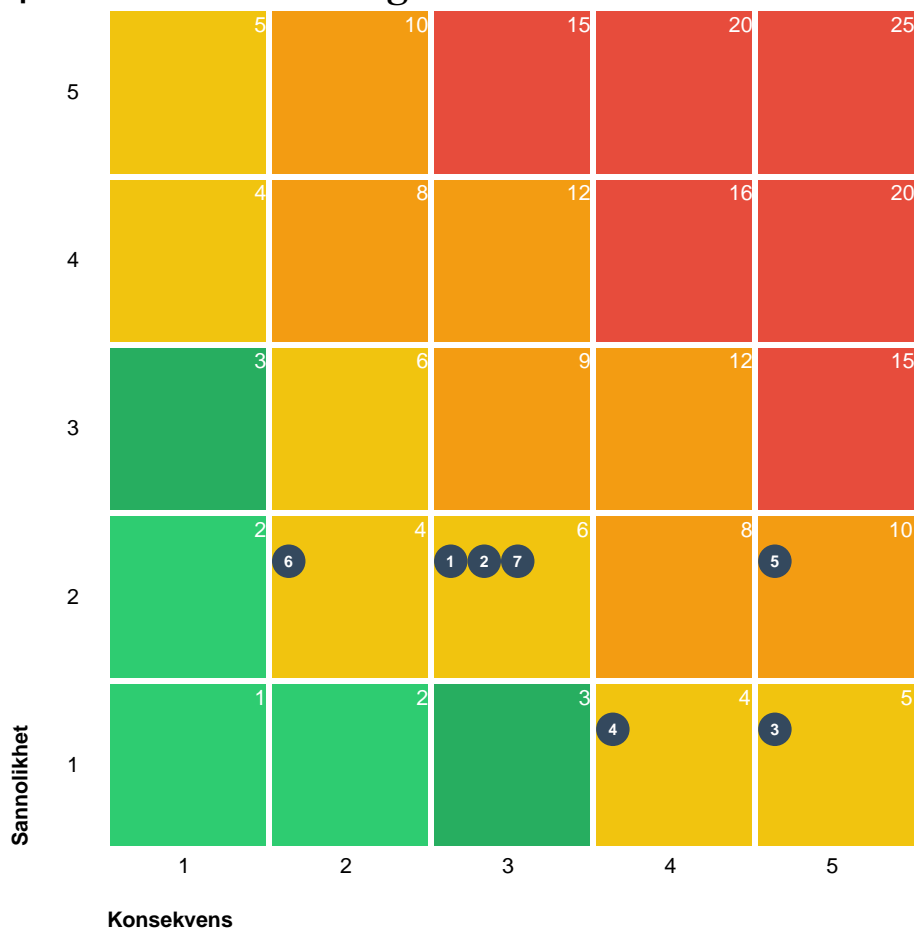
3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

Förvaltningen har som rutin att samla eventuella avvikelser i en fil där identifierat område, datum samt avvikelse beskrivs. Detta följs upp av ledningen och/eller ansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad på ett adekvat sätt.

Förvaltningen mottog av efter extern granskning av PWC* i samband med delårsrapport 2020, en anmärkning på en faktura avseende ett mindre belopp som attesterats felaktigt. Detta åtgärdades skyndsamt. Inga övriga anmärkningar på arbetet med intern kontrollplan har framförts.

*Bilaga D - Kons rapp över löp gransk 2020 - PAN - Sakgranskning.pdf








4 Sammanställning av risker



1 Hög risk 6 Medelhög risk Totalt: 7

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

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

Verksamhets specifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk		Riskägare
Ett resultat i balans		1	 14147 →	2.8 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		2	 43232 →	2.17 Arbetsmiljö vid hemarbete Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		3	 14150 →	2.11 Sekretess och konfidentialitet Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
		4	 14151 →	2.12 Registrering i förvaltningens databas Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
		5	 43233 →	2.15 Dataintrång Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		6	 14153 →	2.14 Kompetensförsörjning Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir
Kärnverksamheten ska prioriteras		7	 43231 →	2.16 Ökad sjukskrivning Riskägare Steinunn Ásgeirsdóttir