

Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 3 2025

Patientnämnden

Dnr 2024-75A

1 Inledning

Tillsynsrapporten är en uppföljning av nämndens tillsynsplan för intern kontroll. För varje kontrolltest som har beslutats i nämndens tillsynsplan redovisas det genomförda kontrolltestet, resultatet av testet, bedömning av resultatet samt åtgärder som har beslutats med anledning av uppföljningen. I tillsynsrapporten redovisas även status för de åtgärder som har beslutats i tillsynsplanen.

2 Sammanfattning

Patientnämnden har i sin tillsynsplan för intern kontroll 2025 fastställt tre risker som skall bevakas under året. Av dessa skall tre risker kontrolleras och följas upp med kontrolltester.

Risker som skall kontrolleras är:

- Risk för felaktig hantering av leverantörsfakturer.
- Risk för att delegationsbeslut inte dokumenteras på ett korrekt sätt..
- Risk för att delegationsbeslut inte återspeglar till Patientnämnden..

Utöver ovanstående risker skall också nedanstående risker bevakas:

- Risk för att budgetavvikelser inte leder till att tillräckliga åtgärder vidtas.
- Risk för att fakturaunderlag handläggs på felaktigt sätt..

Dessutom skall kompletterande utbildning genomföras för att möta risken:

- Risk för bristande kunskap om dataskyddsförordningen hos förvaltningens personal.

3 Årlig bedömning

Risk för felaktig hantering av leverantörsfakturer har kontrollaktiviteten "*Tydlig rutin för hur leverantörsfakturer skall handläggas följs av inblandad personal*" och kontrolltestet består i "*Kontroll av att rutiner för handläggning av leverantörsfakturer följs*".

Detta kontrolltest behöver göras av Patientnämndens controller. Dock har en reduktion av den tid nämndens controller kan lägga på att bistå förvaltningschef reducerats. Därmed måste en prioritering av vad controller kan bistå med göras. Prioriteringen innebär att kontrolltestet får anstå tills vidare. Denna risk har med andra ord inte kontrollerats enligt plan.

I övrigt bedömer Patientnämnden att dess internkontroll är tillfredsställande.

4 Genomförda kontrolltester och resultat

Genomförda kontrolltester och resultat

Under genomförda kontrolltester och resultat redovisas hur det planerade kontrolltestet har genomförts samt resultatet av det genomförda kontrolltestet. Har brister påträffats i rutiner eller kontroller?

Bedömning av resultat

Utifrån den samlade resultatet görs sen en bedömning av i vilken grad rutinen för att hantera risken tillämpas och om den är ändamålsenlig.



Färg	Bedömning	Beskrivning	Behov av åtgärd
	Inga brister	Kontrollen visar att rutinen är ändamålsenlig, känd och efterlevs.	Ingen åtgärd krävs
	Vissa brister	Kontrollen visar att rutinen till största del är ändamålsenlig, känd och efterlevs men vissa brister finns i rutinen eller dess tillämpning	Åtgärd kan behövas
	Allvarliga brister	Kontrollen visar att rutinen inte är ändamålsenlig, känd och efterlevs och stora förändringar behövs	Åtgärder krävs

Genomförda eller planerade åtgärder

När brister har uppmärksamrats vid bedömningen av resultatet ska även vidtagna och föreslagna åtgärder redovisas samt tidpunkt för uppföljning av åtgärder.





Kontrollaktiviteter och genomförda kontrolltester

Ekonomi

Risk	Risikvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk för felaktig handläggning av leverantörsfakturor.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Medelhög	Tydlig rutin för hur leverantörsfakturor skall handläggas följs av inblandad personal.	Kontroll av att rutiner för handläggning av leverantörsfakturor följs.	Kvartal	 Inga brister Procent avvikelser 100 %	

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys Detta kontrolltest behöver göras av Patientnämndens controller. Dock har en reduktion av den tid nämndens controller kan lägga på att bistå förvaltningschef reducerats. Därmed måste en prioritering av vad controller kan bistå med göras. Prioriteringen innebär att kontrolltestet får anstå tills vidare.			

Verksamhetens genomförande



Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk för att delegationsbeslut inte återspeglas till Patientnämnden.	 Låg (2) 2. Lågt 1. Låg	En tydlig ärendehantering där det framgår vilka punkter som skall avhandlas vid respektive sammanträde under året.	Kontroll av att delegationsbeslut återspeglas till Patientnämnden.	Kvartal	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	
			Analys Patientnämnden sammanträdde 2025-12-04. Som punkt 6 under nämndens sammanträde redovisades delegationsbeslut avseende perioden 2025-09-01 - - 2025-10-31. Nämndens beslutsunderlag bestod av en tjänsteskrivelse och en sammanställning över tagna beslut. Handlingarnas diarienummer är 2025-11A.			
Risk för att delegationsbeslut inte dokumenteras på ett korrekt sätt.	 Låg (3) 3. Känslig 1. Låg	Tydlig rutin för var och hur delegationsbeslut skall dokumenteras som följs av personal som fattar ett delegerat beslut.	Kontroll av att delegationsbeslut dokumenteras i enlighet med rutin.	Kvartal	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	
			Analys Dokumentation av delegationsbeslut har efter dialog med Regionens revisionskontor utvecklats något för att möjliggöra förbättrad spårbarhet. Rutin för detta har vidareutvecklats under Q2 och dokumenterats i Patientnämndens rutindokument. Tillämpning av den utvecklade dokumentationen/återkopplingen av delegationsbeslut tillämpas vid återkoppling till nämnden från och med Patientnämndens sammanträde i september 2025.			

Aktiva risker och genomförda åtgärder



Intern kontroll handlar om att hantera våra risker genom att anpassa våra arbetssätt. För de risker som inte i det här skedet kan byggas bort genom att anpassa våra arbetssätt kan de i stället hanteras aktivt genom att vi vidtar åtgärdsplaner. Här redovisas de aktiva åtgärder som arbetas med under detta år och vilken status de har och när de ska återspeglas.

Målet är att gradvis försöka flytta så mycket som möjligt från den här listan och in i arbetssätt. Åtgärderna syftar därför ofta till att skapa förutsättningar till att hantera risken i våra arbetssätt. Kvar på den här listan blir de risker som är av sådan vikt eller typ att de kräver fokuserad hantering.

Ekonomi



Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk för att fakturaunderlag handläggs på felaktigt sätt.	 Låg (2) 2. Lindrig 1. Låg	Rutin för fakturering av kommunerna upprättas och förs in i Patientnämndens rutindokument.  Klar	2025-12-31
		Analys Klart	

Information och IT



Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk för bristande kunskap om dataskyddsförordningen hos förvaltningens personal.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Medelhög	Utbildning i GDPR genomförs under året.  Klar	2025-12-31

Bevakade risker

Ekonomi

Risk	Riskvärde
Risk för att fakturaunderlag handläggs på felaktigt sätt.	 Låg (2) 2. Lindrig 1. Låg
Analys Rutinerna är väl kända i förvaltningen och bedömningen är att sannolikheten är mycket liten att fakturaunderlag handläggs felaktigt. <i>Hantering av risk</i> har dock ändrats från <i>Kontrollmoment</i> till <i>Direktåtgärd</i> då risken under året bearbetats vid förvaltningen.	
Risk för felaktig handläggning av leverantörsfakturor.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Medelhög
Analys Patientnämndens förvaltning har goda rutiner avseende denna risk, men tyvärr har inget kontrolltest kunnat genomföras.	

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskvärde
Risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras till Patientnämnden.	 Låg (2) 2. Lindrig 1. Låg
Analys Kontrolltest genomförs kvartalsvis. Rutiner för dokumentation har utvecklats efter dialog med Revisionskontoret.	
Risk för att delegationsbeslut inte dokumenteras på ett korrekt sätt.	 Låg (3) 3. Kännbar 1. Låg
Analys Rutin för dokumentation och återkoppling till har utvecklats under Q2 2025 och tillämpas från och med Q3 2025.	