

# Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 3 2022

Patientnämnden

## 1 Inledning

Tillsynsrapporten är en uppföljning av nämndens tillsynsplan för interna 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 2022 fastställt fyra risker som hanteras aktivt under året och sju risker som skall bevakas.

Risker som skall hanteras aktivt är:

- Risk för att budgetavvikelse inte leder till att åtgärd vidtas (*Uppföljningsprocessen/Hantering av budgetavvikelser*),
- Risk för att mål och indikatorer inte är mätbara/utvärderingsbara vilket innebär att det är svårt att avgöra om mål uppnås och därigenom bedöma om verksamhetens utveckling sker i rätt riktning (*Planering/Mål och indikatorer*),
- Risk för ledningsvacuum vid förvaltningschefs frånvaro (*Ledning/Tjänstemannaledning*),
- Risk för bristande kunskap om dataskyddsförordningen hos förvaltningens personal (*Dataskydd/Kunskap om dataskyddsförordningen*).

Risker som skall hanteras aktivt redovisas i p 3.5 på omstående sidor.

Risker som skall bevakas är:

- Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag (*Nämnd/Beredning av ärenden*),
- Risk för ont om tid i planeringen av verksamhet under verksamhetsåret (*Planering/Förutsättningar för planering*),
- Risk för ont om tid i planeringen av kommande års verksamhet (*Planering/Förutsättningar för planering*),
- Risk för att delegationsbeslut inte dokumenteras på ett korrekt sätt (*Delegerade beslut/Dokumentation av delegerade beslut*),
- Risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras till Patientnämnden (*Delegerade beslut/Återrapport av delegerade beslut*),
- Risk för omotiverade löneskillnader inom förvaltningen (*Personella resurser/Lönebildning*),
- Risk för personuppgiftsincidenter på grund av felaktigt agerande från förvaltningens personal (*Dataskydd/Personuppgiftsincidenter*).

Risker som skall bevakas redovisas i p 3.6 på omstående sidor.

### 3 Årlig bedömning

Förvaltningschefen bedömer att Patientnämndens interna kontroll är acceptabel, men att formerna för arbete med att generera adekvata risker, bedöma dem och att följa upp dem behöver förfinas.

Under de senaste åren har formerna för arbete med intern kontroll utvecklats. Arbetet upplevs som komplext och i en liten förvaltning med många och ibland spetiga uppgifter har inte tiden och resurserna för att fullt ut tränga in i arbetet funnits under året.

Arbetet med att förfinas arbetet med intern kontroll fortsätter under 2023.

### 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
Grön	Inga brister	Kontrollen visar att rutinen är ändamålsenlig, känd och efterlevs.	Ingen åtgärd krävs
Gul	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
Röd	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 uppmärksammats vid bedömningen av resultatet ska även vidtagna och föreslagna åtgärder redovisas samt tidpunkt för uppföljning av åtgärder.

## Genomförda kontrolltester

### Aktiva risker och genomförda åtgärder

Intern kontroll handlar om att hantera våra risker genom att anpassa våra arbetsätt. För de risker som inte i det här skedet kan byggas bort genom att anpassa våra arbetsätt 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 återrapporteras.

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


### Uppföljningsprocessen

#### Hantering av budgetavvikelser

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att budgetavvikelser inte leder till att åtgärder vidtas	Låg (3)  3. Kännbar 1. Mycket liten	Ta fram en rutin för hur vi arbetar med budgetavvikelseanalyser   Vänteläge	2022-06-30
		<b>Kommentar</b> Risknivå för Patientnämndens del är låg, inte minst på grund av att den ekonomiska ramen ger goda möjligheter att bedriva verksamheten inom ramen. Förvaltningschef och controller går kontinuerligt igenom den ekonomiska situationen. Förvaltningschef avrapporterar kontinuerligt den ekonomiska situationen till dels nämndens ordförande och till nämnden i sin helhet vid varje sammanträde. I samband med arbetsplatsträffar informerar förvaltningschef all personal om den ekonomiska situationen, vilket innebär att medvetenheten om ekonomin är hög hos hela förvaltningen.	


## Planering

### Mål och indikatorer

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk för att mål och indikatorer inte är mätbara/utvärderingsbara vilket innebär att det är svårt att avgöra om mål uppnås och därigenom bedöma om verksamhetens utveckling sker i rätt riktning.	Medel (6)  3. Kännbar 2. Liten	Utvärderingsseminarium  ✓ Avslutad	2022-12-31
		<b>Kommentar</b> Utvärderingsseminarier är inplanerade vid tre tillfällen under året, i slutet av april, i slutet av augusti och i december. Ett utvärderingsseminarium genomfördes i slutet av april och ett i slutet av augusti. Nästa seminarium är inplanerat i början av december.	


## Ledning

### Tjänstemannaledning

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk för ledningsvacuum vid förvaltningschefs frånvaro.	Medel (6)  3. Kännbar 2. Liten	Ersättare för förvaltningschef utses.  ✓ Avslutad	2022-12-31






## Dataskydd



### Kunskap om dataskyddsförordningen

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk för bristande kunskap om dataskyddsförordningen hos förvaltningens personal.	Hög (9)  3. Kännbar 3. Stor	Utbildningsinsats planeras  ! Försenad	2023-04-30

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
		<b>Kommentar</b> Utbildningsinsatsen ej genomförd. Inplaneras under tertial 1 2023.	

## Bevakade risker

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
Nämnd	Beredning av ärenden.	Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten
		<b>Kommentar</b> Kontroll av förtroendevaldas upplevelse av kvaliteten på beslutsunderlag har genomförts enligt plan. Förutom mindre detaljer av i huvudsak redaktionell karaktär upplever förtroendevalda att förvaltningen lämnar ett bra beslutsunderlag.	
Planering	Förutsättningar för planering	Risk för ont om tid i planeringen av verksamhet under verksamhetsåret.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten
		<b>Kommentar</b> Under våren 2022 var befattningen som nämndsekreterare/administratör vakant del av tiden. Det innebar att uppgifter löstes av andra befattningshavare, alltså en ökad arbetsbelastning. I viss mån har det inneburit tidsbrist i planering av verksamhet och viss dålig framförhållning. Sammantaget, sett över hela året har det dock inte inneburit att planering inte hunnits med.	
		Risk för ont om tid i planeringen av kommande års verksamhet.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten
Delegerade beslut	Dokumentation av delegerade beslut.	Risk för att delegationsbeslut inte dokumenteras på ett korrekt sätt.	 Medel (4) 4. Allvarlig 1. Mycket liten
		<b>Kommentar</b> Genomgång av hur och var delegerade beslut dokumenteras har genomförts.	
	Åtterrapport av delegerade beslut.	Risk för att delegationsbeslut inte åiterrapporteras till Patientnämnden.	 Medel (4) 4. Allvarlig 1. Mycket liten
		<b>Kommentar</b> Rutin finns för att åiterrapportera delegerade beslut till nämnden vid varje sammanträde.	

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
Personella resurser	Lönebildning	Risk för omotiverade löneskillnader inom förvaltningen.	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Stor
		<b>Kommentar</b> Risken beaktad vid löneöversyn 2022.	
Dataskydd	Personuppgiftsincidenter	Risk för personuppgiftsincidenter på grund av felaktigt agerande från förvaltningens personal.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten
		<b>Kommentar</b> Patientnämndens förvaltning har tydliga rutiner för hur personuppgifter kommuniceras. Ingen indikation på att avvikelser från dessa förekommit.	