

Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 1 2023

Patientnämnden

Dnr 2023-34A

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 2023 fastställt åtta risker som skall bevakas under året. Av dessa skall fem risker kontrolleras och följas upp med kontrolltester.

Risker som skall kontrolleras är:

- Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag (*Nämnd/Beredning av ärenden*),
- 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 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 bristande fysisk arbetsmiljö (*Arbetsmiljö/Fysisk arbetsmiljö*).

Utöver ovanstående risker skall också nedanstående risker bevakas:

- Risk för att budgetavvikelser inte leder till att tillräckliga åtgärder vidtas (*Uppföljning/Hantering av budgetavvikelser*),
- Risk för bristande organisation och bristande arbetsformer vilket leder till en dålig arbetsmiljö inom förvaltningen (*Arbetsmiljö/Organisatorisk och social arbetsmiljö*),
- Risk för bristande social miljö vilket leder till en dålig arbetsmiljö inom förvaltningen (*Arbetsmiljö/Organisatorisk och social arbetsmiljö*),




3 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 uppmärksammats vid bedömningen av resultatet ska även vidtagna och föreslagna åtgärder redovisas samt tidpunkt för uppföljning av åtgärder.

Genomförda kontrolltester




Nämnd

Beredning av ärenden.






Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten	Kontroll av nämndens upplevelse av kvalitet på beslutsunderlag.	Tertial: aug, dec	 Svar saknas	

Planering

Mål och indikatorer




Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
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 3. Kännbar 2. Liten	Stickprov av föreslagna mål för 2024.	År	 Svar saknas	
		Kontroll av att checklista finns upprättad.	År	 Svar saknas	

Förutsättningar för planering

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för ont om tid i planeringen av verksamhet under verksamhetsåret.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten	Kontroll av att planeringsdagar inplanerats och genomförts.	Tertial: apr, aug, dec	 Vissa brister Procent avvikelser 0%	
		Kommentar Under tertial 1 har kick off genomförts under februari samt arbete med uppföljning av och vidareutveckling av verksamhetsplanen för 2023 under april. Ambitionen var att mer tid skulle avsättas för planering men på grund av behov att fokusera på kärnverksamhet har ingen ytterligare tid planerats in.			
		Kontroll av att planeringstid finns i förvaltningschefs kalender.	Kvartal	 Inga brister	
		Kommentar Planeringstid om minst fyra timmar per vecka har inplanerats i förvaltningschefs kalender.			
Risk för ont om tid i planeringen av kommande års verksamhet.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten	Kontroll av att planeringsdagar inplanerats och genomförts.	Halvår	 Svar saknas	

Arbetsmiljö

Fysisk arbetsmiljö


Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för bristande fysisk arbetsmiljö.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten	Kontroll av att arbetsmiljö avhandlas på alla arbetsplatsträffar.	Tertial: apr, aug, dec	 Inga brister Procent avvikelser 0%	
		Kommentar Under tertial 1 har sju arbetsplatsträffar genomförts. Vid samtliga arbetsplatsträffar har arbetsmiljö varit en punkt på dagordningen.			
		Kontroll av att skyddsronnd genomförts.	År	 Inga brister Procent avvikelser 0%	
		Kommentar Skyddsronnd för fysisk arbetsmiljö 2023 genomförd 2023-03-14.			








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 återrappeteras.

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.

Bevakade risker

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
Uppföljningsprocessen	Hantering av budgetavvikelser	Risk att budgetavvikelser inte leder till att tillräckliga åtgärder vidtas	 Låg 2. Lindrig 1. Mycket liten
		Kommentar Risknivå är för Patientnämnden låg. Nämnden har redovisat överskott de senaste åren och prognos för 2023 är ett överskott vid årets slut.	

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
Nämnd	Beredning av ärenden.	Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten
Planering	Mål och indikatorer	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 3. Kännbar 2. Liten
	Förutsättningar för planering	Risk för ont om tid i planeringen av verksamhet under verksamhetsåret.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten
		Risk för ont om tid i planeringen av kommande års verksamhet.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten
Arbetsmiljö	Fysisk arbetsmiljö	Risk för bristande fysisk arbetsmiljö.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten
	Organisatorisk och social arbetsmiljö	Risk för bristande organisation och bristande arbetsformer vilket leder till till en dålig arbetsmiljö inom förvaltningen.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten
		Risk för bristande social miljö vilket leder till en dålig arbetsmiljö inom förvaltningen.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten