

# Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 3 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. Varje år gör även nämnden en bedömning av den interna kontrollen i den egna verksamheten.

## 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 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 ytterligare.

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 förfina arbetet med intern kontroll fortsätter även under 2024.




## 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 uppmärksamats 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	 Inga brister  Procent avvikelser 0%	



Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
		<p><b>Kommentar</b> Kontroll genomförd i form av dialog mellan förvaltningschef och nämnd i samband med genomförda sammanträden hösten 2023. Inga synpunkter om bristande underlag framfördes, däremot påtalade nämnden att den vill ha ytterligare information kring hur patientärendeprocessen kan se ut i praktisk handling. Nämnden uttrycker därvid detaljinformation och inte bara information på aggregerad nivå. Former för detta utvecklas under våren 2024.</p>			




## 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 mått för 2024.	År	 Inga brister  <b>Procent avvikelser</b> 0%	
		<p><b>Kommentar</b> Kontroll av samtliga delmål och indikatorer har gjorts av förvaltning och redovisats för nämndens presidium inför dess sammanträde 2023-12-14.</p>			
		Kontroll av att checklista finns upprättad.	År	 Inga brister  <b>Procent avvikelser</b> 0%	
		<p><b>Kommentar</b> Checklista upprättad.</p>			




### Förutsättningar för planering

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för ont om tid i planeringen av verksamhet under verksamhetsåret.	 Medel 2. Lindrig 2. Liten	Kontroll av att planeringsdagar inplanerats och genomförts.	Tertial: apr, aug, dec	 Inga brister  <b>Procent avvikelser</b> 0%	

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
		<b>Kommentar</b> Under tertial 3 har möten med fokuserat på utveckling av verksamhet och arbetsmiljö och på uppstart av planering inför 2024 genomförts. Dessutom har ett planeringsinternat för både förtroendevalda och tjänstepersoner genomförts i samband med nämndens sammanträde i november 2023.			
		Kontroll av att planeringstid finns i förvaltningschefs kalender.	Kvartal	 Vissa brister  <b>Procent avvikelser</b> 25%	
		<b>Kommentar</b> Planeringstid om minst fyra timmar per vecka har inplanerats i förvaltningschefs kalender. Planeringstid har inplanerats 9 av 12 veckor under kvartalet. Liksom under tidigare kvartal har planeringstid behövt flyttas till kvällstid på grund av hög arbetsbelastning under ordinarie arbetstid.			
Risk för ont om tid i planeringen av kommande års verksamhet.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten	Kontroll av att planeringsdagar inplanerats och genomförts.	Halvår	 Inga brister  <b>Procent avvikelser</b> 0%	

## 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  <b>Procent avvikelser</b> 0%	
		<b>Kommentar</b> Under tertial 2 har 8 arbetsplatsträffar genomförts. Vid samtliga arbetsplatsträffar har arbetsmiljö varit en punkt på dagordningen.			
		Kontroll av att skyddsronde genomförts.	År	 Inga brister  <b>Procent avvikelser</b> 0%	
		<b>Kommentar</b> Skyddsronde 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 återrapporteras.

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
		<b>Kommentar</b> Risknivå är för Patientnämnden låg. Nämnden har redovisat överskott de senaste åren och prognos för 2023 är ett överskott vid årets slut.	
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 2. Lindrig 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

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
	Organisatorisk och social arbetsmiljö	Risk för bristande organisation och bristande arbetsformer vilket leder 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