

Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 2 2024

Patientnämnden

Dnr 2024-13A

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 2024 fastställt tio risker som skall bevakas under året. Av dessa skall tre risker kontrolleras och följas upp med kontrolltester.

Risker som skall kontrolleras är:

- Risk för långa handläggningstider på grund av faktorer inom förvaltningen.
- Risk för att personer som söker kontakt med Patientnämnden inte får kontakt inom en rimlig tid.
- Risk för att upprätthållande av vitala funktioner inom förvaltningen brister.

Utöver ovanstående risker skall också nedanstående risker bevakas:

- Risk för att budgetavvikelse inte leder till att tillräckliga åtgärder vidtas.
- 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.
- Risk för bristande fysisk arbetsmiljö.
- Risk för bristande organisation och bristande arbetsformer vilket leder till en dålig arbetsmiljö inom förvaltningen.
- Risk för bristande social miljö vilket leder till en dålig arbetsmiljö inom förvaltningen.
- Risk för att nämndens diariesystem inte fungerar tillfredsställande efter genomförd versionsuppgradering.
- Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag.




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

Stödpersonsverksamhet



Handläggning av stödpersonsärende.

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för långa handläggningstider på grund av faktorer inom förvaltningen.	 Medel 2. Lindrig 2. Liten	Kontroll av hur många arbetsdagar som förordnande av stödperson tagit.	Kvartal	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
		<p>Analys Kontrollmånad under kvartal 2 är juni. Under juni månad har 12 stödpersonsuppdrag förordnats. Av dessa har 9 förordnats samma dag, två har förordnats följande vardag, ett har förordnats efter sex dagar. I det ärende där förordnandet tagit sex dagar har en fördröjning på tre dagar uppstått på grund av mellanliggande helg och att avdelningens personal uppgivit att patienten på grund av sitt tillstånd inte har kunnat ta ställning till om hen vill ha stödperson. Antalet förordnanden som gjorts inom tre arbetsdagar är alltså 100%, då fördröjning ligger utom Patientnämndens kontroll. Det innebär att målvärdet är uppnått för månaden.</p>			



Patientärenden

Tillgänglighet till Patientnämnden.

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för att personer som söker kontakt med Patientnämnden inte får kontakt inom en rimlig tid.	 Låg 1. Låg 1. Mycket liten	Kontroll av hur många som inte kunnat boka en uppringningstid på grund av att tiderna varit slut.	Kvartal	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	
		<p>Analys Av 409 inkommande kontakter under kvartal 2 har ingen mötts av beskedet att det inte finns någon bokningsbar tid.</p>			

Personella resurser

Bemanning

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
Risk för att upprätthållande av vitala funktioner inom förvaltningen brister.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten	Kontroll av bemanningen av vitala funktioner.	Kvartal	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	




Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
		<p>Analys Kontroll genomförd avseende bemanningen under kvartal 2 2024. Kvartalet hade har 60 arbetsdagar. Av dessa har funktionerna stödpersoners verksamhet och posthantering inte varit stängda någon arbetsdag. Däremot har telefonen varit stängd vissa dagar, men då återuppringningssystem finns har det alltid funnits bokningsbara återuppringningstider, varför telefontillgängligheten har varit god under hela perioden.</p>			




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 åiterrapporteras.

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	 Hög 3. Kännbar 3. Stor
		Analys Risknivå är för Patientnämnden låg. Nämnden har redovisat överskott de senaste åren och bedömningen är att verksamheten kan bedrivas med god kvalitet inom till delad ram 2024. En rutin för hantering av budgetavvikelser har upprättas vid Patientnämndens förvaltning.	
Stödpersoners verksamhet	Handläggning av stödpersoners ärenden.	Risk för långa handläggningstider på grund av faktorer inom förvaltningen.	 Medel 2. Lindrig 2. Liten
		Analys Vid uppföljning av handläggningstider framgår att den genomsnittliga handläggningen för ärenden i vilket stödperson förordnats är lägre än två arbetsdagar. Mediantiden är under en arbetsdag.	
Patientärenden	Tillgänglighet till Patientnämnden.	Risk för att personer som söker kontakt med Patientnämnden inte får kontakt inom en rimlig tid.	 Låg 1. Låg 1. Mycket liten

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
		<p>Analys Kontakt med Patientnämnden kan tas via brev, e-post och 1177.se, telefon samt fysiskt besök.</p> <p>Enstaka dagar kan det hända att inkommande brev, e-post eller meddelande via 1177.se inte kontrolleras men sammantaget är kontrollen god.</p> <p>Vid frånvaro vidarekopplas e-post till funktionsbrevlåda för att säkerställa kontrollen av inkommande e-post.</p> <p>Inför 2024 har återuppringsningssystem infört vilket medger att kontakt via telefon i stort sett alltid kan etableras. Ett i relation till totala antalet kontakter litet antal kontakter har mötts av meddelandet att det inte finns några bokningsbara tider under den period då förvaltningen haft neddragen verksamhet på grund av sommarsemestrar.</p>	
Nämnd	Beredning av ärenden.	Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten
		<p>Analys Kontroll av förtroendevaldas upplevelse av kvaliteten på beslutsunderlag har genomförts i samband med samtliga sammanträden under 2022, 2023 och 2024. Förutom mindre detaljer av i huvudsak redaktionell karaktär har förtroendevalda givit uttryck för att förvaltningen lämnar bra beslutsunderlag.</p>	
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
		<p>Analys Inför 2024 har nämnden och förvaltningen fått en uppdatering i begreppet SMARTa mål.</p> <p>I arbetet med att planera inför 2024 har mätbarheten av indikatorer beaktats.</p> <p>En rutin för kontroll av mål/indikatorers kvalitet och mätbarhet har utarbetats vid Patientnämndens förvaltning.</p>	
Personella resurser	Bemanning	Risk för att upprätthållande av vitala funktioner inom förvaltningen brister.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
		<p>Analys Under årets första tre kvartal har patientnämnden varit bemannad 157 dagar med full bemanning och 32 dagar med reducerad bemanning på grund av sommarsemestrar. Av de 157 dagarna med full bemanning har inte alla väsentliga funktioner upprätthållits under två dagar, på grund av utbildnings-/planeringsdag.</p> <p>Under andra tertialen har telefonerna varit helt stängda under 16 arbetsdagar på grund av att under denna period bemannades förvaltningen av endast en person.</p>	
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 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
		<p>Analys Arbetsplatsträffar genomförs varannan vecka. Arbetsmiljö är en stående punkt på arbetsplatsträffarna.</p> <p>Förvaltningen har identifierat en lista av arbetsmiljörisker som kontinuerligt bearbetas med målet att reducera eller eliminera riskerna.</p>	
		<p>Analys Arbetsplatsträffar genomförs varannan vecka. Arbetsmiljö är en stående punkt på arbetsplatsträffarna.</p> <p>Personalbefrämjande aktiviteter genomförs vid flera tillfällen under året.</p>	
Digitala arbetsredskap	Diariesystem	Risk för att nämndens diariesystem inte fungerar tillfredsställande efter genomförd versionsuppdatering.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten
		<p>Analys Uppgraderat system har i huvudsak fungerat tillfredsställande. Mindre problem har identifierats, meddelats och i huvudsak åtgärdats av leverantör.</p>	