

# Tillsynsrapport för intern kontroll

Patientnämnden

Dnr 2022-39A

# 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 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



### 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 återrapporeras.

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.



## 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 är för Patientnämnden låg. En rutin för hur nämnden arbetar med budgetavvikelser kommer att tas fram under sommar/höst 2022.			



### 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   Pågående enligt plan	2022-11-30
<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   Vänteläge	2022-09-30

## 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.	

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
Planering	Förutsättningar för planering	Risk för ont om tid i planeringen av verksamhet under verksamhetsåret.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten
		<i><b>Kommentar</b></i> 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.	
		Risk för ont om tid i planeringen av kommande års verksamhet.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten
		<i><b>Kommentar</b></i> Planeringsdagar har inplanerats under året för att motverka denna risk. Målet var att påbörja planeringen innan sommarsemestrarna. Dock sköts detta fram till efter semesterperioden. Huvudsakligen på grund av att en vakans i personalstyrkan innebar att uppgifter utfördes av övriga befattningshavare med viss tidsbrist som följd.	
Delegerade beslut	Dokumentation av delegerade beslut.	Risk för att delegationsbeslut inte dokumenteras på ett korrekt sätt.	 Medel (4) 4. Allvarlig 1. Mycket liten
	<i><b>Kommentar</b></i> Genomgång av hur och var delegerade beslut dokumenteras har genomförts.		
	Återrapport av delegerade beslut.	Risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras till Patientnämnden.	 Medel (4) 4. Allvarlig 1. Mycket liten
		<i><b>Kommentar</b></i> Rutin finns för att återrapportera delegerade beslut till nämnden vid varje sammanträde.	
Personella resurser	Lönebildning	Risk för omotiverade löneskillnader inom förvaltningen.	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Stor
		<i><b>Kommentar</b></i> Risken beaktad vid löneöversyn 2022.	
Dataskydd	Personuppgiftsincidenter	Risk för personuppgiftsincidenter på grund av felaktigt agerande från förvaltningens personal.	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Liten