

Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 3 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. (*Stödpersoners verksamhet/Handläggning av stödpersonärende*),
- Risk för att personer som söker kontakt med Patientnämnden inte får kontakt inom en rimlig tid. (*Patientärenden/Tillgänglighet till Patientnämnden*),
- Risk för att upprätthållande av vitala funktioner inom förvaltningen brister. (*Personella reurser/Bemanning*),

Utöver ovanstående risker skall också nedanstående risker bevakas:

- Risk för att budgetavvikelse inte leder till tillräckliga åtgärder vidtas (*Uppföljning/Hantering av budgetavvikelse*),
- 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 bristande fysisk arbetsmiljö (*Arbetsmiljö/Fysisk arbetsmiljö*).
- Risk för bristande organisation och bristande arbetsformer vilket leder till 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*),
- Risk för att nämndens diariesystem inte fungerar tillfredsställande efter genomförd versionsuppdatering (*Digitala arbetsredskap/Diariesystem*).

3 Årlig bedömning

Patientnämnden 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 förfinas 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 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 %	
		Analys Kontrollmånad under kvartal 3 är december. Under december månad har 12 stödpersonsuppdrag förordnats. Av dessa har tre förordnats samma dag, sju har förordnats följande vardag, ett har förordnats efter två arbetsdagar och ett har förordnats efter tre arbetsdagar. Antalet förordnanden som gjorts inom tre arbetsdagar är alltså 100%. Det innebär att målvärdet är uppnått för månaden.			

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 %	

Risk	Riskvärde	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Åtgärder
		<p>Analys Av 489 inkommande kontakter under kvartal 4 har två personer mötts av beskedet att det inte finns någon bokningsbar tid. Dock skall sägas att förvaltningen under detta kvartal hade en något neddragen verksamhet på grund av att jul och nyårshelgerna låg under kvartalet. Under en mindre del av denna period var möjligheten att boka tid stängd och personer som ringde möttes av information om detta och om att kontakt kunde tas via 1177 eller annan kanal. Fyra personer möttes av detta meddelande under nämnda period.</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 %	
		<p>Analys Kontroll genomförd avseende bemanningen under kvartal 4 2024. Kvartalet hade har 57 arbetsdagar med full produktion och 6 arbetsdagar med neddragen verksamhet på grund av jul/nyår, verksamhetsplanering samt deltagande i en konferens. Av de dagar förvaltningen haft full produktion har stödpersonverksamheten 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. Under jul/nyår har huvudfokus legat på att upprätthålla posthantering, stödpersonverksamhet samt skriftliga patientärenden. Telefonerna har under en begränsad period varit helt stängda.</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 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	 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.	
Stödpersonsverksamhet	Handläggning av stödpersonsärende.	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
		Analys Kontakt med Patientnämnden kan tas via brev, e-post och 1177.se, telefon samt fysiskt besök. Enstaka dagar kan det hända att inkommande brev, e-post eller meddelande via 1177.se inte kontrolleras men sammantaget är kontrollen god. Vid frånvaro vidarekopplas e-post till funktionsbrevlåda för att säkerställa kontrollen av inkommande e-post. Inför 2024 har återuppringsystem införts 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 sommarsemesterar.	
Nämnd	Beredning av ärenden.	Risk för bristande kvalitet på beslutsunderlag.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten

Process/ Policy	Underprocess/ Arbetsinstruktion	Risk	Riskvärde
		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.	
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
		Analys Inför 2024 har nämnden och förvaltningen fått en uppdatering i begreppet SMARTa mål. I arbetet med att planera inför 2024 har mätbarheten av indikatorer beaktats. En rutin för kontroll av mål/indikatorers kvalitet och mätbarhet har utarbetats vid Patientnämndens förvaltning.	
Personella resurser	Bemanning	Risk för att upprätthållande av vitala funktioner inom förvaltningen brister.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten
		Analys Under året har det varit möjligt att nå Patientnämndens förvaltning samtliga vardagar. Det har dock inte alltid varit möjligt att boka återuppringningstider på telefon. Under månaderna januari- juni samt september-december har det med enstaka avbrott varit möjligt att boka återuppringning. Under perioden juni, juli och augusti har möjligheten att boka återuppringning varit begränsad under en tid, huvudsakligen på grund av neddragen bemanning under semesterperioden. Dock har möjligheten att nå Patientnämndens förvaltning via 1177, e-post och brev hela tiden funnits. Samtliga vardagar har posthantering och stödpersonsverksamheten uppehållits. Sammantaget har alltså förvaltningens vitala funktioner i huvudsak upprätthållits under året.	
Arbetsmiljö	Fysisk arbetsmiljö	Risk för bristande fysisk arbetsmiljö.	 Låg 3. Kännbar 1. Mycket liten
		Analys Den fysiska arbetsmiljön är god vid nämndens förvaltning. Förvaltningen har arbetat aktivt med detta under de senaste åren och vidtagit ett flertal åtgärder för att bli förbättra ljudmiljön i lokalerna.	

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
		<p>Analys Arbetsplatsträffar genomförs varannan vecka. Arbetsmiljö är en stående punkt på arbetsplatsträffarna.</p> <p>Förvaltningen har identifierat en lista av arbetsmiljörisiker som kontinuerligt bearbetas med målet att reducera eller eliminera riskerna.</p>	
		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>Personalbefrämjande aktiviteter genomförs vid flera tillfällen under året.</p>	
Digitala arbetsredskap	Diariesystem	Risk för att nämndens diariesystem inte fungerar tillfredsställande efter genomförd versionsuppgradering.	 Medel 3. Kännbar 2. Liten
		<p>Analys Uppgraderat system har i huvudsak fungerat tillfredsställande. Problem har dock identifierats, meddelats och i viss omfattning åtgärdats av leverantör.</p>	