

Patientnämnden

Styrningsrapport

ÅR 2018

Innehållsförteckning

1	Efterlevnade av styrande direktiv	3
1.1	Efterlevnade av fastställt reglemente	3
1.2	Efterlevnad av landstingsövergripande styrande dokument	3
2	Intern kontroll	4
2.1	Styr- och kontrollmiljö	4
2.2	Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter	4
2.3	Övervakning	5
2.4	Försäkran om internkontroll	5
3	Landstingsrevisorernas samlade bedömning	6
4	Behandling av styrningsrapporten	7

1 Efterlevnade av styrande direktiv

1.1 Efterlevnade av fastställt reglemente

Inga avsteg har gjorts från fastställt reglemente.

1.2 Efterlevnad av landstingsövergripande styrande dokument

Inga avsteg har gjorts från patientnämndens reglemente enligt LS 1011-0949, LS 1205-0730.

Förvaltningen har följt samtliga policyer och andra styrande dokument som är tillämpliga för verksamheten.

2 Intern kontroll

Intern kontroll definieras som en process där nämnden, ledningen i förvaltningen och övrig personal samverkar för att med rimlig grad av säkerhet se till att nämnden:

- uppfyller fastställda mål, bedrivs effektivt och ändamålsenligt,
- följer tillämpliga lagar, föreskrifter, avtal och styrande dokument,
- bedrivs säkert så att verksamheten skyddas samt,
- har tillförlitlighet i rapportering och information.

Intern kontroll inom landstinget utgår från COSO-modellen, vilket innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa. De fem komponenterna i COSO-modellen är:

- styr- och kontrollmiljö
- riskbedömning
- åtgärder och kontrollaktiviteter
- information och kommunikation
- övervakning

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Förvaltningen är väldigt decentraliserad. All personal är på samma våningsplan. Rutiner finns för processer som styr förvaltningen. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT samt "ständiga förbättringar". Alla medarbetare är väl insatta i förvaltningens uppdrag och processer.

2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

Nämnden har en intern kontrollplan enligt landstingets riktlinjer. Denna följs upp och uppdateras årligen. I planen för 2018 identifierades 14 riskområden. Uppföljning har visat att den interna kontrollen varit god. Samtliga identifierade risker har följts upp och kontrollerats enligt planen. För närvarande finns inga risker som behöver åtgärdas, det vill säga som är gula eller röda enligt trafikljusmodellen.

Förvaltningen har höga (röda) riskmoment. Dock har fem områden identifierats som medium risk.

1. **Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden:** Inga avvikelser har skett. Kontroll sker kontinuerligt. Antalet patientärenden har ökat kontinuerligt. För att hantera detta har förvaltningen gjort en verksamhetsförändring och anställt fler handläggare. För att effektivisera ärendehantering har förvaltningen påbörjat en digitaliseringsprocess
2. **Bevarande av data i förvaltningens databas:** Innan hösten 2018 hade förvaltningen en egen server vars backup sköttes av tre medarbetare. Från och med hösten 2018 sköts förvaltningens servrar av SLL IT. Förvaltningen har inte stött på några problem gällande bevarande av data.
3. **Hot och våld:** Rutiner för hot och våld har uppdaterats och tre medarbetare har gått en utbildning gällande dessa. Information om utbildningens innehåll har förmedlats till de resterande medarbetarna på förvaltningen. Under våren 2018 genomförde förvaltningen även en hot-och-våld simulering för att öva dessa kunskaper i praktiken. Genom kommunikation och information om hot och våld, har medarbetarna på förvaltningen fått verktyg för hur hot och våld ska bemötas i vardagen.
4. **Ansträngd psykosocial arbetsmiljö:** Förvaltningschefen håller regelbundet samtal med medarbetarna och medarbetarenkäten hanteras samt utvärderas årligen. Feelgood har även anlåtits vid behov.
5. **Kompetensförlust vid pensionsavgångar:** Patientnämndens förvaltning har följt landstingets rutiner för nyrekrytering. För att säkerställa att kompetensen inte går förlorad via pensionsavgångar och vid avslut, har förvaltningen under året säkerställt kompetensförsörjningen genom att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag samt strävat efter en diversifierad åldersspridning.

2.3 Övervakning

Efterlevnad av styrande dokument

Enligt styrningsrapport 2017 gjordes inga avsteg från den interna kontrollen.

Hantering av brister och avvikelser

Enligt landstingsrevisorernas rapport gällande delår 2018 bedömer revisionen att den interna kontrollplanen i allt väsentligt är upprättad enligt landstingets policy för intern kontroll.

2.4 Försäkran om internkontroll

Nämnden ska försäkra sig om att den interna kontrollplanen genomförs och vid behov vidta åtgärder som säkerställer att den interna kontrollen är tillräcklig.

Förvaltningschefen ska regelbundet rapportera till nämnden om hur den interna kontrollplanen genomförs och, hur den interna kontrollen fungerar samt föreslå åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnden. Vid misstanke om brott ska styrelsen utan oskäligt dröjsmål vidta åtgärder och informera landstingets ledning och landstingsrevisorerna.

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom verksamheten, i enlighet med Policy för intern kontroll LS 1303-0431.

Förvaltningschefen har i särskild bilaga till årsrapporten lämnat försäkran att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom bolaget i enlighet med Policy för Internkontroll LS 1303-0431.

3 Landstingsrevisorernas samlade bedömning

Nedan beskrivs landstingsrevisorernas samlade bedömning av patientnämnden för delår 2018:

- **Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat:** Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.
- **Intern styrning och kontroll:** Vid hittills genomförda granskningar har mindre avvikelser noterats när det gäller upptagna risker i internkontrollplanen och kontering av fakturor. När det gäller anpassningar till ny dataskyddsförordning konstaterade revisionen att nämnden bör utnämna ett dataskyddsbud samt se till att arbetsuppgifter är tydligt beskrivna i enlighet med dataskyddsförordningen. Dessa avvikelser bedöms dock inte vara av sådan karaktär att de påverkar den samlade bedömningen av nämndens interna styrning och kontroll.
- **Räkenskaper:** I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att nämndens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed.

4 Behandling av styrningsrapporten

Denna styrningsrapport ingår som en bilaga till årsrapporten 2018 och behandlas av nämnden den 19 februari 2019.