



Grundläggande granskning av Patientnämnden – Etiska nämnden 2020

Revisionsrapport

Sammanfattning

Revisorerna granskar årligen, i den omfattning som följer av god revisionsred, all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden. Den årliga granskningen omfattar grundläggande granskning och fördjupad granskning. Den grundläggande granskningen handlar bland annat om den struktur som nämnderna har för att uppnå en fullgod styrning, uppföljning och kontroll. Revisorerna ska i den grundläggande granskningen bedöma om förutsättningar för tillräcklig intern styrning och kontroll finns, samt om det fungerar i praktiken.

Syftet med granskningen är att översiktligt bedöma om Patientnämnden – Etiska nämnden har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Sammantaget gör vi bedömningen att Patientnämnden – Etiska nämnden har haft en i allt väsentligt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten under 2020.

Revisionsrapporten innehåller några rekommendationer till nämnden i syfte att vidareutveckla styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Vi vill särskilt lyfta fram följande rekommendationer:

- Att nämnden beslutar om en handlingsplan för att tillgodose kraven i regionens hållbarhetsplan 2020-2024.
- Utskottets beredning utmynnar inte alltid i ett förslag till beslut. Vi rekommenderar därför nämnden att säkerställa tillämpning av reglementet beträffande arbetsutskottets beredning¹.

¹ Reglementet anger ”När ärendet beretts ska utskottet lägga fram förslag till beslut”.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
2	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	4
3	Revisionskriterier	4
4	Metod.....	4
5	Resultat av granskningen.....	5
5.1	Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (för både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten? 5	
5.2	Har nämnden en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet? Det ingår även att bedöma måluppfyllelsen.	8
5.3	Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?	11
5.4	Har nämnden en ändamålsenlig beslutsprocess?	14
6	Revisionell bedömning	16

1 Bakgrund

Revisorerna granskar årligen, i den omfattning som följer av god revisionsred, all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden. Den årliga granskningen omfattar grundläggande granskning, fördjupad granskning samt granskning av årsredovisning och delårsrapport.

Den grundläggande granskningen handlar bland annat om den struktur som nämnderna har för att uppnå en fullgod styrning, uppföljning och kontroll. Revisorerna ska i den grundläggande granskningen bedöma om förutsättningar för tillräcklig intern styrning och kontroll finns, samt om det fungerar i praktiken.

2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillräcklig. Utifrån syftet har följande revisionsfrågor besvarats:

- Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?
- Har nämnden en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet? Det ingår även att bedöma måluppfyllelsen.
- Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?
- Har nämnden en ändamålsenlig beslutsprocess?

3 Revisionskriterier

De revisionskriterier som har bildat underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är huvudsakligen Kommunallagen², nämndens reglemente³, Regionplan 2020-2022⁴ och Samlad ledningsprocess⁵.

4 Metod

Granskningen har i huvudsak genomförts genom dokumentstudier, primärt av protokoll med tillhörande underlag. Granskning av det interna kontrollsystemet har även genomförts genom stickprov av verifikationer. Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bl.a. innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till berörd förvaltningschef.

² SFS 2017:725

³ Beslutad av Regionfullmäktige 2018-04-25, § 85

⁴ Beslutad av Regionfullmäktige 2019-04-16—17

⁵ Policy beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-27

5 Resultat av granskningen

5.1 Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (för både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styr signaler för verksamheten?

5.1.1 Har nämnden fastställt ett balanserat styrkort i enlighet med anvisningarna i Regionplanen och policyn Samlad ledningsprocess?

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för 2020 (2019-09-11 § 42). Styrkortet omfattar inriktningsmål, mål och mått för de fyra perspektiven (invånare, medarbetare, processer och ekonomi) i Regionplan 2020-2022. Styrkortet för 2020 omfattar tio mål med elva mått vilka överlag är både preciserade och mätbara. För målet friska medarbetare som har måttet sjukfrånvaro noteras dock målnivån ”Ej högre än jämförbara arbetsplatser i regionen”. I likhet med tidigare år anges för medarbetarperspektivet inga kvantifierade mål kopplade till chefs- och medarbetarenkäten. Detta i syfte att undvika utpekande av enskilda eftersom medarbetarstaben är så numerärt liten.

Kommentar

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2020, utformat i enlighet med anvisningarna i Regionplanen.

Vår bedömning är att målen i styrkortet uppfyller kraven på mätbarhet i enlighet med fullmäktiges policy Samlad ledningsprocess⁶. Vad gäller målnivån om sjukfrånvaro anser vi att det kan förtydligas vad som åsyftas med ”jämförbara arbetsplatser i regionen”.

5.1.2 Har styrkort upprättats och konkretiserats på förvaltningsnivå?

Utifrån vad som framgår i sammanträdesprotokoll är såväl styrkort som budgetskrivelse hänförliga till nämnden. Utav vad som framkommit i protokoll har inte styrkort upprättats på förvaltningsnivå. Huruvida styrkort finns på individnivå har inte ingått i granskningen.

Enligt budgetskrivelsen⁷ regleras nämndens och förvaltningens uppdrag i första hand genom Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (SFS 2017:372). Regionfullmäktige har vidare fastställt ett reglemente för nämnden.

Kommentar

Styrkort har enligt vad som framkommit inte upprättats på förvaltningsnivå. Styrkortet är samtidigt konkretiserat och förvaltningen består av endast ett fåtal medarbetare.

5.1.3 Vilka planer och/eller mål har nämnden beslutat om i övrigt?

I granskningen ingår att notera väsentliga beslut om planer och/eller mål, utöver nämndens styrkort.

⁶ Målen ska vara uppföljningsbara genom mätbara resultatindikatorer som kan verifiera om målen uppnås.

⁷ PEN sammanträdesprotokoll 2019-09-11 § 40

I Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården 3 § framgår att ”Patientnämnderna ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.”

I lagens 7 § framgår att Patientnämnderna ska göra Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppmärksam på förhållanden av relevans för myndighetens tillsyn. Vidare ska Patientnämnderna senast den sista februari varje år till IVO och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten samt den analys som gjorts i enlighet med 3 § under föregående år.

Vi har med koppling till ovan noterat följande beslut:

- *Januari. Nämndens verksamhetsberättelse för 2019*
Nämnden beslutade att godkänna verksamhetsberättelsen för 2019 och att överlämna den till Regionfullmäktige via Regionstyrelsen samt till IVO.
- *Juni. Delanalys Tillgänglighet*
Patientnämnderna i landet har till uppgift att göra en gemensam analys varje år. I år analyseras ”Tillgänglighet”. Rapporterna sammanställdes av IVO under våren 2020. Nämnden beslutade att lägga analysen till handlingarna. Föregående års analys hanterades på motsvarande sätt.
- *Juni. Analys ”Kan klagomål leda till en bättre vård? – Ta del av goda exempel”*
Nämndens beslut var att delge Regionfullmäktige, Hälso- och Sjukvårdsnämnden, IVO, Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunerna och sjukvårdsledningen samt att lägga analysen till handlingarna.
- *September. Nämndens delårsrapport 2020*
Det framgår att samtliga avslutade ärenden har avidentifierats i den månadsvisa redovisningen för vårdens verksamhetsledning samt till regionens chefsläkare i syfte att utöver analyserna, bidra till patientsäkerhet, kvalitetsförbättringar och en mer personcentrerad vård.
- *November. Analys ”Hur patienter med psykisk ohälsa upplever kontakt med vården”*
Nämnden beslutade att delge Hälso- och Sjukvårdsnämnden, Regionfullmäktige, IVO, chefläkarna i Region Västernorrland analysen samt att lägga analysen till handlingarna.

I övrigt noteras följande beslut om mål och planer:

- *Januari. Fastställa dokumenthanteringsplan 2020*
- *Januari. Godkänna kommunikationsplan*
Patientnämnderna i Sverige har upprättat en gemensam kommunikationsplan. Den beskriver nämndernas uppdrag och mål, prioriteringar, kanaler och andra förutsättningar för de kommunikationsinsatser som planeras och genomförs.

Enligt Regionens hållbarhetsplan⁸ ska dess målsättningar omsättas genom de balanserade styrkortet. Varje verksamhet ansvarar för att formulera egna aktiviteter i befintliga aktivitets- och handlingsplaner. Vi har noterat att nämnden har styrkorts mål⁹ kopplat till hållbarhetsplanen. I verksamhetsberättelsen noteras också viss information med koppling till hållbarhetsområdet, exempelvis reducerad pappersförbrukning. Nämnden har dock inte en beslutad handlingsplan för 2020.

Kommentar

Utöver nämndens styrkort har enstaka beslut noterats om mål och planer. Vi har däremot noterat att nämnden har tagit flera beslut kopplade till dess uppgifter enligt Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård.

Vi har inte noterat att nämnden har en beslutad handlingsplan kopplat till regionens hållbarhetsplan 2020-2024.

5.1.4 Vilka uppdrag till verksamheten har nämnden beslutat om i övrigt? Finns en dokumentation över beslutade uppdrag?

I granskningen ingår att notera väsentliga uppdrag till verksamheten. Vi har noterat följande uppdrag:

- Juni. Nämnden beslutade att med utgångspunkt i upprättade budgetförutsättningar senast den 21 september 2020, inkomma med förslag till Verksamhetsplan inklusive budget för 2021 samt plan 2022 – 2023 till Regionstyrelsen. Nämnden godkände vid sammanträde 2020-09-16 § 31 budget för 2021-2023. Styrelsen behandlade 2020-10-29 § 253 berörd budget.
- Flera beslut om att delge analyser har noterats, se avsnitt 5.1.3.

Kommentar

Under 2020 har vi noterat få beslut om uppdrag till verksamheten. Vi har inte information om det, utöver vad som framgår i protokoll, finns en dokumentation över beslutade uppdrag. Om omfattningen av uppdrag ökar bör en särskild dokumentation över uppdragen som anger former för genomförande, t.ex. ansvarig, tidsramar och eventuell återredovisning till nämnden övervägas.

5.1.5 Har nämnden tagit enskilda beslut av väsentlig betydelse som bör uppmärksammas?

Enligt Regionens attestreglemente¹⁰ ska respektive nämnd inom sin verksamhet utse eller delegera till annan att utse en eller flera beslutsattestanter samt ersättare för dessa. Beslut om detta ska fattas särskilt för varje kalenderår. Nämnden beslutade 2020-01-29 § 8 att utse "betalningsattestanter" 2020.

Nämnden har 2020-01-29 § 7 beslutat om delegationsordning 2020 för nämnden. Där framgår att betalningsattest är delegerat till Förvaltningschef. Dock ska betalningsattest av reseräkningar, egna utlägg samt kostnader för representation alltid

⁸ Hållbarhetsplan 2020-2024, fastställd av regionfullmäktige 2020-02-26 1 § 17

⁹ Målet "Löpande avstämning av medarbetarnas delaktighet i arbetet"

¹⁰ Beslutat av Regionfullmäktige 2018-06-20 § 140

ske av nämndens ordförande. I delegationsordningen framgår att delegat kan hän-skjuta beslutsfattande i ett ärende till högre nivå.

Kommentar

Nämnden har enligt vår bedömning tagit relevanta beslut för att tillgodose krav i Regionens attestreglemente. Att nämnden beslutat om en dokumenthanteringsplan (se avsnitt 5.1.3) tillgodoser kraven i Regionens arkivreglemente.

5.2 Har nämnden en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hant-erat eventuella avvikelser i resultatet? Det ingår även att be-döma måluppfyllelsen.

5.2.1 Uppfyller rapporteringen nämndens krav?

I nämndens styrkort anges att under året upprättas delårsrapport och årsredovisning. Den totala bilden av utfall och måluppfyllelse ges i årsredovisningen. För re-spektive mål specificerar nämndens styrkort om uppföljning sker vid delår och/el-ler årsvis.

Vid granskningen har konstaterats att nämndens styrkort följs upp och rapporteras i samband med delårsrapport och verksamhetsberättelse. Dessa uppföljningstill-fällen sammanfaller med dem som anges i anslutning till målen i nämndens styr-kort.

Nämnden noteras härutöver ha följande rutiner för rapportering av verksamheten:

- Etik/Etiska rådet (varje sammanträde)
- Redovisning av ärenden som handlagts och avslutats sedan föregående sam-manträde (varje sammanträde).
- Redovisning av stödpersonverksamheten och anmälningssärenden inom psyki-atrin (varje sammanträde).
- Enkätundersökning stödpersoner (efter genomförd undersökning).
- Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården § 3 ställer bland an-nat krav på att Patientnämnden genomför analyser av olika ärendegrupper. För noterade genomförda analyser, se avsnitt 5.1.3.
- Motsvarande ”återföringskonferens” avseende nämndens iakttagelser som skedde 2019¹¹ eller mötesanteckningar till nämnden från en sådan konferens, noteras inte 2020. Emellertid noteras att Chefläkare vid sammanträdet 2020-09-16 § 35 informerade om hur chefläkarna arbetar med Patientnämndens rapporterade klagomål.

¹¹ Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-03-27 § 20 ”Mötesanteckningar från återföringskonferenserna med verksamheterna och politikerna”- Återföringskonfe-renser har genomförts med vårdförvaltningarna, politikerna och tandvården utifrån Patientnämnden-Etiska nämndens ärenden och iakttagelser från år 2018.

- Rapporter efter deltagande i kurser och konferenser (löpande).
- Kundnöjdhet (efter genomförd enkätundersökning).

Det framgår inte i sammanträdesprotokoll att uppföljning av ekonomin har gjorts utöver delårsrapport och verksamhetsberättelse. I nämndens verksamhetsplan inklusive budgetskrivelse 2020 framgår att kostnadskontroll sker enligt fastställda rutiner, vilket innebär en månatlig avstämning av utfall i relation till budget med åtföljande årsprognos. Även i nämndens internkontrollplan för 2020 framgår att ekonomisk uppföljning sker löpande varje månad, med rapportering till nämndens presidium.

Nämndens delårsrapport för perioden januari till augusti 2020 har godkänts av nämnden på septembersammanträdet och överlämnats till Regionstyrelsen. Vi har kunnat bekräfta att de sju mål som ska följas vid delåret enligt nämndens styrkortet också har följts upp.

Verksamhetsberättelsen innehåller uppföljning av samtliga mål som enligt styrkortet ska följas upp vid helår.

Vid delårsrapporten, liksom vid verksamhetsberättelsen 2020, gjorde nämnden den samlade bedömningen att det var full måluppfyllnad i alla fyra styrkortsperspektiven. Beträffande målet i ekonomiperspektivet, om att tilldelad budgetram ska hållas, var nämndens resultat för 2020 ett överskott med +1,5 mkr. Överskottet mot budget förklaras till stor del av pandemin med dess konsekvenser, bland annat inställda tjänsteresor och utbildningar samt digitala nämndssammanträden.

Under 2020 har vi i övrigt noterat flera informationsärenden för nämnden, bland annat följande:

- Primärvårdsdirektör - information om verksamheten.
- Information om journalen via nätet.
- Patientnämnden i Stockholm har tagit fram en gemensam E-utbildning för stödpersoner.
- Hur chefläkarna arbetar med Patientnämndens rapporterade klagomål.
- Hur Patientnämnden-Etiska nämnden påverkats av Coronapandemin.
- Information av kommande gemensamma analyser för ärenden 2020 med IVO och Sveriges patientnämnder.
- Förvaltningens arbete med att ta fram nyhetsbrev som en informationsinsats.
- Muntlig sammanställning av inkomna Covid-relaterade ärenden.
- IVO planerar tillsyn av Barn- och ungdomspsykiatri och har med anledning av detta begärt underlag från patientnämnden.
- Verksamhetschef för vårdval Västernorrland - information angående uppföljning av avvikelser i primärvården.

Kommentar

Vår bedömning är att nämnden har efterlevt de regiongemensamma kraven på rapportering avseende delårsrapport och verksamhetsberättelse för 2020. Måluppfyllelsen är god inom samtliga perspektiv i styrkortet.

Att ekonomisk uppföljning sker månadsvis till nämndens presidium överensstämmer med nämndens beslutade budgetskrivelse. Vi menar, som vid 2019 års grundläggande granskning, att nämnden bör bedöma om det finns behov av ytterligare uppföljning av ekonomin till samtliga ledamöter i nämnden. Utifrån nämndens protokoll 2020 kan vi inte se om nämnden har övervägt frågan. Enligt uppgift från förvaltningen har dock frågan behandlats i arbetsutskottet, vilka bedömt att nuvarande rutin ska kvarstå oförändrad.

5.2.2 Har nämnden beslutat om åtgärder med anledning av eventuella avvikelser i det redovisade resultatet (för ekonomi och verksamhet)?

Inga väsentliga avvikelser eller tillhörande beslut om åtgärder har noterats i det redovisade ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet för nämnden. I detta ingår inte de klagomål och synpunkter på vården som enskilda patienter har framfört till nämnden. Nämnden bedömde både i delårsrapport och i verksamhetsberättelsen att samtliga mål i det balanserade styrkortet var uppfyllda.

Nämnden har i enlighet med mål i dess styrkort genomfört årlig kundnöjdhetsundersökning och vid novembersammanträdet beslutat att lägga den till handlingarna. I nämndens verksamhetsberättelse 2020 har kundnöjdhetsundersökningen kommenterats. Bland annat framgår att flertalet (av de svarande) har uppgett att bemötandet har varit bra. Utifrån de utvecklingsområden som har identifierats i samband med tidigare års enkätundersökningar, har under 2020, utöver muntlig, även skriftlig information om nämndens uppdrag i större utsträckning givits ut till anmälare. Vidare har enkäten sänts ut kort tid efter avslutat ärende för att minska risken för att den blir bortglömd eller förväxlad. Verksamheten har märkt av en positiv effekt av nämnda åtgärder.

Kommentar

Inga väsentliga avvikelser eller tillhörande beslut om åtgärder har noterats i det redovisade ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet.

Vår bedömning är, i likhet med föregående års grundläggande granskning, att nämndens genomförda kundundersökning ger goda förutsättningar för nämnden att uppmärksamma förbättringsbehov i verksamheten. Nämnden har också vidtagit åtgärder utifrån kundnöjdhetsundersökningars resultat.

5.2.3 Har nämnden säkerställt att åtgärder vidtas med anledning av de granskningar som Regionens revisorer genomfört under föregående revisionsår?

Vid 2019 års grundläggande granskning framkom några iakttagelser och rekommendationer till nämnden i syfte att vidareutveckla styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten utifrån fullmäktiges mål och policys. Revisionen begärde emellertid inte något svar från nämnden avseende rapportens iakttagelser som i huvudsak var följande;

- Målnivån för ett mål¹² är inte detsamma i budgetskrivelse och styrkort. För 2020 har vi inte noterat några avvikande målnivåer mellan styrkort och budget.
- Granskningen tog upp vikten av att uppföljningen innehåller samtliga mål. För 2020 har vi inte noterat några mål som inte har följts upp.
- Vår bedömning är att internkontrollplanen kan utvecklas ytterligare genom att specificera ansvariga för utförandet av förekommande kontroller samt hur kontrollerna ska utföras. Bedömningen kvarstår för 2020, se 5.3.1.
- För att tydliggöra nämndens bedömning av huruvida nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll, rekommenderar vi att detta ställningstagande framgår vid verksamhetsberättelsen. Bedömningen kvarstår för 2020, se 5.3.2.
- Utifrån noteringar vid vår verifikationsgranskning bedömer vi att verksamheten bör vara uppmärksam på efterlevnad av Regionens riktlinjer vid gåvor till personer som också är anställda inom Regionen. Inga brister har noterats för 2020, se avsnitt 5.3.3.

Kommentar

Vår bedömning är att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån de iakttagelser som framförts vid revisionens granskningar under föregående år.

5.3 Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?

5.3.1 Har nämnden beslutat om en plan för uppföljning av den interna kontrollen utifrån en bedömning av risk och väsentlighet?

Nämnden har fastställt en internkontrollplan för 2020¹³. Planen är baserad på en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys¹⁴ som ingår i budgetskrivelsen.

I planen anges två områden som utifrån nämndens risk- och väsentlighetsanalys för 2020 ska följas upp och rapporteras; Antal verksamhetsfrämmande inköp under 2020 och Antal felaktiga reseersättningar till stödpersoner, baserat på uppgivet reseavstånd. Dessa kontrollområden är desamma som i internkontrollplan 2019.

Av internkontrollplanen framgår bland annat att verksamhetschefen på uppdrag av nämnden ansvarar för att det finns en god intern kontroll inom verksamhetsområdet, att alla anställda har skyldighet att omedelbart rapportera fel och brister i det interna kontrollsystemet till överordnad samt att det för varje tjänst finns en befattningsbeskrivning med fördelade ansvarsområden.

Tidigare års notering kvarstår om att det för planens kontrollaktiviteter inte specificeras ansvariga funktioner eller vilka verktyg/metoder som ska användas.

¹² Andel ärenden med begäran om stödperson som ska vara förordnade inom två veckor

¹³ 2019-09-11 § 41

¹⁴ Dnr 2019-20A

Kommentar

Vi bedömer att nämndens internkontrollplan tydliggör syfte och struktur för nämndens interna kontroll samt hur intern kontroll är en del av nämndens styrning och uppföljning.

Vår bedömning kvarstår från tidigare år om att internkontrollplanen kan utvecklas ytterligare genom att specificera ansvariga funktioner och tillvägagångssätt för utförandet av kontroller.

5.3.2 Har resultatet av den interna kontrollen redovisats till nämnden i enlighet med nämndens beslut?

Enligt nämndens plan för uppföljning av den interna kontrollen 2020 ska resultat skriftligen rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsberättelsens upprättande.

Från regionens Samordnare Intern styrning och kontroll har vi fått uppgift om att det för nämndens del inte krävs en särskild internkontrolluppföljningsbilaga vid delårsrapporten, utan det är tillräckligt att en beskrivning av arbetet med internkontroll ingår i delårsrapporten. I nämndens delårsrapport 2020 framgår bland annat att ”Efter uppföljning kan inga brister finnas i den interna kontrollen, vilket redovisats för nämndens ledamöter”.

Vi har verifierat att det i verksamhetsberättelsen 2020 finns en uppföljning av intern kontroll. I uppföljningen framgår resultatet av de kontrollåtgärder som genomförts utifrån nämndens internkontrollplan samt åtgärder/rättningar som föranletts av genomförda kontroller.

Det framgår i verksamhetsberättelsen att ”Efter uppföljning kan inga brister återfinnas i den interna kontrollen, vilket redovisats för nämndens ledamöter.” Vi har, likt föregående år, emellertid noterat att uppföljningsbilagan för intern kontroll innehåller ett uttalande som inte helt överensstämmer med regionens mall¹⁵.

Kommentar

Vår bedömning är att resultatet av uppföljning av den interna kontrollen har redovisats till nämnden i enlighet med fastställd internkontrollplan.

För att tydliggöra nämndens bedömning av om nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll, rekommenderar vi, som tidigare, att detta ställningstagande görs enligt regionens mall i samband med verksamhetsberättelsen.

I syfte att utveckla arbetet med intern kontroll ytterligare hänvisar vi i övrigt till iakttagelser i den granskning¹⁶ från 2020 som beskriver allmänna utvecklingsområden på området.

¹⁵ I Regionens mall finns följande exempel på Åtgärdsplan/förbättringar samt sammanfattande bedömning: ”Med anledning av resultatet har följande åtgärder vidtagits/planerats att vidtas”, ”Resultatet föranleder inga ytterligare åtgärder utöver ett ständigt pågående ordinarie arbete med att utveckla och säkerställa bra rutiner och processer”, ”Sammantaget är bedömningen att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Detta utifrån en rimlig grad av säkerhet inom förvaltningens samlade verksamhet.”

¹⁶ Dnr 20REV68

5.3.3 Verifiering av den interna kontrollen

Dokumenthantering

I granskningen ingår att verifiera den interna kontrollen avseende dokumenthantering. Nämnden ska enligt arkivreglementet upprätta en dokumenthanteringsplan som fortlöpande kompletteras. Dokumenthanteringsplanen ska redovisa de typer av handlingar som förekommer i myndighetens verksamhet. Den ska innehålla uppgift om handlingens funktion, samband med andra handlingstyper (processuella samband), tidpunkt för gallring enligt gällande gallringsföreskrifter, tidpunkter för avställning och arkivering samt lagringsmedium.

I samband med nämndens övergång till e-arkiv har beslut tagits i januari om en dokumenthanteringsplan 2020 som ersätter tidigare upprättad dokumenthanteringsplan- och arkivbeskrivning från 2018-12-19 § 64.

Gåvor

I granskningen ingår att verifiera den interna kontrollen genom stickprov bland verifikationer som avser gåvor. Det konto som har omfattats av granskningen är 46900¹⁷ Uppvaktning/presenter. Urvalet av transaktioner har skett från de kostnadsställen som sorterar under Patientnämnden Etiska nämnden. Vi har konstaterat att det för nämnden inte fanns några fakturor på kontot för 2020.

Kommentar

I samband med övergång till e-arkiv har nämnden beslutat om en ny dokumenthanteringsplan 2020.

Föregående år rekommenderade vi nämnden att vara uppmärksam på efterlevnad av Regionens riktlinjer vid gåvor till personer som också är anställda inom Regionen. I samband med årets verifikationsgranskning har vi konstaterat att nämnden inte har några fakturor konterade på kontot för uppvaktning/presenter.

5.3.4 Ryms nämndens beslut inom ramen för reglementet?

I nämndens reglemente¹⁸ framgår att ”Utöver det som föreskrivs om nämnder i Kommunallag (2017:725) eller i Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) gäller bestämmelserna i detta reglemente, i Regionens arkivreglemente och attest- och utbetalningsreglemente samt fullmäktiges beslut”.

Reglementet ställer bland annat krav på att nämnden ska ha ett arbetsutskott. Nämnden utsåg under 2019 ledamöter och ersättare i arbetsutskottet för mandatperioden 2019-2022, i enlighet med reglementet¹⁹.

¹⁷ Inför föregående års grundläggande granskning påtalade revisionskontoret till ekonomiverksamheten att regionens konto för gåvor inte överensstämde med L-bas (Enligt L-bas: 463, RVN: 46900). Iakttagelsen kvarstår för 2020.

¹⁸ Reglemente för Patientnämnden – Etiska nämnden 2019-2022, Beslutat av Regionfullmäktige 2018-04-25 § 85

¹⁹ Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-01-30 § 5

För att fullgöra sitt uppdrag ska nämnden enligt reglementet²⁰ inrätta ett Etiskt råd med företrädare för professionen för att övergripande driva och hantera etiska frågor inom ramen för regionens etiska policy. Vi noterar att ett Etiskt råd finns inrättat och att nämnden löpande behandlar rapporter från dess sammanträden.

Kommentar

Utifrån en översiktlig genomgång har inga beslut noterats som bedöms ligga utanför nämndens befogenheter enligt reglementet.

5.4 Har nämnden en ändamålsenlig beslutsprocess?

5.4.1 Är beslutsprocessen dokumenterad

I reglementet framgår viss information kopplad till beslutsprocessen, exempelvis kring nämndens arbetsformer som bland annat omfattar kallelser till sammanträdena, justering av protokoll, att sekreterare ombesörjer expedieringen av nämndens beslut, att ordföranden beslutar om formerna för föredragning av ärendena.

Reglementet anger vidare att det inom nämnden ska finnas ett arbetsutskott bestående av tre ledamöter och två ersättare. Det framgår att de ärenden som ska avgöras av nämnden i dess helhet ska beredas av utskottet om beredning behövs. Ordförande överlämnar sådana ärenden till utskottet. När ärendet beretts ska utskottet lägga fram förslag till beslut.

Vad vi noterat berör inte reglementet nämndens eller utskottets beslutsprocess närmare.

Utöver reglementet har vi inte noterat att det finns annan dokumentation som beskriver nämndens beslutsprocess.

Regiondirektören har fastställt en regiongemensam rutin avseende ärendehantering. ²¹ Rutinen berör processen fram till utskottets beredning av ärendena. I rutinen framgår inte att Patientnämnden – Etiska nämnden omfattas.

Kommentar

Vår bedömning är att beslutsprocessen, på en övergripande nivå, är dokumenterad i reglementet. Det har inte framkommit övrig dokumentation som reglerar nämndens beslutsprocess.

Ytterst är det en fråga för ordföranden att bedöma vilka ärenden som ska tas upp på dagordningen i utskotten och nämnden genom preliminära föredragningslistor. Föredragningslistorna fastställs vid inledningen av sammanträdena.

Vi rekommenderar att nämnden överväger att utarbeta anvisningar kring beslutsprocessen som tydliggör nämndens krav på skriftliga beslutsunderlag inklusive vilka perspektiv/konsekvenser som ska belysas i beslutsärenden.

²⁰ Fullmäktige 2018-04-25, Dokumentnr 371681 / Version 1

²¹ Styrdokumentsnummer 450465 ”Ärendehantering – vem ansvarar för vad” fastställd 2020-11-02

5.4.2 Har nämndens beslut beretts av ansvarigt utskott?

Utifrån vad som framgår i nämndens protokoll 2020, har nämndens ärenden i huvudsak beretts av utskottet. Vad vi noterat framgår överlag en eller båda av följande alternativ:

- Under rubriken Beredning framgår Patientnämnden-Etiska nämndens arbetsutskott med datum och paragraf (vanligast förekommande alternativet)²².
- Nämnden ”beslutade på arbetsutskottets förslag”

För informationsärenden sker inte beredning, utav vad som framgår i protokoll. Ingen beredning av utskottet noteras heller i beslutet 2020-06-03 § 22 om att med utgångspunkt i upprättade budgetförutsättningar inkomma med förslag till Verksamhetsplan inklusive budget för 2021 samt plan 2022 – 2023 till Regionstyrelsen. Emellertid beslutade nämnden 2020-09-16 § 31 att på arbetsutskottets förslag godkänna förslag till nämndens budget för 2021-2023.

Kommentar

Vår bedömning är att nämndens beslut i allt väsentligt har beretts av ansvarigt utskott. Detta har framgått i nämndens protokoll, genom att arbetsutskottets beredning anges med datum och paragraf eller att det av nämndens beslut framgår att ”Patientnämnden-Etiska nämnden beslutade på arbetsutskottets förslag”. Vi kan emellertid inte bedöma i vilken utsträckning nödvändig beredning har skett, utifrån att beredning enligt reglementet ska ske om den behövs.

Beredningen utmynnar inte alltid i ett förslag till beslut. Vi rekommenderar därför nämnden att säkerställa tillämpning av reglementet beträffande arbetsutskottets beredning²³.

²² I nämndens protokoll 2020-06-03 § 23 står dock ”Beredning Patientnämnden-Etiska nämndens förvaltningsutskott 2020-05-20, § 23”

²³ Reglementet anger ”När ärendet beretts ska utskottet lägga fram förslag till beslut”.

6 Revisionell bedömning

Sammantaget är vår bedömning utifrån granskningen att Patientnämnden – Etiska nämnden har en i allt väsentligt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten under 2020. Bedömningen grundas på följande huvudsakliga iakttagelser beträffande revisionsfrågorna och föranleder förekommande rekommendationer;

- Nämnden har tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten.

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2020, utformat i enlighet med anvisningarna i Regionplanen. Vår bedömning är att målen i styrkortet uppfyller kraven på mätbarhet i enlighet med fullmäktiges policy Samlad ledningsprocess²⁴. Vad gäller målnivån om sjukfrånvaro bedömer vi att det kan förtydligas vad som åsyftas med ”jämförbara arbetsplatser i regionen”.

Styrkort har inte upprättats på förvaltningsnivå. Styrkortet är samtidigt konkretiserat och förvaltningen består av endast ett fåtal medarbetare.

Nämnden har tagit flera beslut kopplade till dess uppgifter enligt Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård. Vidare har nämnden tagit relevanta beslut för att tillgodose bestämmelser i regionens attestreglemente och arkivreglemente.

Vi har inte noterat att nämnden har en beslutad handlingsplan för 2020 kopplat till regionens hållbarhetsplan 2020-2024. Vi rekommenderar därför att nämnden beslutar om åtgärder för ändamålet.

- Nämnden har en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet. Inga väsentliga avvikelser i resultatet har noterats och nämnden bedöms ha en god måluppfyllelse.

Nämnden har efterlevt de regiongemensamma kraven på rapportering avseende delårsrapport och årsredovisning.

Som vid 2019 års grundläggande granskning menar vi att nämnden bör bedöma om det finns behov av ytterligare uppföljning av ekonomin till samtliga ledamöter i nämnden. Enligt uppgift från förvaltningen har frågan behandlats i arbetsutskottet, vilka bedömt att nuvarande rutin ska kvarstå oförändrad.

Inga väsentliga avvikelser har noterats i det redovisade ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet. Nämnden bedöms överlag ha en god måluppfyllelse.

Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån iakttagelser som framförts vid revisionens granskningar under föregående år.

- Nämnden har en övergripande process för den interna kontrollen.

Vi bedömer att nämndens internkontrollplan tydliggör syfte och struktur för nämndens interna kontroll samt hur intern kontroll är en del av nämndens styrning och uppföljning. Vår bedömning kvarstår från tidigare år om att internkontrollplanen

²⁴ Målen ska vara uppföljningsbara genom mätbara resultatindikatorer som kan verifiera om målen uppnås.

kan utvecklas ytterligare genom att specificera ansvariga funktioner och tillvägagångssätt för utförandet av kontroller.

Resultatet av uppföljning av den interna kontrollen har redovisats till nämnden i enlighet med fastställd internkontrollplan. För att tydliggöra nämndens bedömning av huruvida nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll, rekommenderar vi att detta ställningstagande, enligt regionens mall, framgår vid verksamhetsberättelsen.

Utifrån en översiktlig genomgång har inga beslut noterats som bedöms ligga utanför nämndens befogenheter enligt reglementet.

Inga avvikelser har noterats vid vår verifiering av intern kontroll beträffande förekomst av dokumenthanteringsplan och hantering av verifikationer för uppvaktning/presenter.

I syfte att utveckla arbetet med intern kontroll ytterligare vill vi i övrigt hänvisa till iakttagelser i den granskning²⁵ från 2020 som beskriver generella utvecklingsområden på området.

- Nämnden har i huvudsak en ändamålsenlig beslutsprocess

Detta grundar vi på att beslutsprocessen är övergripande dokumenterad och att nämndens ärenden i huvudsak har beretts av utskottet under 2020.

Vi rekommenderar att nämnden överväger att utarbeta anvisningar kring beslutsprocessen som tydliggör nämndens krav på skriftliga beslutsunderlag inklusive vilka perspektiv/konsekvenser som ska belysas i beslutsärenden.

Beredningen utmynnar inte alltid i ett förslag till beslut. Vi rekommenderar därför nämnden att säkerställa tillämpning av reglementet beträffande arbetsutskottets beredning²⁶.

Anna Nordlöf
Certifierad kommunal revisor

²⁵ Dnr 20REV68

²⁶ Reglementet anger "När ärendet beretts ska utskottet lägga fram förslag till beslut".