



Grundläggande granskning 2018 av Hälso- och sjukvårdsnämnden

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 Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillräcklig.

Vi bedömer att det på en övergripande nivå finns en i huvudsak ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Nämnden har dock inte agerat i tillräcklig utsträckning inom dessa ramar för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser som gäller för verksamheten. Processen för den interna kontrollen har enligt vår mening inte varit ändamålsenlig.

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 och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?	5
5.2	Har nämnden beslutat om uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?.....	8
5.3	Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?	12
5.4	Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?	14
6	Revisionell bedömning	15

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 är att översiktligt bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten varit tillräcklig. Utifrån syftet ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?
- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?
- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden en övergripande process för den interna kontrollen?
- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?

Uppdraget är primärt avgränsat till att följa nämndens protokoll med tillhörande handlingar.

3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Resultatet av granskningen kommenteras och bedöms med stöd av kommunallagen, Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente, Regionplan 2018-2020 och policyn Samlad ledningsprocess.

4 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och avstämning av uppgifter med regiongemensamma funktioner inom Regionledningsförvaltningen samt förvaltningscheferna för Specialistvården Västernorrland och Rättspsykiatriska Regionkliniken.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bl.a. innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till de intervjuade och övriga uppgiftslämnare samt berörda förvaltningschefer och regiondirektören.

5 Resultat av granskningen

5.1 Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?

5.1.1 Har nämnden fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2018 i enlighet med anvisningarna i Regionplan 2018-2020?

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde sitt styrkort vid sitt sammanträde den 31 maj 2017. Nämnden reviderade styrkortet den 24 januari 2018, bland annat avseende målnivåerna för återbesök och standardiserade vårdförlopp. Nya mål har formulerats avseende avvikelshanteringen och målbilden för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Nämndens styrkort omfattar framgångsfaktorer, mål och mått för de fyra perspektiven (invånare, medarbetare, processer och ekonomi) med tillhörande inriktningsmål, i enlighet med *Regionplan 2018-2020*.

Styrkortet omfattar 28 mål med 44 mått och målnivåer. För 64 procent av måtten är nivåerna både preciserade och mätbara, 25 procent av måtten anger en riktning (öka/minska) och för resterande 11 procent anges att en kvalitativ beskrivning ska redovisas.

Specialistvårdsförvaltningen bedömer i sin verksamhetsberättelse att målen har uppnåtts för medarbetarperspektivet och att målen inte har uppnåtts för övriga perspektiv. Jämfört med föregående år innebär det en förbättring för medarbetarperspektivet och en försämring för processperspektivet, övriga perspektiv lika.

Rättspsykiatriska regionkliniken bedömer i sin verksamhetsberättelse att målen har uppnåtts för perspektiven medarbetare och ekonomi samt att målen delvis uppnåtts för perspektiven invånare och process. Jämfört med föregående år innebär det en förbättring för medarbetarperspektivet och en försämring för invånarperspektivet, övriga perspektiv lika.

Det framgår inte av nämndens styrkort vilka mål och mått som avser specialistvårdsförvaltningen respektive Rättspsykiatriska Regionkliniken.

Kommentar

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2018 i enlighet med anvisningarna i regionplanen. Några av målen uppfyller inte kraven på mätbarhet i enlighet med fullmäktiges policy *Samlad ledningsprocess*.

Föregående års rekommendationer i den grundläggande granskningen har i stort tillgodosetts i nämndens styrkort för 2019 (fastställt i maj 2018). Dels har nämnden preciserat vilka förvaltningar/verksamheter som målen är avsedda för och dels är i princip alla mål mätbara.

Förvaltningarna har bedömt måluppfyllelsen i sina verksamhetsberättelser. Under 2018 har vi framförallt noterat en positiv utveckling inom medarbetarperspektivet. Specialistvården har dock inte klarat något av målen inom invånarperspektivet under 2018.

5.1.2 Har styrkort upprättats på verksamhetsnivå för verksamhetsåret 2018?

Specialistvårdsförvaltningen har i budgetskrivelsen bifogat ett styrkort för 2018. Enligt budgetskrivelsen utgör regionplanen, nämndens styrkort och övriga styrande dokument i regionen en plattform för specialistvårdens övergripande balanserade styrkort. Styrkortet omfattar 12 av de 28 målen och 18 av de 44 måtten och målnivåerna i nämndens styrkort samt därutöver två mål avseende screening för undernäring och minskning av antalet hyrveckor.

Samtliga länsverksamheter utom en har upprättat styrkort för 2018. Uppföljning av styrkortet ingår i förvaltningsledningens verksamhetsgenomgångar.

Rättspsykiatriska regionkliniken redogör i sin budgetskrivelse för hur förvaltningen arbetar utifrån de övergripande inriktningsmålen i regionplanen. Förvaltningen har anpassat styrkortet utifrån verksamhetens inriktning, bland annat har invånarperspektivet ändrats till ett patientperspektiv och justeringar har gjorts av inriktningsmålen. Styrkortet för verksamhetsåret 2018 omfattar 12 mål med tillhörande mått/mätmetoder.

Ledningen för Rättspsykiatriska regionkliniken uppger att styrkortet gäller för klinikens åtta vårdavdelningar och den pedagogiska enheten. Styrkortet hanteras inom ramen för verksamhetens ledningssystem för kvalitet (*ISO 9001:2015*).

Kommentar

Den brist på styrkort i länsverksamheterna som påvisades i den grundläggande granskningen avseende verksamhetsåret 2017 har i allt väsentligt åtgärdats.

Tillämpningen av styrkortsmodellen är ett utvecklingsområde i regionen. Enligt uppgift har det pågått ett aktivt utvecklingsarbete inom länsverksamheterna kring styrning och uppföljning med stöd av balanserade styrkort under 2018. Det finns enligt uppgift också planer på att utveckla ett regiongemensamt styrdokument med närmare anvisningar kring tillämpningen av modellen med balanserade styrkort, något som hittills har saknats i regionen. Vi rekommenderar härutöver att nämnden utvecklar tillämpningen av styrkortsmodellen i en nära dialog med förvaltningscheferna.

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. Vi har noterat följande beslut:

- *Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2019*
Beslut om inriktning och mål för patientsäkerhetsarbetet inom de fyra prioriterade satsningsområdena. Resultatet ska redovisas i den lagreglerade patientsäkerhetsberättelsen.
- *Uppdrag till Rättspsykiatriska regionkliniken att bedriva psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård 2019*
Vårdgivarens uppdrag till verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

- *Handlingsplan för utveckling av specialistvårdens organisation*
Åtgärder med anledning av tidigare redovisad utvärdering av specialistvårdens organisation. Syftet med handlingsplanen är bland annat att etablera tydligare mål och en tydligare ledningsstruktur för specialistvården.
- *Handlingsplan för förbättringar av patienttransporter*
Åtgärder med anledning av tidigare redovisad utredning om alternativa transportlösningar.

Kommentar

Angående uppdraget till Rättspsykiatriska regionkliniken har vi noterat att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har beslutat om ett motsvarande uppdrag till länsverksamheterna Barn- och ungdomspsykiatri respektive Vuxenpsykiatri. Revisorerna har lyft fram denna brist i granskningen *Tvångsvård inom psykiatrin* (2015).

5.1.4 Vilka uppdrag till verksamheten har nämnden beslutat om i övrigt?

I granskningen ingår att notera väsentliga uppdrag till verksamheten. Vi har noterat följande uppdrag som beslutats under 2018 (se även avsnitt 5.2.3):

- Uppdrag avseende handlingsplan för en ekonomi i balans, se avsnitt 5.2.2.
- Uppdrag avseende utveckling av ett mer systematiskt arbetssätt med riskanalyser och riskhantering för den interna kontrollen, se avsnitt 5.3.
- Fördjupad återrapportering avseende konsekvenser av genomförda strukturförändringar inom specialistvården.
- Fördjupad återrapportering utifrån Patientnämnden - Etiska nämndens skrivelse till nämnden avseende tillgängligheten inom vuxenpsykiatrin.
- Rapportering av hur arbetet med tvångsåtgärder mot barn inom psykiatrisk tvångsvård utvecklas.
- Redovisning av länsverksamheter som sänkt sin produktion och produktivitet samt antalet väntande patienter till första besök respektive åtgärd per länsverksamhet.
- Utredningsuppdrag avseende självtest vid antikoagulantibehandling.
- Utredningsuppdrag avseende förutsättningar för att inrätta en beroendemottagning i länet.

En uppdaterad sammanställning av nämndens beslutade uppdrag har redovisats vid varje sammanträde. Vid mötet i december 2018 omfattade listan 13 öppna uppdrag.

Kommentar

Nämnden har inarbetade rutiner för uppföljning av beslutade uppdrag som ska återrapporteras till nämnden. Vår rekommendation utifrån granskningen *Implementering av politiska beslut* (2018) kvarstår dock. Rekommendationerna rör främst beslut som ska verkställas, i de fall nämnden inte begärt en återrapportering av resultatet.

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

Vi har inte kunnat se att nämnden tagit andra väsentliga beslut, utöver vad som redovisats i tidigare avsnitt.

5.2 Har nämnden beslutat om uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?

5.2.1 Efterlevs de regiongemensamma kraven på rapportering? Har nämnden ställt några krav därutöver? Uppfyller rapporteringen nämndens krav?

Den övergripande rapporteringen av verksamhetens resultat sker i månadsrapporter, delårsrapport för perioden januari-augusti samt i årsredovisning. I årshjulet ingår också en tertialvis rapportering av patientsäkerhetsarbetet och den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Nämnden har fastställt en tidplan för månadsrapporteringen. Specialistvårdförvaltningen och Rättspsykiatriska regionkliniken har rapporterat enligt planen. Förvaltningschefen för specialistvården har också lämnat en månatlig lägesrapport i aktuella frågor.

Specialistvårdförvaltningen har i sin delårsrapport redovisat resultatet för 27 av de 29 målen och måtten¹ i nämndens styrkort som skulle redovisas per 2018-08-31. Rättspsykiatriska regionkliniken har i sin delårsrapport redovisat resultatet för 12 av målen och måtten, där det enligt förvaltningen finns relevanta mätetal.

Specialistvårdförvaltningen har i sin verksamhetsberättelse för 2018 rapporterat resultatet för 42 av de 44 målen och måtten² i nämndens styrkort samt resultatet för ytterligare sex mål avseende nutrition och miljö. Rättspsykiatriska regionkliniken har i sin verksamhetsberättelse rapporterat resultatet för 18 av de 44 målen och måtten, där det enligt förvaltningen finns relevanta mätetal.

Verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet inom Regionledningsförvaltningen har rapporterat utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet enligt plan.

Nämnden har upprättat en patientsäkerhetsberättelse för 2018 i enlighet med bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

Länsverksamheterna har löpande bjudits in för att informera nämnden om sin verksamhet. Under 2018 har följande länsverksamheter rapporterat: Barn- och

¹ Resultatet avseende telefontillgänglighet redovisades inte. Resultatet avseende kostnadsreducingar enligt regionplanen uppgavs vara svåra att uppskatta på grund av stora kostnadsökningar inom hela specialistvården.

² Inom invånarperspektivet fanns resultatet från Hälso- och sjukvårdsbarometern avseende förtroende för sjukhusen inte tillgängligt ännu. Inom processperspektivet har en stickprovsmätning gällande andelen patienter som får aktuell utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse samt läkemedelslista inte genomförts.

ungdomsmedicin, Geriatrik/neurologi/rehabilitering, Hud/lungmedicin/infektion, Hörselvården, Medicin, Vuxenpsykiatri och Ögon.

Lägesrapporter i enskilda ärenden har också lämnats löpande inför nämndens sammanträden.

Nämnden har utöver ovanstående också tagit enskilda beslut om återrapportering, se avsnitt 5.1.4. Rapporteringen motsvarar i huvudsak nämndens krav. Vi har dock noterat att den fördjupade återrapportering som nämnden efterfrågat avseende konsekvenser av genomförda strukturförändringar inom specialistvården endast har återrapporterats summariskt.

Kommentar

De regiongemensamma kraven på rapportering har efterlevts och rapporteringen motsvarar i huvudsak också nämndens krav. Nämnden har under året varit aktiv i sin informationsinhämtning. Vi bedömer att nämndens system för uppföljning och rapportering är tillräcklig frekvent för att ge förutsättningar för att i tid kunna vidta åtgärder vid eventuella avvikelser.

De brister i patientsäkerhetsberättelsen som påvisades i den grundläggande granskningen avseende verksamhetsåret 2017 har åtgärdats.

5.2.2 Har nämnden beslutat om åtgärder med anledning av eventuella avvikelser i det redovisade resultatet?

Vid ingången av år 2018 hade specialistvården en budgeterad obalans (underskott) på 227 miljoner kronor.

Specialistvårdsförvaltningen har löpande under året rapporterat verksamhetens resultat utifrån de fyra perspektiven i regionplanen och nämndens styrkort. Förvaltningen har också löpande rapporterat länsverksamheternas arbete med handlingsplaner för att minska det ekonomiska underskottet.

I april rapporterade förvaltningen att åtgärder för cirka 54 miljoner kronor har identifierats som går att omsätta 2018 och ytterligare cirka 26 miljoner kronor som går att omsätta 2019-2020. Åtgärderna under 2018 rör i huvudsak minskade kostnader för personal, hyrpersonal och utomlänsvård samt ökade intäkter via patientavgifter, utomlänsvård och olika statsbidrag. Av rapporteringen framgår också fördelningen av vidtagna och planerade åtgärderna per länsverksamhet.

Följande ekonomiska helårsprognoser har rapporterats till nämnden:

2018-03-20	-215 mnkr (somatisk vård -206 och psykiatrisk vård -9)
2018-04-19	-215 mnkr
2018-05-22	-271,4 mnkr (somatisk vård -257,8 och psykiatrisk vård -13,6)
2018-06-11	-271 mnkr
2018-08-29	-271 mnkr
2018-10-04	-271,2 mnkr (somatisk vård -250,7 och psykiatrisk vård -20,5)
2018-11-13	-271 mnkr
2018-12-13	-225 mnkr (efter styrelsens beslut om extra budgetmedel för 2018)

Det ekonomiska utfallet uppgick enligt verksamhetsberättelsen för 2018 till -197,1 miljoner kronor, varav somatisk vård -194,9 och psykiatrisk vård -2,2.

Nämnden har inte tagit enskilda beslut under 2018 som innebär kostnadsminskningar i specialistvården.

Vi har noterat att nämnden i maj 2018 beslutade om åtgärder med anledning av avvikelser i det redovisade resultatet. Beslutet innebar att underlag till en handlingsplan avseende det ökade underskottet skulle tas fram och redovisas vid sammanträdet i juni. Nämnden begärde också en redovisning avseende länsverksamheter som sänkt sin produktion och produktivitet samt uppgifter om antalet väntande patienter till första besök respektive åtgärd per länsverksamhet.

Vid nämndens sammanträde i juni 2018 redovisades en handlingsplan i fem punkter rörande följande områden:

- Stöd med fördjupande analyser av utfallet på ett antal länsverksamheter utifrån olika parametrar.
- Oberoende av hyrpersonal (beskrivs som viktigaste framgångsfaktorn för att reducera underskott).
- Allmän återhållsamhet för att reducera kostnader.
- Ny budgetprocess för 2019, preliminär budget klar i juni. Obalanser ska hanteras på enhetsnivå (tidigare länsverksamhetsnivå).
- Fokus på balanserade styrkort inom samtliga verksamheter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade också i maj att av styrelsen begära kostnadstäckning för läkemedel samt genomförda personalsatsningar avseende utökad grundbemanning och kompetenstrappor i den somatiska vården. Regionstyrelsen beslutade i augusti att ge nämnden i uppdrag att senast i oktober inkomma med en utvärdering av personalsatsningarna samt en förnyad prognos avseende läkemedelskostnaderna. Nämnden beslutade i november att godkänna de kompletterande underlagen för sin begäran om kostnadstäckning. Styrelsen beviljade i november extra budgetmedel för 2018 med totalt 45,9 miljoner kronor för den somatiska vården.

Kommentar

Sammantaget innebär våra iakttagelser att nämnden har varit väl informerad om den ekonomiska utvecklingen i specialistvården. Nämnden har enligt vår uppfattning varit allt för passiv i sin styrning med tanke på det långvariga och allvarliga ekonomiska läget. Vi menar i övrigt att så kallade budgetregleringsposter inte är förenliga med kommunallagens bestämmelser.

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

Under revisionsåret 2017 genomfördes fem fördjupade granskningar och en grundläggande granskning som berörde Hälso- och sjukvårdsnämnden. Rapporterna finns tillgängliga på regionens webbplats tillsammans med revisorernas skrivelser och nämndens svar.

- *Fullmäktiges styrdokument*
Nämnden behandlade revisionsrapporten 2018-01-24 och lämnade ett svar till revisorerna. Nämnden tog inte beslut om ytterligare åtgärder med anledning av rapporten.
- *Vårdskador*
Nämnden behandlade revisionsrapporten 2018-02-13 och lämnade ett svar till revisorerna. Nämnden beslutade att uppdra till regiondirektören att ta fram en handlingsplan för vårdrelaterade infektioner (VRI) som skulle redovisas för nämnden senast i juni 2018. Vidare uppdrogs regiondirektören att i december 2018 återrapportera resultatet av 2018 års arbete med särskilt fokus på områdena vårdrelaterade infektioner, basala hygien- och klädregler samt trycksador.

Revisorerna har beslutat att genomföra en förnyad granskning i syfte att följa upp nämndens åtgärder med anledning av tidigare granskningsresultat och rekommendationer. Granskningen rapporteras i april 2019.

- *Specialistvårdens budgetprocess*
Nämnden behandlade revisionsrapporten 2018-02-13 och lämnade ett svar till revisorerna. Av svaret framgår bland annat att ”En ambition är att budgetarbetet ska vara mer samlat och strukturerat enligt fastställd process. Tidplaner kommer att se över i syfte att stimulera ett helhetstänk samt för att ge plats för en utökad dialog såväl inom respektive länsverksamhet som mellan förvaltningschef och länsverksamhetschef. Det kommer även vara av stor vikt att kommande års budgetprocess inkluderar produktionsmål i verksamheten.”

Av förvaltningschefens budgetdirektiv till länsverksamhetscheferna (april 2018) framgår att tidplanen för budgetarbetet justerats i syfte att öka ledningen och styrningen i budgetarbetet och ge utrymme till en dialog på länsverksamhetsnivå. Direktiven tar också upp övriga utvecklingsområden och rekommendationer i revisionsrapporten.

- *Regionvård: fakturahantering och kontroll*
Nämnden behandlade revisionsrapporten 2018-02-13 och lämnade ett svar till revisorerna. Nämnden beslutade också ”att uppdra till regiondirektören att tillse och säkerställa att fakturahantering och kontroll följer datalagringsdirektivet från och med den 1 maj 2018.”

Enligt inhämtade uppgifter hanteras uppdraget inom ramen för ett regiongemensamt projekt avseende GDPR. Det nationella utvecklingsarbetet avseende vårdfakturor har förskjutits i tid och ett nytt system beräknas vara i drift i Region Västernorrland under det andra kvartalet 2019. Syftet är att minska informationen om patienter och köpt vård på fakturorna och i stället hantera denna information separat. Vidare sker en övergång från samlingsfakturor till en modell med en faktura per vårdtillfälle.

- *Hyrpersonal inom specialistvården*
Nämnden behandlade revisionsrapporten 2018-08-29 och lämnade ett svar till revisorerna. Nämnden tog inte beslut om ytterligare åtgärder med anledning av rapporten.

Projektet *Oberoende av inhyrd personal* avslutades 2018-12-31. Enligt specialistvårdsförvaltningens månadsrapport för januari 2019 har trenden avseende antalet avtalade hyrveckor inte brutits. En ny handlingsplan har tagits fram med kortsiktiga och långsiktiga åtgärder, planen gäller för samtliga länsverksamheter. Länsverksamheterna har utifrån handlingsplanen fått i uppdrag att ta fram förslag på ytterligare åtgärder.

Kommentar

Uppdragen som nämnden gav med anledning av granskningen *Vårdskador* har upptagits i nämndens sammanställning över beslutade uppdrag, däremot inte uppdraget som gavs efter granskningen *Regionvård: fakturahantering och kontroll* (se kommentar angående uppdragslistan på sidan 7).

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 under 2018 utifrån en bedömning av risk och väsentlighet?

Nämnden fastställde en plan för uppföljning av den interna kontrollen 2018 vid sammanträdet i januari 2018.

Av nämndens protokoll framgår att inför 2018 var det första gången som riskanalyser begärdes in från förvaltningarna i samband med inlämnande av budget. Nämnden noterar att förvaltningarnas arbete med egna riskanalyser, värdering och bedömning av åtgärdsbehov behöver fortsätta att utvecklas. Under 2018 kommer därför nämnden att begära in fortsatt utvecklade riskanalyser istället för rapportering av mer specifika uppföljningsuppdrag.

Enligt nämndens plan ska förvaltningarna identifiera, värdera och bedöma åtgärdsbehov för viktiga riskområden. Förvaltningarna ska lämna en rapport av hur arbetet fortgår i den förstärkta månadsrapporten (april) samt i samband med delårs- och årsredovisning. Specifika områden för uppföljning är bisysslor samt implementering av regionplanen och nämndens styrkort. I samband med fastställandet av planen beslutade nämnden att uppdra till regiondirektören att vidta åtgärder för att stödja utvecklingen mot ett mer systematiskt arbetssätt med riskanalyser och riskhantering.

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 2018 ska förvaltningarna återrapportera resultatet i samband med delårsrapporteringen och årsbokslutet. Dessutom ska en sammanfattning av förvaltningarnas arbete med utveckling av riskanalyser redovisas i den förstärkta månadsrapporten (per 2018-04-30).

Förvaltningarna har rapporterat resultatet av den interna kontrollen i delårsrapporterna och verksamhetsberättelserna utifrån givna mallar. Vi har noterat att redovisningen inte fullt ut ger svar på de frågor som nämnden har ställt. De förstärkta månadsrapporterna berör inte den interna kontrollen.

Nämnden har genom beslut godkänt rapporteringen.

Kommentar

Revisorerna har genomfört en fördjupad granskning i syfte att bedöma om styrelsen och nämnderna säkerställt en ändamålsenlig process för den interna kontrollen. Granskningen avrapporterades i mars 2019.

5.3.3 Ryms nämndens beslut inom delegationen/uppdraget från fullmäktige?

I granskningen har det inte framkommit något som tyder på att nämnden har överträtt sina befogenheter.

5.3.4 Verifiering av den interna kontrollen

I granskningen ingår att verifiera den interna kontrollen avseende dokumenthantering, dataskyddsombud och förmåner till anställda.

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.

Den grundläggande granskningen 2017 visade att nämnden saknade en dokumenthanteringsplan. Nämnden har inte tagit något beslut avseende dokumenthanteringsplan under 2018.

Kommentar

Vi rekommenderar att nämnden upprättar en dokumenthanteringsplan i enlighet med arkivreglementet.

Dataskyddsombud

Vi har noterat att nämnden inte har beslutat om ett dataskyddsombud vilket även framgår av Dataskyddsombudets granskningsrapport (18RS9396-2). Vi vill i övrigt hänvisa till Sveriges Kommuner och Landstings vägledning ”Dataskyddsombud i kommuner, landsting och regioner”.

Förmåner till anställda

Förmåner till anställda regleras i tre regiongemensamma riktlinjer.³ Granskningen är avgränsad till fakturor som bokförts inom kontogruppen 433 *Förmåner till anställda*. Samtliga 52 fakturor ingår i urvalet.

³ Personalförmåner i Region Västernorrland (styrdokumentsnummer 492922), Representation och gåvor (styrdokumentsnummer 321020), AT i Region Västernorrland (styrdokumentsnummer 329001) och ST-utbildning i region Västernorrland (styrdokumentsnummer 273660)

Följande iakttagelser har noterats i sammandrag:

- 43300 Kostnad för fri bostad
Tre fakturor, varav två avser boendekostnad för ST-läkare och en avser boendekostnad för en överläkare. Det saknas uppgift om dokumenterade beslut/överenskommelser och hänvisning till tillämplig bestämmelse/styrdokument.
- 43310 Kostnad fria subventionerade måltider
En faktura avseende intern representation som sannolikt är felkonterad.
- 43320 Kostnad fria resor till och från arbetet
Fyra fakturor avseende resor med företagskort inom länstrafiken. Det framgår inte vem som har rest eller syftet med resorna. Då dessa uppgifter saknas går det inte att bedöma om attest skett av behörig befattningshavare (beslutsattest får enligt regionens riktlinjer inte tecknas för personnära utgifter i tjänsten).
- 43340 Kostnad fri bil
Åtta fakturor avseende resor med regionens leasingbilar och externa hyrbilar. Syftet med resorna framgår för hälften av fakturorna. Sannolikt är flera fakturor felkonterade. Då uppgift saknas om vem som har rest går det inte att bedöma om attest skett av behörig befattningshavare.
- 43350 Kostnad övriga förmåner
Elva fakturor avseende arbetsskor, arbetsglasögon och medicinsk hjälpmedel för en anställd. Samtliga fakturor är sannolikt felkonterade.
- 43370 Kostnad flyttbidrag
25 fakturor avseende flyttersättning. I sex fall går det att utifrån fakturauppgifter och fakturakommentarer bedöma med stöd av vilken bestämmelse som flyttersättning har erlagts och om ersättningen ryms inom bestämmelsens ramar. I de flesta fall framgår dock både den anställdes namn och mellan vilka orter som bohaget har transporterats.

Kommentar

Den interna kontrollen avseende fakturahanteringen har inte varit tillräcklig. Fakturorna är i flera fall svårbedömda då inga bilagor har bifogats i samband med kontering/attestering. Vidare saknas nödvändiga upplysningar för cirka hälften av fakturorna. Sannolikt är ett flertal fakturor felkonterade.

Det ingår inte i granskningen att närmare verifiera hanteringen av skattepliktiga förmåner för de anställda.

Vi rekommenderar att regionens riktlinje avseende personalförmåner förtydligas avseende chefers beslutsbefogenheter. Möjligheten att träffa enskilda överenskommelser om förmåner, utöver de som anges i riktlinjen, bör också framgå.

5.4 Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?

5.4.1 Rapporteras delegationsbeslut löpande till nämnden?

Delegationsbeslut har rapporterats till nämnden vid sex av elva sammanträden:

April: Beslut om namnbyte för en öppenvårdsmottagning,

Maj: LSS-beslut,

Juni: Anmälningar enligt Lex Maria,
Augusti: Rekommendation om nationell nivåstrukturering,
November: Anmälningar enligt Lex Maria,
December: LSS-beslut.

I nämndens delegationsordning⁴ finns 20 ärendetyper som inte varit föremål för anmälan av delegationsbeslut under året.

Nämnden har inte under året tagit förnyad ställning till i vilken utsträckning delegationsbesluten ska anmälas till nämnden. Från och med 2018 finns en alternativ möjlighet att protokollföra besluten särskilt och anslå dem på anslagstavlan.

Kommentar

Vi finner det inte troligt att samtliga delegationsbeslut har anmälts till nämnden i enlighet med anvisningar i delegationsordningen. Vi bedömer därmed att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa fungerande rutiner för anmälan av delegationsbeslut. Revisorerna har tidigare uppmärksammat brister på området i granskningarna *Delegation av beslutanderätt* (2016) och i den grundläggande granskningen avseende verksamhetsåret 2017.

5.4.2 Har nämndens protokoll justerats senast fjorton dagar efter sammanträdet? Har nämndens protokoll tillkännagivits på anslagstavlan senast andra dagen efter justeringen?

Enligt de granskade anslagsbevisen har alla protokoll utom ett justerats inom fjorton dagar och tillkännagivits på anslagstavlan senast andra dagen efter justeringen, i enlighet med bestämmelserna i kommunallagen.

5.4.3 Är anslagsbevisen korrekt utformade avseende fristen för anslagens nedtagande?

Samtliga protokoll har anslagits under tillräckligt lång tid för att uppfylla kommunallagens bestämmelser.

6 Revisionell bedömning

Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och brutit ned dessa till styr signaler för verksamheten?

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2018 i enlighet med anvisningarna i regionplanen.

Den brist på styrkort i länsverksamheterna som påvisades i den grundläggande granskningen avseende verksamhetsåret 2017 har i allt väsentligt åtgärdats.

Har nämnden beslutat om uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?

De regiongemensamma kraven på rapportering har efterlevts och rapporteringen motsvarar i huvudsak också nämndens krav. Nämnden har under året varit aktiv i sin informationsinhämtning. Vi bedömer att nämndens system för uppföljning och

⁴ Styrdokumentnummer 243778

rapportering är tillräcklig frekvent för att ge förutsättningar för att i tid kunna vidta åtgärder vid eventuella avvikelser. Vi har däremot inte kunnat se att nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rapporterade brister i måluppfyllelse och avvikelser i verksamhetens ekonomiska resultat. Nämnden har bland annat inte agerat i tillräcklig utsträckning för att uppnå en ekonomi i balans.

De brister i patientsäkerhetsberättelsen som påvisades i den grundläggande granskningen avseende verksamhetsåret 2017 har åtgärdats.

Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?

Nämnden har beslutat om en plan för uppföljning av den interna kontrollen. Vi har dock noterat att redovisningen inte fullt ut ger svar på de frågor som nämnden har ställt.

Den grundläggande granskningen 2017 visade att nämnden saknade en dokumenthanteringsplan. Nämnden har inte tagit något beslut avseende dokumenthanteringsplan under 2018.

Granskningen av nämndens fakturor visar att den interna kontrollen inte varit tillräcklig avseende förmåner till anställda.

I övrigt hänvisar vi till den fördjupade granskningen *Processen för intern kontroll* (mars 2019).

Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?

Nämnden har, med undantag av åiterrapportering av delegationsbeslut, en i huvudsak ändamålsenlig beslutsformalia.

Vi bedömer att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa fungerande rutiner för anmälan av delegationsbeslut. Revisorerna har tidigare uppmärksammat brister på området i granskningarna *Delegation av beslutanderätt* (2016) och i den grundläggande granskningen avseende verksamhetsåret 2017.

Sammanvägd bedömning

Vi bedömer att det på en övergripande nivå finns en i huvudsak ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Nämnden har dock inte agerat i tillräcklig utsträckning inom dessa ramar för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser som gäller för verksamheten. Processen för den interna kontrollen har enligt vår mening inte varit ändamålsenlig.

Härnösand 2019-04-04

Anders Emnegard
Certifierad kommunal revisor