



Grundläggande granskning av Patientnämnden – Etiska nämnden 2018

Revisionsrapport

Sammanfattning

Syftet är att utifrån en översiktlig granskning bedöma om Patientnämnden - Etiska nämnden har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vår bedömning är att nämnden har en i allt väsentligt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
2	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	4
3	Revisionskriterier	4
4	Metod	4
5	Resultat av granskningen	5
6	Revisionell bedömning	5
	 Bilaga – Resultatsammanställning	 6

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 uppbyggnad 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 är att utifrån en översiktlig granskning bedöma om Patientnämnden - Etiska nämnden har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Utifrån syftet ska följande revisionsfrågor besvaras:

- om nämnden har tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten,
- om nämnden har beslutat om uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet,
- om nämnden har en övergripande process för den interna kontrollen,
- om nämnden har en ändamålsenlig beslutsformalia.

3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna kan ofta hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Revisionskriterierna kan också ha sin grund i jämförbar praxis.

Granskningens revisionskriterier utgörs huvudsakligen av Kommunallag (1991:900), Regionplan 2018 - 2020 och nämndens reglemente.

4 Metod

Granskningsinsatsen består i att följa nämndens protokoll med tillhörande handlingar.

5 Resultat av granskningen

Granskningens resultat redovisas i bilaga.

6 Revisionell bedömning

Vi bedömer, utifrån en översiktlig granskningsinsats, att Patientnämnden - Etiska nämnden har en i allt väsentligt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

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

Nämnden har, 2017-09-13, § 50, fastställt ett balanserat styrkort med mätbara mål i enlighet med Regionplan 2018 - 2020.

- 2 Har nämnden beslutat om uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?

Nämnden har inarbetade rutiner för uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat. Inga väsentliga avvikelser i verksamhetens resultat har noterats.

- 3 Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?

Nämnden har fastställt en plan för intern kontroll och resultatet har redovisats i enlighet med nämndens anvisningar.

Planen ger en tydlig bild av nämndens syfte med den interna kontrollen samt de olika kontrollåtgärderna och hur de integreras med nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Rapportering har skett vid delår samt i verksamhetsberättelse. Ekonomisk rapportering och ärendebalanser har därutöver rapporterats löpande.

Den internkontrollplan som lämnas i budgetskrivelse för budget 2018 uppges bygga på en riskanalys, vilken dock inte dokumenterats.

I budgetskrivelse för 2019, 2018-09-12, § 41, bilaga 4 rapporteras risk- och väsentlighetsanalys samt internkontrollplan. Analysen omfattar de väsentliga ekonomiska riskerna samt riskområden för förtroendeskada.

- 4 Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?

Nämndens beslutsformalia är ändamålsenlig. Rutinerna för justering och anslag av protokoll har väsentligen förbättrats i jämförelse med tidigare år.

Härnösand 20/3 2018,

Tage Magnusson
Revisor

Bilaga - Resultatsammanställning för Patientnämnden - Etiska nämnden

1. Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?	
Kontrollpunkter	Resultat/Bedömning
1.1 Har nämnden fastställt ett balanserat styrkort i enlighet med anvisningarna i Landstingsplanen?	Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort (2017-09-13, § 50). Styrkortet är uppdaterat med inriktningsmålen i Regionplan 2018 - 2020.
1.3 Vilka planer och/eller mål har nämnden beslutat om i övrigt? [Deskriptiv]	Lagen om Patientnämndsverksamhet ersattes 2018-01-01 med "Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården". Ansvar för klagomålshantering innebar en överföring av arbetsuppgifter från Inspektionen för vård och omsorg till patientnämnderna. Det statliga anslaget utökades med ca 600 kkr.
1.4 Vilka uppdrag till verksamheten har nämnden beslutat om i övrigt? [Deskriptiv]	Inga specifika uppdrag. Ett väsentligt utökat uppdrag har initierats av lagstiftning. En ny tjänst i förvaltningen.

2. Har nämnden beslutat om uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?	
Kontrollpunkter	Resultat/Bedömning
2.1 Vilka krav ställer nämnden på uppföljning och rapportering? [Deskriptiv]	Styrkortet följs upp och rapporteras i samband med delårsbokslut och årsredovisning. Nämnden har härutöver följande rutiner för återrapportering av verksamheten: <ul style="list-style-type: none"> • Etik/Etiska rådet (varje sammanträde) • Redovisning av ärenden som handlagts av nämndens kansli sedan föregående sammanträde (varje sammanträde) • Redovisning av stödpersonverksamheten och anmälningsärenden inom psykiatri (varje sammanträde) • Rapport från den årliga återföringskonferensen med vårdförvaltningar och förtroendevalda (efter genomförd konferens) • Rapporter efter deltagande i kurser och konferenser (löpande) • Kundnöjdhet (efter genomförd enkätundersökning) • Budgetuppföljning (månatlig rapportering)
2.2 Uppfyller rapporteringen nämndens krav?	Inga avvikelser har noterats. Bedömning: Rapporteringen motsvarar nämndens krav.
2.3 Har nämnden beslutat om åtgärder med anledning av eventuella avvikelser i det redovisade resultatet?	Inga noteringar har gjorts om avvikelser i det redovisade resultatet (avser inte de avvikelser i vården som enskilda patienter anmält till nämnden). Nämnden bedömer i sin verksamhetsberättelse att samtliga mål har uppfyllts.
2.4 Har nämnden säkerställt åtgärder med anledning av de granskningar som Landstingets revisorer genomfört under föregående revisionsår?	Uppföljning av den interna kontrollen: Föregående års granskning visade på ett behov av att utveckla återrapporteringen avseende resultatet av den interna kontrollen. Vidtagna åtgärder: Inför budgetskrivelse för 2019 har riskanalysen utvecklats och ligger till grund för internkontrollplanen. Bedömning: Nämnden har vidtagit åtgärder. Beslutsformalia: Föregående års granskning visade på ett behov av att överse rutiner för anslag av protokoll. Inga anmärkningar under 2018 med undantag för justeringstid under julferier. Bedömning: Nämnden bör säkerställa följsamhet till kommunallagens bestämmelse om tid för justering.

3. Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?	
Kontrollpunkter	Resultat/Bedömning
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 plan för intern kontroll 2017-09-13, § 50. Bedömning: Planen ger en tydlig bild av nämndens syfte med den interna kontrollen samt de olika kontrollåtgärderna och hur de integreras med nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Ej dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys i budgetskrivelsen.
3.3 Har resultatet av den interna kontrollen redovisats till nämnden i enlighet med nämndens beslut?	Resultatet av den interna kontrollen har redovisats till nämnden vid delår samt i särskild bilaga till verksamhetsberättelsen. Administrativa kontrollmoment (organisation, styrsystem och rapportsystem), Redovisning (transaktioner, rekrytering, ärendehantering, kontroll av verksamhetsfrämmande inköp, reseräkningar inom stödpersonverksamheten) samt rapportering (löpande nämndrapportering). Bedömning: Resultatet av den interna kontrollen har redovisats i enlighet med nämndens anvisningar. Vi noterar särskilt att en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys föregår internkontrollplanen inför 2019.
3.4 Stickprov intern kontroll:	Personalförmåner – inga avvikelser. Nämnden har fastställt attestordning (2018-01-31, § 8). Reviderad (2018-10-24, § 53). Inga rapporterade bisysslor. Dokumenthanteringsplan – nämnden har under året reviderat dokumenthanteringsplanen från 2012 (2018-12-21 § 64, bilaga 4:a och 4:b). GDPR – nämnden har utsett dataskyddsombud i enlighet med anvisningar från SKL (2018-12-19, § 63).

4. Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?	
Kontrollpunkter	Resultat/Bedömning
4.1 Rapporteras delegationsbeslut löpande till nämnden?	Samtliga protokoll har granskats. Bedömning: Delegationsbesluten har anmälts löpande under året.
4.2 Har nämndens protokoll justerats senast fjorton dagar efter sammanträdet?	Bedömning: Nämndens protokoll 2018-12-21 har inte justerats senast 14 dagar efter sammanträdet.
4.3 Har nämnden protokoll tillkännagivits på anslagstavlan senast andra dagen efter justering?	Samtliga protokoll har granskats. Bedömning: Protokollet har anslagits samma dag som justering, se dock punkt 4.2.
4.4 Är anslagsbevisen korrekt utformade avseende fristen för anslagens nedtagande?	Granskningen har omfattat samtliga protokoll för 2018. Bedömning: Utan anmärkning.