



# Grundläggande granskning av Patientnämnden – Etiska nämnden 2019

---

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 2019.

Revisionsrapporten innehåller några rekommendationer till nämnden i syfte att vidareutveckla styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten utifrån fullmäktiges mål och policys.

## 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? Uppfyller rapporteringen nämndens krav? .....	8
5.3	Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen? .....	10
5.4	Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?.....	13
6	Revisionell bedömning .....	13

## 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 Patientnämnden – Etiska nämnden har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Utifrån syftet ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?
- Har nämnden beslutat om 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 beslutsformalia?

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

## 3 Revisionskriterier

De revisionskriterier som kommer att bilda underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är huvudsakligen följande:

- Kommunallagen,
- Reglemente<sup>1</sup> för Patientnämnden – Etiska nämnden
- Regionplan 2019-2021<sup>2</sup>
- Policyn Samlad ledningsprocess<sup>3</sup>

## 4 Metod

Granskningen har i huvudsak genomförts genom dokumentstudier, primärt protokoll med tillhörande underlag. Granskning av det interna kontrollsystemet har även genomförts genom stickprov av verifikationer.

---

<sup>1</sup> Beslutad av Regionfullmäktige 2018-04-25, § 85

<sup>2</sup> Beslutad av Regionfullmäktige 2018-04-25, § 56

<sup>3</sup> Beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-27, § 87

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bl.a. innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till berörd förvaltningschef.

## 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 i enlighet med anvisningarna i Regionplanen?

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för 2019 (2018-09-12 § 43). Styrkortet omfattar inriktningsmål, mål och mått för de fyra perspektiven (invånare, medarbetare, processer och ekonomi) i *Regionplan 2019-2021*. Styrkortet för 2019 omfattar åtta mål med åtta mått vilka är både preciserade och mätbara. För medarbetarperspektivet anges inga kvantifierade mål kopplade till chefs- och medarbetarenkäten, i syfte att undvika utpekande av enskilda eftersom medarbetarstaben är så numerärt liten.

#### *Kommentar*

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2019, utformat i enlighet med anvisningarna i Regionplanen.

Målen i styrkortet uppfyller kraven på mätbarhet i enlighet med fullmäktiges policy *Samlad ledningsprocess*<sup>4</sup>. Dock har vi noterat att målnivån avseende ett mål<sup>5</sup> inte är detsamma i budgetskrivelse och styrkort.

#### 5.1.2 Har styrkort upprättats och konkretiserats på förvaltningsnivå?

Utifrån vad som framgår i sammanträdesprotokoll är såväl styrkort som budgetskrivelse hänförliga till nämnden. Styrkort har däremot inte upprättats och konkretiserats på förvaltningsnivå. Huruvida styrkort finns på individnivå har inte ingått i granskningen.

Enligt budgetskrivelsen<sup>6</sup> regleras förvaltningens verksamhet i Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (SFS 2017:372). Regionfullmäktige har vidare fastställt ett reglemente för nämnden.

#### *Kommentar*

Styrkort har 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*.

<sup>4</sup> Målen ska vara uppföljningsbara genom mätbara resultatindikatorer som kan verifiera om målen uppnås.

<sup>5</sup> Andel ärenden med begäran om stödperson som ska vara förordnade inom två veckor

<sup>6</sup> PEN sammanträdesprotokoll 2018-09-12 § 41

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 och medel från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) till patientnämnderna. För Region Västernorrlands del motsvarade tillskjutna medel en ny heltidstjänst<sup>7</sup>.

I lagens 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 landstinget 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:

- *Nämndens verksamhetsberättelse för 2018*<sup>8</sup>  
Nämnden beslutade att godkänna verksamhetsberättelsen för 2018 och att överlämna den till Regionfullmäktige via Regionstyrelsen samt till IVO.
- *Återföringskonferens*<sup>9</sup>  
Återföringskonferenser har genomförts med vårdförvaltningarna, politikererna och tandvården utifrån nämndens ärenden och iakttagelser från år 2018.
- *Analys: Barns och närståendes upplevelse av kontakt med vården*<sup>10</sup>  
Nämnden har i enlighet med den nya Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård en utvidgad roll som innebär krav på analyser av olika ärendegrupper. Vidare ska nämnden uppmärksamma landstinget eller kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården. Nämnden beslutade att delge HSN och kommunerna rapporten samt att lägga rapporten till handlingarna.
- *Analys: Information och delaktighet till patienter och anhöriga*<sup>11</sup>  
Patientnämnderna har till uppgift att göra en gemensam analys varje år. I år analyseras Information och delaktighet till patienter och anhöriga. Rapporterna sammanställs av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nämnden beslutade att lägga analysen till handlingarna.
- *Analys: Primärvården – synpunkter och klagomål*<sup>12</sup>  
Nämndens utvidgade roll utifrån den nya Lagen om stöd vid klagomål mot

<sup>7</sup> Intern kontrollplan 2019 för PEN

<sup>8</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-01-30 § 9

<sup>9</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-03-27 § 20

<sup>10</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-06-05 § 29

<sup>11</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-03-27 § 21

<sup>12</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-10-30 § 52

hälso- och sjukvård innebär bland annat krav på analyser av olika ärendegrupper. Vidare ska nämnden uppmärksamma landstinget eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården. Nämnden beslutade att delge HSN, Primärvårdsdirektören, Folkhälsa- och Vårdval, IVO och chefsläkarna i Region Västernorrland rapporten och lägga rapporten till handlingarna.

- *Analys ”Patienternas berättelser 2018”*<sup>13</sup>  
Inkommen sammanställning från IVO av samtliga klagomål som har inkommit till IVO som kan kopplas till information respektive delaktighet. Nämnden beslutade att lägga rapporten till handlingarna.

#### *Kommentar*

Bedömningen är att inga särskilda beslut utöver nämndens styrkort har noterats med avseende på mål och planer. Vi har däremot noterat att nämnden har tagit beslut kopplade till dess uppgifter enligt Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård.

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

I granskningen ingår att notera väsentliga uppdrag till verksamheten. Förutom att Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, som trädde i kraft 2018-01-01, allmänt har inneburit ett utökad uppdrag för verksamheten har vi noterat följande uppdrag till verksamheten under 2019:

- 2019-06-05 § 28  
Nämnden beslutade att ”med utgångspunkt i upprättade budgetförutsättningar, senast den 20 september 2019, inkomma med förslag till Verksamhetsplan inklusive budget för 2020 plan 2021–2022 till Regionstyrelsen”,
- 2019-10-30 § 54  
Beslut att från januari 2020 upphöra med att skicka nämndens ärendelistor till ledamöterna utan att tjänstepersoner rapporterar avslutade ärenden där vården lämnat yttrande till patienten samt ärenden som chefsläkarna har bedömt.

#### *Kommentar*

Under 2019 har vi noterat enstaka beslut om uppdrag till verksamheten.

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

Enligt Regionens attestreglemente<sup>14</sup> 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. 2019-01-30 § 11 och 2019-09-11 § 37 beslutade nämnden att utse ”betalningsattestanter” 2019.

2019-01-30 § 3 fick nämnden information om sekretesslagens betydelse för nämndens ledamöter och beslutade att lägga sekretessförbindelsen till handlingarna. Bilagd sekretessförbindelse utgörs av en icke ifylld blankett. Vi har inte granskat om sekretessförbindelsen är påskriven.

<sup>13</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-10-30 § 53

<sup>14</sup> Beslutat av Regionfullmäktige 2018-06-20 § 140

*Kommentar*

Nämnden har enligt vår bedömning tagit beslut av relevans för att tillgodose krav i Regionens attestreglemente.

## **5.2 Har nämnden beslutat om uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet? Uppfyller rapporteringen nämndens krav?**

### **5.2.1 Efterlevs de regiongemensamma kraven på rapportering? Har nämnden ställt några krav därutöver?**

Vid granskningen har konstaterats att nämndens styrkort följs upp och rapporteras i samband med delårsrapport och årsredovisning. Dessa uppföljningstillfällen sammanfaller med dem som anges i anslutning till målen i nämndens styrkort.

Nämnden har härutöver följande rutiner för återrapportering av verksamheten:

- Etik/Etiska rådet (varje sammanträde)
- Redovisning av ärendelistor - 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).
- Enligt Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården § 3 har Patientnämnden fått en utvidgad roll som bland annat innebär krav på att analyser sker av olika ärendegrupper. För noterade genomförda analyser, se avsnitt 5.1.3.
- Patientnämnderna har till uppgift att göra en gemensam analys varje år. 2019-03-27 § 21 lade nämnden analysen ”Information och delaktighet till patienter och anhöriga” till handlingarna.
- 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 budgetskrivelse 2019 samt i delårsrapport 2019 framgår däremot att kostnadskontroll sker enligt fastställda rutiner, vilket innebär en månatlig avstämning av utfall i relation till budget med åtföljande årsprognos, med månatlig avrapportering till *nämndens presidium*. Även i nämndens risk- och väsentlighetsanalys för uppföljning av den interna kontrollen framgår att ekonomisk uppföljning sker löpande till presidiet.

Nämndens delårsrapport för perioden januari till augusti 2019 har godkänts av nämnden och överlämnats till Regionstyrelsen per 2019-09-11 § 39. Vi har noterat att de två mål som ska följas vid delårsrapport enligt nämndens styrkort också har följts upp. Verksamhetsberättelsen innehåller uppföljning av samtliga mål utom målet om kostnadsutveckling i ekonomiperspektivet.



Vid delårsrapporten, liksom vid verksamhetsberättelsen 2019, gjorde nämnden den samlade bedömningen att de uppnått full måluppfyllnad i alla fyra styrkorts-perspektiven.

Under 2019 har vi i övrigt noterat flera delgivningar och föredragningar för nämnden, bland annat kopplat till följande:

Introduktion av klagomålshantering, stödpersonsverksamheten samt etiska rådet.  
Möte med Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Möte med chefsläkare för planering av samarbete.

Utvärdering från regionkonferensen för politiker och tjänstemän den 13-14 maj.

Information om Kvalitetsdag 2019 i Härnösand.

Presidiekonferens för Patientnämnderna 2019 i Kalmar.

Möte med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS).

Stödpersonsträff.

Information från länskliniken för barn och ungdomsmedicin.

#### *Kommentar*

Vår bedömning är att nämnden har efterlevt de regiongemensamma kraven på rapportering avseende delårsrapport och årsredovisning. Viktigt är dock att nämnden säkerställer att uppföljningen innehåller samtliga mål.

Att ekonomisk uppföljning sker månadsvis till nämndens presidium överensstämmer med nämndens beslutade budgetskrivelse. Behov av ytterligare uppföljning av ekonomin till samtliga ledamöter i nämnden bör enligt vår mening övervägas.

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

Inga avvikelser har noterats i det redovisade resultatet. I detta ingår inte de avvikelser i vården som enskilda patienter har anmält till nämnden. Nämnden bedömde både i delårsrapport och i verksamhetsberättelse att samtliga mål i det balanserade styrkortet har uppfyllts, vilket inte föranlett beslut om åtgärder.

Nämnden har i enlighet med mål i dess styrkort genomfört kundnöjdhetsundersökning under 2019 ”Uppföljning och utvärdering av Patientnämnden – Etiska nämndens verksamhet – Kundnöjdhetsundersökning 2019 - patienter” och vid sammanträde 2019-10-30 § 50 beslutat att lägga den till handlingarna. I nämndens verksamhetsberättelse 2019 har kundnöjdhetsundersökningen kommenterats. Bland annat framgår att flertalet (av de svarande) har uppgett att bemötandet har varit bra men också att patientnämnden behöver stärka informationen kring uppdraget. En informationsblankett om patientnämndens uppdrag har även tagits fram.

#### *Kommentar*

Inga avvikelser har noterats i verksamhetens måluppfyllnad inklusive budgetföljsamhet.

Vår bedömning är att nämndens genomförda kundundersökning ger goda förutsättningar för nämnden att uppmärksamma förbättringsbehov i verksamheten. Nämnden har också vidtagit adekvata åtgärder utifrån kundnöjdhetsundersökningens resultat.

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

Det fanns inga rekommendationer för nämnden att beakta från 2018 års grundläggande granskning.

## **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 plan för uppföljning av den interna kontrollen 2019<sup>15</sup>. Planen är baserad på en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys<sup>16</sup> som ingår i budgetskrivelsen.

I planen anges två områden som utifrån nämndens risk- och väsentlighetsanalys för 2019 ska följas upp och rapporteras; Antal verksamhetsfrämmande inköp under 2019 och Antal felaktiga reseräkningar till stödpersoner, baserat på uppgivet reseavstånd. 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. Dock anges inte specifikt i planen vilka som är ansvariga för att utföra förekommande kontroller eller verktyg/metod för kontrollen. Resultat från uppföljning av den interna kontrollen ska enligt planen skriftligen rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsberättelsens upprättande.

#### *Kommentar*

Vi bedömer att nämndens plan för intern kontroll ger en tydlig bild av syftet med och strukturen för nämndens interna kontroll samt hur kontrollåtgärder integreras med nämndens styrning och uppföljning. Vår bedömning är att internkontrollplanen kan utvecklas ytterligare genom att specificera ansvariga för utförandet av förekommande kontroller samt hur kontrollerna ska utföras.

### **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 2019 ska resultat skriftligen rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsberättelsens upprättande. Vi har verifierat att verksamhetsberättelsen 2019 innehåller en uppföljning av intern kontroll inklusive resultatet av de kontrollåtgärder som genomförts utifrån nämndens internkontrollplan samt åtgärder/rättningar som föranletts av genomförda kontroller.

---

<sup>15</sup> 2018-09-12 § 42

<sup>16</sup> Dnr 2018-34A

I verksamhetsberättelsen har ingen sammantagen bedömning gjorts av huruvida nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom förvaltningens samlade verksamhet.

#### *Kommentar*

Vår bedömning är att resultatet av den interna kontroll redovisats till nämnden i enlighet med vad som framgår av 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 framgår i verksamhetsberättelsen.

I syfte att utveckla arbetet med intern kontroll ytterligare vill vi i övrigt hänvisa till iakttagelser i den granskning<sup>17</sup> som genomförts under 2019 av Regionens process för den interna kontrollen som beskriver generella utvecklingsområden på området.

### **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.

Den grundläggande granskningen 2018 visade att nämnden hade en dokumenthanteringsplan senast reviderad 2018-12-19 § 64. Nämnden har inte tagit något beslut avseende dokumenthanteringsplan under 2019. Däremot har nämnden 2020-01-07, Dnr 2020-5A beslutat om en dokumenthanteringsplan 2020 som ersätter tidigare upprättad dokumenthanteringsplan- och arkivbeskrivning.

#### *Representation och gåvor*

I granskningen ingår att verifiera den interna kontrollen genom stickprov bland verifikationer kopplade till representation och gåvor.

De konton som har omfattats av granskningen är 46300 Personalrepresent ej avdr.gill, 46310 Personalrepresent. Avdragsgill, 46900 Uppvaktning/presenter, 70700 Representation ej avdragsgill, 70710 Representation avdragsgill. Urvalet av transaktioner har skett från Regionens ”kostnadsställen med struktur ekonomi per 190826” och består av de kostnadsställen som sorterar under Patientnämnden Etiska nämnden.

Sammanlagt har fyra fakturor förekommit på ovanstående konton och har ingått i granskningen. För samtliga granskade fakturor framgår ett syfte med transaktionen genom anteckning i leverantörsfakturahanteringssystemet.

En av fakturorna avser måltid och har angivits ett syfte för som faller inom ramen för Regionens riktlinjer samt innehåller erforderliga uppgifter och underlag. De

---

<sup>17</sup> Revisionsrapport ”Processen för intern kontroll” dnr 18REV57

resterande tre fakturorna avser gåvor. Bland dessa har noterats att gåvor lämnats till föreläsare som är anställda inom Regionen. Vi kan inte se att det finns stöd för det i regionens riktlinjer<sup>18</sup>. Det förekommer gåva i samband med avtackning av stödperson<sup>19</sup>. Enligt uppgift från förvaltningen kan stödpersoner inte betraktas som anställda inom Regionen, utan har ett frivilligt uppdrag som stödpersonen kan säga upp med omedelbar verkan.

#### *Kommentar*

Nämnden har beslutat om en dokumenthanteringsplan 2020, 2020-01-07 Dnr 2020-5A, som ersätter den dokumenthanteringsplanen som senast reviderades 2018-12-19 § 64.

Den interna kontrollen avseende fakturahanteringen har i stort varit tillräcklig. I vår bedömning finns inga begränsningar i Regionens riktlinjer för gåvor till stödpersoner, eftersom dessa enligt uppgift inte är att betrakta som Regionens anställda och riktlinjen enbart omfattar gåvor till medarbetare.

Utifrån noteringar vid vår verifikationsgranskning bedömer vi dock att verksamheten bör vara uppmärksam på efterlevnad av Regionens riktlinjer vid gåvor till personer som också är anställda inom Regionen.

#### **5.3.4 Ryms nämndens beslut inom delegationen/uppdraget från fullmäktige?**

I nämndens reglemente<sup>20</sup> 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 i attest- och utbetalningsreglementet samt Regionfullmäktiges beslut”.

Reglementet ställer bland annat krav på att nämnden ska ha ett arbetsutskott. Nämnden har på sitt första sammanträde 2019 utsett ledamöter och ersättare i arbetsutskott, i enlighet med reglementet<sup>21</sup>.

Nämnden beslutade<sup>22</sup> att från och med 2019 utesluta sammanträdet i december samt att nämnden fr o m 2019 har fem sammanträden per år. Vi kan utifrån kontroll mot nämndens reglemente inte finna något hinder mot beslutet.

#### *Kommentar*

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

---

<sup>18</sup> Regionens riktlinjer beslutade av Regionstyrelsen 2018-05-09 medger enbart gåvor till medarbetare vid vissa specifika tillfällen.

<sup>19</sup> Bland annat den som tvångsvårdas inom psykiatri har rätt att få en stödperson. Stödpersoner utses av Patientnämnden i samarbete med patienten och vårdpersonalen.

<sup>20</sup> Reglemente för Patientnämnden – Ethiska nämnden 2019-2022, Beslutat av Regionfullmäktige 2018-04-25 § 85

<sup>21</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-01-30 § 5

<sup>22</sup> Nämndens sammanträdesprotokoll 2019-09-11 § 43

## 5.4 Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?

### 5.4.1 Rapporteras delegationsbeslut löpande till nämnden?

I protokoll framgår att delegationsbeslut har anmälts löpande till nämnden under året.

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

Tre stickprov av sammanträdesprotokoll<sup>23</sup> har tagits. Enligt de granskade anslagsbevisen har granskade protokoll justerats inom fjorton dagar och tillkännagivits på anslagstavlan senast andra dagen efter justeringen, i enlighet med bestämmelserna i kommunallagen.

2019-06-05 § 31 informerades nämnden om att arbetsutskottet hade beslutat att framledes omedelbart justera protokollet efter sammanträdet. Att detta har genomförts har verifierats utan anmärkning för sammanträdena 2019-06-05 och 2019-10-30.

#### *Kommentar*

Utifrån gjorda iakttagelser är bedömningen att nämnden har en ändamålsenlig beslutsformalia.

## 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 2019, utformat i enlighet med anvisningarna i Regionplanen.

Målen i styrkortet uppfyller kraven på mätbarhet i enlighet med fullmäktiges policy *Samlad ledningsprocess*<sup>24</sup>. Dock har vi noterat att målnivån avseende ett mål<sup>25</sup> inte är detsamma i budgetskrivelse och styrkort.

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

Nämnden har enligt vår bedömning tagit beslut av relevans för att tillgodose krav i Regionens attestreglemente.

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

<sup>23</sup> 2019-01-30, 2019-06-05, 2019-10-30

<sup>24</sup> Målen ska vara uppföljningsbara genom mätbara resultatindikatorer som kan verifiera om målen uppnås.

<sup>25</sup> Andel ärenden med begäran om stödperson som ska vara förordnade inom två veckor

Vår bedömning är att nämnden har efterlevt de regiongemensamma kraven på rapportering avseende delårsrapport och årsredovisning. Viktigt är dock att nämnden säkerställer att uppföljningen innehåller samtliga mål.

Att ekonomisk uppföljning sker månadsvis till nämndens presidium överensstämmer med nämndens beslutade budgetskrivelse. Behov av ytterligare uppföljning av ekonomin till samtliga ledamöter i nämnden bör enligt vår mening övervägas.

Inga avvikelser har noterats i verksamhetens måluppfyllnad inklusive budgetföljsamhet.

### **Har nämnden en övergripande process för den interna kontrollen?**

Vi bedömer att nämndens plan för intern kontroll ger en tydlig bild av syftet med och strukturen för nämndens interna kontroll samt hur kontrollåtgärder integreras med nämndens styrning och uppföljning. Vår bedömning är att internkontrollplanen kan utvecklas ytterligare genom att specificera ansvariga för utförandet av förekommande kontroller samt hur kontrollerna ska utföras.

Resultatet av den interna kontrollen har redovisats till nämnden i enlighet med vad som framgår av 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 framgår i verksamhetsberättelsen.

Nämnden har en aktuell dokumenthanteringsplan.

Den interna kontrollen avseende fakturahanteringen har i stort varit tillräcklig. Utifrån noteringar vid vår verifikationsgranskning bedömer vi dock att verksamheten bör vara uppmärksam på efterlevnad av Regionens riktlinjer vid gåvor till personer som också är anställda inom Regionen.

### **Har nämnden en ändamålsenlig beslutsformalia?**

Utifrån gjorda iakttagelser är bedömningen att nämnden har en ändamålsenlig beslutsformalia.

### **Sammanvägd bedömning**

Vår sammanvägda bedömning utifrån granskningen är att Patientnämnden – Etiska nämnden har en i allt väsentligt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten under 2019.

Revisionsrapporten innehåller några rekommendationer till nämnden i syfte att vidareutveckla styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten utifrån fullmäktiges mål och policy.