



Grundläggande granskning av Patientnämnden - Etiska nämnden 2021

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 2021.

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

- Överväg att förtydliga vilka delegationsbeslut som ska protokollföras särskilt och anslås på den digitala anslagstavlan. Se bedömningar och rekommendationer i revisionens tidigare fördjupade granskning Delegering av nämndernas beslutanderätt (20REV32).

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning	3
1 Bakgrund.....	4
2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning	4
3 Revisionskriterier.....	4
4 Metod.....	5
5 Resultat av granskningen.....	6
5.1 Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten?	6
5.1.1 Har nämnden fastställt ett balanserat styrkort i enlighet med anvisningarna i Regionplanen och policyn Samlad ledningsprocess?.....	6
5.1.2 Har styrkort upprättats och konkretiserats på förvaltningsnivå?.....	6
5.1.3 Vilka planer och/eller mål har nämnden beslutat om i övrigt?.....	7
5.1.4 Vilka uppdrag till verksamheten har nämnden beslutat om i övrigt? Finns en dokumentation över beslutade uppdrag?	9
5.1.5 Har nämnden tagit enskilda beslut av väsentlig betydelse som bör uppmärksammas?	9
5.2 Har nämnden en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?	10
5.2.1 Uppfyller rapporteringen nämndens krav?	10
5.2.2 Har nämnden beslutat om åtgärder med anledning av eventuella avvikelser i det redovisade resultatet (för ekonomi och verksamhet)?	11
5.2.3 Har nämnden säkerställt att åtgärder vidtas med anledning av de granskningar som Regionens revisorer genomfört under föregående revisionsår?	12
5.3 Har nämnden en process för den interna kontrollen?	12
5.4 Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig hantering av delegationsbeslut?.....	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?
- Har nämnden en process för den interna kontrollen?
- Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig hantering av delegationsbeslut?

Det har även ingått i granskningen att översiktligt bedöma måluppfyllelsen och den interna kontrollen i hanteringen av verifikationer.

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

3 Revisionskriterier

De revisionskriterier som har bildat underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är huvudsakligen följande:

- Kommunallagen¹,
- Reglemente² för Patientnämnden – Etiska nämnden
- Regionplan 2021-2023³
- Policyn Samlad ledningsprocess⁴
- Riktlinje Representation och gåvor⁵

¹ SFS 2017:725

² Beslutad av Regionfullmäktige 2018-04-25, § 85

³ Beslutad av Regionfullmäktige 2020-04-29

⁴ Beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-27

⁵ Dokumentnummer 321020 / Version 1

4 Metod

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

5 Resultat av granskningen

5.1 Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler 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 2021 (2020-09-16 § 33). Styrkortet omfattar inriktningsmål, mål och mått för de fyra perspektiven (invånare, medarbetare, processer och ekonomi) i Regionplan 2021-2023. Styrkortet för 2021 omfattar tio mål med elva mått vilka överlag är både preciserade och mätbara. För målet friska medarbetare som har måttet sjukfrånvaro noteras dock, som för föregående år, 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 2021, utformat i enlighet med anvisningarna i Regionplanen.

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

Medan styrkortet för 2021 är korrekt avseende rubricering av år har vi i nämndens budgetskrivelse⁶ noterat att kolumnerna för målnivå 2021 inte har uppdaterats utan anger år 2020.

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.

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. Nämndens styrkort är samtidigt konkretiserat och förvaltningen består av ett fåtal medarbetare.

⁶ 2020-09-16 § 31

⁷ 2020-09-16 § 31

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.

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:

- *Februari Nämndens verksamhetsberättelse för 2020*
Nämnden beslutade att godkänna verksamhetsberättelsen för 2020 och att överlämna den till Regionfullmäktige via Regionstyrelsen samt till IVO.
- *April Rapport av inkomna ärenden rörande Covid-19 –samt gemensam rapport med Sveriges Patientnämnder*
Patientnämnderna i Sverige tog tillsammans under förra året emot 3 337 covid-19 relaterade klagomål. Med anledning av detta har patientnämnderna tagit fram en gemensam rapport. Varje region har bidragit genom att enskilt analysera inkomna klagomål. Nämnden beslutade att överföra rapporten vidare i organisationen till Hälso- och sjukvårdsnämnden, Regionfullmäktige, chefsläkare, områdesdirektörer samt IVO.
- *Juni Rapport av inkomna ärenden rörande barn*
På uppdrag av Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har landets samtliga patientnämnder analyserat ärenden rörande barn mellan 0-17 år inkomna under 2020. Syftet med rapporten är att beskriva och analysera inkomna synpunkter och klagomål för barn och deras närstående. Varje patientnämnd har bidragit genom att enskilt gjort sin egen regionala rapport -”Analys av klagomål som avser barn”. Nämnden beslutade att överföra rapporten vidare i organisationen till Hälso- och sjukvårdsnämnden, Regionfullmäktige, chefsläkare, områdesdirektörer, samt att bjuda in företrädare för arbetet med första linjens vård för barn- och unga med psykisk ohälsa.
- *Juni Information*
I sammanträdesprotokollet framgår att presidiet tillsammans med förvaltningschef har haft ett dialogmöte med Hälso- och sjukvårdsnämnden om hur ett framtida informationsutbyte kan se ut för att på bästa sätt tillvarata patienters synpunkter och förvaltningens rapporter.
- *September Delårsrapport 2021*
I delårsrapporten framgår att Patientnämnderna i Sverige har utnämnda

kontaktpersoner mot IVO, Socialstyrelsen, SKR samt medverkar i Vård- och omsorgsanalys Patient- och brukarråd.

- *December Rapport Patientsynpunkter gällande journalhantering i Region Västernorrland*

Under hösten 2021 har inkomna ärenden rörande synpunkter kring journal analyserats och sammanfattas i rapport. Nämnden beslutade att överföra rapporten vidare i organisationen till Hälso- och sjukvårdsnämnden, Regionfullmäktige, chefsläkare, områdesdirektörer, IVO.

I övrigt noteras följande beslut om mål och planer:

- *Februari Revidering av Etisk Policy*
Regionens etiska policy fastställdes av fullmäktige år 2008. Av policyn framgår att den ska genomgå en utvärdering under varje mandatperiod. Etiska rådet har utvärderat policyn 2013 och 2017. En ny revidering av policyn har gjorts under 2020. Nämnden beslutade att godkänna revidering av Etisk Policy för Region Västernorrland samt att överlämna policyn till regionfullmäktige via regionstyrelsen för fastställande.
- *April Godkänna kommunikationsplan*
Patientnämnderna i Sverige har reviderat den gemensamma kommunikationsplanen som fastställdes i januari 2020.
- *Juni Dokument-/Informationshanteringsplan*
Tidigare fastställd dokumenthanteringsplan för 2020 har reviderats. Under sammanträdet redovisades även förvaltningens modelleringsrapport för förvaltningens arbete med information. Nämnden beslutade att fastställa informationsplanen.

I 2020 års grundläggande granskning noterade vi att målen i regionens hållbarhetsplan⁸ ska omsättas genom de balanserade styrkortet. Varje verksamhet ansvarar för att formulera egna aktiviteter i befintliga aktivitets- och handlingsplaner. Vi har noterat att nämnden inte har beslutat om en årlig handlingsplan för 2021 (inte heller för 2020), med hänvisning till att förvaltningen i dialog med Miljö- och hållbarhetsenheten inte har tolkat att nämnden omfattas av kravet på handlingsplan, se 5.2.3.

Kommentar

Utöver några beslut om planer har vi noterat att nämnden har tagit flera beslut kopplade till dess uppgifter enligt Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård.

Likt tidigare år har nämnden inte en beslutad årlig handlingsplan kopplat till regionens hållbarhetsplan 2020-2024. Enligt uppgift har förvaltningen i dialog med Miljö- och hållbarhetsenheten inte tolkat att nämnden berörs av fullmäktiges krav. Vi anser att det är viktigt att det är tydliggjort vilka nämnder som berörs av fullmäktiges beslutade planer och policys.

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

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:

- *Februari Anta nytt dataskyddsbud för nämnden*
- *April Uppföljning och utvärdering av Patientnämndens verksamhet - Kundnöjdhetsundersökning för sista delåret 2020*
Nämnden beslutade att lägga kundnöjdhetsundersökningen till handlingarna samt att uppdra till förvaltningschef att undersöka möjligheten till digitala utskick med återrapportering till sammanträde 16 september. Vi har noterat att nämnden under sitt septembersammanträde fick information om ”Återrapportering från förvaltningschef av enkäter för kundnöjdhetsundersökning”.
- *December Redovisning av ärenden som handlagts och avslutats på förvaltningsnivå sedan föregående sammanträde*
I ärendet framgår att en tjänstepersonsträff med vårdgivande verksamhet inom barn och ungdomspsykiatri är planerad. Nämnden beslutade att nämnden får en återrapport vid kommande sammanträde i februari kring mötet med barn och ungdomspsykiatri.
- *Flera beslut om att delge analyser har noterats, se avsnitt 5.1.3.*

Kommentar

Under 2021 har vi noterat få beslut om uppdrag till verksamheten. För uppdrag där nämnden angett ett datum för återrapportering har vi noterat att återrapportering också har skett i tid.

Vi har inte information om det, utöver vad som framgår i protokoll, finns en dokumentation över beslutade uppdrag. I likhet med tidigare års grundläggande granskning, bedömer vi att 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?

I nämndens reglemente 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”.

Enligt Regionens attestreglemente⁹ ska respektive nämnd inom sin verksamhet utse eller delegera till annan att utse en eller flera beslutsattestanter samt ersättare

⁹ Beslutat av Regionfullmäktige 2018-06-20 § 140

för dessa. Beslut om detta ska fattas särskilt för varje kalenderår. Nämnden beslutade 2021-04-01 § 18 att utse ”betalningsattestanter” och ersättare 2021 för Patientnämnden Etiska nämnden.

Nämnden har i februari beslutat om delegationsordning 2021 för nämnden. Av den framgår att betalningsattest är delegerat till Förvaltningschef. Dock ska betalningsattest av reseräkningar, egna utlägg samt kostnader för representation alltid ske av nämndens ordförande. I delegationsordningen framgår att delegat kan hänskjuta beslutsfattande i ett ärende till högre nivå.

För att fullgöra sitt uppdrag ska nämnden enligt reglementet 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 mötesanteckningar från dess sammanträden.

Kommentar

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

Utifrån en översiktlig genomgång har inga beslut noterats som inte bedöms inrymmas inom ramen för nämndens reglemente och kommunallagen.

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.

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 respektive mål specificerar nämndens styrkort om uppföljning sker vid delår och/eller årsvis.

Vi har noterat att nämndens styrkort följs upp och rapporteras i samband med delårsrapport och verksamhetsberättelse. Dessa uppföljningstillfällen sammanfaller med vad som framgår i anslutning till målen i nämndens styrkort.

Nämnden noteras härutöver ha följande rutiner för löpande rapportering av verksamheten:

- Etik/Etiska rådet (varje sammanträde)
- Redovisning av ärenden som handlagts och avslutats på förvaltningsnivå sedan föregående sammanträde (varje sammanträde)
- Redovisning av stödpersonsverksamhet och anmälningsärenden inom psykiatri (varje sammanträde)

- Uppföljning och utvärdering av Patientnämndens verksamhet – Kundnöjdhetsundersökning (efter genomförd undersökning)
- Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården § 3 ställer bland annat krav på att Patientnämnden genomför analyser av olika ärendegrupper. Förekommande noterad rapportering av genomförda analyser, se avsnitt 5.1.3.

Under den stående sammanträdespunkten Information noteras i övrigt att ordförande och förvaltningschef såväl som inbjudna gäster informerar om ett antal punkter med koppling till nämndens och regionens verksamhet.

Nämnden bedömde i delårsrapport att verksamhetsmålen var uppfyllda inom perspektiven invånare, process och ekonomi. Dock nåddes inte full måluppfyllelse inom medarbetarperspektivet eftersom Patientnämndens förvaltning för delåret hade en högre sjukfrånvaro i procent än jämförbara arbetsplatser i regionen. I delårsrapporten framgår samtidigt att förvaltningen består av fem medarbetare, varför påverkan på verksamheten blir stor vid sjukfrånvaro.

I sin verksamhetsberättelse gör nämnden samma bedömning av måluppfyllelse som vid delårsrapporten.

Beträffande målet i ekonomiperspektivet, om att tilldelad budgetram ska hållas, var nämndens resultat för 2021 ett överskott med+ 0,9 mkr. Överskottet mot budget förklaras till stor del av pandemin med dess konsekvenser, bland annat digitala nämndssammanträden samt inställda tjänsteresor och utbildningar.

Kommentar

Vår bedömning är att nämnden har efterlevt de regiongemensamma kraven på rapportering avseende delårsrapport och verksamhetsberättelse för 2021. Måluppfyllelsen är god, dock uppnås inte samtliga mål inom medarbetarperspektivet i styrkortet.

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.

I december beslutade nämnden att avsluta enkätundersökning gentemot invånare, med omedelbar verkan samt att utföra regelbundna enkätundersökningar gentemot vårdgivande verksamheter, från och med 2022-01-01. I ärendet framgår bland annat att enkätundersökningarnas syfte, ställda till uppgiftslämnande invånare, att få in uppgifter som leder till ett kvalitativt förbättringsarbete av verksamheten uppnås inte. Vidare finns i Patientnämndens uppdrag inget krav på genomförande av kundundersökning gentemot personer som inkommer till förvaltningen med synpunkts och/eller klagomålsärenden. Region Västernorrlands dataskyddsorganisation avråder Patientnämnden att utföra kundenkäter digitalt. Enkäter riktade till vårdgivande verksamheter som är mottagare av patientnämndens analyser och

rapporter kan hanteras digitalt, utifrån att känsliga personuppgifter inte behandlas, vilket innebär en besparing mot nuvarande brevutskick.

Vi har noterat att skälen till nämndens beslut framgår i såväl nämnt ärende ovan som av verksamhetsberättelsen. Därmed uppnås inte heller nämndens tillhörande mål om att genomföra årlig kundnöjdhetsundersökning i styrkortet för 2021.

Kommentar

Utöver att nämnden har beslutat om att upphöra med kundnöjdhetsundersökning (ett mål i styrkortet) har inga väsentliga avvikelser eller tillhörande beslut om åtgärder noterats i det redovisade ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet.

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

Revisionsrapporten för 2020 års grundläggande granskning överlämnades till nämnden för kännedom med 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 beredning¹⁰.

I juni behandlade nämnden Grundläggande granskning av Patientnämnden-Etiska nämnden 2020. I revisionsrapporten noterades att nämnden inte har en beslutad handlingsplan kopplat till regionens hållbarhetsplan 2020-2024. I ärendet framgår att förvaltningen i dialog med Miljö- och hållbarhetsenhetens enhetschef har tolkat att, Regionfullmäktiges beslut endast gäller Hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen samt Nämnden för hållbar utveckling. Nämnden beslutade att lägga revisionsrapporten till handlingarna.

Vi har översiktligt kontrollerat nämndens protokoll under 2021 med avseende på om utskottets beredning utmynnar i ett förslag till beslut. Vi har därvid konstaterat att det för flertalet av nämndens beslut framgår att nämnden beslutade på arbetsutskottets förslag.

Kommentar

Vår bedömning är att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som framförts vid revisionens granskning under föregående år.

5.3 Har nämnden en process för den interna kontrollen?

Nämnden har fastställt en internkontrollplan för 2021¹¹. Planen är baserad på en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys som ingår i budgetskrivelsen¹².

¹⁰ Reglementet anger ”När ärendet beretts ska utskottet lägga fram förslag till beslut”.

¹¹ 2020-09-16 § 32

¹² 2020-09-16 § 31

I planen anges två områden som utifrån nämndens risk- och väsentlighetsanalys ska följas upp och rapporteras för 2021; antal verksamhetsfrämmande inköp och antal felaktiga reseersättningar till stödpersoner, baserat på uppgivet reseavstånd. Dessa kontrollområden är desamma som i internkontrollplanerna för år 2020 och 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.

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 genom att specificera ansvariga funktioner och tillvägagångssätt för utförandet av beslutade kontroller.

Enligt nämndens plan för uppföljning av den interna kontrollen 2021 ska resultat skriftligen rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsberättelsens upprättande.

Vid 2020 års grundläggande granskning fick vi uppgift från regionens Samordnare Intern styrning och kontroll 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 2021 framgår bland annat att ”Internkontrollen innefattar administrativ- och redovisningskontroll samt plan för granskning av den interna kontrollen. Denna har för perioden löpande följts upp och resultatet har rapporterats till nämndens ledamöter vid sammanträdet den 16 september. Uppföljning har visat att den interna kontrollen har fungerat tillfredställande.”

Vi har verifierat att det i verksamhetsberättelsen 2021 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 ”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.”

Vår bedömning är att resultatet av uppföljning av den interna kontrollen har redovisats till nämnden i enlighet med fastställd internkontrollplan. Vidare anser vi att nämndens ställningstagande i samband med verksamhetsberättelsen nu görs enligt regionens mall, vilket vi rekommenderade i den grundläggande granskningen år 2020.

5.3.1 Den interna kontrollen i hanteringen av verifikationer

I 2021 års granskning att verifiera den interna kontrollen genom stickprov av verifikationer avseende gåvor¹³. Inom de kostnadsställen som sorterar under nämnden finns totalt en verifikation på kontot, vilken har granskats utifrån regionens riktlinje Representation och gåvor¹⁴. För granskad verifikation förefaller det utifrån informationen i ekonomisystemet oklart om berörd avtackningsgåva medges utifrån regionens riktlinje¹⁵. Namn på mottagaren framgår heller inte, enbart funktion.

Kommentar

För 2021 har nämnden enbart en faktura på kontot för uppvaktning/presenter. Det behöver dock säkerställas att verifikationerna innehåller både mottagaren och gåvans syfte. I annat fall kan det inte bedömas om berörd avtackning faller inom ramen för regionens riktlinje Representation och gåvor.

5.4 Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig hantering av delegationsbeslut?

I 2021 års granskning har ingått att bedöma nämndens hantering av delegationsbeslut.

5.4.1 Har nämnden beslutat om en delegationsordning som gäller för år 2021?

Nämnden beslutade i februari 2021 om delegationsordning för 2021.

5.4.2 Rapporteras delegationsbeslut löpande till nämnden?

I nämndens delegationsordning för 2021¹⁶ framgår avseende anmälan av beslut att nämnden beslutar i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 6 kap. 37 §¹⁷ KL ska anmälas (återrapporteras). Om inte annat framgår ska sådan anmälan ske.

Vidare står att om ett beslut ska anmälas (återrapporteras) med stöd av delegation ska det dokumenteras och anmälas snarast möjligt till nämnden (6 kap. 37 § KL). Delegaten ansvarar för att diarieföra och förteckna de beslut som fattas enligt delegation.

Vi har noterat att nämnden informeras löpande på sammanträden om ”Redovisning av stödpersonsverksamhet och anmälningsärenden enligt delegationsbeslut”.

Enligt nämndens delegationsordning är det delegerat till Förvaltningschef att utse stödpersoner, med rätt att vidaredelegera.

¹³ Konto 46900 (uppvaktning/presenter)

¹⁴ Dokumentnummer 321020 / Version 1

¹⁵ Enligt riktlinjen medges minnesgåva till medarbetare som varit anställd i Regionen 10 år respektive 25 år eller vid pensionsavgång.

¹⁶ Beslutad vid sammanträde 2021-02-12

¹⁷ En nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. En nämnd får även uppdra åt en anställd att besluta enligt 7 kap. 5-8 §§.

5.4.3 Har förvaltningschefen beslutat om vidaredelegeringar och har de i sådana fall anmälts till nämnden?

I nämndens delegationsordning för 2021¹⁸ framgår att delegerade beslut endast får vidaredelegeras i särskilt angivna ärenden (6 kap. 37 § KL). Vidaredelegering får endast ske i ett led. Formell vikarie för delegat erhåller dennes delegation. Förvaltningschefens beslutade vidaredelegeringar ska diarieföras och anmälas till nämnden. Delegaten ansvarar för att diarieföra och förteckna beslut som fattas enligt vidaredelegation. Beslut ska anmälas av delegaten till den som har lämnat vidaredelegeringen som svarar för anmälan till nämnden. Om en delegat, med rätt att besluta med stöd av en vidaredelegering, vill återlämna delegationen så sker det till den som har lämnat vidaredelegeringen.

Nämnden har vid sammanträde i februari behandlat ”Redovisning av beslut fattade på delegation från Patientnämnden-Etiska nämnden”. I ärendet framgår att beslut har fattats av förvaltningschefen med stöd av delegation från Patientnämnden-Etiska nämnden att delegera till stödpersonshandläggaren att utse stödpersoner enligt LPT, LRV och Smittskyddslagen. Vi har noterat att den berörda vidaredelegeringen från förvaltningschef är förenlig med gällande delegationsordning och har anmälts till nämnden 2021-02-12 § 10.

5.4.4 Har nämnden beslutat om vilka beslut som ska protokollföras i särskild ordning och anslås på den digitala anslagstavlan? (Framgår ovan av nämndens delegationsordning?)

I nämndens delegationsordning för 2021¹⁹ framgår att beslut som inte anmäls (återrapporteras) ska protokollföras särskilt, om det gäller ett beslut som får överklagas (laglighetsprövas) enligt bestämmelserna i 13 kap. KL.

5.4.5 Sammantagen bedömning av nämndens hantering av delegationsbeslut

Utifrån en översiktlig genomgång som beskrivs i ovanstående avsnitt är vår bedömning att nämnden har säkerställt en ändamålsenlig hantering av delegationsbeslut.

Vi bedömer dock att det kan förtydligas vilka delegationsbeslut som ska protokollföras särskilt och anslås på den digitala anslagstavlan. Se även revisionens tidigare fördjupade granskning²⁰ inom området.

¹⁸ Beslutad vid sammanträde 2021-02-12

¹⁹ Beslutad vid nämndens sammanträde 2021-02-12

²⁰ Delegering av nämndernas beslutanderätt dnr 20REV32

6 Revisionell bedömning

Sammantaget är vår bedömning att Patientnämnden – Etiska nämnden har haft en i allt väsentligt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten under 2021. 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 styr signaler för verksamheten.

Nämnden har fastställt ett balanserat styrkort för verksamhetsåret 2021, utformat i enlighet med anvisningarna i Regionplanen samt uppfyller kraven på mätbarhet i enlighet med fullmäktiges policy Samlad ledningsprocess.

Vad gäller målnivån om sjukfrånvaro anser vi, som i föregående års grundläggande granskning, att det kan förtydligas vad som åsyftas med ”jämförbara arbetsplatser i regionen”.

Styrkort har inte upprättats på förvaltningsnivå. Nämndens styrkort är samtidigt konkretiserat och förvaltningen består av 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.

- 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 verksamhetsberättelse för 2021.

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

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollen har redovisats till nämnden i enlighet med fastställd internkontrollplan. Nämndens bedömning av huruvida nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll följer vidare regionens mall.

För 2021 har nämnden enbart en faktura på kontot för uppvaktning/presenter. Det behöver dock säkerställas att verifikationerna innehåller både mottagaren och gåvans syfte. I annat fall kan det inte bedömas om berörd avtackning faller inom ramen för regionens riktlinje Representation och gåvor.

- Nämnden har i allt väsentligt säkerställt en ändamålsenlig hantering av delegationsbeslut.

Vi bedömer att det kan förtydligas vilka delegationsbeslut som ska protokollföras särskilt och anslås på den digitala anslagstavlan. Se bedömningar och rekommendationer i revisionens tidigare fördjupade granskning ”Delegering av nämndernas beslutanderätt” (20REV32).

Anna Nordlöf

Certifierad kommunal revisor