



REVISIONSRAPPORT
**GRUNDLÄGGANDE
GRANSKNING AV
PATIENTNÄMNDEN 2024**

Revisionskontoret

Pia Holm,
Kommunal revisor
Dnr: REV/18/2024

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	3
2	BAKGRUND	3
3	SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR	4
4	AVGRÄNSNING	4
5	REVISIONSKRITERIER	4
6	ANSVARIG STYRELSE/NÄMND	4
7	METOD	4
8	RESULTAT AV GRANSKNINGEN	5
8.1	STYRNING, UPPFÖLJNING OCH KONTROLL	5
8.1.1	Plan med budget	5
8.1.2	Prioriteringar utifrån fullmäktiges övergripande mål	5
8.1.3	Uppföljning och rapportering	6
8.1.4	Beslut om åtgärder	7
8.1.5	Nämndens arbete med internkontrollplan	7
8.1.6	Vidtagna åtgärder utifrån föregående års granskning	8
8.2	MÅLUPPFYLLELSE	8
8.2.1	Mål för verksamhet och ekonomi	8
8.2.2	Ekonomiskt resultat förenligt med budget	9
8.3	BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER	9
9	KVALITETSSÄKRING	10
10	UNDERTECKNANDE	10

1 SAMMANFATTNING

Den grundläggande granskningen genomförs varje år med syfte att ge underlag för revisorerna att bedöma om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig. Bedömningen grundar sig på följande bedömningar:

- Nämnden har fastställt en plan och budget för 2024.
- Nämndens plan tydliggör vad som prioriteras utifrån fullmäktiges övergripande mål.
- Nämnden har haft en regelbunden uppföljning och rapportering av ekonomi och verksamhet i enlighet med styrmodellen.
- Det har inte varit aktuellt för nämnden att fatta några beslut om åtgärder.
- Nämnden har bedrivit ett systematiskt arbete med risker utifrån en fastställd interkontrollplan.
- Nämnden har vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning.
- Nämnden har en tillfredsställande måluppfyllelse.
- Nämnden har ett ekonomiskt resultat förenligt med budget.

2 BAKGRUND

Regionens revisorer granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionssed all verksamhet som bedrivs inom styrelsen och nämndernas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, samt att de föreskrifter som gäller för verksamheten följs. De ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Den grundläggande granskningen genomförs varje år avseende nämnder och styrelser och är till sin karaktär en löpande insamling av fakta och iakttagelser.

Patientnämnden har som uppgift att vara mottagare för klagomål avseende hälso- och sjukvården och se till att vårdgivaren besvarar klagomålet enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

I föregående års grundläggande granskning framkom att nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig. Nämnden rekommenderades att per helår dokumentera sin samlade bedömning av om den interna styrningen och kontrollen varit tillräcklig.

3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Syftet med den grundläggande granskningen är att ge underlag för revisorerna att uttala sig om verksamheten skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om den interna kontrollen varit tillräcklig.

Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

Styrning, uppföljning och kontroll

- Har nämnden antagit en plan med budget för verksamhetsåret?
- Tydliggör planen nämndens prioriteringar utifrån fullmäktiges övergripande mål?
- Har nämnden haft en regelbunden uppföljning och rapportering i enlighet med styrmodellen?
- Har nämnden fattat beslut om åtgärder vid avvikelser från plan och budget?
- Har nämnden bedrivit ett systematiskt arbete med risker utifrån en fastställd internkontrollplan?
- Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning?

Måluppfyllelse

- När nämnden beslutade mål?
- Har nämnden ett ekonomiskt resultat förenligt med budget?

4 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till verksamhetsåret 2024. Nämndens räkenskaper omfattas inte eftersom de granskas i samband med regionens bokslut.

5 REVISIONSKRITERIER

Vår bedömning har utgått från:

- Kommunallag (2017:725)
- Regionplan och budget 2024-2026 (RS/129/2023)
- Reglemente för patientnämnden 2023-2026 (RS/452/2022)
- Styrmodell för Region Jämtland Härjedalen (RS/342/2022)
- Reglemente för intern kontroll och styrning (RS/598/2018)

6 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

Granskningen avser patientnämnden.

7 METOD

Granskningen har utförts genom inhämtning och granskning av styrande dokument, protokoll, tertial- och delårsrapporter samt årsredovisning. Inhämtning av uppgifter har även skett genom revisionsdialog med nämnden och inhämtning av skriftliga svar på frågor.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

8 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

8.1 STYRNING, UPPFÖLJNING OCH KONTROLL

8.1.1 Plan med budget

Revisionsfråga: Har nämnden antagit en plan med budget för verksamhetsåret?

Nämnden ska årligen fastställa en plan med budget för nästkommande verksamhetsår och planen ska sedan anmälas till regionfullmäktige.¹

Patientnämndens plan (verksamhetsplan) med budget fastställdes i januari 2024² och rapporterades till regionfullmäktige i februari³.

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden har fastställt en plan med budget för 2024.

8.1.2 Prioriteringar utifrån fullmäktiges övergripande mål

Revisionsfråga: Tydliggör planen nämndens prioriteringar utifrån fullmäktiges övergripande mål?

Kärnverksamhet, stödverksamhet och ledningsprocesser utgör Region Jämtland Härjedalens åtta målområden och för varje målområde finns ett övergripande mål. För respektive målområde finns långsiktiga nyckeltal och uppdrag till styrelsen och nämnderna. I en årlig plan med budget ska nämnden redovisa vad som ska prioriteras inom tilldelade målområden.⁴ I planen kan nämnden komplettera med egna långsiktiga nyckeltal, kortsiktiga nyckeltal eller uppdrag.⁵

Patientnämndens plan innehåller sju uppdrag med aktiviteter inom tre målområden med tillhörande övergripande mål.

- Målområde för hälso- och sjukvård:
 - Övergripande mål - God och Nära vård i hela Jämtland Härjedalen. Tre uppdrag, varav två är beslutade av patientnämnden, och sex aktiviteter.
- Målområde stödverksamhet:
 - Övergripande mål – Ändamålsenligt kompetens för effektivt stöd till verksamhet och utveckling. Två uppdrag, varav ett är beslutat av patientnämnden, och fyra aktiviteter.
- Målområde för ledningsprocesser:

¹ Region Jämtland Härjedalens styrmodell RS/342/2022, fastställd av regionfullmäktige 2023-06-21 §72. Hålltid för beslut av plan med budget är oktober.

² Verksamhetsplan 2024 Patientnämnden, fastställd 2024-01-25 §13

³ Regionfullmäktiges protokoll 2024-02-13 §8, Nämndernas och revisionens rapport till regionfullmäktige 2024

⁴ Regionplan och budget 2024–2026 RS/129/2023, fastställd av regionfullmäktige 2023-10-18 §109

⁵ Region Jämtland Härjedalens styrmodell RS/342/2022, fastställd av regionfullmäktige 2023-06-21 §72.

- Övergripande mål – Ledning, styrning och uppföljning av beslut och verksamhet. Två uppdrag, vilka har angetts som beslutade av patientnämnden fastän uppdragen finns i regionplanen, och två aktiviteter.

Bedömning

- Vi bedömer att planen tydliggör nämndens prioriteringar utifrån fullmäktiges övergripande mål.

8.1.3 Uppföljning och rapportering

Revisionsfråga: Har nämnden haft en regelbunden uppföljning och rapportering i enlighet med styrmodellen?

Patientnämnden ska redovisa en tertialrapport per april, en delårsrapport per augusti och en årsredovisning.⁶

Tertialrapport

Nämnden har behandlat sin tertialrapport per april och redovisade en positiv avvikelse mot budget (+63 tkr) som i huvudsak förklaras av partiella tjänstledigheter samt återhållsamhet när det gäller tjänsteresor och inköp. Tertialrapporten godkändes av nämnden i maj⁷. Av rapporten framgår att alla aktiviteter var pågående eller planerade. Prognosen för helår var ett nollresultat.

Delårsrapport

Nämnden har behandlat sin delårsrapport per augusti och redovisade en positiv avvikelse mot budget (+250 tkr) som i huvudsak förklaras av partiella tjänstledigheter samt återhållsamhet när det gäller tjänsteresor och inköp. Delårsrapporten godkändes av nämnden i september⁸. Av rapporten framgår att alla aktiviteter var pågående enligt plan och beräknades vara genomförda innan årets slut. Prognosen för helår var ett nollresultat.

Årsredovisning

Årsredovisningen för 2024 godkändes av nämnden i januari 2025.⁹ För redogörelse av måluppfyllelse, se avsnitt 8.2.

Redovisning av uppdrag och information från verksamheten

Vid fullmäktigesammanträden ska nämnden redovisa uppdrag som fullgjorts enligt delegation från fullmäktige och informera från verksamheten (patientnämndens rapport) samt årligen delge fullmäktige nämndens årsberättelse.¹⁰

Patientnämnden har informerat från verksamheten vid alla fullmäktigesammanträden under året utom vid två tillfällen när inget fanns att rapportera.¹¹ Vi har inte noterat att nämnden fått några uppdrag från regionfullmäktige under året. Patientnämndens årsberättelse

⁶ Region Jämtland Härjedalens styrmodell RS/342/2022, fastställd av regionfullmäktige 2023-06-21 §72. Hålltider för beslut, tertialrapport senast i maj, delårsrapport senast i september och årsredovisning senast i mars.

⁷ Patientnämndens protokoll 2024-05-22 §53, Tertialrapport april 2024

⁸ Patientnämndens protokoll 2024-09-19 §70, Delårsrapport augusti 2024

⁹ Patientnämndens protokoll 2025-01-23 §12, Årsbokslut 2024

¹⁰ Reglemente för patientnämnden i Region Jämtland Härjedalen 2023–2026 RS/452/2022

¹¹ Regionfullmäktiges protokoll, Nämndernas och revisionens rapporter till regionfullmäktige 2024 RS/12/2024

för 2023 delgavs regionfullmäktige i april 2024¹² och årsberättelse för 2024 har ännu inte delgetts.

Protokoll och beslutsförhet

Patientnämnden har haft fem sammanträden under året. Protokollen har justerats genom digital signering. Protokollen har i huvudsak justerats och anslagits enligt kommunallagen¹³. Ett protokoll justerades senare än fjorton dagar¹⁴ efter sammanträdet och ett annat protokoll anslogs i mindre än tre veckor¹⁵. Dessa två protokoll har även en bruten numreringsföljd. Nämnden har under året varit beslutsför vid samtliga sammanträden.

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden har haft en regelbunden uppföljning och rapportering i enlighet med styrmodellen. Vi bedömer vidare att upprättande, justering och tillkännagivande av protokoll i huvudsak har varit tillfredsställande.

8.1.4 Beslut om åtgärder

Revisionsfråga: Har nämnden fattat beslut om åtgärder vid avvikelser från plan och budget?

Patientnämnden har i tertialrapport och delårsrapport redovisat en positiv avvikelse mot budget och legat i nivå med aktiviteterna. Av rapporterna framgår även att nämnden, med anledning av det svåra ekonomiska läget i regionen, strävat mot att vara återhållsamma när det gäller kostnader som går att påverka, framför allt när det gäller tjänsteresor, och i första hand valt digitala alternativ. Helårsprognosen var i både tertialrapporten och delårsrapporten +-o på helår.

Bedömning

- Vi bedömer att det inte varit aktuellt för nämnden att fatta några beslut om åtgärder.

8.1.5 Nämndens arbete med internkontrollplan

Revisionsfråga: Har nämnden bedrivit ett systematiskt arbete med risker utifrån en fastställd internkontrollplan?

Nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.¹⁶ Nämnden ansvarar för intern kontroll inom sitt verksamhetsområde och ska fastställa en internkontrollplan inom sitt ansvarsområde.¹⁷ Uppföljning ska ske två gånger per år och bedömning av om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig ska ske vid helår och dokumenteras i nämndens uppföljningsrapport.¹⁸

¹² Regionfullmäktiges protokoll 2024-04-24 §38, Nämndernas och revisionens rapporter till regionfullmäktige 2024 RS/12/2024

¹³ Kommunallag (2017:725) 5 kap. 69 § och 8 kap. 12 §

¹⁴ Patientnämndens protokoll 2024-09-19

¹⁵ Patientnämndens protokoll 2024-11-14

¹⁶ Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6 § 2 st.

¹⁷ Reglemente för intern kontroll och styrning RS/598/2018

¹⁸ Riktlinje för intern styrning och kontroll RS/598/2018, beslutad av regionstyrelsen 2018-08-28

Patientnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2024 i november 2023¹⁹ och består av nio risker. I planen finns beskrivning av risk, riskpoäng utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad och bakomliggande orsak samt åtgärder och ansvarig för genomförandet. Hantering av risk har delvis angetts.

Uppföljning av internkontrollplanen har gjorts två gånger under året. Enligt uppföljningen per 31 augusti var en risk grönmarkerad men pågående åtgärder för samtliga risker. Uppföljningen godkändes av nämnden i september²⁰. Enligt uppföljningen per 31 december var ytterligare två risker grönmarkerade. För övriga sex risker var en åtgärd pågående och resterande klarmarkerade. Uppföljningen godkändes av nämnden i januari 2025²¹. Av protokollet framgår att den samlade bedömningen av den interna kontrollen är att verksamheten fungerar tillfredsställande.

Patientnämnden beslutade att anta internkontrollplan för 2025 i november 2024.²²

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden har bedrivit ett systematiskt arbete med risker utifrån en fastställd internkontrollplan.

8.1.6 Vidtagna åtgärder utifrån föregående års granskning

Revisionsfråga: Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning?

Vid föregående års grundläggande granskning rekommenderades nämnden att per helår dokumentera sin samlade bedömning av om den interna styrningen och kontrollen varit tillräcklig.

Nämnden har utifrån uppföljning av internkontrollplan per december 2024 beslutat²³ att den samlade bedömningen av den interna kontrollen av verksamheten fungerar tillfredsställande.

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning.

8.2 MALUPPFYLLELSE

8.2.1 Mål för verksamhet och ekonomi

Revisionsfråga: När nämnden beslutade mål?

I patientnämndens årsredovisning återredovisas samtliga uppdrag och aktiviteter. Alla uppdrag och aktiviteter, förutom en aktivitet, har uppnåtts/genomförts under året.

¹⁹ Patientnämndens protokoll 2023-11-23 §93, Internkontrollplan 2024

²⁰ Patientnämndens protokoll 2024-09-19 §74, Uppföljning av internkontrollplan augusti 2024

²¹ Patientnämndens protokoll 2025-01-23 §15, Uppföljning internkontrollplan december 2024

²² Patientnämndens protokoll 2024-11-14 §96, Internkontrollplan 2025

²³ Patientnämndens protokoll 2025-01-23 §15, Uppföljning Internkontrollplan december 2024

- Målområde för hälso- och sjukvård:
 - Övergripande mål - God och Nära vård i hela Jämtland Härjedalen.

Av de tre uppdragen har två redovisats som gröna och ett som gult. Aktiviteten producera informationsfilmer om nämndens verksamhet är försenad/uppskjuten och planeras till 2025.

- Målområde stödverksamhet:
 - Övergripande mål – Ändamålsenligt kompetens för effektivt stöd till verksamhet och utveckling.

De två uppdragen har redovisats som gröna utifrån genomförda aktiviteter.

- Målområde för ledningsprocesser:
 - Övergripande mål – Ledning, styrning och uppföljning av beslut och verksamhet.

De två uppdragen har redovisats som gröna utifrån genomförda aktiviteter.

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden har en tillfredsställande måluppfyllelse.

8.2.2 Ekonomiskt resultat förenligt med budget

Revisionsfråga: Har nämnden ett ekonomiskt resultat förenligt med budget?

Nämndens verksamhet ska bedrivas inom tilldelad driftsram. Inom driftsramen har nämnden rätt att prioritera för att nå uppsatta mål.²⁴

Patientnämnden redovisade vid årets slut en positiv avvikelse mot budget med 252 tkr. Nämndens överskott förklaras av partiella tjänstledigheter, lägre kostnader än förväntat för utveckling av IT-system samt förvaltningens återhållsamhet när det gäller tjänsteresor och inköp. Stödpersonsverksamheten har ett underskott mot budget med 36 tkr som förklaras av att stödpersonernas arvode styrs av ett ökat prisbasbelopp.

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden har ett ekonomiskt resultat förenligt med budget.

8.3 BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Vår sammanfattande bedömning är att patientnämnden har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

Bedömningen grundar sig på följande bedömningar:

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Styrning, uppföljning och kontroll		
Har nämnden antagit en plan med budget för sin verksamhet?	Ja	-

²⁴ Regionplan och budget 2024–2026 RS/129/2023, fastställd av regionfullmäktige 2023-10-18 §109

Tydliggör planen nämndens prioriteringar utifrån fullmäktiges övergripande mål?	Ja	-
Har nämnden haft en regelbunden uppföljning och rapportering i enlighet med styrmodellen?	Ja	Upprättande, justering och tillkännagivande av protokoll har i huvudsak varit tillfredsställande.
Har nämnden fattat beslut om åtgärder vid avvikelser från plan och budget?	-	Vi bedömer att det inte varit aktuellt för nämnden att fatta några beslut om åtgärder.
Har nämnden bedrivit ett systematiskt arbete med risker utifrån en fastställd internkontrollplan?	Ja	-
Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning?	Ja	-
Måluppfyllelse		
När nämnden beslutade mål?	Ja	-
Har nämnden ett ekonomiskt resultat förenligt med budget?	Ja	-

9 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har (har givits möjlighet att) faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda rekommendationer.

10 UNDERTECKNANDE

Projektledare:



Pia Holm
Kommunal revisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör