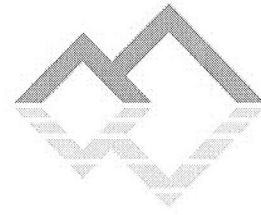
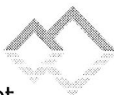


REGION  
**JÄMTLAND  
HÄRJEDALEN**  
REVISIONSKONTORET



REVISIONSRAPPORT  
**Grundläggande granskning för  
2018 av Patientnämnden**

Jan-Olov Undvall



## *Innehållsförteckning*

1	INLEDNING/BAKGRUND .....	3
	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING .....	3
	REVISIONSKRITERIER.....	3
	METOD .....	3
2	RESULTAT.....	4
	TOLKNING AV FULLMÄKTIGE MÅL OCH UPPDRAG .....	4
	UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETENS RESULTAT .....	4
	INTERNA KONTROLLEN.....	4
3	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE .....	5
4	REFERENSER.....	6

## 1 INLEDNING/BAKGRUND

---

Regionens revisorer granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionsred all verksamhet som bedrivs inom styrelsen och nämndernas verksamhetsområden. Revisorererna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande 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 de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

### SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om Patientnämnden skapat förutsättningar för tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Granskning har haft följande revisionsfrågor:

- Har Patientnämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige så att de fungerar som tydliga styr signaler till verksamheten?
- Finns en tillfredställande uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat, samt beslut om åtgärder vid avvikelser?
- Finns en tillfredsställande ekonomistyrning, samt ekonomisk uppföljning och rapportering?
- Sker ett systematiskt arbete med den interna kontrollen avseende både verksamhet som ekonomisk redovisning?
- Finns tydliga beslutsunderlag och protokoll?

### REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven i:

- Kommunallagen (2017:725)
- Reglemente för Patientnämnden LS/2095/2017
- Delegationsbestämmelser för Patientnämnden Dnr 2006-0002 A
- Internkontrollreglemente RS/598/2018
- Regionplan 2018
- Uppdrag eller direktiv från fullmäktige

### METOD

Granskningen omfattar dokumentstudier av patientnämndens verksamhetsplan, protokoll, delårs- och årsrapporter m.m. samt arbetet med den interna kontrollen

Granskningen har också omfattat genomförd hearing med kanslichefen och ordförande.

## 2 RESULTAT

---

### TOLKNING AV FULLMÄKTIGE MÅL OCH UPPDRAG

Enligt Regionplanen för 2018 skall respektive nämnd ta fram framgångsfaktorer i sin verksamhetsplan kopplade till regionfullmäktiges strategiska mål.

Patientnämnden har i sin verksamhetsplan tolkat regionfullmäktiges strategiska mål och uppdrag i mätbara mål och aktiviteter.

### UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETENS RESULTAT

Enligt regionplanen ska nämndens resultat följas upp och återredovisas vid delårs- och årsbokslut.

Nämnden har tagit fram ett delårsbokslut per augusti. Nämnden har i årsbokslutet återredovisat samtliga mål och kommenterat utfallet till samtliga mål. Tre mål av åtta mål redovisas som uppfyllda. För två mål finns ingen tillgängliga data vid redovisningstillfället. Ett mål är nästan uppfyllt.

Av årsbokslutet framkommer också att de aktiviteter som fanns angivna i verksamhetsplanen i stort sett har genomförts.

Nämnden har haft fem sammanträden under 2018 vilket är samma antal som 2017.

### INTERNA KONTROLLEN

Enligt kommunallagen har nämnden ett ansvar för den interna kontrollen är tillräcklig inom sitt verksamhetsområde.

Enligt Regionens internkontrollreglemente skall nämnden årligen fastställa en egen internkontrollplan.

Vi har tagit del av en internkontrollplan för 2018. Vi har också utifrån protokollen sett att planen följts upp två gånger under året. I internkontrollplanen finns en hänvisning till genomförd riskanalys i Centuri. Vi har emellertid inte kunnat finna denna i Centuri.

Enligt svar på frågor i samband med hearing under hösten 2018 framkommer att riskanalysen identifierat risker som hänger samman med Patientnämndens utökade uppdrag i och med att lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård skulle träda ikraft 2018. Den identifierade risken handlar om att analyser av patientärenden inte skulle hinnas med pga. arbetet med handläggningen av klagomålsärenden. Som åtgärder för att reducera risken uppges ha varit att förstärka personalbemanningen. Vi kan av protokollen utläsa att Patientnämndens kansli utökats med en utredare fr.o.m. 1: a maj 2018.

Regionens internkontrollreglemente reviderades under 2018 (1). Kopplat till reglementet har regionstyrelsen beslutat om riktlinjer för styrning och kontroll (2). Dessa riktlinjer ska vara tillämpliga för samtliga nämnder. Enligt riktlinjerna ska en bedömning ske om den interna kontrollen varit tillräcklig vid helår. Bedömningen ska dokumenteras i nämndernas uppföljningsrapporter. Vi har emellertid inte sett någon sådan bedömning i Patientnämndens bokslut.

Uppföljning av nämndens finansiella mål och verksamhetsmål sker i samband med delårsbokslut och årsbokslut. Nämnden redovisar ett överskott på 563 tkr för året.

Uppföljning av avslutade ärenden och stödpersonsverksamhet sker löpande under året.

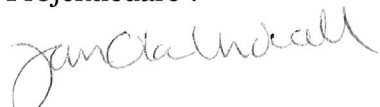
### **Bedömning**

- Patientnämnden har haft en tillfredsställande uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat, samt beslut om åtgärder vid avvikelser.
- Vi anser att nämnden har haft tydliga protokoll under året. Beslutsunderlagen har vi dock inte gjort någon bedömning av.
- Vi anser att det finns en tillfredsställande ekonomistyrning, samt ekonomisk uppföljning och rapportering.
- Vi anser att Patientnämnden har en i stora drag tillfredsställande intern kontroll. Dock saknar vi en bedömning av den interna kontrollen i Patientnämndens bokslut.

### **3 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE**


---

Projektledare<sup>1</sup>:



Jan-Olov Undvall  
Certifierad revisor

Kvalitetssäkring<sup>2</sup>:



Leif Gabrielsson  
Revisionsdirektör

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 förslag.

#### 4 REFERENSER

---

1. **Region Jämtland Härjedalen.** Reglemente för intern kontroll och styrning.  
Dnr:RS/598/2018.
2. —. Riktlinjer för intern styrning och kontroll. Dnr:RS/598/2018.
3. —. *Verksamhetsplan Patientnämnden 2015.* Dnr: 2015-006A.
4. —. *Delårsbokslut augusti 2015.*
5. **Jämtlands läns landsting.** *Internkontrollreglemente 2015.* 2014.  
Dnr:LS/1477/2014.