

REGION  
JÄMTLAND  
HÄRJEDALEN



REVISIONSRAPPORT  
**GRANSKNINGSREDOGÖRELSE**  
**2019**

Ansvarig: Leif Gabrielsson

## *Innehållsförteckning*

1	INLEDNING/BAKGRUND.....	3
2	SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING.....	3
3	REVISIONSKRITERIER.....	4
4	METOD .....	4
5	RESULTAT AV GRANSKNINGEN .....	5
5.1	VERKSAMHETENS RESULTAT .....	5
5.1.1	Styrmodellen .....	5
5.1.2	Måluppfyllelse .....	5
5.1.3	Verksamheternas uppdrag .....	8
5.2	STYRNING OCH UPPFÖLJNING.....	9
5.2.1	Regionstyrelsen .....	9
5.2.2	Hälso- och sjukvårdsnämnden.....	9
5.2.3	Regionala utvecklingsnämnden .....	10
5.2.4	Patientnämnden .....	10
5.3	ÅRETS FÖRDJUPADE GRANSKNINGAR .....	10
5.4	GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING.....	12
5.4.1	Mål av betydelse för en god ekonomisk hushållning .....	12
5.4.2	Årets resultat .....	13
5.4.3	Resultat enligt balanskrav .....	14
5.4.4	Budgeterat underskott.....	14
5.5	RÄTTVISANDE RÄKENSKAPER.....	15
5.6	UPPSTÄLLNING AV ÅRSREDOVISNINGEN .....	16
5.7	INTERN KONTROLL .....	16
5.8	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA .....	19
6	KVALITETSSÄKRING .....	20
7	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE .....	21

## 1 INLEDNING/BAKGRUND

---

Styrelse, nämnder och beredningar ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Ansvaret omfattar även att räkenskaperna förs och är upprättade i enlighet med lag samt att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

Regionen har sedan 2008 haft ett balanserat underskott och har således inte levt upp till kommunallagens krav om god ekonomisk hushållning. Mål om en långsiktigt hållbar ekonomi, minskad nettokostnadsutveckling och självfinansiering av investeringar avvek kraftigt 2018. Det egna kapitalet är sedan ett par år tillbaka negativt och uppgick vid ingången av 2019 till – 560,3 mkr. Den totala skulden till Kommuninvest uppgick vid samma tidpunkt till 273 mkr och har amorterats genom att lyfta nya lån. Inför 2020 har regionfullmäktige beslutat om att höja skatten med 50 öre. Till detta kommer det nya utjämningsssystemet innebära en positiv ekonomisk effekt för regionen 2020.

Tidigare granskning av styrelsens och nämndernas målluppfyllelse har visat att det finns behov av att utveckla målstyrningen genom att tydliggöra kopplingen mellan fullmäktiges och nämndernas mål. Fördjupade granskningar 2018 har också visat på brister i styrning, uppföljning och kontroll bl.a. vid arbetet med resultatförbättrande åtgärder och ekonomistyrning inom hälso- och sjukvårdsnämnden.

### *Revisionens uppgift*

Revisorerna är regionfullmäktiges demokratiska kontrollinstrument med uppdrag att granska den verksamhet regionen bedriver. Varje nämnd och styrelse granskas utifrån hur de lever upp till regionfullmäktiges mål och uppdrag.

Revisorernas uppdrag och arbetsätt regleras i kommunallagen och regionens revisionsreglemente. Granskningen ska genomföras enligt god revisionsmetodik i kommunal verksamhet det vill säga med en sådan urvalsmässig omfattning, inriktning och kvalitet att den ger ett tillräckligt underlag för revisorernas årliga ansvarsprövning och uttalande i revisionsberättelsen.

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

Revisorerna ska bedöma om resultaten i årsredovisningen är förenliga med de mål fullmäktige beslutat. Revisorernas skriftliga bedömning ska lämnas till fullmäktige inför behandlingen av årsredovisningen.

## 2 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

---

### **Syfte**

Granskningens övergripande syfte är att tillsammans med årets genomförda granskningar ge de förtroendevalda revisorerna ett underlag till sitt uttalande i den årliga revisionsberättelsen.

## Revisionsfrågor

Den samlade bedömningen görs utifrån följande frågeställningar:

*Har verksamheten skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?*

- Lever verksamhetens resultat upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten?
- Klarar verksamheten att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser?
- Har styrelser och nämnder en styrning och uppföljning mot mål och beslut?
- Bedrivs verksamheten med en god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut?

*Är räkenskaperna rättvisande?*

- Ger redovisningen en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning?
- Är årsredovisningen upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisnings-sed?

*Är den interna kontrollen tillräcklig?*

- Finns systematiska och ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att;
  - verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv?
  - informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig?
  - de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs?

## Avgränsning

Granskningen omfattar regionstyrelsen och samtliga nämnder inom Region Jämtland Härjedalen samt de bolag som ingår i den sammanställda redovisningen.

## 3 REVISIONSKRITERIER

---

Uppfylls kraven enligt:

- Kommunallag (KomL)
- Kommunal bokförings- och redovisningslag (LKBR)
- Rådet för kommunal redovisnings (RKR) rekommendationer
- Regionplan 2019 (RS/2157/2018)
- Finansplan 2019-2021 (RS/587/2018)

## 4 METOD

---

Granskningen utförs genom studier av årsredovisning och bokslut, specifikationer, processer för intern kontroll samt dialog med ekonomifunktioner och verksamhetsansvariga. För att styrka uppgifter insamlas revisionsbevis.

## 5 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

*Revisionsfråga: Lever verksamheten upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten?*

### 5.1 VERKSAMHETENS RESULTAT

#### 5.1.1 Styrmodellen

Styrelsen och nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Enligt styrmodellen ska styrelsens och nämndernas verksamhetsplan parallellplaneras med regionplan, finansplan och regiondirektörens verksamhetsplan och fastställas i oktober. Verksamhetsplanen ska fastställas av nämnderna och anmälas till regionfullmäktige. Förvaltningens verksamhetsplan ska fastställas av regiondirektören.<sup>1</sup>

Nämndernas verksamhetsplaner ska innehålla framgångsfaktorer, i form av utvecklingsområden, kopplade till strategiska mål i regionplanen. Utvecklingsområdena markerar vad respektive nämnd eller styrelse ska fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige beslutat om. En ny verksamhetsplan upprättas varje år.<sup>2</sup>

Vi har noterat att nämndernas verksamhetsplaner inte har anmälts till fullmäktige, vilket de ska göra enligt beslutad styrmodell. Styrelsens verksamhetsplan har dock anmälts till fullmäktige. En annan iakttagelse är att det i regionplanen och verksamhetsplanerna inte längre talas om framgångsfaktorer.

#### 5.1.2 Måluppfyllelse

Regionfullmäktige har i sin Regionplan och Finansplan beslutat om strategiska målområden och finansiella mål.

Regionplanens målområden:	Finansplanens finansiella mål:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Länets utveckling</li><li>• God vård</li><li>• Våra medarbetare</li><li>• Ekonomi och verksamhetsresultat</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Långsiktigt hållbar ekonomi</li><li>• Kostnadskontroll</li><li>• Avtalstrohet</li><li>• Självfinansiering investeringar</li></ul>

I årsredovisningen uppges att 45% av regionens 84 resultatmål är uppnådda, 33% är pågående och 18% inte har uppnåtts.

Nedan följer våra väsentligaste iakttagelser avseende redovisad måluppfyllelse avseende regionplanens målområden:

- **Länets utveckling**

De sex strategiska målen har uttolkats i 27 resultatmål. Av dessa redovisas 13 vara uppfyllda (48%), för 7 har aktiviteter i rätt riktning påbörjats, 5 har inte uppnåtts och 2 inte kunnat besvaras.

<sup>1</sup> Regler för planering och uppföljning RS/101/2015 s 17

<sup>2</sup> Styrmodellen enligt "Regler för planering och uppföljning"



Tolv av resultatmålen för länets utveckling har uttolkats av regionala utvecklingsnämnden. Eftersom ett flertal av målen redovisar mätvärden från tidigare år är det svårt att bedöma årets måluppfyllelse och om redovisat utfall innebär att måluppfyllelsen för regionfullmäktiges strategiska mål är tillfredställande. Redovisade utfall från tidigare år innebär också att målen inte har haft något styrvärde och inte kunnat påverkas under verksamhetsåret.

Avseende målet om att påbörja ett strategiskt arbete för kultur och hälsa har vi noterat att hälso- och sjukvårdsnämnden uppger att arbetet inte har påbörjats. Regionala utvecklingsnämnden redovisar dock att målet uppfyllts med motiveringen att en dialog skett mellan Kultur Z och Folkhälsa Z och att en inspirationsdag är planerad 2020.

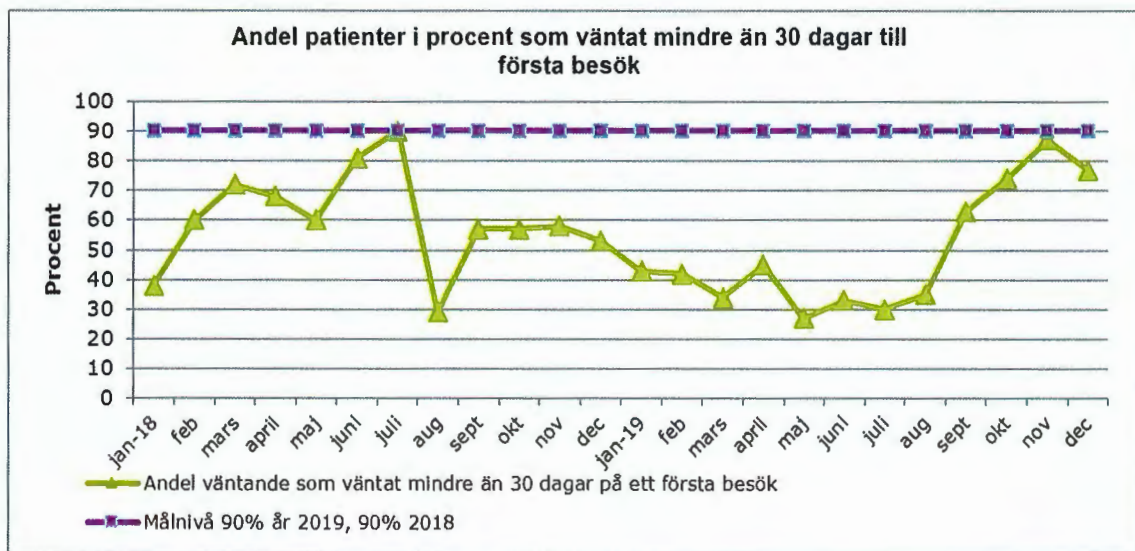
- **God vård**

För de fem strategiska målen finns totalt 20 resultatmål varav 12 redovisas som uppfyllda (60%), 4 påbörjade och 4 ej uppnådda.

Målet om tillgänglighet utgörs av att klara vårdgarantin. Målet har bedömts som påbörjat. Redovisad vårdgaranti visar att tillgängligheten för ett första besök hos primärvården och medicinsk bedömning inom 3 dagar har ett utfall på 91% respektive 97%.

För besök hos den specialiserade vården är resultatet dock sämre. Utfall för ett första besök inom 90 dagar är 58% där områdena Barn- och Unga Vuxna, Ortopedi och Ögon Öron har längst väntetid.

Inom Barn- och ungdomspsykiatrin är vårdgarantin förstärkt, vilket innebär att ett första besök för bedömning ska erbjudas inom 30 dagar. Vi har noterat att tillgängligheten har förbättrats under hösten (70-80%) efter att en längre tid varit låg (30-40%). I områdets verksamhetsberättelse uppges att det ökade inflödet innebär att situationen är ansträngd inom fler delar av verksamheten.



Figur 1: Första besök till BUP

Det totala utfallet för behandling inom 90 dagar inom den specialiserade vården uppgår till 53%.

För målet om väntetid på akuten är målet att 80 % ska få hjälp inom 4 timmar. Det redovisade utfallet är 61%.

Målet om att antal självmord ska minska redovisas som uppfyllt, det saknas dock återredovisning av antalet självmord. Som kommentar till målet uppges hur många patienter som fått frågan om våld.

När det gäller mål om att ingen patient ska drabbas av vårdskada uppger Hälso- och sjukvård att målet uppfyllts. I kommentaren anges att andel vårdskador inte ska överstiga 5%. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens områdens årsredovisningar rapporteras dock om högre värden inom 5 av 13 områden. Samtliga områden redovisar inte utfall för andel vårdskador<sup>3</sup>.

- **Våra medarbetare**

Inom de fyra strategiska målen finns totalt 19 resultatmål varav 8 redovisats som uppfyllda (42%), 10 påbörjade aktiviteter i rätt riktning och 1 som inte kunnat besvaras. Vissa av målen saknar redovisat mätvärde.

En positiv iakttagelse är att sjukfrånvaron minskat till 4,7% av den utförda tiden. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen minskade andelen från 5,4% till 4,9%. Sjukfrånvaron redovisas endast för Region Jämtland Härjedalen, koncernens sjuktal ingår inte.

Orsaker till minskningen av sjukfrånvaron uppges vara ökat fokus på rehabilitering, tidiga signaler, tidig återgång i arbete och insatser i rehabiliteringen innan dag 30.

Sjuklönekostnaderna uppgick till 22 miljoner kronor 2019 vilket var en minskning med 23 miljoner kronor jämfört med 2018.

Ett mätbart mål har varit att minska kostnaden för inhyrd personal. Den totala minskningen redovisas vara 11,9 mkr vilket innebär att årets kostnad uppgick till 122,1 mkr. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens områden har målet varit att kostnaden för andel inhyrd personal får vara högst 12% för läkare och högst 2% för sjuksköterskor. Områdena Diagnostik Teknik Service, Hud Infektion Medicin och Psykiatri har utfall som avviker mest från målet.

- **Ekonomi och verksamhetsresultat**

Inom de fem strategiska målen finns totalt 18 resultatmål. Av dessa redovisas 5 som uppfyllda (28%), 7 påbörjade aktiviteter i rätt riktning och 6 ej uppnådda.

Inom budgetdisciplin är målet att nettokostnadsförändringen ska minska och att resultatförbättrande åtgärder i finansplanen ska genomföras.

Enligt årsredovisningen klarar hälso- och sjukvårdsnämnden och regionala utvecklingsnämnden målet om nettokostnadsförändringen, men inte regionstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsnämnden har dock inte genomfört resultatförbättrande åtgärder i den omfattning som angavs i finansplanen, utfallet blev 71,4 mkr jämfört med målet om 120 mkr.

Mål om att minska energianvändning i fastigheter och verksamheter och öka andelen förnybar energi har inte uppnåtts.

Vår bedömning av de finansiella målen från finansplanen redovisas i 5.4.1.

### **Bedömning**

- Som vi tidigare uttryckt finns det ett utvecklingsbehov när det gäller målstyrningen. Förekomsten av bristande koppling mellan fullmaktigt mål och att ett flertal mål inom området länets utveckling redovisar mätvärden från tidigare år innebär att det är svårt att bedöma om redovisat utfall innebär att måloppfyllelsen

---

<sup>3</sup> Barn- och Unga Vuxna, Diagnostik Teknik och Service, Folkandvården och Primärvården har inte redovisat något om vårdskador.

för regionfullmäktiges strategiska mål är tillfredställande. Vi kan därför inte bedöma i vilken omfattning fullmäktiges mål i regionplanen är uppfyllda. Det finns behov av att fortsatt arbeta för att utveckla kopplingen mellan regionplanen och nämndernas mål.

- Det är positivt att regionens sjukfrånvaro sjunkit under året.
- Fullmäktiges mål av betydelse för god ekonomisk hushållning dvs. de finansiella målen i finansplanen, nås inte.
- Regionen efterlever inte lagar och föreskrifter avseende vårdgarantin.

### 5.1.3 Verksamheternas uppdrag

*Revisionsfråga: Klarar verksamheten att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser?*

Regionen redovisar ett underskott på -171 mkr vilket är en positiv avvikelse mot budget med 43 mkr (budget var -214 mkr). I resultatet ingår orealiserade vinster med 35 mkr som enligt den nya lagen om kommunal bokföring och redovisning ska värderas till verkligt värde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar ett nettoresultat på -236,4 mkr mot budget. Statliga medel hamnar redovisningsmässigt hos regionstyrelsen, efter justering för dessa är avvikelsen mot budget -136,8 mkr.

Hälso- och sjukvårdsnämndens största avvikelser består av följande poster<sup>4</sup>:

- Intäkter från patientavgifter är 76 mkr lägre än budget, avvikelsen från föregående år är dock bara 5 mkr.
- Intäkter från försäljning är 58 mkr högre än budget och 50 mkr högre än föregående år.
- Kostnader för riks- och regionvård är 45 mkr högre än budget och 6,2 mkr högre än föregående år.
- Kostnader för verksamhetsanknutna tjänster 57 mkr högre än budget och 22 mkr högre än föregående år.
- Kostnader för läkemedel är 54 mkr högre än budget och har ökat med 34 mkr jämfört med föregående år. Ökningen motsvarar 7,7%.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har haft som mål att genomföra resultatförbättrande åtgärder som ska ge en förbättring av resultatet med 120 mkr. Regionens samlade resultatförbättring uppges i årsredovisningen vara 71,4 mkr. Sammanställningen bygger dock på bedömningar.

Vi har inte kunnat verifiera effekten av det beslut som hälso- och sjukvårdsnämnden fattat om neddragning av 100 befattningar<sup>5</sup>.

Regionstyrelsen redovisar ett positivt resultat på 176 mkr. Efter justering av de statliga medel som hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar som sina skulle utfallet vara 39,2 mkr.

Regionala utvecklingsnämnden redovisar ett positivt resultat på 6 mkr.

### Bedömning

- Det stora underskott som redovisas inom hälso- och sjukvårdsvården visar på att verksamheten inte klarar sitt uppdrag med tillgängliga resurser.

<sup>4</sup> Avvikelse från budget med mer än 45 mkr

<sup>5</sup> HSN 2019-06-12 §62 och 2019-09-19 §79 Dnr: HSN/675/2019



- Det saknas underlag för att verifiera de bedömda resultatförbättrande åtgärder som rapporterats.

## 5.2 STYRNING OCH UPPFÖLJNING

*Revisionsfråga: Har styrelsen och nämnder en styrning och uppföljning mot mål och beslut?*

### 5.2.1 Regionstyrelsen

För 2019 har en ny nämndorganisation införts. Regionstyrelsens uppdrag och ansvar har förändrats. Hälso- och sjukvårdsansvaret för den specialiserade vården och tandvården har övertagits av hälso- och sjukvårdsnämnden medan ansvaret för vårdvalet och övrig upphandlad vård nu ligger hos styrelsen.

I regionstyrelsens verksamhetsplan finns en uttolkning av regionfullmäktiges strategiska mål. Denna uttolkning har resulterat i 29 resultatmål jämfört med 41 framgångsfaktorer föregående år. En skillnad mot tidigare år är att resultatmålen till stor del är kopplade till ett måttal.

Regionstyrelsens fokusområden har varit:

- En ekonomi i balans.
- Att vara en attraktiv arbetsgivare.

Under året har den löpande uppföljningen fokuserat på ekonomi. De mål som kopplas till fokusområdet att vara en attraktiv arbetsgivare är att medarbetarna ska ha inflytande över arbetet och målet om att trivas på sin arbetsplats. Enligt årsredovisningen uppfylls inget av målen.

Bristande tillgänglighet har varit ett återkommande tema i månadsrapporterna när det gäller den specialiserade vården. Uppföljning av produktion har skett enbart för februari och mars.

I årsredovisningen redovisas att 10 av styrelsens 29 mål har uppnåtts. Uppföljning av målen i verksamhetsplanen har skett i delårsrapport per april och augusti.

### 5.2.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden har utöver uttolkningen av regionplanen antagit två fokusområden:

- Genomföra åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom vården.
- Genomföra åtgärder som syftar till att hälso- och sjukvårdsnämndens budget ska hållas och långsiktigt uppnå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning.

I nämndens protokoll kommenteras tillgänglighet endast kortfattat och nämnden har inte löpande fattat beslut med anledning av låg tillgänglighet. Däremot finns en utförlig uppföljning i månadsrapporterna och det finns även en beskrivning av åtgärder för att nå målet. Nämnden har även följt upp tillgänglighet som ett separat ärende vid flera tillfällen.

Enligt nämndens uppföljningsplan skulle en särskild uppföljning ske i maj och december av nämndens fattade beslut. Detta har inte skett.

När det gäller verksamhetsmålen uppgår måluppfyllelsen till 51,2 % enligt nämndens årsredovisning. I nämndens uppföljning ingår både mål och uppdrag.

### 5.2.3 Regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden har följt upp sina mål vid tertial-, delårs- och årsbokslut. Nämnden har inte fattat några beslut om åtgärder med anledning av de mål som redovisats att inte kunna nås.

Regionala utvecklingsnämnden har bedömt att majoriteten av målen är uppfyllda.

### 5.2.4 Patientnämnden

Patientnämnden har följt upp sina mål vid tertial-, delårs- och årsbokslut.

Nämnden når samtliga mål. I tertial- och delårsbokslutet återfinns en aktivitetslista. Denna lista saknas i verksamhetsplan och årsredovisning.

### Bedömning

- Det är positivt att regionstyrelsen konkretiserat fullmäktiges mål i fler mätbara mål då det ger bättre förutsättningar för styrning, uppföljning och kontroll.
- Vi anser att regionstyrelsen har haft en bristfällig måluppfyllelse och att delar av åiterrapporteringen varit bristfällig då det saknats redovisat målvärde och kommentarer.
- Att regionen har varit en attraktiv arbetsgivare har varit ett fokusområde för regionstyrelsen. Vi anser att styrelsen därför borde ha fokuserat mer kring dessa frågor i sina uppföljningar. Uppföljningen av attraktiv arbetsgivare sker enbart i samband i delårsbokslut i augusti och per helår. Uppföljningen per augusti kompletterades inte av några kommentarer. Personalbokslutet finns inte med till styrelsens handlingar eller diariefört. Vi anser därför att uppföljningen av detta fokusområde varit bristfälligt.
- Avseende hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning bedömer vi att om ett fokusområde ska få avsedd effekt bör det lyftas på ett tydligare sätt både i uppföljningar under året och i årsredovisningen.
- Avseende hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning är det viktigt att nämnden säkerställer att samtliga uppföljningar i uppföljningsplanen genomförs. Framförallt bör nämnden prioritera uppföljningen av nämndens fattade beslut.
- För att nå verksamhetsplanens mål kan det vara nödvändigt att nämnderna fattar beslut om åtgärder när avvikelser rapporteras. Vi har inte funnit att regionala utvecklingsnämnden fattat några sådana beslut avseende de avvikelser från mål som under året rapporterats.

## 5.3 ÅRETS FÖRDJUPADE GRANSKNINGAR

Nedan följer en kort sammanfattning av brister som framkommit i årets fördjupade granskningar.

### *Införandet av elektronisk läkemedelslista*

I den fördjupade granskningen av IT-stöd gjordes en avgränsning till införandet av den elektroniska läkemedelslistan i COSMIC. I granskningen framkom att uppdrag och ledning av införandet inte var tillfredställande, bl.a. ändrades införandet från att bedrivas

som ett eget projekt till att ingå som ett mål i uppdraget "Stärka säker läkemedelshantering". Detta innebar att ansvarsfördelningen var otydligt och det saknades väsentlig information i den uppdragsbeskrivning som framtagits.

Granskningens viktigaste iakttagelse var svårigheten för verksamheten att bedriva förändringsarbete och utvecklingsprojekt samtidigt som kravet på att korta köer och ge god vård kvarstår. Det uppgavs att det saknas en prioritering av insatser. Vidare framkom att det saknades tillräckliga resurser för att bedriva utvecklingsarbetet på ett tillfredsställande sätt samt att det saknas förutsättningar att ta ut statistik om rapporterade avvikelser.

#### *Psykisk ohälsa*

Granskningen syftade till att ta reda på om det finns en tillfredsställande styrning, kontroll och uppföljning av samverkan för personer med psykisk funktionsnedsättning. I granskningen framkom att det saknades tillfredsställande rutiner för att identifiera och fånga upp personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelsen om hur samverkan ska fungera i praktiken upplevdes inte som ett stöd i det praktiska arbetet. Det framkom stora brister när det gällde samordnad individuell plan (SIP) efter utskrivning från Psykiatrin.

#### *Tillgänglighet*

Granskningen visade på brister i hälso- och sjukvårdsnämndens styrning, uppföljning och kontroll av tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Fokus för nämndens uppföljning har varit vårdgarantins regelverk. Det saknas en uppföljning och kontroll av tillgängligheten till återbesök samt undersökningar och utredningar. Vi rekommenderar nämnden att utveckla en målstruktur för uppföljning av tillgängligheten som bättre speglar behovet av vård.

#### *Utbetalningsprocessen*

Vid granskning av regionens rutiner och kontroller vid betalning av leverantörsfakturor framkom att inga listor på attestförteckningar har anmälts till ansvarig styrelse eller nämnd under året och att riskanalys för betalningar saknas.

#### *Vårdskador*

I den uppföljande granskningen av vårdskador framkom att det fortfarande inte är möjligt att göra statistikuttag ur regionens avvikelserapporteringssystem vilket innebär en stor brist i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

De åtgärder som vidtagits för att minska underrapportering av avvikelser har inte varit tillräckliga då underrapportering av avvikelser fortfarande är ett stort problem.

I vilken grad erfarenheter efter vårdskadeutredningar sprids till enheter där liknande händelser skulle kunna inträffa är oklart. Vi rekommenderar därför att det sker en uppföljning av hur denna spridning fungerar.

Det finns ett utbildningsbehov inom kunskapsområdet patientsäkerhet som ej är tillgodosett.

#### *Ärendebereidnings- och dokumenthanteringsprocessen*

I granskningen framkom att regionstyrelsen och de granskade nämnderna, regionala utvecklingsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden inte hade en helt tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att regelverket kring ärendehantering och dokumenthantering efterlevs

Det saknas rutin för att följa upp att beredningsprocessen motsvarar ställda krav och därför är det svårt att bedöma om kraven efterlevs. Att ärenden inte i tillräcklig grad bereds i tid har framkommit tidigare (2017) men förhållandet tycks kvarstå.

Det avvikelsehanteringssystem som finns används inte för att fånga avvikelser i ärendeberedning och dokumenthantering.

I ett stickprov omfattande nio ärenden noterades brister i ärendeberedningens mer komplexa delar som handlar om ifall beslutsunderlagen belyser relevanta förhållanden, alternativa förslag liksom konsekvenser.

### Bedömning

- Utifrån vad som framkommit i fördjupade granskningar bedömer vi att regionstyrelsen och nämnderna kan förbättra sin styrning, uppföljning och kontroll.

## 5.4 GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING

*Revisionsfråga: Bedrivs verksamheten med en god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut?*

Kommuner och regioner ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning.<sup>6</sup> Förvaltningsberättelsen ska innehålla en utvärdering om målen och riktlinjerna för en god ekonomisk hushållning har uppnåtts och följts<sup>7</sup>.





I Region Jämtland Härjedalen har inga riktlinjer tagits fram och fastställts.

### 5.4.1 Mål av betydelse för en god ekonomisk hushållning

Utifrån den utvärdering som görs i regionens årsredovisning tolkar vi det som att resultatmålen som vi kommenterat i 5.1.2 tillsammans med de finansiella målen i finansplanen är regionens mål för god ekonomisk hushållning. Utvärderingen har inte gjorts utifrån ett koncernperspektiv.

Av Finansplan 2019-2022 framgår att målet är att under planperioden nå en ekonomi i balans. I tabellen redovisas utfallet av de finansiella målen i Finansplanen.

Inget av fullmäktiges finansiella mål har uppfyllts.

Mätetal	Mål	Utfall
Långsiktigt hållbar ekonomi <i>Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade resultat</i>	2%	-4% 
Kostnadskontroll <i>Nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år</i>	0,3%	1,7% 
Avtalstrohet <i>Andel av inköp som skett mot upphandlade avtal</i>	95%	92% 
Självfinansiering investeringar	-	-33% 

<sup>6</sup> KomL 11 kap. 1§

<sup>7</sup> Lag om kommunal bokföring och redovisning 11 kap. 8§



## Investeringar inom fullmäktiges ram

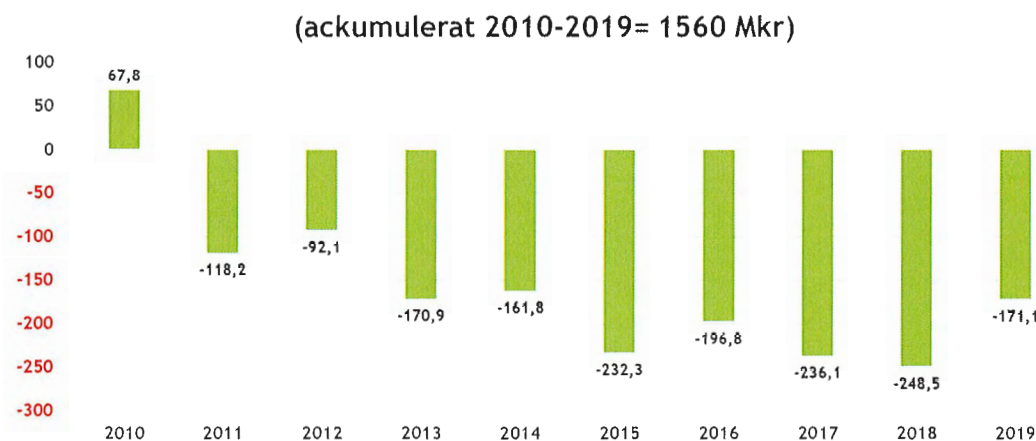
I tabellen i årsredovisningen där de finansiella målen redovisas visas även utfallet av investeringar i jämförelse mot den investeringsram som beslutats i finansplanen. Investeringsramen var ursprungligen 141 mkr, men ökades till 160,5 mkr efter beslut om investering i sterilcentralen. Utfallet som redovisas i årsredovisningen är 122 mkr, dvs inom ramen.

Vi har i den grundläggande granskningen noterat att överföring av investeringsmedel från 2018 till 2019 har gjorts utan politiskt beslut av fullmäktige eller regionstyrelsen. Regionens styrmodell reglerar inte hur investeringsbudgeten ska hanteras mellan åren. Rutinerna har setts över inför 2020 men vi kan fortfarande inte återfinna överföring av investeringsmedel i något beslut eller beslutsunderlag.<sup>8</sup> Däremot framgår på sidan 49 att ”49,6 mkr kommer i särskilt ärende RS/2038/2018 att äskas överföring av budget till år 2020”. Vi har vid rapportens färdigställande inte kunnat se att detta har gjorts.

Den sammantagna bedömningen i årsredovisningens förvaltningsberättelse är att Region Jämtland Härjedalen inte uppnådde god ekonomisk hushållning i förhållande till regionfullmäktiges mål. Det uppges dock att arbetet inom flera strategier har varit lyckade och nått positiva resultat. Som underlag för bedömningen ingår samtliga mål i region- och finansplan.

### 5.4.2 Årets resultat

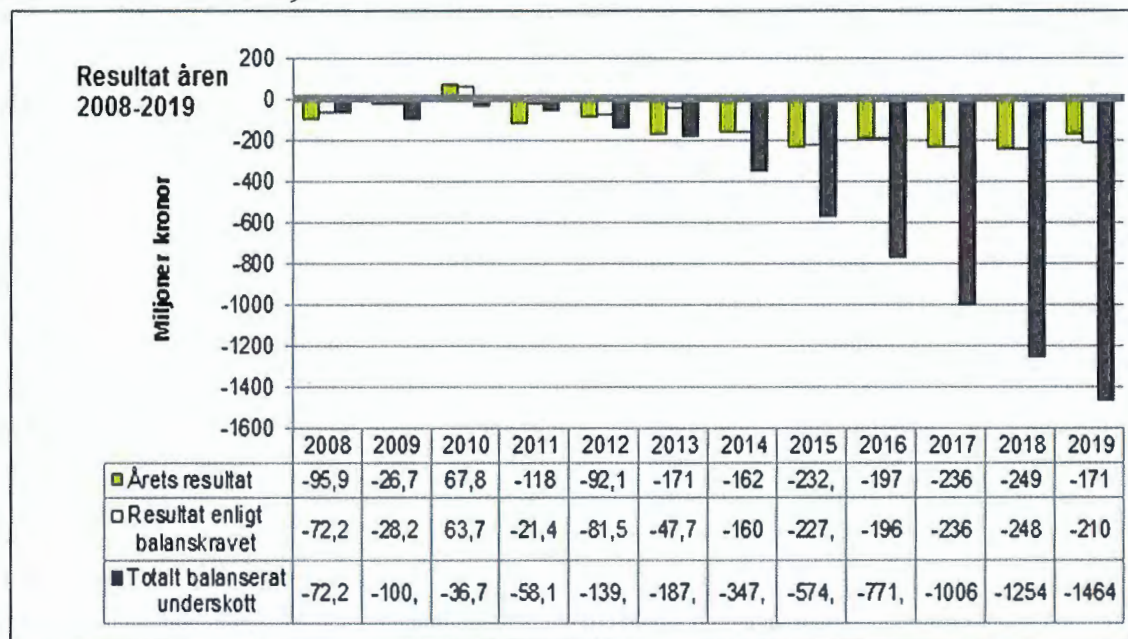
Region Jämtland Härjedalens resultat har de senaste nio åren varit negativt. Det totala balanserade underskottet uppgår till 1464 mkr. För en tioårsperiod är det totala underskottet 1560 mkr.



<sup>8</sup> Regionstyrelsen beslutade 2018-12-10 § 302 att ”Regiondirektören får i uppdrag att senast till regionstyrelsens sammanträde i januari 2019 revidera regler för investeringar inför arbete med finansplan 2020-2022”. Detta uppdrag har enligt våra noteringar inte genomförts.

### 5.4.3 Resultat enligt balanskrav

Balanskravet innebär att underskott ska regleras inom 3 år<sup>9</sup>. Enligt balanskravet borde 771 mkr ha återställts 2019.



### 5.4.4 Budgeterat underskott

Enligt KomL 11 kap. 5 § ska budgeten upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna. Undantag får göras i den utsträckning som medel från en resultatutjämningsreserv tas i anspråk enligt 14 §, eller om det finns synnerliga skäl.

I finansplanen är det budgeterade resultatet – 214 mkr. I finansplanen uppges att det vid synnerliga skäl finns möjlighet att lägga fram en budget i underskott och att regionen avser att åberopa synnerliga skäl då en budget i underskott ger en mer rättvisande bild av ekonomin med möjliga resultatförbättrande åtgärder.

Exempel på vad ett synnerligt skäl skulle kunna vara i lagens mening kan vara att en kommun eller en region med en stark finansiell ställning ges möjlighet att med beaktande av god ekonomisk hushållning minska sin förmögenhet genom att upprätta en budget i balans. Ett annat exempel på vad som skulle kunna utgöra synnerliga skäl för att avvika från kravet på att upprätta en budget i balans är större omstruktureringsåtgärder i syfte att uppnå en god ekonomisk hushållning. Till exempel en kommun eller en region med befolkningsminskning som behöver omstrukturera sin verksamhet för att få en mer anpassad verksamhet och framtida minskade kostnader. Normala verksamhetsförändringar som kontinuerligt genomförs i syfte att effektivisera verksamheten ska däremot hanteras inom ramen för balanskravet.<sup>10</sup>

Region Jämtland Härjedalen har ingen stark finansiell ställning och har i årsredovisningen 2018 uppgett att senast resultatmålet för en god ekonomisk hushållning uppnåddes var 2010. Avseende befolkningsutveckling framgår av finansplanen att prognosen är att befolkningen beräknas att öka under planperioden.

<sup>9</sup> KomL 11 kap. 12 §

<sup>10</sup> Prop. 2003/04:105 s. 18 f. och s 25.

## **Bedömning**

- Regionstyrelsen bör ta fram förslag till riktlinjer för god ekonomisk hushållning som fullmäktige kan besluta om. Riktlinjer bör ha ett koncernperspektiv och det kan därför vara lämpligt att se över att bolagens styrdokument harmoniserar med fullmäktiges mål för en god ekonomisk hushållning.
- En plan för återställande av det ackumulerade negativa balanskravsresultatet bör fastställas.
- Inget av de finansiella målen uppfylls fullt ut och av verksamhetsmålen har endast 45 % av målen uppfyllts. Vi bedömer därför att regionens verksamhet inte bedrivs med en god ekonomisk hushållning.
- Den budget som beretts inför beslut av fullmäktige har inte upprättats i enlighet med kommunallagen. Att en budget i underskott ger en mer rättvisande bild av ekonomin bedöms inte vara ett synnerligt skäl.

## **5.5 RÄTTVISANDE RÄKENSKAPER**

*Revisionsfråga: Ger redovisningen en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning?*

Räkenskaperna har granskats utifrån ett revisionsmässigt urval med utgångspunkt i risk- och väsentlighet. Utifrån analysen har följande områden prioriterats:

- Uppställning av årsredovisningen enligt ny lag
- Kassaflödesanalys
- Konsolidering
- Värdering av finansiella tillgångar
- Värdering av anläggningar, förråd och lager
- Värdering av vindkraftverket
- Bedömningsposter
- Projekt, fordringar och skulder
- Fordringar och skulder i utländsk valuta
- Upplysningar om särredovisningar och avvikelser från grundläggande redovisningsprinciper
- Underlag till specifikationer

Granskningen av räkenskaper och årsredovisning har genomförts i dialog med redovisningsenheten för att i den utsträckning som varit tidsmässigt möjlig att påtala de felaktigheter som noterats. Det samlade resultatet av räkenskapsrevisionen har sammanställts i revisionsrapporten "Granskning av räkenskaperna 2019" med samma diarienummer.

Sedan 2019 gäller en ny lag för den kommunala redovisningen "Lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR)". En väsentlig förändring i den nya lagen är att finansiella instrument ska värderas till verkligt värde (marknadsvärde). Redovisningen följer den nya lagen och innebär att resultatet är 35 mkr högre än om värderingen gjorts enligt försiktighetsprincipen.

Vi har granskat de finansiella rapporterna och den sammanställda redovisningen där de helägda bolagen, Länstrafiken i Jämtlands län AB och Landstingsbostäder i Jämtland AB, har konsoliderats.

Periodisering av kostnader som bedöms utifrån genomförda stickprov har gjorts korrekt.

Värdering av anläggningar, förråd och lager har kontrollerats genom avstämning av inventeringsunderlag och beräkningar av inkuransavdrag.

De brister som noterats i granskningen av specifikationer avser till stor del avsaknad av eller bristande underlag till ett antal balansposter. Störst brister återfinns gällande externa projekt. Det förekommer även i projekten att fordringar i utländska valuta inte omräknats på balansdagen.

Vi har också noterat att beräkningen av upplupna sociala avgifter för semester, övertid och jour/beredskap gjorts på fel belopp då upplupna löner av misstag inte tagits med i beräkningen. Differensen innebär att skulden borde ha varit 4,8 mkr högre.

### **Bedömning**

- Utifrån vår beräkning av hur de felaktigheter som noterats i granskningen påverkar resultatet uppgår de till ett värde som är lägre än vårt fastställda väsentliga belopp för väsentligt fel. Vår samlade bedömning utifrån genomförd granskning är därmed att regionens räkenskaper i huvudsak är rättvisande och att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.
- Det finns behov av att förbättra underlagen till specifikationer gällande externa projekt.

## **5.6 UPPSTÄLLNING AV ÅRSREDOVISNINGEN**

*Revisionsfråga: Är årsredovisningen upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed?*

Förvaltningsberättelsen är uppställd enligt kraven med undantag för upplysningar utifrån ett koncernperspektiv enligt RKR R15. Den saknar också en beskrivning av när eller vilket sätt det negativa balanskravsresultatet ska regleras.

Resultaträkning och balansräkning är i huvudsak uppställd enligt lag.

Avseende regionens pensioner saknas ingångsvärde, väsentliga förändringar under året, antal visstidsförordnanden och aktualiseringsgrad. Redovisning av koncernens pensioner saknas.

Noter avseende materiella anläggningstillgångar följer inte gällande rekommendation fullt ut.

### **Bedömning**

- Vi bedömer att årsredovisningen, i huvudsak, är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

## **5.7 INTERN KONTROLL**

*Revisionsfråga: Finns systematiska och ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att;*

- verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv?
- informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig?
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs?



Intern kontroll är enligt COSO-modellen en process som utförs för att försäkra sig om effektivitet och produktivitet i verksamheten, tillförlitlig finansiell rapportering och efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.

Styrelsen och nämnderna ansvarar för den interna kontrollen inom sina verksamhetsområden och ska årligen fastställa internkontrollplaner för sina ansvarsområden med aktiviteter och åtgärder som ska genomföras. Förvaltningschef ansvarar för att aktiviteter och åtgärder följs upp och utvärderas. Resultatet av uppföljningen ska rapporteras till nämnden två gånger per år. Nämnden har också rapportskyldighet till regionstyrelsen.<sup>11</sup>

Enligt de riktlinjer för intern kontroll som regionstyrelsen fastställt ska en bedömning av om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig göras årligen. Bedömningen ska dokumenteras i förvaltningens/nämndernas uppföljningsrapporter. I bedömningen ingår att bedöma ändamålsenligheten av processen för intern styrning och kontroll samt hur tillämpningen har fungerat och vid behov föreslå förbättringsåtgärder. Förvaltningschefer ansvarar för att bedömningen rapporteras till nämnderna samt till regiondirektören som har rapportskyldighet till regionstyrelsen.

Av regionens internkontrollreglemente framgår att nämnderna ska göra en bedömning om den interna kontrollen har varit tillräcklig för helår. Bedömningen ska dokumenteras i nämndernas uppföljningsrapporter.

### *Regionstyrelsen*

Styrelsen har beslutat om internkontrollplan för 2019. En uppföljning gjordes i maj och december. I uppföljningen noterades att det föreligger förbättringspotential inom majoriteten av de områden som kontrollerats.

Enligt reglementet för intern kontroll ska styrelsens ha uppsikt över nämndernas internkontrollarbete och göra en utvärdering om den interna kontrollen varit tillräcklig. Bedömningen avseende detta ska avges till regionfullmäktige i samband med årsredovisningen. Av årsredovisningen för 2019 framgår att den interna kontrollen varit ändamålsenlig. Det framgår dock att regionen har ett behov av att tydliggöra ansvaret kring den interna kontrollen. I utvärderingen framkommer ett behov av att kunna arbeta med riskidentifiering och analys på olika nivåer i regionen samtidigt som ledningen vill få en tydlig överblick över de risker som finns och de åtgärder som är kopplade till respektive risk. Av utvärderingen framgår även att den interna kontrollen kommer att implementeras i ett IT-baserat systemstöd under 2020.

### *Hälso- och sjukvårdsnämnden*

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fastställt plan för intern kontroll<sup>12</sup>. På nämndens sammanträde i maj<sup>13</sup> behandlades ”uppföljning internkontroll” som ett informationsärende under punkten ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens rapport”.

Uppföljning av nämndens internkontrollplan gjordes i juni 2019<sup>14</sup>. Nämnden beslutade att ge Regiondirektören i uppdrag att vidta de åtgärder som föreslås i uppföljningen av nämndens internkontrollplan. En uppföljning gjordes även i november<sup>15</sup>. Uppföljningen visade

<sup>11</sup> Reglemente och riktlinje för intern kontroll och styrning Dnr: RS/598/2018

<sup>12</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-04-04 § 31

<sup>13</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-05-16 § 47

<sup>14</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-06-12 § 64 (HSN/564/2019)

<sup>15</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-11-21 § 120 (HSN/564/2019)

att det fortfarande föreligger förbättringspotential inom flertalet av de kontrollerade områdena. Nämnden beslutade att godkänna uppföljningen.

Anmälan av delegationsbeslut ingår som ett av 11 riskområden i nämndens internkontrollplan för 2019. Återrapportering av delegationsbeslut har gjorts vid samtliga ordinarie sammanträden 2019 med undantag av sammanträdet i januari 2019. I protokollet finns en förteckning över aktuella delegationsbeslut. Av förteckningen framgår diarienummer och ärendebeskrivning. Aktuell delegat framgår inte och inte heller vad som har beslutats. Vidare är det svårt att utifrån förteckningen härleda de olika delegationsbesluten till aktuellt ärende i delegationsordningen då det saknas hänvisning. Utifrån ett stickprov kan vi konstatera att flertalet av delegationsbesluten redovisats på ett korrekt sätt. Några avvikelser har dock noterats. Nämnden har i sin egen uppföljning konstaterat att samtliga ärenden inte har anmälts till nämnden.

### *Regionala utvecklingsnämnden*

Regionala utvecklingsnämnden fastställde sin internkontrollplan i december 2018 och har under 2019 genomfört två uppföljningar i maj och november. De risker som i planen fått högst riskpoäng är till sin karaktär externa risker kopplat till EU, regeringen och regionens budget. Vi har inte funnit någon bedömning av ändamålsenligheten av processen för intern styrning och kontroll eller hur tillämpningen har fungerat i nämndens bokslut.

Vi har noterat att nämnden själva identifierat "Bristande information vid delegationsbeslut" som en risk i internkontrollplanen. Enligt uppföljningarna av internkontrollplanen i maj och november har vidtagna åtgärder genomförts i form av ett ökande samarbete mellan olika tjänstemän och tydligare styrning från förvaltningens områdeschefer och nämndsekreterare vilket givit positiva resultat.<sup>16</sup>

Ett urval av anmälda delegationsbeslut har granskats. När det gäller beslut om företagsstöd har vi noterat att vissa är sekretessbelagda i diariet vilket innebär att det med den information som lämnas i ärendebeskrivningarna i protokollen inte går att utläsa om stöden har beviljats eller inte, vilka belopp stöden uppgår till, vilket datum besluten fattats, vilka delegater som fattat dem eller om de anmälts till nämnden inom föreskriven tid. Däremot finns beslutsprotokollen i de flesta fall publicerade i Meetings, där nämndens handlingar publiceras inför nämndens sammanträde.

Det framgår inte av nämndens protokoll att någon riskanalys har genomförts och rapporterats till nämnden utöver den som ligger till grund för nämndens internkontrollplan.

Ett tillfälle där riskanalyser bedömts vara tillämpliga inom nämndens verksamhet är enligt "Anvisningar för att starta, söka driva och följa upp projekt inom regional utveckling" inför uppstart av projekt<sup>17</sup>.

### *Patientnämnden*

I bokslutet framgår att uppföljning av patientnämndens internkontrollplan har genomförts i samband med nämndssammanträden i maj och september, och visar att den interna kontrollen fungerar tillfredsställande.

### **Bedömning**

- Vi bedömer att arbetet med den interna kontrollen genom internkontrollplaner fungerar på ett ändamålsenligt sätt.

<sup>16</sup> Regionala utvecklingsnämndens uppföljning av internkontrollplan Dnr: RUN/85/2018 Protokoll 2019 §75 och §179

<sup>17</sup> Dnr: RUN/561/2017

## 5.8 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfrågor	Bedömning
Lever verksamhetens resultat upptill fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finns behov av att fortsatt arbeta för att utveckla kopplingen mellan regionplanen och nämndernas mål. Förekomsten av bristande koppling mellan fullmäktiges mål och att ett flertal mål inom området länets utveckling redovisar mätvärden från tidigare år innebär att vi inte kan bedöma i vilken omfattning fullmäktiges mål i regionplanen är uppfyllda.</li> <li>• Fullmäktiges mål av betydelse för god ekonomisk hushållning dvs. de finansiella målen i finansplanen, nås inte.</li> <li>• Regionen efterlever inte lagar och föreskrifter avseende vårdgarantin.</li> <li>• Den budget som beretts fullmäktigt har inte upprättats i enlighet med kommunallagen. Att en budget i underskott ger en mer rättvisande bild av ekonomin bedöms inte vara ett synnerligt skäl.</li> </ul>
Klarar verksamheten att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det stora underskott som redovisas inom hälso- och sjukvårdsvården visar på att verksamheten inte klarar sitt uppdrag med tillgängliga resurser.</li> </ul>
Har styrelser och nämnder en styrning och uppföljning mot mål och beslut?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionstyrelsen har i huvudsak haft en tillfredsställande uppföljning. Dock anser vi att uppföljningen av fokusområdet att "vara attraktiv arbetsgivare" kunde ha varit mer omfattande.</li> <li>• Hälso- och sjukvårdsnämnden kan på ett tydligare sätt lyfta uppföljningar av sina fokusområden både under året och i årsredovisningen. Det är också viktigt att nämnden säkerställer att samtliga uppföljningar i uppföljningsplanen genomförs. Framförallt bör nämnden prioritera uppföljningen av nämndens fattade beslut.</li> <li>• För att nå verksamhetsplanens mål kan det vara nödvändigt att nämnderna fattar beslut om åtgärder när avvikelser rapporteras. Vi har inte funnit att regionala utvecklingsnämnden fattat några beslut om åtgärder i samband med att avvikelser från mål rapporterats under året.</li> </ul>

<p>Bedrivs verksamheten med en god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inget av de finansiella målen uppfylls fullt ut och av verksamhetsmålen har endast 45 % av målen uppfyllts. Vi bedömer därför att regionens verksamhet inte bedrivs med en god ekonomisk hushållning.</li> <li>• Regionstyrelsen bör ta fram förslag till riktlinjer för god ekonomisk hushållning som fullmäktige kan besluta om. Riktlinjer bör ha ett koncernperspektiv och det kan därför vara lämpligt att se över att bolagens styrdokument harmoniserar med fullmäktiges mål för en god ekonomisk hushållning.</li> <li>• En plan för återställande av det ackumulerade negativa balanskravsresultatet bör fastställas.</li> </ul>
<p>Ger redovisningen en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vår samlade bedömning utifrån genomförd granskning är att regionens räkenskaper i huvudsak är rättvisande och att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.</li> </ul>
<p>Är årsredovisningen upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi bedömer att årsredovisningen, i huvudsak, är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.</li> </ul>
<p>Finns system och ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi bedömer att arbetet med den interna kontrollen genom internkontrollplaner fungerar på ett ändamålsenligt sätt.</li> </ul>

## 6 KVALITETSSÄKRING

Regionens revisionskontor ansvarar 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.

Revisionskontoret ansvarar för system, riktlinjer och rutiner för kvalitetskontroll<sup>18</sup>. Revisionen kvalitetssäkras genom att:

- Arbeta i enlighet med God revisionsssed i kommunal verksamhet
- Dokumentera granskningarna i enlighet med Skyrev R1 och ISA.
- Revisionsdirektören kvalitetsgranskar resultat och de revisionsbevis som ligger till grund för revisorernas bedömningar
- Faktaavstämning genomförs med de som lämnat uppgifter

<sup>18</sup> ISA 220 Kvalitetskontroll för revision av finansiella rapporter



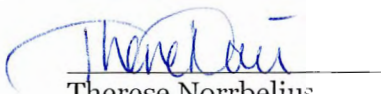
- Alla förändringar avseende inriktning från den ursprungliga strategin som inte är oväsentliga dokumenteras.

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.


Ansvarig för kvalitetssäkring vid regionens revisionskontor är revisionsdirektör Leif Gabrielsson, certifierad kommunal revisor.

## 7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

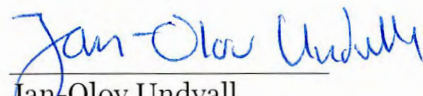
Ort och datum  
Östersund 2020-04-07

  
Therese Norrbelius  
Certifierad kommunal revisor


Ort och datum  
Östersund 2020-04-07

  
Leif Gabrielsson  
Revisionsdirektör


Ort och datum  
Östersund 2020-04-07

  
Jan-Olov Undvall  
Certifierad kommunal revisor

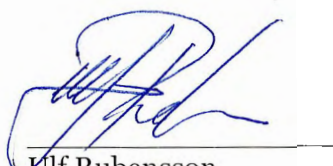
Ort och datum  
Östersund 2020-04-07

  
Anneth Nyqvist  
Certifierad kommunal revisor

Ort och datum  
Östersund 2020-04-07

  
Carina Hemmingsson  
Sakkunnig

Ort och datum  
Östersund 2020-04-07

  
Ulf Rubensson  
Certifierad kommunal revisor