



# Grundläggande granskning av Patientnämnden - Etiska nämnden 2022

---

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, 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.

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten och ekonomin är tillräcklig.

Sammantaget är vår översiktliga bedömning att Patientnämnden – Etiska nämnden i huvudsak har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten och ekonomin.

Granskningen har visat på några utvecklingsområden för nämnden, som kommenteras i respektive rapportavsnitt.

Nedan framgår våra rekommendationer till Patientnämnden – Etiska nämnden:

- Efterlev riktlinjen Styrmodell vad gäller beslutstidpunkt för verksamhetsplanen.
- Specificera tidpunkter för uppföljning av respektive indikator i verksamhetsplanen.
- Överväg i större utsträckning indikatorer vars utfall kan följas under löpande år.
- Säkerställ efterlevnaden av kraven på rapportering utifrån riktlinjen Styrmodell beträffande delårsrapport 1, i samråd med Regionledningsförvaltningen.
- Fastställ en plan för uppföljning av intern kontroll enligt regionens mall utifrån nämndens riskanalys.

Med fördel kan samråd ske med Regionledningsförvaltningen i frågan, för att säkerställa en enhetlig utformning och hantering av intern kontroll mellan regionens nämnder.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning .....	3
1 <i>Bakgrund</i> .....	4
2 <i>Syfte, revisionsfrågor och avgränsning</i> .....	4
3 <i>Revisionskriterier</i> .....	4
4 <i>Metod</i> .....	5
5 <i>Resultat av granskningen</i> .....	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
5.2   Har nämnden en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet? .....	9
5.3   Har nämnden ett systematiskt arbete med sin interna kontroll? .....	12
5.4   Har nämnden upprättat en dokumenthanteringsplan? .....	14
5.5   Har delegationsbeslut rapporterats löpande till nämnden? .....	14
6 <i>Revisionell bedömning</i> .....	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, revisionsfrågor och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten och ekonomin 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? Det har även ingått i granskningen att översiktligt bedöma måluppfyllelsen.
- Har nämnden ett systematiskt arbete med sin interna kontroll? Det har även ingått att granska verifikationer.
- Har nämnden upprättat en dokumenthanteringsplan?
- Har delegationsbeslut rapporterats löpande till nämnden?

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

Patientnämnden – Etiska nämnden utgör ansvarig nämnd för den granskade verksamheten.

## 3 Revisionskriterier

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

- Kommunallagen, SFS 2017:725
- Nämndens reglemente, beslutad av Regionfullmäktige 2018-04-25, § 85
- Regionplan 2022–2024, beslutad av Regionfullmäktige 2021-08-25--26
- Policyn Samlad ledningsprocess, beslutad av Regionfullmäktige 2021-06-24
- Övriga interna styrdokument av betydelse

Regionstyrelsens riktlinjer ”Styrmodell” och ”Intern styrning och kontroll” har även varit utgångspunkter för vår granskning.

## 4 Metod

Granskningen har i huvudsak genomförts genom dokumentstudier, primärt protokoll med tillhörande underlag. Granskning av verifikationer har skett genom stickprov inom utvalda konton.

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

## 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 Nämndens verksamhetsplan och budget

Nämnden godkände förslag till budget 2022 på sammanträdet i september 2021. I ärendet ingick nämndens budgetförutsättningar 2022–2024 som ligger till grund för budget 2022. Det framgår att ramen för regionbidrag 2022 är justerad till 5 631 tkr i jämförelse med Regionplan 2021–2023 (5 669 tkr). Vi har verifierat att nämndens budgetram i Regionplan 2022–2024 uppgår till 5,6 mnkr.

I december 2021 godkände nämnden förslag till ”Verksamhetsplan 2022 Patientnämnden Etiska nämnden” med tillhörande bilagor (bilagorna Risk- och väsentlighetanalys och Ekonomisk redovisning). I verksamhetsplanen framgår att nämnden inte har angett några indikatorer under målområde 1 ”Ett attraktivt Västernorrland med hållbar utveckling”, utan har fokuserat på förflyttningarna under målområde 2 och 3.

Inom Målområde 2 ”Region Västernorrland utvecklar arbetet för en god, jämlik och nära vård” har nämnden för målet ”Vi erbjuder vård som utgår från individens behov och är tillgänglig” angett en kvantitativ indikator (Andel tillgänglighet via telefon av arbetsdagarna under året). Målnivå 2022 uppgår till 95 procent.

För målet ”Vi bedriver kunskapsbaserad, trygg och säker hälso- och sjukvård samt tandvård” anges två kvalitativa indikatorer (Genomföra en enkätundersökning/årgentemot vårdgivande verksamheter, Genomföra två analyser i rapportform av inkomna klagomål och synpunkter), som kan besvaras med Ja eller Nej. Vi har noterat att Regionplanen under detta mål omnämner ”I Region Västernorrland ska det finnas olika stöd och strukturer, exempelvis patientnämnd samt systematiska arbetssätt utifrån kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.”

Inom Målområde 3 ”Vi skapar mervärde för befolkningen genom vår verksamhet” har nämnden för målet ”Vi erbjuder attraktiva arbetsplatser för medarbetare och chefer” angett en kvalitativ indikator (Har varje medarbetare genomgått en årlig kompetensutvecklingsaktivitet). För målet ”Vi främjar samverkan, innovation och utveckling” finns en kvalitativ indikator (Har fyra informationsinsatser genomförts i syfte att öka patientnämndens synlighet och stärka patientnämndens funktion).

Vi har noterat att ingen av indikatorerna i nämndens verksamhetsplan återfinns i Regionplanens uppföljningsbilaga, fastställd i Regionstyrelsen 2021-12-14.

Nämndens verksamhetsplan innehåller uppgiften ”verksamhetsplanen återrapporteras till nämnd i form av delårs- och årsrapport samt följs upp på månadsbasis främst genom uppföljningsdialoger”. Dock anges inte uppföljningstidpunkt i tabellerna för respektive indikator. Av nämndens delårsrapport finns däremot sådan information (samtliga indikatorer följs upp på helår).

Av verksamhetsplanens avsnitt för ekonomi framgår att nämndens budget för regionbidrag för 2022 uppgår till 5,6 mnkr, vilket motsvarar beloppet i Regionplanen.

### *Kommentar*

Vår bedömning är att nämnden till övervägande del tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styr signaler för verksamheten.

Patientnämnden godkände förslag till budget 2022 på sammanträdet i september 2021. I december 2021 godkände nämnden ”Verksamhetsplan 2022 Patientnämnden Etiska nämnden”. Beslutet om verksamhetsplan är något sent i förhållande till riktlinjen Styrmodell ”verksamhetsplanen beslutas under oktober månad och innehåller ett samlat dokument med detaljerad verksamhetsplanering och budget för kommande år, samt plan för nästkommande två år”.

Nämnden har i sin verksamhetsplan fastställt indikatorer för målen under målområde 2 och 3. Nämnden har dock inte angett några indikatorer under målområde 1 (”Ett attraktivt Västernorrland med hållbar utveckling”). Vad vi har noterat i Regionplanen omnämns under ett av målen inom målområde 2 att en patientnämnd ska finnas. I övrigt noterar vi inte att mål riktar sig specifikt till Patientnämnden. Regionplanens uppföljningsbilaga, fastställd i Regionstyrelsen 2021-12-14, innehåller vidare inte någon av indikatorerna i nämndens verksamhetsplan.

Riktlinjen Styrmodell anger att nämndens verksamhetsplan innehåller ”Mål som är nämndens egna, nämnden kopplar indikatorer till målen”. Vi har noterat att nämndens verksamhetsplan, utöver målen i Regionplanen, inte innehåller tillkommande mål med indikatorer.

Vi rekommenderar att riktlinjen Styrmodell efterlevs vad gäller beslutstidpunkt för verksamhetsplanen.

### **5.1.2 Finns en dokumentation över beslutade uppdrag?**

Vi har noterat flera beslut om att delge analyser, se avsnitt 5.1.3.

I övrigt har vi noterat följande uppdrag:

- *Juni*

Beslut vid ärendet ”Redovisning av ärenden som handlagts och avslutats på förvaltningsnivå sedan föregående sammanträde” att följa upp ärenden rörande Primärvården vid kommande sammanträde. (I september noterar vi att en fördjupad uppföljning avseende primärvården redovisades.)

- *September*

Beslut att bjuda in Vårdval till nästkommande sammanträde.

- *December*

Vid ärendet ”Ersättning vid stödpersonsuppdrag” uppdras till nämndens förvaltning att genomföra uppföljning av ersättningsnivå och värdera behov av justering av ersättning för stödpersonsuppdrag vart fjärde år, med start från hösten 2026.

### *Kommentar*

Under 2022 har vi noterat få beslut om uppdrag till verksamheten. För uppdrag där nämnden har angett en tidpunkt för uppföljning har vi noterat att redovisning har skett i tid.

Vi har inte information om det, utöver vad som framgår i protokoll, finns en dokumentation över beslutade uppdrag. Som vid tidigare års grundläggande granskningar bedömer vi att om omfattningen av uppdrag ökar bör en särskild dokumentation över uppdragen övervägas, som anger former för genomförande, t.ex. ansvarig, tidsramar och eventuell återredovisning till nämnden.

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

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:

- *Nämndens verksamhetsberättelse för 2021 (Februari)*

Nämnden beslutade att överlämna verksamhetsberättelsen till Regionfullmäktige via Regionstyrelsen, till IVO samt till Socialstyrelsen.

- *Rapport ”Barn psykisk ohälsa” – analys av inkomna klagomål och synpunkter 2021. (April)*

Nämnden beslutade att överföra rapporten vidare i organisationen till Hälso- och sjukvårdsnämnden, Regionfullmäktige, chefsläkare, områdesdirektörer, IVO.

- *Närståendes upplevelser i vården – en analys av inkomna ärenden (November)*

Nämnden beslutade att överföra rapporten vidare i organisationen till Hälso- och sjukvårdsnämnden, Regionfullmäktige, chefsläkare, områdesdirektörer, IVO, länets kommuner, programledare för God och Nära vård.

- *Information om gemensam analys med Sveriges patientnämnder (November)*
- *Information om gemensam analys Pan-Ivo avseende unga vuxna 18–29 år som sökt vård för psykisk ohälsa samt en redogörelse för patientnämndsverksamhet, vilket ska avlämnas till Ivo sista februari 2023. (December, paragrafen redovisning av ärenden)*



I övrigt noteras följande beslut:

- *Revidering Etisk Policy (April)*  
Nämnden beslutade att föreslå regionfullmäktige att fastställa reviderad ”Etisk Policy” samt att Etisk policy från 2008 därmed upphör att gälla.
- *Anta nytt dataskyddsombud för nämnden (April)*
- *Verksamhetsplan 2023–2025, Patientnämnden (November)*
- *Ersättning vid stödpersonsuppdrag (December)*
- *Sammanträdesplan 2023 (December)*

#### *Kommentar*

Utöver några beslut om planer och dylikt har nämnden tagit flera beslut kopplade till dess uppgifter enligt Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård. Vi har inte noterat något enskilt beslut av väsentlig betydelse som bör uppmärksammas.

## **5.2 Har nämnden en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet samt hanterat eventuella avvikelser i resultatet?**

I revisionsfrågan ingår även att översiktligt bedöma måluppfyllelsen.

### **5.2.1 Uppföljning av verksamhetsplan och budget**

I nämndens verksamhetsplan 2022 framgår att verksamhetsplanen återrapporeras till nämnd i form av delårs- och årsrapport samt följs upp på månadsbasis främst genom uppföljningsdialoger.

Det står vidare att nämnden har följande följetal som rapporteras vid nämndsammansammanträden: Antal inkomna och avslutade ärenden och Antal anmälningsärenden inom psykiatrin.

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

- Under den stående sammanträdespunkten ”Information” noteras att ordförande och förvaltningschef informerar om ett antal punkter med koppling till nämndens och regionens verksamhet.

Vid decembersammanträdet innehöll informationspunkten en redovisning med sammanfattande statistik från den gångna mandatperioden. Nämndens ledamöter genomförde även utvärdering genom gruppdialoger av nämndens arbete från pågående mandatperiod.

- Etik/Etiska rådet (varje sammanträde)

Beträffande det Etiska rådet gav förvaltningschefen information vid nämndens sammanträde i september rörande rådets kommande placering i regionen. I nämndens delårsrapport framgår att rådet har förberett ett överlämnande med anledning av det politiska beslutet att flytta Etiska rådet till styrelsen. Vid sammanträdet i

december framgår att Etiska rådet kommer att byta plats i organisationen från 2023-01-01. Patientnämnden-Etiska nämnden kommer därmed heta Patientnämnden (PAN).

- Redovisning av ärenden som handlagts och avslutats på förvaltningsnivå sedan föregående sammanträde (varje sammanträde)  
  
Vid ärendets behandling i november förde nämnden även en diskussion gällande kommunala ärenden samt hur information kan spridas för ökad kunskap om Patientnämndens roll.
- Redovisning av stödpersonsverksamhet och anmälningsärenden inom psykiatri (varje sammanträde)
- 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.

#### *Delårsrapport 1*

Nämnden har, i likhet med tidigare år, inte upprättat någon delårsrapport för perioden januari till mars 2022. Däremot har nämnden vid sitt sammanträde i april fått information om "Uppföljning av verksamhetsplan 2022" och beslutat att lägga informationen till handlingarna. Till sammanträdesprotokollet finns ingen bilaga rörande informationen.

Vi har uppfattat det som oklart huruvida anvisningar och mallar för nämndens delårsrapportering har distribuerats.

#### *Delårsrapport 2*

Nämnden godkände sin delårsrapport för januari-augusti 2022 vid sammanträdet i september.

För de två målområden där nämnden har utformade indikatorer framgår den samlade bedömningen av måluppfyllelse för delåret, med Regionplan 2022–2024 och verksamhetsplanen som utgångspunkt, att målen är uppfyllda i hög grad. Se även avsnitt 5.2.1.

Nämndens verksamhetsplan innehåller inte specifika tidpunkter för uppföljning av respektive indikator. Av nämndens delårsrapport finns däremot sådan information. Delårsrapporten anger att samtliga indikatorer följs upp på helår. I delårsrapporten redovisas emellertid utfall för tre av fem indikatorer, varav två har uppnått måluppfyllelse. Kommentarer finns i anslutning till indikatorerna, avseende genomförda aktiviteter kopplat till respektive mål.

Det ekonomiska utfallet i delårsrapporten är ett positivt resultat med +0,6 mnkr. Prognosen för helåret 2022 uppgår till +0,3 mnkr.

#### *Årsrapport*

Enligt Regionplanens uppföljningsbilaga, fastställd i Regionstyrelsen 2021-12-14, ska måluppfyllelse anges i följande nivåer: Ej uppfyllt, Delvis uppfyllt, I hög grad uppfyllt och Helt uppfyllt.

I årsrapporten framgår att målen (inom målområde 2 och 3) bedöms vara uppfyllda. Vi har noterat att samtliga indikatorer har uppnått målnivån för 2022 och kommenteras i årsrapporten.

Verksamheten lämnar vid helåret ett positivt ekonomiskt resultat med 0,5 mnkr.

#### *Kommentar*

Vår bedömning är att nämnden i huvudsak har en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet. Vidare har nämnden uppfyllt sina mål för 2022.

Riktlinjen Styrmodell anger att nämndernas verksamhetsplan inklusive budget ska följs upp vid två delårsrapporter och årsrapport. Vi har noterat att nämnden har fått information om uppföljning av verksamhetsplan 2022 under våren samt i samband med delårsrapport 2 (januari-augusti) och årsrapport.

Nämnden har dock, i likhet med tidigare år, inte upprättat delårsrapport 1 för perioden januari-mars. Vi anser att efterlevnaden av kraven på rapportering utifrån riktlinjen Styrmodell behöver säkerställas. Som angetts föreligger samtidigt oklarheter kring distribution av anvisningar och mallar för rapportering vid delårsrapport 1. Dessa rutiner bör ses över i samråd med Regionledningsförvaltningen.

Vi bedömer det vara problematiskt för en effektiv styrning och uppföljning, att samtliga indikatorer (enligt delårsrapport 2) följs upp på helår. Vi rekommenderar att nämnden i större utsträckning överväger indikatorer vars utfall kan följas under löpande år. Vidare rekommenderar vi nämnden att specificera tidpunkter för uppföljning av respektive indikator i verksamhetsplanen.

Den uppföljning som enligt nämndens verksamhetsplan ska ske ”på månadsbasis främst genom uppföljningsdialoger”, har inte ingått i granskningen att verifiera.

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

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 nämndens delårsrapport framgår avseende följetalet ”Antal anmälningsärenden inom psykiatrin” att ett ärende med begäran om stödperson har inkommit utan att stödperson har hunnit förordnas. Detta på grund av en kort väntetid, omfattande endast några få dagar.

#### *Kommentar*

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 2021 års grundläggande granskning överlämnades till nämnden för kännedom med främst följande rekommendation:

- Överväg att förtydliga vilka delegationsbeslut som ska protokollföras särskilt och anslås på den digitala anslagstavlan. Se fördjupad granskning Delegering av nämndernas beslutanderätt (20REV32).

I juni beslutade nämnden att lägga revisionsrapporten till handlingarna.

I den grundläggande granskningen har inte ingått att närmare undersöka huruvida nämnden har övervägt rekommendationen. Vi har noterat att samma skrivning som tidigare kvarstår i nämndens delegationsordning 2022 ”beslut som inte anmäls (återrapporterats) ska protokollföras särskilt, om det gäller ett beslut som får överklagas (laglighetsprövas) enligt bestämmelserna i 13 kap. KL”.

#### *Kommentar*

Vår bedömning är att nämnden har tagit del av den granskning som Regionens revisorer genomfört under föregående revisionsår. Inga anspråk framlades från revisionens sida avseende ett yttrande från nämnden.

### **5.3 Har nämnden ett systematiskt arbete med sin interna kontroll?**

I nämndens verksamhetsplan för 2022 (2021-12-02 § 45) framgår i avsnittet för intern styrning och kontroll att riskanalys för Patientnämndens verksamhet är genomförd och utgör en del i verksamhetsplaneringen. Vidare står att en av de största riskerna, som patientnämnden arbetar löpande med, är risken att felaktiga avstånd rapporteras från stödpersoner för utbetalning av reseersättning. Verksamheten har en inbyggd månatlig rutin för detta i samband med att stödpersonernas rapportering inkommer till förvaltningen.

Nämndens verksamhetsplan innehåller en riskanalys för intern styrning och kontroll, som omfattar åtta risker. För respektive risk framgår en riskvärdering, hantering av risk, kontrollaktivitet, ansvarig. För en risk (Verksamhetsfrämmande inköp) anges årligen i kolumnen Tidplan. Denna kolumn är för övriga risker tom. (Vi har i nämndens beslutade verksamhetsplan för 2023–2025 (2022-11-11 § 40) noterat att riskanalysen i tre fall anger ”Del- och helår” i kolumnen för Tidplan.) För merparten av övriga risker anges frekvens för kontroll eller att löpande/kontinuerlig kontroll görs i kolumnerna Aktivitet eller Metod.

Enligt uppgift från förvaltningen, skedde i anslutning till riskanalysen en dialog med regionens internkontrollsamordnare, kring huruvida en internkontrollplan även skulle beslutas för nämnden. I diskussionen framkom att en riskanalys ansågs tillräckligt och nämnden har följaktligen inte beslutat om en internkontrollplan för 2022.

I april 2022 lade nämnden till handlingarna information om ”genomförd intern kontroll av verksamheten per 2021-12-31”. I bilaga till protokollet framgår bland annat att inga avvikelser från fastställd internkontrollplan har noterats.

I september 2022 behandlade nämnden Delårsrapport och uppföljning av intern kontroll. I delårsrapporten framgår att förvaltningen tar hjälp av regionens kontrollingenhet för att granska verksamhetsfrämmande inköp, fakturor, representation, resor och konferenser. Vidare står 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, med en avvikelse rörande representation för en faktura.”

I bilaga till protokollet ”Uppföljning av den interna kontrollen för PEN per 2022-06-30” har vi noterat att texten delvis inte är hänförlig till Patientnämnden, vilket vi har uppmärksammat förvaltningen på.

I nämndens årsrapport framgår i avsnittet intern styrning och kontroll att ”Riskanalys för Patientnämndens verksamhet är genomförd och utgör en del i verksamhetsplaneringen. De största riskerna verksamheten lokaliserat är; att felaktiga avstånd rapporteras från stödpersoner för utbetalning av reseersättning respektive att erforderliga uppgifter saknas och felaktiga uppgifter anges vid registrering av patientärenden. Verksamheten bemöter dessa risker med inbyggda månatliga rutiner för att minimera dess uppkomst och effekt. Förvaltningen har i samband med årsberättelsen avlämnat internkontrollrapport för 2022 till nämndens ledamöter.”

#### *Kommentar*

Vi har noterat att nämndens verksamhetsplan innehåller en riskanalys för intern styrning och kontroll, som för respektive risk anger en riskvärdering, hantering av risk, kontrollaktivitet och ansvarig. Vår bedömning är att det kan förtydligas beträffande vilken tidplan som finns för respektive kontrollaktivitet. Vi har noterat att vissa förtydliganden om tidplan har skett i riskanalysen inför 2023.

Nämnden har inte beslutat om en internkontrollplan/plan för uppföljning av den interna kontrollen för 2022, utifrån dialog med regionens internkontrollsamordnare. Oavsett detta har vi noterat att nämnden har erhållit uppföljning av internkontroll vid delårsrapporten och enligt uppgift i årsrapporten. Uppföljningen baseras dock inte på nämndens riskanalys.

Vi rekommenderar nämnden att utifrån sin riskanalys för intern styrning och kontroll, fastställa en plan för uppföljning av intern kontroll enligt regionens mall. Med fördel kan samråd ske med Regionledningsförvaltningen i frågan, för att säkerställa en enhetlig utformning och hantering av intern kontroll mellan regionens nämnder.

#### **5.3.1 Den interna kontrollen i hanteringen av verifikationer**

För 2022 ingår i vår granskning att verifiera den interna kontrollen genom stickprov av verifikationer avseende konto 46330 (uppvaktning/presenter). Nämnden har dock inga leverantörsfakturor bokförda på kontot under 2022.

#### *Kommentar*

För 2022 har nämnden ingen faktura på kontot för uppvaktning/presenter.

## 5.4 Har nämnden upprättat en dokumenthanteringsplan?

I 2021 års grundläggande granskning framkom att nämnden i juni 2021 behandlade ärendet Dokument-/Informationshanteringsplan. I ärendet framgick att tidigare fastställd dokumenthanteringsplan för 2020 hade reviderats. Under sammanträdet redovisades även förvaltningens modelleringsrapport för förvaltningens arbete med information. Nämnden beslutade att fastställa informationshanteringsplanen.

I juni 2022 fastställde nämnden en reviderad informationshanteringsplan enligt upprättat förslag. Det står i ärendet att informationshanteringsplanen har stämts av med regionarkivarien.

Vi har noterat att Regionfullmäktige 2022-11-03 § 191 beslutat om Arkivreglemente 2023–2026, vari begreppet Informationshanteringsplan förekommer.

I nämndens delårsrapport framgår att Patientnämndens förvaltning arbetar för en övergång från nuvarande ärende- och dokumenthanteringssystem, Vårdsynpunkter – VSP, till Platina (används av regionen). I samband med denna förändring möjliggörs att delar av nuvarande processer kan digitaliseras, vilket minskar viss administration och skapar samtidigt en säkrare informationshantering.

### *Kommentar*

Nämnden har en informationshanteringsplan (dokumenthanteringsplan), senast reviderad 2022. Vår bedömning är att nämnden följaktligen efterlever regionens Arkivreglemente § 8 ”Varje myndighet ska upprätta en dokumenthanteringsplan som fortlöpande kompletteras”.

Med anledning av att Patientnämnden-Etiska nämnden byter namn till Patientnämnden (PAN) från 2023 (se avsnitt 5.2.1), bedömer vi att det finns behov av översyn av väsentliga styrdokument.

## 5.5 Har delegationsbeslut rapporterats löpande till nämnden?

Nämnden godkände vid sammanträdet i april upprättat förslag till delegationsordning 2022 för Patientnämnden-Etiska nämnden.

I nämndens delegationsordning framgår avseende anmälan av beslut att nämnden beslutar i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 6 kap. 37 § 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 inom psykiatri”.

Det är i nämndens delegationsordning delegerat till Förvaltningschef att utse stödpersoner, med rätt att vidaredelegera. (Nämnden fick 2021-02-12 § 10 information om att beslut har fattats av förvaltningschefen att delegera till stödpersonshandläg-

garen att utse stödpersoner enligt LPT, LRV och Smittskyddslagen.) I delegationsordningen 2022 har tillkommit jämfört med tidigare delegationsordning att ”Beslutet behöver inte anmälas”.

#### *Kommentar*

Nämnden har beslutat om en delegationsordning som gäller för år 2022.

Vi har noterat att från nämnden delegerat beslut om att utse stödpersoner enligt den gällande delegationsordningen inte behöver anmälas till nämnden. Nämnden erhåller likväl löpande redovisning av stödpersonsverksamhet och anmälningsärenden inom psykiatrin.



## 6 Revisionell bedömning

Sammantaget är vår översiktliga bedömning att Patientnämnden – Etiska nämnden i huvudsak har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten och ekonomin. Bedömningen grundas på följande huvudsakliga iakttagelser beträffande revisionsfrågorna;

- Nämnden har till övervägande del tolkat mål och uppdrag från fullmäktige (avseende både verksamhet och ekonomi) och brutit ned dessa till styrsignaler för verksamheten.

Beslutet om verksamhetsplan (december 2021) är något sent i förhållande till riktlinjen Styrmodell ”verksamhetsplanen beslutas under oktober månad”.

Nämnden har i sin verksamhetsplan fastställt indikatorer för målen under målområde 2 och 3. Nämnden har dock inte angett några indikatorer under målområde 1 (”Ett attraktivt Västernorrland med hållbar utveckling”). Vad vi har noterat i Regionplanen omnämns under ett av målen inom målområde 2 att en patientnämnd ska finnas. I övrigt noterar vi inte att mål riktar sig specifikt till Patientnämnden. Regionplanens uppföljningsbilaga, fastställd i Regionstyrelsen 2021-12-14, innehåller heller inte någon av indikatorerna i nämndens verksamhetsplan.

Vi har noterat att verksamhetsplanen, utifrån vad riktlinjen Styrmodell anger, inte innehåller mål som är nämndens egna med indikatorer. Verksamhetsplanen specificerar inte tidpunkter för uppföljning av respektive indikator (vilket delårsrapport 2 gör).

- Nämnden har i huvudsak en systematisk uppföljning och rapportering av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet. Inga väsentliga avvikelser i resultatet har noterats och nämnden bedöms ha uppfyllt sina mål.

Riktlinjen Styrmodell anger att nämndernas verksamhetsplan inklusive budget ska följas upp vid två delårsrapporter och årsrapport. Vi har noterat att nämnden har fått information om uppföljning av verksamhetsplan 2022 under våren samt i samband med delårsrapport 2 (januari-augusti) och årsrapport.

Nämnden har dock, i likhet med tidigare år, inte upprättat delårsrapport 1 för perioden januari-mars. Vi anser att efterlevnaden av kraven på rapportering utifrån riktlinjen Styrmodell behöver säkerställas. Som angetts föreligger samtidigt oklarheter kring distribution av anvisningar och mallar för rapportering vid delårsrapport 1. Dessa rutiner bör ses över i samråd med Regionledningsförvaltningen.

Vi bedömer det vara problematiskt för en effektiv styrning och uppföljning, att samtliga indikatorer enligt delårsrapport 2 följs upp på helår.

- Nämnden har i huvudsak ett systematiskt arbete med sin interna kontroll.

Nämndens verksamhetsplan innehåller en riskanalys för intern styrning och kontroll, som för respektive risk anger en riskvärdering, hantering av risk, kontrollaktivitet och ansvarig. Vår bedömning är att det kan förtydligas vilken tidplan som finns för respektive kontrollaktivitet. Vi har noterat att vissa förtydliganden om tidplan har skett i riskanalysen inför 2023.



Nämnden har inte beslutat om en internkontrollplan/plan för uppföljning av den interna kontrollen för 2022, utifrån dialog med regionens internkontrollsamordnare. Oavsett detta har vi noterat att nämnden har erhållit uppföljning av internkontroll vid delårsrapporten och årsrapporten.

För 2022 ingår i vår granskning att verifiera den interna kontrollen genom stickprov av verifikationer avseende konto 46330 (uppvaktning/presenter). Nämnden har dock inga leverantörsfakturor bokförda på kontot under 2022.

- Nämnden har upprättat en informationshanterings/dokumenthanteringsplan.

Nämnden har en informationshanteringsplan (dokumenthanteringsplan), senast reviderad 2022 och efterlever följaktligen regionens Arkivreglemente § 8.

Med anledning av att Patientnämnden-Etiska nämnden kommer heta Patientnämnden (PAN) från 2023 (se avsnitt 5.2.1), bedömer vi att det finns behov av översyn av väsentliga styrdokument.

- Delegationsbeslut har rapporterats löpande till nämnden.

Nämnden har beslutat om en delegationsordning som gäller för år 2022. Nämnden erhåller löpande redovisning av stödpersonsverksamhet och anmälningsärenden inom psykiatrin.

Vi rekommenderar Patientnämnden – Etiska nämnden följande;

- Efterlev riktlinjen Styrmodell vad gäller beslutstidpunkt för verksamhetsplanen.
- Specificera tidpunkter för uppföljning av respektive indikator i verksamhetsplanen.
- Överväg i större utsträckning indikatorer vars utfall kan följas under löpande år.
- Säkerställ efterlevnaden av kraven på rapportering utifrån riktlinjen Styrmodell beträffande delårsrapport 1, i samråd med Regionledningsförvaltningen.
- Fastställ en plan för uppföljning av intern kontroll enligt regionens mall utifrån nämndens riskanalys.

Med fördel kan samråd ske med Regionledningsförvaltningen i frågan, för att säkerställa en enhetlig utformning och hantering av intern kontroll mellan regionens nämnder.

Anna Nordlöf

*Certifierad kommunal revisor*