

Fullmäktiges styrdokument

Revisionsrapport

Sammanfattning

Fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget, bland annat mål och riktlinjer för verksamheten samt budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor.

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen och övriga nämnder har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll i syfte att verkställa och efterfölja principiellt viktiga beslut som fullmäktige beslutar om.

Granskningen visar att Regionstyrelsen har skapat grundläggande förutsättningar för att hantera och tillgängliggöra fullmäktiges styrdokument genom att införa ett dokumenthanteringssystem och genom att utfärda en riktlinje för hantering av styrdokument. Styrelsen har dock inte säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida. Granskningen pekar också på brister i den interna kontrollen. Bland annat saknas tre av fullmäktiges styrdokument i dokumenthanteringssystemet och två styrdokument ligger kvar i systemet trots att de har upphört att gälla.

Granskningen visar att tydligheten i fråga om styrning, uppföljning, kontroll och rapportering varierar i styrdokumentet och att kopplingen till landstingets samlade ledningsprocess ofta är oklar. Vi bedömer dock att styrelsen under 2017 har tydliggjort dessa frågor i de nya styrdokument som beretts till fullmäktige.

En fördjupad granskningsinsats har också genomförts kring implementeringen av två av fullmäktiges styrdokument. Vi bedömer sammantaget att Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden *inte i tillräcklig grad* har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån den Etiska policyn. När det gäller Policy för arbetet mot våld i nära relationer bedömer vi att nämnderna *i rimlig grad* har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll.

Våra väsentligaste rekommendationer är att Regionstyrelsen tar initiativ till att:

- Revidera riktlinjen för styrdokument i de delar som berör politiskt beslutade styrdokument. Vi menar att ett generellt krav på obligatoriska och återkommande översyner av styrdokumentet bör införas på samma sätt som för styrdokument som beslutas av tjänstepersoner. Dokumenthanteringssystemet bör också utvecklas för att ge stöd för en sådan förändring.
- Klargöra vilka former som ska gälla för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering. Vi ser positivt på den planerade översynen av fullmäktiges styrdokument och Regionstyrelsens strävan att skapa en samlad ledningsprocess.
- Närmare klargöra formerna för den interna kontrollen. Det handlar framförallt om att skapa en fungerande process som inbegriper alla berörda verksamheter och organisatoriska nivåer. I det här sammanhanget ser vi det som naturligt att processägaren för respektive styrdokument får en tydligare roll avseende riskanalyser.
- Tydliggöra vilka principer och kvalitetskrav som framgent ska gälla vid beredning av fullmäktiges styrdokument.

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Bakgrund | 4 |
| 2 | Syfte, revisionsfråga och avgränsning | 4 |
| 3 | Revisionskriterier | 4 |
| 4 | Metod..... | 4 |
| 5 | Resultat av granskningen..... | 5 |
| 5.1 | Har Regionstyrelsen säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida?..... | 5 |
| 5.2 | Har Regionstyrelsen säkerställt att det finns en övergripande process för att implementera fullmäktiges styrdokument?..... | 7 |
| 5.3 | Har nämnderna säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån styrdokumentet Etisk policy och Policy för arbetet mot våld i nära relationer? | 10 |
| 6 | Revisionell bedömning | 14 |

1 Bakgrund

Fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget, bland annat mål och riktlinjer för verksamheten samt budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor. Styrelsen och övriga nämnder ansvarar för att verkställa fullmäktiges beslut.

Landstingets revisorer har under 2016 granskat implementeringen av landstingsplanen och insatsplanen för en ekonomi i balans. Granskningarna har i huvudsak varit inriktade på landstingets ledningsprocess. Utifrån granskningarna ser revisorerna en generell risk för att styrelsen och övriga nämnder har en otillräcklig styrning, uppföljning och kontroll i syfte att verkställa och efterfölja fullmäktiges beslut.

2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen och övriga nämnder har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll i syfte att verkställa och efterfölja principiellt viktiga beslut som fullmäktige beslutar om. Utifrån syftet ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Har Regionstyrelsen säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida?
- Har Regionstyrelsen säkerställt att det finns en övergripande process för att implementera fullmäktiges styrdokument?
- Har nämnderna säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån styrdokumentet Etisk policy och Policy för arbetet mot våld i nära relationer?

Uppdraget omfattar fullmäktiges mer områdesspecifika beslut om policyer, mål och riktlinjer för verksamheten, vilket innebär att bland annat bolagsordningar och nämndernas reglementen inte direkt berörs av granskningen (se även fotnot på sidan 5). Den fördjupade granskningsinsatsen omfattar Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden och Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområden.

3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Resultatet av granskningen bedöms med stöd av kommunallagen (6 kap. 7 §), reglementet för styrelsen och berörda nämnder, regionplanen, Etisk policy samt Policy för arbetet mot våld i nära relationer.

4 Metod

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentstudier, intervjuer och en enkätundersökning. Närmare information om enkätundersökningen redovisas i avsnitt 5.3. Intervjuer har genomförts med handläggare, processägare och berörda chefer vid Regionledningsförvaltningen. De intervjuade har beretts tillfälle att sakgranska rapporten, liksom regiondirektören och förvaltningsledningen.

5 Resultat av granskningen

5.1 Har Regionstyrelsen säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida?

5.1.1 Finns det system som säkerställer att fullmäktiges styrdokument är aktuella och relevanta över tid?

2010 genomförde styrelsen en inventering och översyn av de styrdokument som fastställts av fullmäktige. Syftet var bland annat att ogiltigförklara äldre inaktuella styrdokument och att säkerställa att alla gällande styrdokument är tillgängliga i landstingets dokumenthanteringssystem (Platina). Landstingsfullmäktige fastställde i juni 2010 de styrdokument som skulle fortsätta att gälla.

Granskningen visar att det idag finns 35 gällande styrdokument som fullmäktige har fastställt¹ (se bilaga 1).

Regionstyrelsen har fastställt en riktlinje för hanteringen av styrdokument². Enligt riktlinjen ska styrdokument som fastställs på tjänstepersonsnivå vara tidsbegränsade och ses över minst en gång per år för att säkerställa att de alltid är aktuella och relevanta. Dokumenthanteringssystemet skickar automatiska påminnelser om översyner till de som är ansvariga för styrdokumenterna (fastställare och dokumentansvarig).

Motsvarande bestämmelse om tidsbegränsning saknas för styrdokument som beslutas på politisk nivå. Dessa gäller enligt riktlinjen till dess berörda organ beslutar att de ska revideras, upphöra att gälla eller ersättas av ett annat styrdokument. Inga automatiska påminnelser om översyner skickas till dokumentansvariga på tjänstepersonsnivå. Granskningen visar också att uppgifterna om dokumentansvariga inte har uppdaterats i systemet annat än undantagsvis. Uppgiften om vem som är processägare är inte obligatorisk.

5.1.2 Finns det krav på utvärdering och uppdatering av fullmäktiges styrdokument?

Granskningen visar att elva av styrdokumenterna omfattas av direkta krav på utvärdering/uppdatering.

- Attest- och utbetalningsreglementet (2010): Styrelsen ansvarar för övergripande uppföljning och utvärdering av reglementet och för att vid behov ta initiativ till förändring av reglementet.

Reglementet upphörde att gälla 2015-01-01.

¹ Exklusive fullmäktiges beslut om ägardirektiv och bolagsordningar, nämndernas reglementen, Regionplan 2018-2020, Målbild för hälso- och sjukvården, Regionala utvecklingsstrategin 2011-2020, Kulturplan 2015-2018, Regelbok för Vårdval Västernorrland - Primärvård samt Förfrågningsunderlag Vårdval Västernorrland - Allmän barn- och ungdomsvård.

² Styrdokumentsnummer 10419

- Etisk policy (2008): Policyn ska utvärderas varje mandatperiod.
Patientnämnden - Etiska nämnden beslutade 2013-03-27, § 16 efter en utvärdering av Etiska rådet att anta förslag till reviderad policy (mindre ändringar) samt att föreslå fullmäktige att fastställa den reviderade policyn. Landstingsstyrelsen beslutade 2013-10-31, § 275 att lägga informationen till handlingarna, nämndens förslag överlämnades därmed inte till fullmäktige.³
Etiska Rådet har under våren 2017 ånyo utvärderat policyn och kommit fram till att den bör kvarstå i sin nuvarande utformning. Inför en planerad översyn under nästa mandatperiod har rådet beslutat att policyn ska skickas på remiss till landstingets verksamheter.
- Finansiell policy (2017): Den finansiella policyn skall löpande hållas uppdaterad med hänsyn till aktuella förhållanden inom landstinget samt till utvecklingen på de finansiella marknaderna. Ekonomidirektören initierar förslag till förändringar av policyn, som bereds av Regionstyrelsens finansutskott samt Regionstyrelsen och beslutas av Regionfullmäktige. Senast 30 juni varje år skall policyn fastställas av Regionfullmäktige.
- Jämställdhets- och jämlikhetsplan (2013): I samband med fastställandet beslutade fullmäktige att underteckna *Den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet mellan kvinnor och män på regional nivå*, samt att deklARATIONENS intentioner ska förverkligas inom ramen för landstingets handlingsplan⁴ för jämställdhet och jämlikhet. Varje undertecknare ska, enligt deklARATIONEN, vid behov revidera sin handlingsplan för jämställdhet och upprätta en ny plan för varje efterföljande period.
Jämställdhets- och jämlikhetsplanen innehåller mål för perioden 2013-2014, förslag till reviderad plan har inte lämnats till fullmäktige.
- Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan (2015): Enligt *Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap* ska kommuner och landsting för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur de skall hantera extraordinära händelser. En ny plan är enligt uppgift under beredning.
- Fullmäktige har beslutat att tidsbegränsa fem styrdokument: Attest- och utbetalningsreglemente (2011-2014), Arkivreglemente (2015-2018), Arvodesregler för förtroendevalda samt regler för partistöd (2015-2018), Folkhälsopolicy (2017-2019), Personalpolitisk plattform (2016-2021) och Trafikpolitisk policy (2012-2016).
Trafikpolitisk policy upphörde att gälla 2017-01-01. Enligt de intervjuade är frågan om en ny policy avhängig den pågående processen kring förbundsordning och samarbetsavtal för Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län.

³ Vi kan inte se att det är förenligt med kommunallagen att, som i det här fallet, inte överlämna den beredande nämndens förslag till fullmäktige. Styrelsen ska dock alltid ges tillfälle att yttra sig.

⁴ Citat ur deklARATIONEN: *Den handlingsplan för jämställdhet som här omnämns bör inte förväxlas med den typ av jämställdhetsplan som arbetsgivare i Sverige enligt lag är skyldiga att upprätta. Medan dagens lagstadgade jämställdhetsplaner enbart behandlar arbetslivet, täcker den typ av handlingsplan för jämställdhet som CEMR-deklARATIONEN avser många fler samhällseliga verksamheter.*

- I övrigt har vi noterat att två äldre styrdokument fortfarande gäller i formell mening men att de enligt uppgift bör kunna upphävas av fullmäktige då de i praktiken har ersatts av andra styrdokument: Policy för intern kontroll (2000) och Kulturpolitisk policy (2006).

Kommentar

Vi bedömer att styrelsen har skapat grundläggande förutsättningar att hantera fullmäktiges styrdokument på ett säkert sätt genom att införa ett dokumenthanteringssystem och genom att utfärda en riktlinje för hantering av styrdokument. Granskningen visar dock att styrelsen inte har säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida. Knappt en tredjedel av styrdokumenterna omfattas av direkta krav på utvärdering/uppdatering. Vi har inte funnit att det i övrigt finns något system för att säkerställa att fullmäktiges styrdokument är aktuella och relevanta över tid.

Den i formell mening allvarligaste bristen är att styrelsen inte har uppmärksammat att Attest- och utbetalningsreglementet upphörde att gälla den 1 januari 2015. Vi har noterat att det infördes en ny bestämmelse i styrelsens reglemente inför mandatperioden 2015-2018: ”Styrelsen ska fastställa landstingsgemensamt attestreglemente samt tillhörande tillämpningsanvisningar.” Vi ser det som naturligt att styrelsen, inom ramen för sin ledningsfunktion, utfärdar tillämpningsanvisningar. Vi är däremot tveksamma till en beslutsordning som innebär att styrelsen även ska fastställa attestreglementet. Av styrelsens handlingar framgår inte vilka överväganden som gjorts i beredningen av den nya bestämmelsen i styrelsens reglemente. Vi menar att frågan bör utredas vidare.

Vi rekommenderar att:

- Styrelsen tillser att ett nytt attestreglemente fastställs.
- Styrelsen reviderar riktlinjen för styrdokument i de delar som berör politiskt beslutade styrdokument. Vi menar att ett generellt krav på obligatoriska och återkommande översyner av styrdokumenterna bör införas på samma sätt som för styrdokument som beslutas av tjänstepersoner. Dokumenthanteringssystemet bör också utvecklas för att ge stöd för en sådan förändring.

5.2 Har Regionstyrelsen säkerställt att det finns en övergripande process för att implementera fullmäktiges styrdokument?

5.2.1 Finns det en samlad bild över fullmäktiges styrdokument?

Enligt riktlinjen för styrdokument ska sekreteraren i det politiska organet fastställa politiskt beslutade styrdokument digitalt i dokumenthanteringssystemet. När ett styrdokument har fastställts skickas ett automatiskt meddelande till berörda chefer med en länk till styrdokumentet. Fullmäktiges styrdokument klassificeras i normalfallet att gälla för alla verksamheter, vilket innebär att alla chefer i landstinget nås av informationen. Det går även att söka efter styrdokument direkt i dokumenthanteringssystemet och i en särskild sökfunktion på intranätet.

Granskningen visar att tre av fullmäktiges styrdokument saknas i dokumenthanteringssystemet: den senaste versionen av Betal-, krav- och kreditpolicy (2011),

Kostpolicy (2012) och Riktlinjer för god ekonomisk hushållning och hantering av resultatutjämningsreserv (2013).

Två tidsbegränsade styrdokument har upphört att gälla men finns kvar i dokumenthanteringssystemet: Attest- och utbetalningsreglemente och Trafikpolitisk policy.

Kommentar

Vi bedömer att styrelsen har skapat grundläggande förutsättningar för att tillgängliggöra fullmäktiges styrdokument för verksamheten genom att införa ett dokumenthanteringssystem. De avvikelser som vi har noterat ansluter till våra iakttagelser i föregående avsnitt.

Vi rekommenderar att:

- Styrelsen stärker den interna kontrollen avseende registrering och borttagning av de styrdokument som fastställs av de politiska organen.

5.2.2 Är det tydligt hur fullmäktiges styrdokument ska implementeras?

Fullmäktiges styrdokument (de som omfattas av granskningen) består av planer, policyer, riktlinjer, reglementen och regler. De flesta av fullmäktiges styrdokument är policydokument.

Vi har identifierat fyra huvudsakliga typer av styrdokument utifrån ett processperspektiv.

A. *Styrdokument med koppling till landstingets ledningsprocess*⁵

Enligt policyn Samlad ledningsprocess (2017) ska styrkortsmodellen användas för mål- och resultatstyrning och stödja hela ledningsprocessen. Utgångspunkten för framtagande av styrkort ska vara politiska mål och strategier - regionplan, vision, verksamhetsidé och värderingar.

Styrdokumentens ställning i förhållande till regionplanen framgår tydligt av den Personalpolitiska plattformen med de tillhörande dokumenten Arbetsmiljöpolicy, Chefspolicy, Lönepolicy och Medarbetarskapspolicy. Regionplanen berör också den Personalpolitiska plattformen särskilt samt Miljöpolicy med den tillhörande Miljö- och energiplanen.

Vår genomgång visar att det inte är ovanligt att styrdokumentet innehåller målsättningar för verksamheten. Tydligheten i fråga om styrning, uppföljning, kontroll varierar. Det är ofta oklart hur styrdokumentet är tänkta att inbegripas i ledningsprocessen.

Enligt de intervjuade pågår det ett utvecklingsarbete kring en *samlad* ledningsprocess som ska inbegripa verksamhetens kärnprocesser, stödprocesser och de olika ledningssystemen. I det arbetet ingår också en planerad översyn av fullmäktiges styrdokument och regionplanen i syfte att skapa en sammanhängande helhet kring strategiska ställningstaganden och övergripande mål för verksamheten.

⁵ Som den beskrivs i Regionplan 2018-2020, s. 9-10 och i policyn Samlad ledningsprocess.

B. Styrdokument med koppling till verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete⁶

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska verksamheten med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete uppnå kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Några av fullmäktiges styrdokument riktas direkt till verksamheten inom hälso- och sjukvården och styrdokumenterna bör därmed omfattas av verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I avsnitt 5.3 redogör vi närmare för två av dem, Etisk policy och Policy för arbetet mot våld i nära relationer.

I presentationen av det landstingsövergripande ledningssystemet på intranätet har Etisk policy upptagits. Det framgår inte direkt av fullmäktiges styrdokument att de ska ingå i verksamhetens ledningssystem.

C. Styrdokument som berör stödprocesser där enbart Regionstyrelsen är ansvarig nämnd

Dessa styrdokument rör stödprocesser som är gemensamma för hela landstinget men där enbart Regionstyrelsen ansvarar för styrning, uppföljning och kontroll enligt reglementet. Ett exempel är medelsförvaltningen. Gemensamt för dessa styrdokument är att det är en begränsad krets av chefer och medarbetare inom Regionledningsförvaltningen som svarar för tillämpningen och implementeringen.

D. Styrdokument som berör stödprocesser där både Regionstyrelsen och övriga nämnder är ansvariga för implementeringen

Några exempel på styrdokument inom denna kategori är Arkivreglemente, Attest- och utbetalningsreglemente, Informationssäkerhetspolicy, Resepolicy och Sponsringspolicy. Ofta svarar enskilda medarbetare i förvaltningarna för implementeringen, det förekommer också att implementeringen är direkt kopplad till ledningsorganisationen för verksamheten. I de flesta fall har styrelsen eller regiondirektören fastställt närmare riktlinjer för arbetet. Det har inte ingått i granskningen att närmare granska dessa riktlinjer.

Kommentar

Enligt vår bedömning riskerar de mål som för närvarande finns i styrdokumenterna att bli obsoleta då de inte omprövas på samma sätt som målen i regionplanen och i nämndernas styrkort. Som vi noterat tidigare innehåller till exempel den gällande Jämställdhets- och jämlikhetsplanen mål för perioden 2013-2014.

Vi ställer oss också tveksamma till om innehållet i fullmäktiges styrdokument alltid är av en sådan principiell beskaffenhet (i formell mening) att det krävs ett fullmäktigebeslut enligt kommunallagen. Samtidigt är vi medvetna om att vad som uppfattas som principiellt viktiga ställningstaganden ytterst är en politisk fråga.

⁶ I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vi ser positivt på den planerade översynen av fullmäktiges styrdokument och Regionstyrelsens strävan att skapa en samlad ledningsprocess.

Vi rekommenderar att:

- Styrelsen tar initiativ till att klargöra vilka former som ska gälla för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering. Finansiell policy är ett exempel där det vi bedömer att det framgår tydligt.
- Styrelsen tar initiativ till att klargöra formerna för den interna kontrollen närmare. Det handlar framförallt om att skapa en fungerande process som inbegriper alla berörda verksamheter och organisatoriska nivåer. I det här sammanhanget ser vi det som naturligt att processägaren för respektive styrdokument får en tydligare roll avseende riskanalyser.
- Styrelsen tar initiativ till att förtydliga vilka styrdokument ska ingå i verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Styrelsen tar initiativ till att tydliggöra vilka principer och kvalitetskrav som framgent ska gälla vid beredning av fullmäktiges styrdokument.

Övriga noteringar och kommentarer

I anslutning till granskningen har vi noterat att uppgifter om *relaterad information* till stöd för implementeringen i de flesta fall inte har registrerats i dokumenthanteringssystemet. Vi har heller inte kunnat se att den relaterade informationen uppdateras löpande eller att ny information har registreras i takt med att till exempel styrelsen eller regiondirektören utfärdat närmare riktlinjer för arbetet. Vi menar att den relaterade informationen är av väsentlig betydelse för implementeringen av styrdokument i verksamheten.

Vi rekommenderar (i anslutning till rekommendationerna i avsnitt 5.1.2) att:

- Införande av obligatoriska och återkommande översyner av styrdokumenterna ska inbegripa att hålla den relaterade informationen uppdaterad.

5.3 Har nämnderna säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån styrdokumenterna Etisk policy och Policy för arbetet mot våld i nära relationer?

5.3.1 Etisk policy

Den etiska policyn redogör för de grundläggande etiska principer som ska gälla för samtliga verksamheter i landstinget. Enligt policyn har varje verksamhet att utgå från dessa etiska principer och fortlöpande diskutera vad de innebär i den egna verksamheten. Den etiska diskussionen måste enligt policyn ständigt hållas levande vid t.ex. arbetsplatsträffar, etisk rond och handledning. Det är ledningens ansvar att ge personalen förutsättningar att arbeta efter goda etiska principer och att följa upp att så sker inom samtliga verksamheter.

Den Etiska policyn bygger på den nationella etiska plattformen som ska gälla vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa etiska principer har i policyn anpassats så att de är tillämpliga inom landstingets samtliga verksamheter.

Den Etiska policyn är det äldsta styrdokumentet som fullmäktige har fastställt och som fortfarande har en innehållsmässig giltighet (se vidare på sidan 6).

lakttagelser

Ett av Patientnämnden - Etiska nämndens huvuduppdrag är att fullgöra landstingets uppgifter inom lag om patientnämndsverksamhet. Inom detta uppdrag ska nämnden enligt reglementet inrätta ett Etiskt råd med företrädare för professionen för att övergripande driva och hantera etiska frågor inom ramen för landstingets Etiska policy. Nämnden ska också vara landstingets kunskapscentrum inom etiska frågeställningar.

Etiska rådet är sakkunnigt organ till Patientnämnden - Etiska nämnden, vilket bland annat innebär att rådet ska ge yttranden/synpunkter eller rekommendationer i etiska frågor från verksamheten eller som aktualiseras av Patientnämnden - Etiska nämnden.

Som ett delmoment i granskningen har en enkätundersökning genomförts bland enhetschefer vid de landstingsdrivna hälsocentralerna samt vid vårdavdelningar inom den somatiska specialistvården.⁷ Syftet är att få en bild av policyns genomslag i verksamheten. Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden är ansvarig vårdgivare för hälsocentralerna. Hälso- och sjukvårdsnämnden är ansvarig vårdgivare för specialistvården.

Nedan redovisas en sammanfattning av enkätsvaren. Svaren redovisas i sin helhet i bilaga 2.

- Den Etiska policyn är i huvudsak känd av enhetscheferna (något lägre andel inom specialistvården).
- Hälften av enhetscheferna som känner till policyn har gått igenom den med sina medarbetare på arbetsplatsen.
- Vid en tredjedel av arbetsplatserna uppkommer det situationer dagligen (eller flera gånger per dag) där det finns ett behov att diskutera förhållningssätt, olika handlingsalternativ, rutiner eller likande utifrån ett etiskt perspektiv. En ungefär lika stor andel har svaret att sådana situationer uppstår någon gång per vecka.
- De allra flesta har svarat att de har inarbetade rutiner för att fånga upp behovet av etiska diskussioner och för att diskutera lösningar på situationer med utgångspunkt från de etiska principerna. Till övervägande del signalerar medarbetarna behovet direkt och de hanterar situationerna med det samma de uppstår. De svar som har koppling till det systematiska kvalitetsarbetet är inte lika vanliga men förekommer i viss utsträckning vid framförallt hälsocentralerna.
- En mindre andel känner till möjligheten att få ett vägledande uttalande från Etiska rådet.

⁷ Urvalet består av 23 enhetschefer vid de landstingsdrivna hälsocentralerna och 19 enhetschefer vid vårdavdelningar inom den somatiska specialistvården. Undersökningen genomfördes under perioden 8-18 september 2017. Svarsfrekvensen är 57 procent vid hälsocentralerna (13 av 23) och 63 procent vid vårdavdelningarna (12 av 19).

- En mindre andel anser att de har tillräckligt stöd för att leda arbetet kring etiska frågor.

Kommentar

Vi har inte kunnat se några avgörande skillnader i enkätsvaren mellan hälsocentralerna och vårdavdelningarna inom den somatiska specialistvården. Enkätsvaren pekar sammantaget på ett återkommande behov av att hantera olika situationer i verksamheten utifrån etiska principer. Situationerna hanteras i huvudsak när de uppstår. Kunskapsstödet från Etiska rådet är inte känt i tillräcklig utsträckning och det råder en viss osäkerhet bland enhetscheferna kring om de har tillräckligt stöd för att leda arbetet kring etiska frågeställningar. Vi har inte uppfattat att den Etiska policyn är ett levande styrdokument i alla verksamheter. Vi bedömer sammantaget att nämnderna inte i tillräcklig grad har säkerställt implementeringen av den Etiska policyn.

Utifrån enkätsvaren bedömer vi att det finns två huvudsakliga utvecklingsområden för vårdgivarna:

- Utveckla det systematiska kvalitetsarbetet:
Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Den Etiska policyn är enligt vår mening ett viktigt grundläggande underlag att beakta i det systematiska förbättringsarbetet.
- Stärk stödet till enhetscheferna:
Etiska rådets vägledande uttalanden är ett exempel på kunskapsstöd för enhetscheferna. Nämnderna bör också i egenskap av ansvariga vårdgivare säkerställa att enhetscheferna i övrigt har goda förutsättningar att hantera såväl dagliga frågeställningar utifrån de etiska principerna som att arbeta mer systematiskt med verksamhets utveckling.

5.3.2 Policy för arbetet mot våld i nära relationer

Fullmäktige fastställde policyn för arbetet mot våld i nära relationer i april 2012. Av policyn framgår att våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem där landstingets insatser är en viktig del i att upptäcka våldsutsatthet och att minska förekomsten genom ett förebyggande arbete i samverkan med andra myndigheter och organisationer. Policyn anger fyra övergripande målsättningar för arbetet:

- Att all vårdpersonal inom hälso- och sjukvården ska ha kunskap om hur man agerar vid misstanke eller vetskap om att en kvinna eller man utsatts för misshandel eller sexuella övergrepp.
- Att all vårdpersonal inom hälso- och sjukvården ska ge alla våldsutsatta patienter ett bra bemötande och ett gott omhändertagande av lika hög kvalitet i hela organisationen.
- Att ge stöd till barn som upplevt eller bevittnat våld i nära relationer.
- Att rättsintyg av god kvalitet ska utfärdas.

Iakttagelser

Enligt uppgift finns det ett behov av att genomföra en innehållsmässig översyn av landstingets policy. Bland annat har Socialstyrelsen utfärdat nationella föreskrifter, Regeringen har utarbetat en ny nationell strategi och det finns även en strategi inom länet som utarbetats i samarbete mellan länsstyrelsen, landstinget, kommunförbundet, kriminalvården, polismyndigheten, åklagarkammaren och kommunerna.⁸

Landstinget har en övergripande organisation för arbetet mot våld i nära relationer där Hälso- och sjukvårdens samrådsgrupp (HSS) är styrgrupp. HSS beslutar också om hanteringen av det särskilda statsbidraget⁹ som finns för ändamålet under åren 2016-2018. Inom Folkhälsoenheten vid Regionledningsförvaltningen arbetar en samordnare och en projektledare särskilt med dessa frågor. Projektledarens uppdrag är att stärka och utveckla landstingets arbete mot våld i nära relationer och att säkra föreskrifternas efterlevnad. Vidare finns en referensgrupp/samrådsgrupp kopplad till projektet med representanter för berörda verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Regiondirektören har i juni 2017 fastställt en landstingsgemensam riktlinje¹⁰ för arbetet mot våld i nära relationer, som utgår från Socialstyrelsens föreskrifter. I riktlinjen finns länkar till relaterad information. Folkhälsoenheten har också samlat en kunskapsbank på intranätet med information, stödmaterial och webbkurser.

Genom riktlinjen infördes ett nytt krav på att rutinmässiga frågor om våldsutsatthet (utan indikation) ska ställas inom primärvården, folktandvården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Verksamheterna ansvarar för att upprätta egna rutiner för hur ofta och till vem de rutinmässiga frågorna ska ställas. Av riktlinjen framgår också dokumentationskraven i journalsystemet. Enligt uppgift är Landstinget Västernorrland bland de första landstingen/regionerna i landet som inför rutinmässiga frågor kring våldsutsatthet inom folktandvården.

Som ett delmoment i granskningen har en enkätundersökning genomförts bland enhetschefer vid folktandvården samt den psykiatriska specialistvården.¹¹ Syftet är att få en bild av policyns och den tillhörande riktlinjens genomslag i verksamheten. Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden är ansvarig vårdgivare för folktandvården. Hälso- och sjukvårdsnämnden är ansvarig vårdgivare för den psykiatriska specialistvården.

⁸ SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd - Våld i nära relationer. Utdrag ur Regeringens skrivelse 2016/17:10 - En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Strategi mot våld i nära relationer - Västernorrlands län 2014-2016, länsstrategin kommer att revideras under 2017.

⁹ Regeringens beslut 2016-01-28 om uppdrag till Socialstyrelsen att fördela utvecklingsmedel och ge nationellt och regionalt kompetensstöd för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn, landstingets diarienummer 17RS1015-4.

¹⁰ Styrdokumentsnummer 272039. Riktlinjen ersätter tidigare vårdprogram från 2012.

¹¹ Urvalet består av 11 enhetschefer vid folktandvården och 22 enhetschefer inom den psykiatriska specialistvården (barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri). Undersökningen genomfördes under perioden 8-18 september 2017. Svarefrekvensen är 91 procent vid folktandvården (10 av 11) och 55 procent inom psykiatri (12 av 22).

Nedan redovisas en sammanfattning av enkätsvaren. Svaren redovisas i sin helhet i bilaga 3.

- Policyn för arbetet mot våld i nära relationer och den tillhörande riktlinjen är i huvudsak kända av enhetscheferna.
- Knappt hälften av enhetscheferna som känner till riktlinjen har gått igenom den med sina medarbetare på arbetsplatsen. Av kommentarerna till enkätsvaren framgår att ytterligare ett antal enhetschefer planerar att gå igenom riktlinjen vid arbetsplatsträffar under hösten.
- En övervägande majoritet av enhetscheferna bedömer att medarbetarna har tillräcklig kunskap om indikationer (symptom och tecken) för att kunna identifiera tänkbar våldsutsatthet, framförallt inom den psykiatriska specialistvården.
- Hälften av enhetscheferna inom den psykiatriska specialistvården har upprättat en rutin som beskriver i vilka situationer som rutinmässiga frågor om våldsutsatthet ska ställas. Av kommentarerna till enkätsvaren framgår att det ingår sedan tidigare i deras rutiner för bedömningsamtal. Andelen är något lägre inom folktandvården.
- Drygt hälften av enhetscheferna anser att de har tillräckligt stöd för att leda arbetet mot våld i nära relationer.

Kommentar

Vi bedömer att det på en övergripande nivå för landstinget har skapats ändamålsenliga förutsättningar att utveckla arbetet mot våld i nära relationer.

Utifrån enkätsvaren bedömer vi att den nya riktlinjen och de nya kraven på rutinmässiga frågor kring våldsutsatthet inte har hunnit få fullt genomslag i verksamheten. Svaren pekar dock på att flera verksamheter planerar att gå igenom riktlinjen och att utveckla sina rutiner. Medarbetarnas kompetens kring våldsutsatthet bedöms av naturliga skäl vara högre inom den psykiatriska specialistvården. Folktandvården har dock flera års erfarenhet inom området utifrån verksamhetens anmälningskyldighet till socialtjänsten kring barn som far illa eller misstänks fara illa. Vi bedömer slutligen att det finns stöd att tillgå för de chefer och enheter som har behov av det.

Vi delar bedömningen att det finns ett behov att genomföra en innehållsmässig översyn av landstingets policy för arbetet mot våld i nära relationer.

6 Revisionell bedömning

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen och övriga nämnder har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll i syfte att verkställa och efterfölja principiellt viktiga beslut som fullmäktige beslutar om. Utifrån syftet ska följande revisionsfrågor besvaras:

Har Regionstyrelsen säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida?

Styrelsen har skapat grundläggande förutsättningar att hantera fullmäktiges styrdokument på ett säkert sätt genom att införa ett dokumenthanteringssystem och genom att utfärda en riktlinje för hantering av styrdokument. Granskningen visar

dock att styrelsen inte har säkerställt att fullmäktiges styrdokument är valida. Bland annat saknas krav på obligatoriska och återkommande översyner av styrdokumenterna för att säkerställa att de alltid är aktuella och relevanta.

Den i formell mening allvarligaste bristen är att styrelsen inte har uppmärksammat att Attest- och utbetalningsreglementet upphörde att gälla den 1 januari 2015. Det finns också exempel på styrdokument som borde ha upphävts tidigare då de i praktiken har ersatts av andra styrdokument, liksom styrdokument som är uppenbart obsoleta.

Har Regionstyrelsen säkerställt att det finns en övergripande process för att implementera fullmäktiges styrdokument?

Styrelsen har genom att införandet av ett dokumenthanteringssystem skapat grundläggande förutsättningar för att *tillgängliggöra* fullmäktiges styrdokument för verksamheten. Granskningen pekar dock på brister i den interna kontrollen. Bland annat saknas tre av fullmäktiges styrdokument i dokumenthanteringssystemet och två styrdokument ligger kvar i systemet trots att de har upphört att gälla.

Granskningen visar att tydligheten i fråga om styrning, uppföljning, kontroll och rapportering varierar i styrdokumenterna och att kopplingen till landstingets samlade ledningsprocess ofta är oklar. Vi bedömer dock att styrelsen under 2017 har tydliggjort dessa frågor i de nya styrdokument som beretts till fullmäktige. Vi ser också positivt på den planerade översynen av fullmäktiges styrdokument och styrelsens strävan att skapa en samlad ledningsprocess.

Har Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån styrdokumenterna Etisk policy och Policy för arbetet mot våld i nära relationer?

Granskningens resultat pekar på ett återkommande behov av att hantera olika situationer i verksamheten utifrån etiska principer. Vi har dock inte uppfattat att den Etiska policyn är ett levande styrdokument i alla verksamheter, framförallt inte som ett stöd för det systematiska förbättringsarbetet. Vi bedömer sammantaget att nämnderna inte i tillräcklig grad har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån den Etiska policyn.

När det gäller Policyn för arbetet mot våld i nära relationer bedömer vi att det på en övergripande nivå för landstinget har skapats ändamålsenliga förutsättningar att utveckla verksamheten. Genom den nya landstingsgemensamma riktlinjen har också formerna för implementering tydliggjorts. Vi bedömer sammantaget att nämnderna i rimlig grad har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll.

Härnösand 2017-10-16

Sammanställning av fullmäktiges styrdokument

| Styrdokument | Fastställt |
|---|-------------------|
| Policy för intern kontroll | 2000-02-25 |
| Kulturpolitisk policy | 2006-02-22 |
| Etisk policy | 2008-06-25 |
| Informationssäkerhetspolicy | 2008-06-25 |
| Resepolicy | 2009-02-12 |
| Miljö- och energipolicy | 2010-06-23 |
| Riktlinjer för uppvaktning av förtroendevalda | 2010-10-27 |
| Betal-, krav- och kreditpolicy | 2011-11-23 |
| Policy för avkastningsstiftelser och gåvor | 2011-11-23 |
| Policy för hjälpmedel | 2012-02-22 |
| Kostpolicy | 2012-02-22 |
| Policy för arbetet mot våld i nära relationer | 2012-04-26 |
| Policy för stöd till ideella organisationer | 2012-06-20 |
| Ägarpolicy för landstingets hel- och delägda bolag, stiftelser och ideella föreningar | 2012-10-24 |
| Policy för forskning och utveckling | 2013-02-27 |
| Jämställdhets- och jämlikhetsplan | 2013-04-24 |
| Riktlinjer för god ekonomisk hushållning och hantering av resultatutjämningsreserv | 2013-06-26 |
| Policy - Krisberedskap och allmän säkerhet | 2013-10-30 |
| Riktlinje för medlemskap i organisationer | 2013-10-30 |
| Sponsringspolicy | 2014-02-25 |
| Arkivreglemente 2015-2018 | 2014-10-29 |
| Policy för avyttring av överbliven materiel och utrustning | 2014-11-26 |
| Upphandlingspolicy | 2015-02-25 |
| Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan | 2015-04-30 |
| Internationell policy | 2015-06-24 |
| Kommunikationspolicy | 2015-06-24 |
| Arvodesregler för förtroendevalda samt regler för partistöd 2015-2018 | 2015-06-24 |
| Personalpolitisk plattform 2016-2021 | 2016-02-23 |
| Folkhälsopolicy | 2016-10-27 |
| Arbetsmiljöpolicy | 2017-04-27 |
| Chefspolicy | 2017-04-27 |
| Lönepolicy | 2017-04-27 |
| Medarbetarskapspolicy | 2017-04-27 |
| Policy för samlad ledningsprocess | 2017-04-27 |
| Finansiell policy | 2017-04-27 |

Urvalet framgår närmare av fotnot på sidan 5. Attest- och utbetalningsreglementet och Trafikpolitisk policy har upphört att gälla, se vidare på sidorna 5-6.

Sammanställning av enkätsvar avseende Etisk policy

| Fråga | Fasta svarsalternativ | Landstings- drivna Hälso- centraler | Vårdavdelningar inom somatisk specialistvård |
|---|--|---|--|
| 1. Känner du till landstingets Etiska policy? | Ja Nej | 92 % 8 % | 67 % 33 % |
| 2. Har ni gått igenom den Etiska policyn på arbetsplatsen? (Bland de som svarat ja på fråga 1.) | Ja Nej | 50 % 50 % | 50 % 50 % |
| 3. Uppkommer det situationer i verksamheten där det finns ett behov att diskutera förhållningssätt, olika handlingsalternativ, rutiner eller liknande utifrån ett etiskt perspektiv? | Flera gånger per dag Dagligen Någon gång per vecka Någon gång per månad Mer sällan | 8 % 15 % 38 % 8 % 31 % | 8 % 25 % 33 % 17 % 17 % |
| 4. Har ni inarbetade rutiner för att fånga upp behovet av etiska diskussioner och för att diskutera lösningar på situationer med utgångspunkt från de etiska principerna? (Flera svar är möjliga.) | Nej Medarbetarna signalerar behovet direkt och vi hanterar situationerna direkt när de uppstår. Vi har etiska diskussioner som en stående punkt vid genomgångar av den gångna dagens/veckans verksamhet. Vi har etiska diskussioner som en stående punkt vid arbetsplats-träffar (APT) Vi har andra tillfällen för etiska diskussioner, t.ex. i samband med temadagar. Vi har den Etiska policyn som en utgångspunkt då vi går igenom/utvecklar våra rutiner. | 0 % 77 % 8 % 8 % 38 % 15 % | 17 % 92 % 0 % 8 % 17 % 0 % |
| 5. Känner du till möjligheten att få ett vägledande uttalande från landstingets Etiska råd? | Ja Nej | 38 % 62 % | 25 % 75 % |
| 6. Har du tillräckligt stöd för att leda arbetet kring etiska frågor? | Ja Nej Vet inte | 38 % 0 % 62 % | 25 % 42 % 33 % |

Sammanställning av enkätsvar avseende Policy för arbetet mot våld i nära relationer

| Fråga | Fasta svarsalternativ | Folktandvården | Psykiatriska specialistvården |
|---|-----------------------|----------------------|-------------------------------|
| 1. Känner du till "Policy för arbetet mot våld i nära relationer", som fastställdes 2012? | Ja Nej | 80 % 20 % | 75 % 25 % |
| 2. Känner du till den nya riktlinjen "Våld i nära relationer" som fastställdes i juni 2017? | Ja Nej | 90 % 10 % | 83 % 17 % |
| 3. Har ni gått igenom riktlinjen och den tillhörande stödinformationen på arbetsplatsen? <i>(Bland de som svarat ja på fråga 2.)</i> | Ja Nej | 44 % 56 % | 40 % 60 % |
| 4. Bedömer du att medarbetarna har tillräcklig kunskap om indikationer (symptom och tecken) för att kunna identifiera tänkbar våldsutsatthet? | Ja Nej | 70 % 30 % | 92 % 8 % |
| 5. Har ni upprättat en rutin som beskriver i vilka situationer som rutinemässiga frågor om våldsutsatthet ska ställas? | Ja Nej | 40 % 60 % | 50 % 50 % |
| 6. Har du tillräckligt stöd för att leda arbetet mot våld i nära relationer? | Ja Nej Vet inte | 60 % 20 % 20 % | 58 % 0 % 42 % |

Metod, urval och svarsfrekvens redovisas på sidan 13.