

Rapport 2023
Genomförd på uppdrag av revisorerna
april 2024

Region Kalmar län

Basgranskning

Patientnämnden



Innehåll












Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	4
1.3. Genomförande och avgränsning	5
1.4. Revisionskriterier	5
2. Granskningsresultat.....	6
2.1. Organisation	6
2.2. Mål, verksamhetsresultat och uppföljning	6
2.3. Ekonomistyrning och ekonomisk uppföljning	9
2.4. Intern kontroll och riskanalys	9
2.5. Beslutsunderlag och protokoll	10
2.6. Tidigare rekommendationer	11
3. Slutsats	13
4. Källförteckning	15
5. Revisionskriterium.....	16
Bilaga 1. Uppföljnings- och bokslutsprocess.....	19

Sammanfattning

På uppdrag av regionrevisionen i Region Kalmar län har EY genomfört en basgranskning av regionens styrelse, nämnder, beredningar, förbund, bolag och stiftelser. Denna rapport avser basgranskning av patientnämnden avseende verksamhetsåret 2023.

Det övergripande syftet med basgranskningen har varit att bidra till en stabil grund i ansvarsprövningen och utgöra en del i revisionens årliga bedömning om verksamheten har skötts på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt och om verksamheten har en tillräcklig intern kontroll.

Vår sammanfattande bedömning är att patientnämnden har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt samt har delvis haft en tillräcklig intern kontroll. Bedömningen grundar sig på våra bedömningar för basgranskningens delfrågor. I nedanstående tabell illustreras huruvida revisionsfrågorna bedöms vara helt, delvis eller ej uppfyllda enligt trafikljusmodellen. En närmare beskrivning av bedömningarna finns att läsa i de olika avsnitten som behandlar revisionsfrågorna.

Revisionsfråga	
Har revisionsobjektet fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter?	
Har revisionsobjektet tolkat mål och uppdrag och brutit ned dessa till egna mätbara mål och att de fungerar som styrsignaler till verksamheten?	
Har revisionsobjektet en styrning och uppföljning mot mål och beslut?	
Har revisionsobjektet en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslutar man om åtgärder vid avvikelser?	
Är revisionsobjektets verksamhetsresultat förenligt med fullmäktiges, stiftarens eller ägarens mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra relevanta föreskrifter?	
Har revisionsobjektet en fullgod ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering?	
Har revisionsobjektet genomfört sina uppdrag med tillgängliga resurser?	
Har revisionsobjektet gjort en egen riskanalys samt en internkontrollplan vilka syftar till att hantera prioriterade risker?	
Har revisionsobjektet ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som ekonomi?	
Har revisionsobjektet tydliga beslutsunderlag och protokoll?	
Hur har revisionsobjektet hanterat tidigare och ej åtgärdade rekommendationer som har getts i samband med de senaste årens basgranskning?	 1

¹ Se avsnitt 2.6.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi patientnämnden att:

- ▶ Säkerställa att beslut om åtgärder tas vid identifierade avvikelser vid uppföljning av målvärden samt intern kontroll

Utöver kvarstår följande rekommendationer från tidigare basgranskningar:

- ▶ Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats.
- ▶ Säkerställa uppföljning och åiterrapportering av genomförda kontroller inom ramen för arbetet med intern kontroll.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Regionfullmäktige har gett regionrevisorerna i uppdrag att ta fram underlag till den årliga ansvarsprövningen. Det görs i den så kallade årliga granskningen som i sin tur består av grundläggande granskning, fördjupade granskningar och granskning av delårsrapport och årsredovisning.

I kommunallagen framgår att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden i den omfattning som följer av god revisionsred. Det görs i den årliga granskningen som i sin tur består av grundläggande granskning, fördjupade granskningar och granskning av delårsrapport och årsredovisning.

Den grundläggande granskningen sker löpande över året av såväl revisorerna som anställda sakkunniga och består bland annat av revisionsdialoger och dokumentgranskning, men denna basgranskning är en insats som är tidsbegränsad och ett komplement till den övriga granskningen. Den grundläggande granskningen ska innehålla granskning av måluppfyllelse och granskning av styrning och intern kontroll. Den grundläggande granskningen innebär bland annat frågor avseende hur styrelse och nämnder har tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och om de brutit ned dessa så att de fungerar som styrsignaler i verksamheten.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet har varit att genomföra en basgranskning av regionens styrelse, nämnder, beredningar, bolag, stiftelser och förbund. Detta för att tillsammans med den övriga och systematiska grundläggande granskning bidra till en stabil grund i ansvarsprövningen. Granskningen är en del av revisionens årliga granskning av regionen och utgör en del i bedömningen om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om verksamheten har en tillräcklig intern kontroll.

Granskningens övergripande revisionsfråga som har besvarats är:

- ▶ Har revisionsobjekten bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt och har den interna kontrollen varit tillräcklig?

Därtill har följande delfrågor besvarats:

- ▶ Är revisionsobjektets verksamhetsresultat förenligt med fullmäktiges, stiftarens eller ägarens mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra relevanta föreskrifter?
- ▶ Har revisionsobjektet genomfört sina uppdrag med tillgängliga resurser?
- ▶ Har revisionsobjektet en styrning och uppföljning mot mål och beslut?

- ▶ Har revisionsobjektet tolkat mål och uppdrag och brutit ned dessa till egna mätbara mål och att de fungerar som styrsignaler till verksamheten?
- ▶ Har revisionsobjektet fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter?
- ▶ Har revisionsobjektet gjort en egen riskanalys samt en internkontrollplan vilka syftar till att hantera prioriterade risker?
- ▶ Har revisionsobjektet en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslutar man om åtgärder vid avvikelser?
- ▶ Har revisionsobjektet en fullgod ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering?
- ▶ Har revisionsobjektet ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som ekonomi? Detta för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.
- ▶ Har revisionsobjektet tydliga beslutsunderlag och protokoll?
- ▶ Hur har revisionsobjektet hanterat tidigare och ej åtgärdade rekommendationer som har getts i samband med de senaste årens basgranskning?

1.3. Genomförande och avgränsning

Denna granskning avser den grundläggande granskningen för 2023. I denna rapport presenteras granskningen för patientnämnden. Motsvarande rapporter har lämnats för respektive revisionsobjekt som ingår i basgranskningen för 2023.

Granskningen har genomförts under perioden januari - april 2024. Den valda metoden för granskningen har varit dokumentstudier och intervjuer. Dokumentstudierna har bland annat omfattat för regionen centrala styrdokument. Granskarna har även tagit del av handlingar och protokoll för aktuellt revisionsobjekt. Intervjuer har genomförts med nämndens presidium samt tjänstepersoner som bistår nämnden i deras uppdrag. Se avsnitt 4 för källförteckning över analyserade dokument och intervjuerpersoner.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunderna som har använts i granskningen. Granskningens bedömningar utgår ifrån följande revisionskriterier:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Förvaltningslagen (2017:900)
- ▶ God revisionssed i kommunal verksamhet
- ▶ Regionens styrmodell och styrprinciper
- ▶ Regionfullmäktiges mål och uppdrag för verksamheten
- ▶ Reglemente för patientnämnden

För att läsa mer om revisionskriterierna se avsnitt 5.

2. Granskningsresultat

I detta avsnitt besvaras samtliga revisionsfrågor och i anslutning till varje delområde framgår iakttagelser och bedömningar.

2.1. Organisation

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans vars uppgift är att stödja och hjälpa Region Kalmar läns invånare som har synpunkter på vården. Nämndens uppdrag regleras i första hand i lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Patientnämndens reglemente fastställdes av regionfullmäktige september 2022 och gäller för mandatperioden 2023-2026. Av reglemente framgår nämndens verksamhetsområde samt uppgifter, ansvar och befogenheter. Nämndens huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivaren och att få klagomål besvarade av vårdgivaren.

I delegationsordning beslutad av patientnämnden december 2023 framgår grunderna för delegering av beslut och rätt att underteckna handlingar.

Patientnämnden utgörs av sju ledamöter och sju ersättare, valda av regionfullmäktige. Nämnden sammanträder fem gånger per år på tid som patientnämnden årligen beslutar. Patientnämnden får handlägga ärenden endast om fler än hälften av ledamöterna är närvarande.

Patientnämndens kansli bedriver verksamhet för Region Kalmar län och länets kommuner. Nämndens kansli är en sektion med en sektionschef och tre handläggare. Även sektionschefen handläggare ärenden. Intervjuade upplever att nämndens ansvar och uppgifter är tydliga.

Bedömning

Det är vår bedömning att patientnämnden har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

Bedömningen görs mot bakgrund av att verksamheten i hög utsträckning är reglerad av lagstiftning. Nämnden har en liten organisation med få anställda och av reglemente, delegationsordning och verksamhetsplan framgår tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

2.2. Mål, verksamhetsresultat och uppföljning

Verksamhetsplan

Regionens nämnder ska årligen upprätta en verksamhetsplan. I protokoll från februari 2023 framgår att nämnden har godkänt verksamhetsplanen för 2023.

Intervjuade uppger att verksamhetsplan arbetas fram gemensamt av nämndens kansli och presidium.

Av regionplan för 2023-2025 framgår att regionfullmäktiges övergripande mål ska brytas ner i verksamhetsmål och aktiviteter som verksamheten ska uppnå under året. Riktlinje för målstyrning beskriver att verksamhetsmål, som utgörs av mål och mått med målvärden, och aktiviteter ska processas fram inom fyra målområden².

Patientnämndens verksamhetsplan för 2023 innehåller nämndens mål med tillhörande mått med målvärden och aktiviteter utifrån fyra målområden. Målvärdena ska följas upp och analyseras och aktiviteterna är förväntade att leda till en ökad måluppfyllelse. Totalt innehåller planen nio mått och 30 aktiviteter, se tabell nedan.

Målområde	Patientnämndens mål	Mått	Aktiviteter
Nöjda invånare och samarbetspartners	Patient och närstående ska känna stöd och hjälp av patientnämnden i kontakten med vården	4	11
Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet	Bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården	2	13
En av Sveriges bästa arbetsplatser	Attraktiv, utvecklande och hälsofrämjande arbetsplats med engagerade medarbetare	3	5
God ekonomisk hushållning	God ekonomisk hushållning	-	1

Verksamhetsberättelser

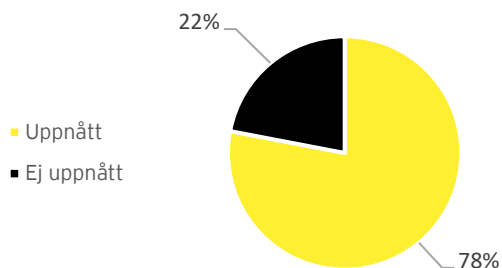
Enligt direktiv från regionfullmäktige ska verksamhetsplanen följas upp genom tre verksamhetsberättelser under året (tertiäl 1 och 2 samt för helåret), med undantag för patientnämnden som ska upprätta en årlig verksamhetsberättelse. Verksamhetsplanens mål, mått med målvärden och aktiviteter ska följas upp i verksamhetsberättelserna.

Patientnämnden är, som beskrivet ovan, undantagna från att ta fram verksamhetsberättelser för tertial 1 och 2. Trots det har nämnden tagit fram dessa under 2023 samt en verksamhetsberättelse för helåret. tagit del av tre verksamhetsberättelser för 2023 från patientnämnden. Av protokoll framgår att nämnden har godkänt verksamhetsberättelsen för tertial 1 och tertial 2 i juni respektive september 2023. I verksamhetsberättelserna har inga mått följts upp men status för samtliga aktiviteter framgår. Det framgår inte varför måtten inte har följts upp, men med det sagt är nämnden undantagna från att ta fram verksamhetsberättelser för T1 och T2.

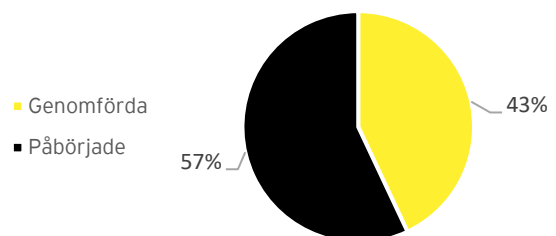
² Av regionplan 2023-2025 framgår att målet *Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet* avser hälso- och sjukvård samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, därav är inte alla nämnder/styrelser berörda av detta mål.

Verksamhetsberättelsen för helåret 2023 godkändes av nämnden februari 2024. I verksamhetsberättelsen redovisas resultatet för samtliga målvärden och aktiviteter. Under 2023 uppfylldes 7 av 9 (78 procent) målvärden och 13 av 30 aktiviteter (43 procent) genomfördes, samtliga aktiviteter som inte har genomförts har statusen pågående. Enligt uppgift är samtliga aktiviteter genomförda, de aktiviteter som har status pågående i verksamhetsberättelsen är aktiviteter som kommer att pågå även under 2024.

Resultat målvärden 2023



Status aktiviteter 2023



För de målvärden som inte uppnåddes framgår inte beslut om åtgärd vid avvikelser. Intervjuade uppger att målvärden kontinuerligt diskuteras vid nämndens sammanträden och att det beslutas om direktåtgärder vid identifierade avvikelser löpande efter behov.

Bedömning

Det är vår bedömning att patientnämnden har tolkat mål och uppdrag samt brutit ner dessa till egna mätbara mål och att de fungerar som styrsignaler till verksamheten.

Nämnden har brutit ned fyra strategiska målområden till mål med tillhörande mått med målvärden och aktiviteter som syftar till att bidra till ökad måluppfyllelse. Nämnden har i enlighet med direktiv från regionfullmäktige tagit fram en verksamhetsplan och verksamhetsberättelse för helåret.

Vidare görs bedömningen att nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut samt en tillräcklig uppföljning och rapportering om verksamhetens resultat.

Bedömningen görs mot bakgrund att nämnden informeras om måluppfyllelsen en gång om året i enlighet med regionfullmäktiges planerade uppföljningstillfällen för nämnden. Samtliga målvärden och aktiviteter har följts upp i samband med verksamhetsberättelse för helåret. Målvärden följdes inte upp i verksamhetsberättelserna för tertiäl 1 och 2, men enligt regionfullmäktiges direktiv är patientnämnden undantagen från att ta fram dessa verksamhetsberättelser. Vi noterar att det i verksamhetsberättelsen för helåret inte framgår förslag på åtgärder för de målvärden som inte uppfylldes. Enligt uppgift från intervju sker beslut om direktåtgärder vid identifierade avvikelser löpande efter behov. Därav görs

bedömningen att nämnden delvis beslutar om åtgärder vid avvikelser då vi menar att nämnden bör redovisa förslag på åtgärder i samband med uppföljningstillfället.

Slutligen görs bedömningen att nämnden har säkerställt att verksamhetens resultat är förenligt med regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer. Bedömningen görs mot bakgrund av att sju av nio målvärden uppfylldes.

2.3. Ekonomistyrning och ekonomisk uppföljning

Patientnämnden har ingen löpande uppföljning av ekonomi då nämndens kostnader endast består av arvode till de förtroendevalda ledamöterna vilket redovisas under regionfullmäktige. Storleken på nämndens verksamhet har bedömts vara för liten för att motivera en egen förvaltning. Tjänstepersonerna som arbetar på uppdrag av nämnden tillhör organisatoriskt regionkansliet. Personalkostnaderna som uppstår med anledning av nämndens verksamhet ligger under regionstyrelsens ansvar.

Bedömning

Inget att bedöma.

2.4. Intern kontroll och riskanalys

Patientnämndens internkontrollplan för 2023 redovisades och godkändes av nämnden i februari 2023. Nämndens internkontrollplan för 2023 innehåller sju nämndspecifika risker. Intervjuade uppger att identifierade risker som inte ingår i planen inte sammanställs i en bruttorisklista eller motsvarande. Regiongemensamma risker ingår inte i nämndens plan och intervjuade uppger att de inte har blivit informerade om att nämnden bör beakta dessa. Att nämnden skulle vara undantagen från de regiongemensamma riskerna framgår inte av styrdokument eller riktlinje för intern kontroll.

Riskerna som har identifierats avser bland annat grunduppdraget, uppföljning av beslut, revisionsrapporter och särskilda granskningar. Totalt framgår sju kontrollaktiviteter avseende bland annat kontroll av att regler för handläggning och registrering efterföljs, uppföljning av beslut och åiterrapportering samt att vården anpassas efter synpunkter och behov som framkommer av analyser.

Nämndens internkontrollplan reviderades i augusti. I den nya versionen framgår att planen utökats med ett nytt riskområde avseende stödpersonsverksamheter. Därtill noterar vi att det för två andra risker tillkommit två metoder och för en av dessa en ny kontrollaktivitet. Det framgår inte av nämndens protokoll från 2023 att nämnden har informerats om eller har tagit beslut om reviderad internkontrollplan.

Enligt direktiv från regionstyrelsen ska uppföljningen av internkontrollplan dokumenteras i verksamhetsberättelsen för tertiäl 2 samt för helåret. I samtliga av nämndens verksamhetsberättelser för året saknas ett eget avsnitt med uppföljning av intern kontroll. I samtliga av verksamhetsberättelserna listas internkontrollplan samt riskanalys som en aktivitet under avsnittet som avser regionens mål *Sveriges*

bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet listas internkontrollplan samt riskanalys som en aktivitet. Verksamhetsberättelserna redovisar inte kontrollernas genomförande eller resultat. Det framgår inte heller eventuella beslut om åtgärder med anledning av avvikelser.

Det framgår inte tydligt av nämndens protokoll för 2023 vilken uppföljning av intern kontroll de har tagit del av. Av intervju framkom att fortsatt arbete med att tydliggöra uppföljning av internkontroll ingår i nämndens årshjul för 2024.

Bedömning

Det är vår bedömning att patientnämnden har gjort en riskanalys samt en internkontrollplan vilka syftar till att hantera nämndens risker. Bedömningen grundar sig på att nämnden har tagit fram en internkontrollplan med tillhörande riskanalys för 2023. Vi noterar att nämnden inte tagit del av en bruttorisklista, vilket vi menar att nämnden med fördel kan ta del av.

Uppföljningen av intern kontroll i verksamhetsberättelserna redogör inte för hur kontrollerna har genomförts eller resultaten av dessa. Därav görs bedömningen att nämnden inte har ett systematiskt arbete med intern kontroll. Bedömningen görs mot bakgrund av att det inte framgår av nämndens uppföljning huruvida det har förekommit avvikelser samt om det vid förekomst av avvikelser har tagits beslut om åtgärder. Därtill noterar vi att nämndens internkontrollplan har reviderats i augusti 2023, men detta framgår inte av nämndens protokoll från 2023.

2.5. Beslutsunderlag och protokoll

Samtliga av nämndens protokoll för verksamhetsåret 2023 finns publicerade på regionens webbplats. Protokollen redogör för vilken information som framkommit vid informationsärenden och beslutsärenden.

Patientnämndens kallelse, handlingar och beslutsunderlag publiceras inte på regionens webbplats. Det framgår av protokollen vilka beslutsunderlag som ligger till grund för respektive ärende. Det går därmed att identifiera vilka handlingar som ligger till grund för respektive beslut men det går inte att ta del av dessa via hemsidan.

Intervjuade menar att deras kallelser och beslutsunderlag inte publiceras då nämndens sammanträden inte är öppna för allmänheten.

Bedömning

Det är vår bedömning att patientnämnden har tydliga protokoll och beslutsunderlag. Beslutsmeningar bedöms övergripande som tydliga och eventuella handlingar och underlag som ligger till grund för besluten listas i ärendena. Vi ser detta som positivt, då det underlättar möjligheten att följa ärendegången.

Vi kvarstår vid bedömningen från tidigare års basgranskningar om att eventuella handlingar som ligger till grund för beslut med fördel skulle kunna publiceras på regionens webbplats.

2.6. Tidigare rekommendationer

I detta avsnitt redovisas patientnämndens hantering av tidigare rekommendationer från basgranskning åren 2020, 2021 och 2022. För respektive rekommendation görs en bedömning avseende i vilken utsträckning nämnden har vidtagit åtgärder. Bedömningen redovisas i tabell nedan och görs utifrån en tregradig skala. Av tabell nedan framgår att två av fem tidigare rekommendationer bedöms som ej hanterade.



Åtgärder har vidtagits i enlighet med rekommendation	
Åtgärder har vidtagits till viss del	
Det har ej vidtagits några åtgärder	








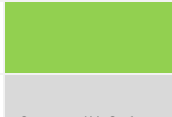
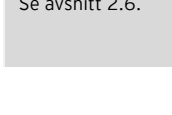

Rekommendation	Svar 2023	
Att utveckla styrningen och ledningen i syfte att säkerställa att uppföljning sker i enlighet med de mål och riktlinjer som lagstiftningen och regionfullmäktige anger <i>2020</i>	Bedömdes hanterad 2021.	
Att säkerställa att det finns en tillräcklig intern kontroll i enlighet med gällande lagstiftning och reglemente <i>2020</i>	Bedömdes hanterad 2021.	
Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats <i>2020, 2021 och 2022</i>	Bedöms inte vara hanterad 2023. Vi står fast vid tidigare rekommendation att nämndens handlingar med fördel kan publiceras på regionens webbplats, med undantag för handlingar avseende individärenden, så som verksamhetsberättelser, internkontrollplaner och liknande.	
Att säkerställa att uppföljning av verksamhetsplanen sker i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige bestämt, det vill säga två delårsrapporter och en verksamhetsberättelse <i>2021 och 2022</i>	Bedöms vara hanterad 2023. Patientnämnden har under året tagit fram verksamhetsberättelser för tertial 1 och 2 samt för helåret.	

	<p>Verksamhetsberättelserna för tertial 1 och 2 saknar uppföljning av målvärden, men det framgår av direktiv från regionfullmäktige att nämnden inte omfattas av kravet att ta fram dessa rapporter.</p>	
<p>Att säkerställa återrapportering av genomförda internkontroller 2022</p>	<p>Bedöms inte vara hanterad 2023.</p> <p>Uppföljningen som ska ingå i verksamhetsberättelsen för helåret ingår inte i nämndens rapport. Det framgår inte för hur kontrollerna har genomförts eller kontrollernas resultat.</p>	

3. Slutsats

I nedanstående tabell framgår huruvida revisionsfrågorna bedöms vara helt, delvis eller ej uppfyllda alternativt inte går att bedöma.

Helt uppfyllt	
Delvis uppfyllt	
Ej uppfyllt	
Går inte att bedöma	

Revisionsfråga	Bedömning
Har revisionsobjektet fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter?	
Har revisionsobjektet tolkat mål och uppdrag och brutit ned dessa till egna mätbara mål och att de fungerar som styrsignaler till verksamheten?	
Har revisionsobjektet en styrning och uppföljning mot mål och beslut?	
Har revisionsobjektet en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslutar man om åtgärder vid avvikelser?	
Är revisionsobjektets verksamhetsresultat förenlig med fullmäktiges, stiftarens eller ägarens mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra relevanta föreskrifter?	
Har revisionsobjektet en fullgod ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering?	
Har revisionsobjektet genomfört sina uppdrag med tillgängliga resurser?	
Har revisionsobjektet gjort en egen riskanalys samt en internkontrollplan vilka syftar till att hantera prioriterade risker?	
Har revisionsobjektet ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som ekonomi?	
Har revisionsobjektet tydliga beslutsunderlag och protokoll?	
Hur har revisionsobjektet hanterat tidigare och ej åtgärdade rekommendationer som har getts i samband med de senaste årens basgranskning?	Se avsnitt 2.6.

Vår sammanfattande bedömning är att patientnämnden har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt samt delvis har haft en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi patientnämnden att:

- ▶ Säkerställa att beslut om åtgärder tas vid identifierade avvikelser vid uppföljning av målvärden samt intern kontroll

Utöver kvarstår följande rekommendationer från tidigare basgranskningar:

- ▶ Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats.
- ▶ Säkerställa uppföljning och åiterrapportering av genomförda kontroller inom ramen för arbetet med intern kontroll.

Kalmar 20 mars 2024

Negin Nazari
Certifierade kommunal yrkesrevisor
EY

Viktoria Wedbäck Pizevska
Verksamhetsrevisor
EY

4. Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Ordförande patientnämnden
- ▶ Vice ordförande
- ▶ Sektionschef patientnämnden

Analyserade dokument

Övergripande

- ▶ Arbetsordningar och reglementen för den politiska organisationen mandatperioden 2023-2026
- ▶ Regionplan för Region Kalmar län 2023-2025
- ▶ Årsredovisning Region Kalmar län 2022
- ▶ Riktlinje intern kontroll Region Kalmar län 2023
- ▶ Rutin för Process Intern kontroll 2023
- ▶ Region Kalmar län delårsrapport 2023-4
- ▶ Region Kalmar län delårsrapport 2023-8
- ▶ Politisk organisation Region Kalmar län 2023-2026
- ▶ Verksamhetsorganisation Region Kalmar län 2023
- ▶ Presentation Region Kalmar län, februari 2023
- ▶ Tidplan för regionens uppföljning av ekonomi och verksamhet 2023
- ▶ Regionens ekonomi- och verksamhetsplaneringsprocess
- ▶ Regionens uppföljnings- och bokslutsprocess
- ▶ Riktlinje för målstyrning i Region Kalmar län

Patientnämnden

- ▶ Delegationsordning patientnämnden 2023
- ▶ Patientnämnden summerar 2023
- ▶ Patientnämnden verksamhetsplan 2023
- ▶ Patientnämnden verksamhetsberättelse 2023-04
- ▶ Patientnämnden verksamhetsberättelse 2023-08
- ▶ Patientnämnden verksamhetsberättelse 2023
- ▶ Internkontrollplan samt riskanalys Patientnämnden 2023
- ▶ Internkontrollplan samt riskanalys Patientnämnden 2023 reviderad 2023-08
- ▶ Protokoll patientnämnden 2023
- ▶ Protokoll patientnämnden 2024-02-22

5. Revisionskriterium

Kommunallagen (2017:725)

Av kommunallagens sjätte kapitel framgår att styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Nämnderna ska se till att verksamheten inom sitt ansvarsområde bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges mål och riktlinjer samt lagar och författningar som gäller för verksamheten. Nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Regionens styrmodell

Av regionfullmäktiges regionplan för Region Kalmar län 2023-2025 framgår att länets styrmodell består av en vision, en strategi samt fem övergripande strategiska mål. Målstyrningen grundar sig på mål, mått och aktiviteter som har processats fram inom fyra målområden: invånare och kund, verksamhet, medarbetare och ekonomi.

Målen ska formuleras så att de beskriver vad som ska uppnås och följs upp med mått med tillhörande målvärden för att möjliggöra uppföljning och analys. Regionfullmäktiges mått anges i kortsiktiga och i långsiktiga målvärden. De fem övergripande strategiska målen är:

- ▶ Nöjda invånare och samarbetspartners
- ▶ Hållbar utveckling i hela länet
- ▶ Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet
- ▶ En av Sveriges bästa arbetsplatser
- ▶ God ekonomisk hushållning



Baserat på regionplanen upprättar förvaltningarna inom regionstyrelsen och respektive nämnd årliga verksamhetsplaner. Regionplanen är vägledande för regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner. Verksamhetsplanerna ska innehålla mål, mått och aktiviteter.

Regionens uppföljning

- ▶ Två delårsrapporter
- ▶ Årsredovisning
- ▶ Uppföljningsrapporter

Nämndernas uppföljning

- ▶ Tre verksamhetsberättelser³
- ▶ Tre ekonomiska periodrapporter

De nedbrutna målen och måtten i verksamhetsplanerna följs upp i verksamhetsberättelserna. I de årliga verksamhetsberättelserna, med undantag för patientnämnden, ingår ett framtidsavsnitt som anger behov och inriktning framåt. Regionstyrelsen och övriga nämnder, förutom patientnämnden, upprättar tre ekonomiska periodrapporter i enlighet med upprättad plan för uppföljning.

Periodrapporterna och verksamhetsberättelserna ska överlämnas till nämnd eller regionstyrelsen för beslut och eventuella åtgärdande. Region Kalmar län upprättar tre uppföljningsrapporter under året som redovisas i regionstyrelsen för information och eventuella åtgärder. Eventuella avvikelser gentemot budget och mål ska förklaras i verksamhetsberättelser, delårsrapporter och årsredovisning. Regionstyrelsens kan fatta särskilda beslut om åtgärder med anledning av redovisade avvikelser gentemot budget.

Riktlinje för målstyrning i Region Kalmar län

Upprättad av arbetsgruppen för strategisk målstyrning 2012-04-18, senast reviderad 2020-10-09. Syftet med riktlinjen är att få en tydlig ledning och styrning av verksamhet för att nå uppsatta mål samt för att regionen ska leva upp till de krav som ställs i lagar och förordningar. Regiondirektörens ledningsgrupp har särskilt ansvar för rutinen och för att samtliga medarbetare i regionen ska följa rutinen. Regionfullmäktige fastställer regionplanen, övergripande mål och mått samt följer upp och utvärderar resultat. Regiondirektörens stab fastställer tidplan för planerings- och uppföljningsprocessen. Uppföljning av mål ska ske tertialvis i samband med verksamhetsdialoger, delårsrapporter och i samband med årsredovisning.

Intern kontroll

Riktlinje för intern kontroll för Region Kalmar län beslutad av regionfullmäktige 2020-09-23, senast reviderad 2023-03-02, gäller för perioden 2023-01-01- 2025-12-31. Riktlinjen ska revideras vart tredje år och följas upp årligen.

Av regionplan 2023-2025 framgår att intern kontroll handlar om att säkerställa:

- ▶ En ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- ▶ Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- ▶ Att tillämpliga lagar, regler, riktlinjer och avtal med mera följs

³ Med undantag för patientnämnden som upprättar en årlig verksamhetsberättelse.

Regionstyrelsen ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I detta ligger ett ansvar för att en intern kontrollorganisation upprättas inom regionen samt att denna utvecklas utifrån regionens kontrollbehov. I riktlinjen fastställs ansvaret och uppföljning för intern kontroll. Internkontrollarbetet ska säkerställa att riktlinjer och regler inom de olika verksamhetsområden efterlevs och följs, samt att behovet av nya riktlinjer och regler uppmärksammas. Processen för intern kontroll ska utgå från de krav som ställs och den interna kontrollen ska vara en integrerad del av verksamheten. Processen ska utföras och dokumenteras på det sätt som finns beskrivet i rutinen för process intern kontroll.

Regiondirektören har i förvaltningsorganisationen det yttersta ansvaret för den interna kontrollen. Regiondirektören ska styra och följa upp den interna kontrollen och varje förvaltningschef ska inom sin förvaltning ansvara för att uppföljning och utvärdering av kontroller och åtgärder sker. Rapportering till nämnd ska ske i samband med uppföljningen vid delår i augusti och vid helår. Regionstyrelsen och nämnderna ska i samband med uppföljning vid behov göra en bedömning av om den interna kontrollen är tillräcklig. Förvaltningschef ska ansvara för att allvarigare avvikelser mot den interna kontrollen omgående rapporteras till regiondirektören, som har en rapportskyldighet till regionstyrelsen.

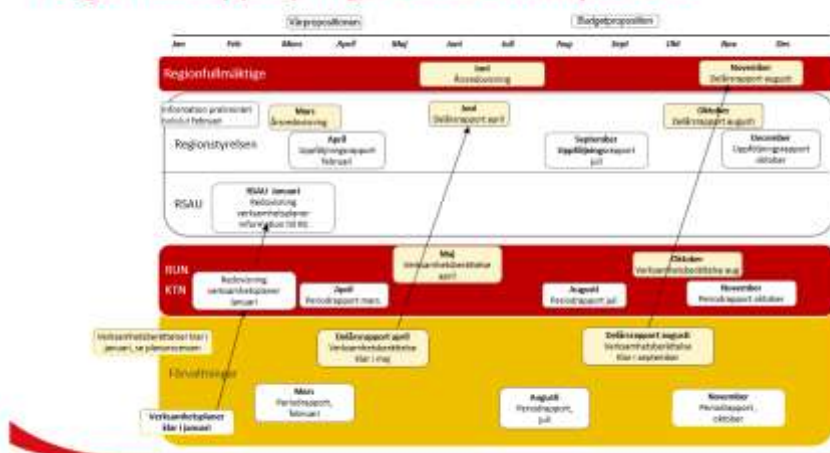
Regiondirektören redovisar årligen för regionstyrelsens godkännande en regionövergripande intern kontrollplan. Förvaltningschefen redovisar årligen en motsvarande intern kontrollplan inom den egna förvaltningen. Resultatet av uppföljningen ska rapporteras till regiondirektören i samband med delår i augusti och vid helår. Regiondirektören rapporterar till regionstyrelsen. Regionstyrelsen ska med utgångspunkt från regiondirektörens rapportering utvärdera regionens samlade system för intern kontroll. I bedömningen ingår att bedöma ändamålsenligheten av processen för intern kontroll samt hur tillämpningen har fungerat och vid behov föreslå förbättringsåtgärder.

Patientnämndens reglemente

Patientnämndens reglemente fastställdes av regionfullmäktige september 2022 och gäller för mandatperioden 2023-2026. Nämnden har enligt lag (2017:372) till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom den hälso- och sjukvård enligt som bedrivs av regionen eller enligt avtal med regionen, hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommunerna i Kalmar eller enligt avtal med kommunerna och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt tandvård enligt tandvårdslagen. I patientnämnden uppgifter ingår bland annat att tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter, informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

Bilaga 1. Uppföljnings- och bokslutsprocess

Regionens uppföljnings- och bokslutsprocess



Tidplan för regionens uppföljning av ekonomi och verksamhet

	Brytdatum	Klart i RD och Stratsys	Regional utvecklingsn ämnd	Kollektiv- trafiknämnd	Arbets- utskott	RS	RF
Preliminärt bokslut	2023-01-17					2023-02-02	
Årsredovisning 2022 (verksamhetsberättelser)	2023-01-17	2023-01-25	2023-02-15	2023-02-16	2023-02-14	2023-03-23	2023-06-02
Januari	2023-02-06						
Februari	2023-03-06						
Periodrapport mars	2023-04-05	2023-04-14	2023-04-04	2023-04-05	2023-04-25	2023-05-10	
Delårsrapport april (verksamhetsberättelser)	2023-05-11	2023-05-17	2023-05-17	2023-05-16	2023-05-31	2023-06-13	
Maj	2023-06-07						
Juni	2023-07-06						
Periodrapport juli	2023-08-04	2023-08-10	2023-08-23	2023-08-24	2023-08-29	2023-09-13	
Delårsrapport augusti (verksamhetsberättelser)	2023-09-12	2023-09-20	2023-10-04	2023-10-05	2023-10-17	2023-10-31	2023-11-22,23
September	2023-10-05						
Periodrapport oktober	2023-11-06	2023-11-10	2023-11-08	2023-11-09	2023-11-28	2023-12-12	
November	2023-12-06						

4 vardagar till brytdatum och 8 dagar vid delår
4 vardagar för klart stratsys