

Region Kalmar län

Basgranskning 2024

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	7
2.1. Organisation.....	7
2.2. Mål, verksamhetsresultat och uppföljning.....	8
2.3. Ekonomistyrning och ekonomisk uppföljning	10
2.4. Intern kontroll och riskanalys	11
2.5. Beslutsunderlag och protokoll.....	12
2.6. Tidigare rekommendationer.....	12
3. Slutsats	14
4. Källförteckning.....	16
5. Revisionskriterium	17
Bilaga 1. Uppföljnings- och bokslutsprocess.....	21

Sammanfattning

På uppdrag av regionrevisionen i Region Kalmar län har EY genomfört en basgranskning av regionens styrelse, nämnder, beredningar, bolag och stiftelser. Denna rapport avser basgranskning av patientnämnden avseende verksamhetsåret 2024.

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 att de har 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

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi patientnämnden att:

¹ Se avsnitt 2.6.

- ▶ Ta del av bruttorisklistan som upprättas inom ramen för intern kontroll.
- ▶ Säkerställa att beslut om åtgärder tas vid identifierade avvikelser vid uppföljning av intern kontroll.

Utöver kvarstår följande rekommendation från tidigare basgranskningar:

- ▶ Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats.

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 kommunallag (2017:725) 12 kap. 1 § framgår att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden i den omfattning som följer av god revisionssed. 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. Den grundläggande granskningen är till sin karaktär löpande medan 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.

Enligt *God revisionssed* i kommunal verksamhet ska den grundläggande granskningen 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 styr signaler i verksamheten.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet har varit att genomföra en basgranskning av regionens styrelse, nämnder, beredningar, bolag och stiftelser. Detta för att tillsammans med den övriga och systematiska grundläggande granskning bidra till en stabil grund i ansvarsprövningen. Granskningen är en del av den årliga granskningen av regionen som görs av revisionen och kommer att ingå som en del i bedömningen om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och 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 2024. I denna rapport presenteras granskningen för patientnämnden. Motsvarande rapporter har lämnats för respektive revisionsobjekt som ingår i basgranskningen för 2024.

Granskningen har genomförts under perioden december 2024 – mars 2025. 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 analyserad dokumentation och intervjupersoner.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunderna som har använts i granskningen. Utöver vad som framgår av *God revisionssed* i kommunal verksamhet 2022² utgår granskningens bedömningar ifrån följande revisionskriterier:

- ▶ Kommunallag (2017:725)
- ▶ Regionplan Region Kalmar län, 2024–2026
- ▶ Riktlinje för målstyrning i Region Kalmar län, 2020

² God Revisionssed i kommunal verksamhet, Sverige kommuner och regioner, 2022.

- ▶ Riktlinje intern kontroll, 2023
- ▶ 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. Den stora skillnaden från tidigare års delegationsordning är att stödpersonverksamhet numera finns med. Intervjuade uppger att nuvarande och gällande delegationsordning harmoniserar mer med strukturen för övriga nämnder och styrelser delegationsordningar.

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 och har under 2024 bestått av 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 2024 framgår att nämnden har godkänt verksamhetsplanen för 2024. Intervjuade uppger att verksamhetsplan arbetas fram gemensamt av nämndens kansli och presidium där kansliet arbetar initialt med det underliggande arbetet, därefter involveras presidiet för vidare diskussion, ibland även med inspel från revisionen.

Av regionplan för 2024–2026 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 målområden³.

Patientnämndens verksamhetsplan för 2024 innehåller nämndens mål med tillhörande mått med målvärden och aktiviteter utifrån fyra perspektiv: invånare och kund (nöjda invånare och samarbetspartners), verksamhet (Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet), medarbetare (en av Sveriges bästa arbetsplatser) samt ekonomi (god ekonomisk hushållning). Målvärdena ska följas upp och analyseras och aktiviteterna är förväntade att leda till en ökad måluppfyllelse. Totalt innehåller planen 4 delmål, 12 mått, 8 målvärden och 24 aktiviteter, se tabell nedan.

Perspektiv	Målområde	Nämndens delmål	Mått	Målvärden	Aktiviteter
Invånare och kund	Nöjda invånare och samarbetspartners	Patient och närstående ska känna stöd och hjälp av patientnämnden i kontakten med vården	5	4	12
Verksamhet	Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet	Bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården	4	2	7

³ Av regionplan 2024–2026 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.

Perspektiv	Målområde	Nämndens delmål	Mått	Målvärden	Aktiviteter
Medarbetare	En av Sveriges bästa arbetsplatser	Attraktiv, utvecklande och hälsofrämjande arbetsplats med engagerade medarbetare	3	2	4
Ekonomi	God ekonomisk hushållning	God ekonomisk hushållning	-	-	1

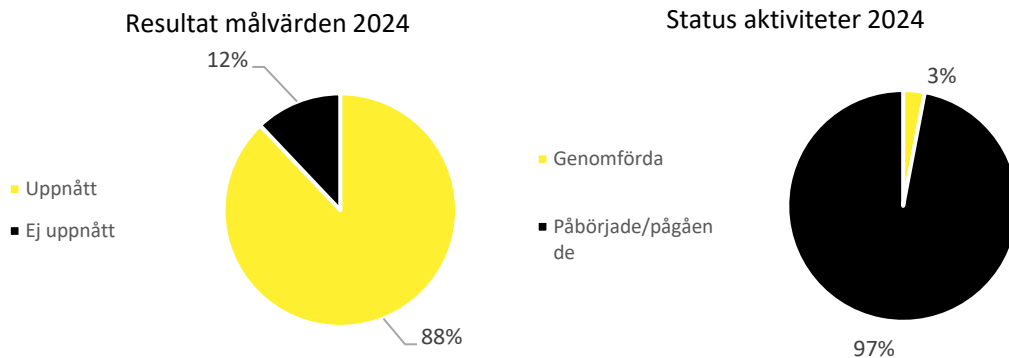
Verksamhetsberättelser

Enligt direktiv från regionfullmäktige ska verksamhetsplanen följas upp genom tre verksamhetsberättelser under året (tertiäl 1 och 2 samt för helåret). Intervjuade uppger att det ska göras två gånger per år för patientnämnden, vilka är verksamhetsberättelse för terciäl 2 och helåret 2024. Patientnämnden upprättar dock även en verksamhetsberättelse för terciäl 1, vilken vi också tagit del av. Verksamhetsplanens mål, mått med målvärden och aktiviteter ska följas upp i verksamhetsberättelserna.

Av protokoll framgår att nämnden har godkänt verksamhetsberättelsen för terciäl 1 och terciäl 2 i juni respektive september 2024. I verksamhetsberättelserna har samtliga mått följts upp med kommentarer och status för samtliga aktiviteter framgår.

Verksamhetsberättelsen för helåret 2024 godkändes av nämnden februari 2025. I verksamhetsberättelsen redovisas resultatet för samtliga målvärden och aktiviteter. Under 2024 uppfylldes 7 av 8 (88 procent) målvärden och 3 av 20 aktiviteter (15 procent) genomfördes, samtliga aktiviteter som inte har genomförts har statusen pågående och kommer att fortsätta under 2025. I verksamhetsberättelsen för 2024 framkommer inte perspektivet medarbetare med målområdet "en av Sveriges bästa arbetsplatser", därav stämmer inte antalet målvärden och aktiviteter fullt ut överens med verksamhetsplanen.

Ett av delmålen bedöms inte att uppnås, vilket rör tillgänglighet för ärenden som gäller barn. Målet är att 95 procent av de ärenden som rör barn ska hanteras inom utsatt tid. För 2024 var det 93 procent av ärendena som hanterades inom utsatt tid. Av verksamhetsberättelsen för helåret framkommer det under aktivitet för det nämnda målvärdet att nämnden har justerat text i följebrev till vårdverksamheterna med förtydligande att svar ska ges skyndsamt och att svaret ska anpassas utifrån barnets förutsättningar och behov. Påminnelsebrev ska alltid skickas ut enligt nämndens påminnelseprocess.



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. Bedömningens görs mot bakgrund att nämnden har brutit ned fyra perspektiv och 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 samt därtill för tertial 1 och 2.

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 tre gånger per år i enlighet med regionfullmäktiges planerade uppföljningstillfällen. Samtliga målvärden och aktiviteter har följts upp i samband med verksamhetsberättelse för helåret. Målvärden följdes inte upp i verksamhetsberättelserna för tertial 1 och 2, men enligt regionfullmäktiges direktiv är patientnämnden undantagen från att ta fram dessa verksamhetsberättelser.

Vi har även vid intervju fått ta del av planerade åtgärder som har arbetats med avseende målvärdet som inte uppnåddes vilket även framkommer i verksamhetsberättelsen för helåret. Enligt uppgift från intervju sker beslut om direktåtgärder vid identifierade avvikelser löpande efter behov. Därav görs bedömningen att nämnden beslutar om åtgärder vid avvikelser.

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 åtta målvärden uppfylldes. För det delmål som inte uppfylldes finns förslag på åtgärd.

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

Det framgår att nämnden utifrån revisionens tidigare påpekanden om behov av att förtydliga arbetet med intern kontroll under 2024 har börjat använda Stratsys för dokumentation och arbete med att utveckla sitt interna kontrollarbete.

Verksamhetsplanen innehåller ingen internkontrollplan. Patientnämnden har dock fattat ett separat beslut om internkontrollplan i februari 2024. I sammanträdet i juni 2024 beslutades det om att ny version av interkontrollplan ska ingå i verksamhetsberättelse för tertiäl 2.

Nämndens internkontrollplan för 2024 innehåller sex nämndspecifika risker. De två riskkategorierna "personal" och "informationssäkerhet" som återfinns i patientnämndens internkontrollplan är regiongemensamma. Under riskkategorin "övrigt" framgår patientnämndens nämndspecifika risker. Två övriga identifierade risker återfinns i en bruttorisklista. Dessa två risker innebär felaktig ersättning utbetalas till stödperson och rutiner för att handläggning och registrering inte efterföljs.

Riskerna som har identifierats i internkontrollplanen avser bland annat oplanerad frånvaro, driftstopp, att post och internpost inte levereras på rätt sätt eller vid utsatt tid, att kommunikationsvägar till patientnämnden slutar fungera, att vården inte utvecklas efter synpunkter och analys som framkommer ur analyser samt att inte kunna tillsätta stödpersoner till patienter.

Det framkommer inte hur den interna kontrollen har genomförts eller om det finns avvikelser inom de risker som har varit föremål för intern kontroll. Till riskerna finns nio tillhörande åtgärder där även en kort kommentar om uppföljning av åtgärd framkommer. Tre av nio åtgärder beräknas i verksamhetsberättelsen som fullföljda. Övriga sex åtgärder är markerade som pågående. De nio åtgärderna avser bland annat rutin vid oplanerad frånvaro, rutin för driftavbrott i VSP, digital kommunikation, avvikelshantering i STELLA personuppgifter, kontinuitetsplan, information till vården via Navet, chefsbrev och mejl, pilotprojekt med psykiatri i Kalmar och Västervik, kontinuerliga dialogmöten med verksamheter samt rekrytering av stödpersoner.

Enligt direktiv från regionstyrelsen ska uppföljningen av internkontrollplan dokumenteras i verksamhetsberättelsen för tertiäl 2 samt för helåret. I de två verksamhetsberättelser som enligt direktiven ska innehålla uppföljning av intern kontroll finns detta med. Det framgår av protokoll att nämnden har tagit del av uppföljning av "internkontrollplan 2024-04" i juni samt verksamhetsberättelse för helåret 2024 i februari 2025.

Bedömning

Det är vår bedömning att patientnämnden har gjort en egen riskanalys samt upprättat en internkontrollplan vilken syftar till att hantera prioriterade risker. Bedömningen grundar sig på att nämnden har tagit fram en internkontrollplan med tillhörande riskanalys för 2024. Vi noterar att nämnden inte har tagit del av en bruttorisklista, vilket vi menar att nämnden med fördel kan ta del av. Vidare framgår det av protokollgranskningen att patientnämnden har tagit del av uppföljning av intern kontroll enligt beslutad tidsplan.

Vidare görs bedömningen att patientnämnden delvis har ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som ekonomi. Vi bedömer att det inte fullt ut framgår att patientnämnden har beslutat om åtgärder för majoriteten av de kontroller som visade på avvikelser, då det inte alltid framgår hur den interna kontrollen har genomförts eller om det finns avvikelser inom de risker som har varit föremål för intern kontroll.

2.5. Beslutsunderlag och protokoll

Samtliga av nämndens protokoll för verksamhetsåret 2024 finns publicerade på regionens webbplats. Protokollen redogör för vilken information som framkommit vid informationsärenden och beslutsärenden.

Patientnämndens kallelse, handlingar och beslutsunderlag har inte publicerats på regionens webbplats under 2024. Intervjuade uppger dock att samtliga underlag kommer att börja publiceras från och med 2025 med undantag för ärenden eller delar som rör individärenden och/eller innehåller personuppgifter och omfattas av sekretess.

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 för 2024 inte att ta del av dessa via hemsidan.

Bedömning

Det är vår bedömning att patientnämnden har tydliga beslutsunderlag och protokoll. Bedömningen grundar sig på att nämndens protokoll är tydliga och har självständiga beslutsmeningar. Det är positivt att eventuella handlingar och underlag som ligger till grund för besluten listas i ärendena, 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. Enligt uppgifter kommer så ske under 2025 vilket vi ser positivt på. Rekommendationen kvarstår dock för 2024 och fram till dess att underlag börjat publiceras.

2.6. Tidigare rekommendationer

I detta avsnitt redovisas patientnämndens hantering av tidigare rekommendationer från basgranskningar åren 2020, 2021, 2022 och 2023 vilka i 2023 års basgranskning inte bedömdes som hanterade eller som delvis bedömdes som hanterade. För respektive rekommendation görs en bedömning avseende i vilken utsträckning nämnden under 2024 har

vidtagit åtgärder. Bedömningen redovisas i tabell nedan och görs utifrån en tregradig skala. Av tabellen nedan framgår att två av tre tidigare rekommendationer bedöms vara delvis hanterad. I ett fall är bedömningen att rekommendationen är hanterad.

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

Rekommendation	Svar 2024	
Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats <i>2020, 2021, 2022 och 2023</i>	Bedöms delvis vara hanterad 2024. Beslut har fattats om publicering av nämndens handlingar på regionens webbplats från och med 2025 har fattats. För 2024 finns inga handlingar publicerade.	■
Att säkerställa återrapportering av genomförda internkontroller <i>2022 och 2023</i>	Bedöms vara hanterad 2024. Uppföljningen som ska ingå i uppföljningen av tertial 2 och verksamhetsberättelsen för helåret ingår i nämndens rapport.	■
☒Säkerställa att beslut om åtgärder tas vid identifierade avvikelser vid uppföljning av målvärden samt intern kontroll <i>2023</i>	Bedöms delvis vara hanterad 2024. För det målvärde som avviker finns beslut om åtgärder. Det framgår inte tydligt hur den interna kontrollen har genomförts, om det finns avvikelser inom de risker som har varit föremål för intern kontroll och det saknas tydliga åtgärder vid hantering av brister. Tre av nio åtgärder beräknas i verksamhetsberättelsen som fullföljda. Övriga sex åtgärder är markerade som pågående.	■

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 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?	Ej bedömt.
Har revisionsobjektet genomfört sina uppdrag med tillgängliga resurser?	Ej bedömt.
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 haft en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi patientnämnden att:

- ▶ Ta del av bruttorisklistan som upprättas inom ramen för intern kontroll.
- ▶ Säkerställa att beslut om åtgärder tas vid identifierade avvikelser vid uppföljning av 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.

Kalmar 8 april 2025

Hanna Ericsson

Certifierad kommunal yrkesrevisor

EY

Sandih Wong

Verksamhetsrevisor

EY

Negin Nazari

Certifierad kommunal yrkesrevisor

EY

4. Källförteckning

Intervjuade funktioner

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

Analyserade dokument

Övergripande

- ▶ Arbetsordningar och reglementen för den politiska organisationen mandatperioden 2023–2026
- ▶ Delårsrapport 2024–4
- ▶ Delårsrapport 2024–8
- ▶ Årsredovisning Region Kalmar län 2024
- ▶ Bokslutsrapport Region Kalmar län 2024
- ▶ Regionplan för Region Kalmar län 2024–2026
- ▶ Riktlinje intern kontroll Region Kalmar län 2023
- ▶ Rutin för Process Intern kontroll 2023
- ▶ Politisk organisation Region Kalmar län 2023–2026
- ▶ Verksamhetsorganisation Region Kalmar län 2024
- ▶ Tidplan för regionens uppföljning av ekonomi och verksamhet 2024
- ▶ Regionens ekonomi- och verksamhetsplaneringsprocess
- ▶ Regionens uppföljnings- och bokslutsprocess
- ▶ Riktlinje för målstyrning i Region Kalmar län

Patientnämnden

- ▶ Delegationsordning patientnämnden 2023
- ▶ Patientnämnden verksamhetsplan 2024
- ▶ Patientnämnden verksamhetsberättelse 2024–04
- ▶ Patientnämnden verksamhetsberättelse 2024–08
- ▶ Patientnämnden verksamhetsberättelse 2024
- ▶ Internkontrollplan samt riskanalys Patientnämnden 2024
- ▶ Protokoll patientnämnden 2024
- ▶ Protokoll patientnämnden 2025-02-19

5. Revisionskriterium

Kommunallag (2017:725)

Av 6 kap. 1 § framgår att styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Därtill framgår av 6 § att 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 2024–2026 framgår länets styrmodell. Regionplanen är det övergripande styrdokument som omsätter Region Kalmar läns vision, värdegrund och övergripande strategi till långsiktiga mål.

Målstyrningen sker enligt modellen *Balanserat styrkort* där mål, mått och aktiviteter processas fram inom fyra målområden: invånaren och kund, verksamhet, medarbetare och ekonomi. Övergripande mål blir styrande, tydliggjorda och kommunicerad och ska följas upp på alla nivåer organisationen. Ansvar för förankring av målstyrningsprocessen följer linjeorganisationen.

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 av mål. Regionfullmäktiges mått anges i kortsiktiga och i långsiktiga målvärden. Baserat på regionplan upprättas verksamhetsplaner/styrkort för nämnder, förvaltningar, förvaltningsområden, basenheter och enheter.

De fem övergripande strategiska målen är:

- ▶ Nöjda invånare och samarbetspartners (Invånare och kund)
- ▶ Hållbar utveckling i hela länet (Verksamhet)
- ▶ Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet (Verksamhet)
- ▶ En av Sveriges bästa arbetsplatser (Medarbetare)
- ▶ God ekonomisk hushållning (Ekonomi)



Baserat på regionplanen upprättar förvaltningarna inom regionstyrelsen och respektive nämnd årliga verksamhetsplaner och detaljbudgetar. Regionplanen är vägledande för regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner. I verksamhetsplanerna bryts regionfullmäktiges övergripande mål ned i verksamhetsmål och aktiviteter som verksamheterna ska uppnå under året. Uppföljning för ett verksamhetsår ska ske enligt följande:

Region Kalmar läns uppföljning

- ▶ Två delårsrapporter
- ▶ Tre uppföljningsrapporter
- ▶ Årsredovisning

Regionstyrelsen och nämndernas uppföljning

- ▶ Tre verksamhetsberättelser⁴
- ▶ 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 tertiälvís 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

⁴ Med undantag för patientnämnden som upprättar en årlig verksamhetsberättelse.

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

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 ansvar och uppföljning avseende arbetet med intern kontroll. Internkontrollarbetet ska säkerställa att riktlinjer och regler inom de olika verksamhetsområdena 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. Regionstyrelsen ska även 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.

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.

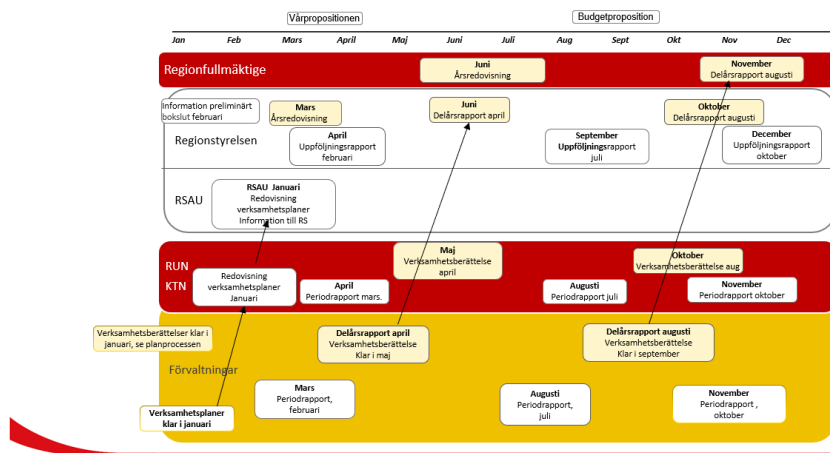
Patientnämndens reglemente

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 patientnämndens 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	ÄB	Regional utvecklingsnämnd	Kollektivtrafiknämnd	Arbetsutskott	RS	RF
Preliminärt bokslut	2024-01-17						2024-02-01	
Verksamhetsberättelser nämnder	2024-01-17	2024-01-26		2024-02-14	2024-02-15	2024-03-12	2024-03-26	
Verksamhetsberättelser styrelsen	2024-01-17	2024-01-26				2024-03-12	2024-03-26	
Årsredovisning 2023	2023-01-17		2024-02-27			2024-03-12	2024-03-26	2024-06-05
Januari	2024-02-01							
Periodrapport februari	2024-03-01	2024-03-07		2024-03-20	2024-04-11			
Uppföljningsrapport efter februari	2024-03-01		2024-03-11			2024-03-12	2024-03-26	
Mars	2024-04-02							
Verksamhetsberättelser april nämnder	2024-05-07	2024-05-14		2024-05-22	2024-05-23	2024-05-29	2024-06-11	
Verksamhetsberättelser april styrelsen	2024-05-07	2024-05-14				2024-05-29	2024-06-11	
Delårsrapport april	2024-05-07		2024-05-16			2024-05-29	2024-06-11	
Maj	2024-06-03							
Juni	2024-07-01							
Periodrapport juli	2024-08-01	2024-08-07		2024-08-21	2024-08-22			
Uppföljningsrapport efter juli	2024-08-01		2024-08-14			2024-08-28	2024-09-11	
Verksamhetsberättelser augusti nämnder	2024-09-05	2024-09-11		2024-10-02	2024-10-03	2024-10-15	2024-10-31	
Verksamhetsberättelser augusti styrelse	2024-09-05	2024-09-11				2024-10-15	2024-10-31	
Delårsrapport augusti	2024-09-05		2024-09-24			2024-10-15	2024-10-31	2024-11-27,28
September	2024-10-01							
Periodrapport oktober	2024-11-01	2024-11-07		2024-11-20	2024-11-21			
Uppföljningsrapport efter oktober	2024-11-01		2024-11-05			2024-11-22	2024-12-11	
November	2024-12-02							

1 vardagen till brytdatum och 4 dgr vid delår
4 vardagar för klart stratsys

Datum för ekonomi i periodrapporterna avser nämnderna endast.