

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för östra patientnämnden år 2016

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat östra patientnämndens verksamhet under år 2016.

Östra patientnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

Revisorernas ansvar är att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning från granskningen under året samt omfattningen av granskningen framgår av revisionens årspromemoria, som fogats till revisionsberättelsen för regionstyrelsen.

Vi bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

Vi har vid granskningen av nämndens redovisning funnit att den fyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen.

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för östra patientnämnden och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 15 mars 2017



Birgitta Eriksson
Ordförande



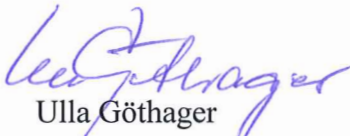
Ulf Sjösten
Vice ordförande



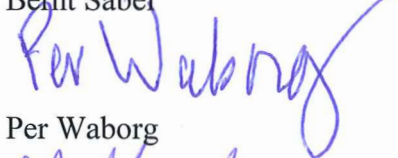
Krister Stensson



Bernt Sabel



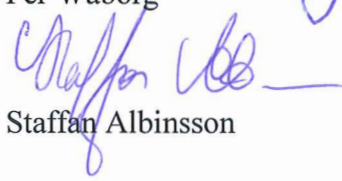
Ulla Göthager



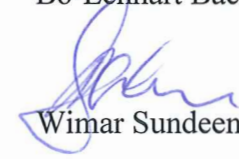
Per Waborg



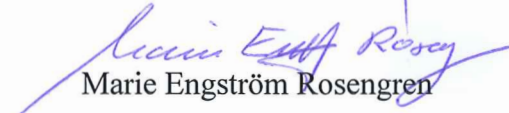
Bo-Lennart Bäcklund



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen



Marie Engström Rosengren

Årsrapport

Patientnämnderna 2016

Diarienummer REV 2017-00047

REV 2017-00048

REV 2017-00049

REV 2017-00050

REV 2017-00051

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017

Årets granskning av Patientnämnderna

1. Inriktning

I den årliga revisionen provas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

2. Genomförd granskning

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende Patientnämnderna. I granskningen har revisorerna biträtt av revisionsenheten. Granskningen har genomförts av Ulf Aronsson vid revisionsenheten. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte.

2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultat blev 1,3 mkr och prognostiseringen av årets resultat har varit tillfredsställande under året.

Det verksamhetsmässiga resultatet sammanfattas som följer i PN ÅR 2016:

- Under 2016 har det inkommit 5229 patientklagomål till patientnämnderna i Västra Götalandsregionen. I förhållande till år 2015 är det en minskning med 460 ärenden vilket motsvarar 8 procent. Minskningen skiftar mellan de fem patientnämnderna
- För 2016 har 93 anmälningar inkommit gällande stödperson till tvångsvårdad patient. En ökning med 16 anmälningar i förhållande till 2015
- Patientnämnderna har utifrån gemensam återföringsplan 90 procents måluppfyllelse gällande politisk återföring respektive 67 procent gällande tjänstemännens återföring.
- Planer för information har följts av nämnderna och aktiviteter utifrån identifierade målgrupper har skett.
- Den totala sjukfrånvaron vid patientnämndernas kansli var 5,6 procent, en ökning med 0,2 procent i förhållande till föregående år.

En uppföljning per mål och fokusområde återfinns i bilaga 1 - *Uppföljning mål och fokusområden 2016 - PN*.

2.2 Planering och kommunikation avseende nytt uppdrag utifrån klagomålsutredningen från 2017-01-01

Syfte/ Revisionsrisk	Att PN säkerställer att följande hanteras på tillfredsställande sätt • Rätt kompetens-utveckling/ försörjning för att kunna hantera uppdraget • Säkrande av tillräcklig finansiering • Kommunikation med berörda intressenter Granskningen har fokuserat på uppföljning av dokument och beslut. Risken har behandlats på samtliga möten med förvaltningsledningen samt arbetsmöte med PN presidier.
Iakttagelse	Klagomålsutredningen har inte resulterat i någon ny lagstiftning och det är per dags datum oklart i vilken utsträckning som utredningens förslag kommer att genomföras.
Bedömning	PN har löpande följt utredningens utveckling och har en beredskap att hantera resultatet av denna. Det kan dock konstateras att budget 2017 inte tar höjd för eventuella konsekvenser. Revisionsenhetens bedömning är att risken är hanterad på ett tillfredsställande sätt av PN.

2.3 Bristande måluppfyllelse av verksamhetsplanen och till denna kopplade handlingsplaner

Syfte/ revisionsrisk	Att inte kansliet och nämnderna med nuvarande resurstilldelning klarar att genomföra samtliga väsentliga planerade aktiviteter och initiativ Granskningen har fokuserat på uppföljning av dokument och beslut. Risken har behandlats på samtliga möten med förvaltningsledningen samt arbetsmöte med PN presidier.
Iakttagelse	Antalet ärenden fortsätter att minska jämfört med 2015 och är nu i nivå med år 2014. Det är svårt att veta orsakerna, men en kan vara sjukhusen har förbättrat sin egen klagomålshantering. En annan kan vara att det nu finns möjlighet att ge sina synpunkter direkt till verksamheterna via webben. Kansliet har kontrollerat sin tillgänglighet och de fångar alla som söker dem. Orsaker till trenden i antal ärenden kommer att analyseras vidare. Nämnderna har prioriterat återkopplingen till verksamheterna och information till medborgarna har kommit i andra hand. Detta är det enskilda området där målsättningar i verksamhetsplanen inte uppfylls. Det kan dock konstateras att det egentligen är kommunernas ansvar att informera befolkningen. Kansliet har haft fokus på stödpersonsverksamheten det senaste året. De har arbetat strukturerat för att tydliggöra arbetsprocessen och kvalitetssäkra verksamheten.
Bedömning	Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av PN.

2.4 Ökad intern administration för att möta nämndernas förväntningar på egen ekonomi och utökad nämndspecifik rapportering

Syfte/ Revisionsrisk	Att administrativa arbetsuppgifter och byråkrati skapar ineffektivitet i administrativa processer
	Granskningen har fokuserat på uppföljning av dokument och beslut. Risker har behandlats på samtliga möten med förvaltningsledningen samt arbetsmöte med PN presidier.
Iakttagelse	Dagens administration möter upp nämndernas förväntningar på ett tillfredsställande sätt och man har funnit effektiva arbetsformer och nivåer på stöd och rapportering.
	Nämnderna har dock begärt ett förtydligande från RF om vad som gäller avseende budgetordning och organisation, utifrån problematiken att en gemensam förvaltning stödjer fem självständiga nämnder, varav en har arbetsgivaransvaret. Presidierna lyfter att nuvarande etablerade strukturer fungerar tillfredsställande så länge som ekonomin är god, som idag – men vill vara förberedda i det fall resursfördelningsfrågor mellan nämnder ställs på sin spets.
Bedömning	Även om nämnderna ännu inte fått ett förtydligande från RF är revisionsenhetens bedömning att risken är hanterad på ett tillfredsställande sätt av PN.

2.5 Målkonflikt mellan ekonomi i balans och verksamhetsmål

Syfte/ Revisionsrisk	Att såväl tjänstemanna-organisationens som politikens budgetar dras över. Koppling till äskande inför 2017-2018.
	Granskningen har fokuserat på uppföljning av dokument och beslut. Risker har behandlats på samtliga möten med förvaltningsledningen samt arbetsmöte med PN presidier.
Iakttagelse	I och med det ekonomiska resultatet för 2016 och det faktum att måluppfyllelsen är god, enligt ovan – realiserades inte risken.
Bedömning	Revisionsenhetens bedömning är att risken är hanterad på ett tillfredsställande sätt av PN.

2.6 Granskning av intern styrning och kontroll

Syfte/ Revisionsrisk	Att Patientnämnderna har utövat en tydlig intern styrning och kontroll.
	Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens riktlinjer och vägledning för granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll.

- Iakttagelser Granskningen av nämndprotokoll och underlag till dessa styrker att Patientnämnderna:
- Var och en haft fem protokollförda nämndmöten
 - Att nämnderna haft en tillfredsställande kontroll över en verksamhet och ekonomi i balans över hela kalenderåret
 - Att beslutsunderlag i all väsentlighet bedöms ha varit relevanta och varit tillräckliga som grund för välgrundade beslut
 - Att ÅR 2015, detaljbudget, delårsbokslut, månadsbokslut, beslut och uppföljning avseende intern kontroll varit föremål för nämndbeslut i rätt tid

Patientnämnderna har i all väsentlighet följt RS riktlinjer för intern kontroll.

En avvikelse kan noteras avseende hanteringen av ersättning till stödpersoner. Felaktig skattemässig för hantering för identifierades som ett resultat av uppföljning av IK-plan 2016. Dessa korrigeras för 2016 och hanteringen av felaktigheter tidigare år utreds med stöd av koncernjuridik. Beslut i novembermötena avseende ersättningsmodell 2017 och framåt.

- Bedömning Revisionsenhetens bedömning är att nämnderna har utformat ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för styrning och uppföljning och att detta genomförts på ett tillfredsställande och ändamålsenligt sätt.

Vad gäller den interna kontrollen specifikt är den revisionsenhetens bedömning att nämnderna utformat och genomfört ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för denna, vilket inkluderar; risk- och väsentlighetsanalys; kontrollplan samt uppföljning av kontrollplanen.

Revisionsenhetens bedömning är att nämnderna som sådana uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

3. Granskning av räkenskaper

I Deloitte's granskningsrapport daterad 2017-02-23 lyfts följande avseende boksluts- och den löpande granskningen:

Det har inte framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser i fråga om huruvida:

- Årsbokslutet visar en rättvisande bild av enhetens resultat och ställning
- Årsredovisningen och den löpande redovisningen uppfyller i allt väsentligt kraven enligt den kommunala redovisningslagen och regionstyrelsens anvisningar
- Oförändrade redovisningsprinciper har tillämpats

Inga rekommendationer har lämnats.

4 Revisorernas sammanfattande bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att Patientnämnderna i allt väsentligt har bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och effektivt vis och i enlighet med de av regionfullmäktige beslutade målen.

Nämnderna har utövat en tydlig styrning och intern kontroll. En strukturerad internkontrollplan finns som följs upp löpande. Det har inte framkommit något i granskningen som tyder på att

Postadress:	Besöksadress:	Telefon:	Webbplats:	E-post:
Revisionsenheten	Östergatan 1	010-441 05 91	www.vgregion.se	revision@vgregion.se
Västra Götalandsregionen	Vänersborg			
462 80 Vänersborg				

verksamheten inte bedrivits i enlighet med lag och förordning eller att förvaltningen inte har berett ärenden som förelagts nämnderna på ett ändamålsenligt sätt. Den ekonomiska redovisningen är i allt väsentligt rättvisande.

Checklista Årsredovisning

Följande revisionsfrågor ställs och besvaras enligt nedan:

- Är nämndens/styrelsens rapport i enlighet med anvisningarna från regionkansliet?
- Är den resultatredovisning som nämnden/styrelsen lämnar för verksamhet och ekonomi i överensstämmelse med fullmäktiges beslut om budget, mål och uppdrag?

BEDÖMNINGSPROTOKOLL: Granskning av årsredovisning 2016

Frågeställningar	Ja	Del-vis	Nej	Kommentar/not
1. Nämnd/styrelse följer anvisningarna för rapportering från regionkansliet	X			
2. Nämnd/styrelse har antagit mål som knyter an till Rf:s mål och fastställda indikatorer		X		Se bilaga 1
3. Nämnd/styrelse har indikatorer med måltal som på ett tillfredsställande sätt mäter styrelsens måluppfyllelse		X		Se bilaga 1
4. Nämnd/styrelse redovisar graden av måluppfyllelse vad gäller Rf:s mål		X		Se bilaga 1
5. Avvikelser mot budget har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt	X			
6. Avvikelser mot Rf:s mål har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt	X			