

Till  
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för västra patientnämnden år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat västra patientnämndens verksamhet under år 2018.

Västra 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 regionfullmäktige.

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred 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 västra patientnämnden och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson  
Ordförande



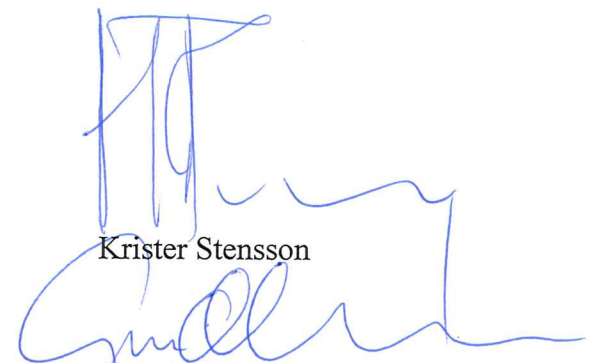
Ulf Sjösten  
Vice ordförande



Bernt Sabel



Ulla Göthager



Krister Stensson




Per Waborg



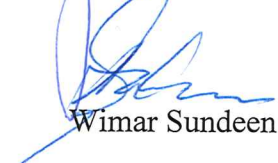
Bo-Lennart Bäcklund



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

# Årsrapport

## Patientnämnderna 2018

Diarienummer:

REV 2018–00033, Patientnämnden Göteborg

REV 2018–00034, Norra patientnämnden

REV 2018–00035, Södra patientnämnden

REV 2018–00036, Västra patientnämnden

REV 2018–00037, Östra patientnämnden

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

## Innehåll

<b>Årets granskning</b> .....	<b>1</b>
<b>Patientnämndernas ansvar</b> .....	<b>1</b>
<b>Resultatet av revisorernas granskning</b> .....	<b>2</b>
<b>Patientnämndernas utformning av styrning, uppföljning och kontroller</b> .....	<b>2</b>
Granskningsområde A.1 Arbetsmiljön skall förbättras och sjukfrånvaron skall minska. <i>(Bevakning)</i> .....	3
Granskningsområde A.2. GDPR gäller fullt ut från 25 maj 2018 <i>(Nämndfördjupning)</i> .....	4
<b>Patientnämndernas genomförande av styrning, uppföljning och kontroller ..</b>	<b>6</b>
Granskningsområde B.1 Införandet av ny lagstiftning för patientnämndernas område från 1 januari 2018 <i>(Bevakning)</i> .....	6
Granskningsområde B.2. Intern kontroll <i>(Bevakning)</i> .....	7
Granskningsområde B.3. Bisysslor <i>(Nämndfördjupning)</i> .....	8
<b>Patientnämndernas resultat och effektivitet</b> .....	<b>9</b>
Granskningsområde C.1. Kompetensutveckling <i>(Bevakning)</i> .....	9
Granskningsområde C.2. Uppföljning av IS/IT <i>(Nämndfördjupning)</i> .....	10
<b>Bedömning</b> .....	10
<b>Patientnämndernas räkenskaper</b> .....	<b>11</b>
<b>Revisorernas sammanfattande bedömning</b> .....	<b>11</b>
<b>Bilaga 1. Rapporter och underlag</b> .....	<b>12</b>

## Årets granskning

I den årliga revisionen prövas 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.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsred för kommunal verksamhet. Revisionen har vidare genomförts med grund i de styrande dokument för revisorskollegiet samt revisionsenheten som anger preciserade anvisningar för granskningens genomförande och bedömningar. Det omfattar revisorskollegiets ramplanering där regionövergripande risker identifierats och prioriterats. Det omfattar även revisorskollegiets riktlinjer samt revisionsenhetens riktlinjer och rutiner.

Revisionen har utifrån de styrande dokumenten upprättat en granskningsplan avseende Patientnämnderna där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet, Krister Stensson, och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av Martin Andersson. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen. Siffror inom parentes i redogörelsen avser hänvisning till dessa rapporter och underlag.

Patientnämnderna har beretts tillfälle att faktagranska rapportens innehåll.

## Patientnämndernas ansvar

Patientnämnderna granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter.

Patientnämnderna ska stödja och hjälpa enskilda patienter som framfört synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården. Utifrån de synpunkter och klagomål som framförts ska patientnämnderna sammanställa och återföra kunskap till utförarverksamheter, hälso- och sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Nämnderna ska inom sitt verksamhetsområde

- följa vad som anges i lag eller annan författning
- följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att nämnden ska fullgöra
- verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer.

Varje patientnämnd ska inom det geografiska område som regionfullmäktige bestämmer fullgöra vad som enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården åligger en patientnämnd

För fullgörande av sina uppgifter har en patientnämnd rätt att från andra nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen infordra uppgifter och få de upplysningar och det biträde som nämnden behöver.

Patientnämnderna ska systematiskt återkoppla sina synpunkter på verksamheten till berörda nämnder och styrelser.

Nämnden ska samverka med övriga patientnämnder i Västra Götaland i gemensamma frågor.

Norra patientnämnden tillhandahåller tjänstemannastöd till samtliga patientnämnder. Norra patientnämnden ansvarar för att organisationen är tydlig och ändamålsenlig med hänsyn till fullmäktiges mål och styrmodell samt lagar och andra författningar för verksamheten. Samråd ska ske med övriga patientnämnder.

Norra patientnämnden är anställningsmyndighet för personal vid förvaltningen med undantag för förvaltningschef som anställs av regionstyrelsen. Norra patientnämnden har hand om personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom nämndernas verksamhetsområde med undantag av de frågor som ankommer på regionstyrelsen. Norra patientnämnden fastställer varje mandatperiod instruktion till förvaltningschef i samråd med övriga patientnämnder.

Nämnderna ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att de får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Nämnderna ska rapportera till regionfullmäktige enligt regionstyrelsens anvisningar.

Nämnderna ska också fullgöra rapporteringsskyldighet enligt speciallag.

## **Resultatet av revisorernas granskning**

Revisorernas granskning utgår från att patientnämnderna ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån patientnämndernas ansvar. Patientnämnderna ska också se till att styrningen, uppföljningen och kontrollerna efterlevs i verksamheten. Det i sin tur ska leda till att styrelsen lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter inom ramen för tillgängliga resurser. Vidare ska patientnämndernas räkenskaper vara rättvisande. Det innebär sammantaget att patientnämnderna har tagit sitt ansvar.

## **Patientnämndernas utformning av styrning, uppföljning och kontroller**

Patientnämnderna har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En förutsättning är att patientnämnderna har brutit ned mål och preciserat styrsignaler från fullmäktige med flera. Patientnämnderna har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar patientnämndernas ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har patientnämnderna uppmärksammat fullmäktige på detta.

Patientnämnderna ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i

Patientnämndernas styrning och uppföljning genom att upprätta arbetsätt och organisation för den interna kontrollen. Patientnämnderna vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på patientnämndernas styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt:

- Arbetsmiljön skall förbättras och sjukfrånvaron skall minska.
- GDPR gäller fullt ut från 25 maj 2018

## Granskningsområde A.1 Arbetsmiljön skall förbättras och sjukfrånvaron skall minska. (bevakning)

### Bakgrund

Risk bedömdes att inte tillräckliga insatser genomförs under året för att nå förbättringar i arbetsmiljön.

Inriktning för granskningen har varit att följa upp områdena:

- Sjukfrånvaro
- Personalomsättning

I revisionsenhetens granskning 2017 bedömdes att patientnämnderna agerat för att förbättra arbetsmiljön men utifrån utfallet ansåg revisionsenheten att fortsatt fokus bör läggas på arbetsmiljöarbetet och att området skulle bevakas under revisionsåret 2018.

### Iakttagelser

Under 2018 har patientnämndernas kansli arbetat för att minska sjukfrånvaron bland medarbetarna. Analys av sjuktal, samt handlingsplan utifrån medarbetarenkät hösten 2017 har genomförts. Flera aktiviteter har också genomförts under 2018 för att stärka medarbetarskap, samhörighet och relationer. Aktiviteter som genomförts för att stärka medarbetarskapet är utvecklingsdagar samt teamutvecklings- och friskvårdsaktiviteter. Ledningens uppfattning är att arbetsmiljön nu upplevs som mindre pressad och det finns gott samspel och kreativa dialoger.

Sjuktalet har minskat under 2018 och det har framförallt skett under hösten. För helåret var sjukfrånvaron 5,4 procent av ordinarie arbetstid. Orsakerna till utfallet av sjukfrånvaro förklaras främst av tre längre sjukfall under första halvåret 2018. I slutet av 2018 fanns ingen medarbetare med pågående längre sjukskrivning. I förhållande till 2017 har sjukfrånvaron minskat med 1,4 procentenheter från 6,8 procent.

Sjukfrånvaro	2018	2017	2016
Kvinnor	3,6	6,7	5,9
Män	5,9	7,6	4,0
<b>Totalt</b>	<b>5,4</b>	6,8	5,6

Vid patientnämndernas kansli har antalet anställningar 2018 ökat med en medarbetare. Fyra medarbetare har slutat under året och fem har tillkommit. Av de fyra som slutat är det

två pensionsavgångar. För nya medarbetare arbetas det mer aktivt med att genomföra en bättre introduktion än vad som gjorts tidigare. I december 2018 fanns 22 medarbetare.

Arbetsmiljöarbetet inom kansliet har haft koppling till nya förutsättningar och miljöer i de nya regionens hus Skövde och Göteborg. Delar av personalen flyttade in i de nya lokalerna i Skövde i slutet av 2018.

Patientnämndernas kansli har arbetat fram en handlingsplan med anledning av genomförd medarbetarenkät hösten 2017, prioriterade områden är:

- Helhetsperspektiv i utredningsarbete och inom kansliet
- Uppföljning av satta mål och konkreta resultat
- Social samvaro och förhållningssätt

Planen innehåller beskrivningar kring vad, hur, när, samt ansvarsfördelning. Framgångsfaktorer som anges är att bättre ta tillvara varandras kompetens, tydlighet i målformulering för uppföljning av konkreta resultat, helhetsperspektiv i utredningsarbete, samt aktiviteter i syfte att verka för ett gott socialt klimat.

### **Bedömning**

Sjukfrånvaron har minskat under 2018 med 1,4 procentenheter till 5,4 procent i förhållande till 2017. Revisionens bedömning är att de åtgärder som vidtagits för att stärka arbetsmiljön har haft positiv effekt. Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.

## **Granskningsområde A.2. GDPR gäller fullt ut från 25 maj 2018 (nämndför djupning, rapport 1, bilaga 1)**

### **Bakgrund**

Risk bedömdes att patientnämnderna inte har utvecklat ett system som säkerställer att GDPR är implementerat från den 25 maj

Inriktning på granskningen var att följa upp hur arbetet med GDPR genomförs.

### **Iakttagelser**

Granskningens syfte har varit att granska vilka åtgärder som patientnämnderna vidtagit utifrån EU:s nya dataskyddsförordning, GDPR (General Data Protection Regulation), som börjar gälla den 25 maj 2018 och då ersätter personuppgiftslagen (PuL) samt att bedöma om dessa åtgärder varit tillräckliga. Granskningen omfattar också om nämndens eventuella åtgärder bidragit till att patientnämnderna har en tillräcklig intern kontroll avseende efterlevnaden av GDPR.

Följande revisionsfrågor ska besvaras:

- Har åtgärder vidtagits så att en samlad bedömning ger att tillräckligt har gjorts för att GDPR skall anses ha införts till den 25 maj 2018
- Finns system för uppföljning av efterlevnaden av detta?

Patientnämnderna har inte angett införandet av GDPR som ett särskilt riskområde i sin riskanalys eller i internkontrollplanen för 2018. Däremot anges att efterlevnad av lagar och

föreskrifter inom området som ett kontrollområde. De kontrollmoment som ingår enligt planen omfattar att kontrollera att lagstiftning, regelverk och dess tillämpning är kända för såväl politiker som tjänstemän. Per augusti 2018 återrapporterades kontrollmomentet för nämnderna. I rapporten anges att Dataskyddsförordningen, GDPR, har föranlett både inventering, uppdatering, komplettering av information samt utbildning. Förtroendevalda har på nämndmöten löpande fått information och möjlighet till dialog gällande lagen och kansliets aktiviteter.

Samtliga medarbetare har genomgått utbildning via webben samt haft dialog om tillämpning på arbetsplatsmöten. Uppdatering och anmälan om nytt dataskyddsombud (DSO) var klart per sista augusti och samverkan med utsedd jurist är påbörjad. Inventering av ärendesystem och kompletterande personuppgiftsbiträdesavtal anges vara i det närmaste klart. Uppdatering och komplettering av information till allmänheten via webb och mallar och rutiner internt för att anpassa berörda processer pågår.

Av granskningen har det inte framgått att införandet av GDPR omnämnts eller hanterats i nämndernas budget för 2018. I intervju svar från patientnämndernas förvaltningschef framhölls att flera åtgärder vidtagits inför införandet av GDPR och att nämnderna var väl förberedda.

Avseende uppföljning och efterlevnad av GDPR var flera förberedelser klara till införandet.

- Nytt dataskyddsombud (DSO) är utsett för nämnderna och samverkan är inledd med denne.
- Berörda handlingar, -information och mallar var genomgångna och uppdaterade.
- Rutiner och kontroller finns för ärendehanteringssystem inklusive personuppgiftsbiträdesavtal.
- Internkontrollplanen innehåller moment för kontroll av GDPR

### Bedömning

De ställda revisionsfrågorna bedöms besvarade enligt nedanstående:

Revisionsfråga:	Svar:
Har åtgärder vidtagits så att en samlad bedömning ger att tillräckligt har gjorts för att GDPR skall anses ha införts till den 25 maj 2018	Ja, införandet av GDPR har varit förberett av patientnämnderna.
Finns system för uppföljning av efterlevnaden av detta?	Ja, i patientnämndernas internkontrollplan ingår kontroller med avseende på uppföljning av GDPR.

Sammantaget har patientnämndernas hantering av införandet av GDPR, uppföljning och kontroller varit tillräcklig under 2018 och nämnderna har löpande fått en tillfredsställande återrapportering. Patientnämnderna bedöms också ha säkerställt att uppföljning av efterlevnaden av GDPR har genomförts och rapporterats i enlighet med beslutad internkontrollplan.

Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.



## Patientnämndernas genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Patientnämnderna ska ha använt sitt styr- och uppföljningssystem så att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att patientnämnderna ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har patientnämnderna aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

Patientnämnderna ska vidare ha använt sitt system för den interna kontrollen i tillräcklig utsträckning så att det förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i Patientnämndernas styrning och uppföljning. Det innebär att patientnämnderna ska ha säkerställt att beslutad kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har patientnämnderna aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt:

- Införandet av ny lagstiftning för patientnämndernas område från 1 januari 2018
- Intern kontroll
- Bisysslor

### Granskningsområde B.1 Införandet av ny lagstiftning för patientnämndernas område från 1 januari 2018 (*bevakning*)

#### Bakgrund

*Risk:* att patientnämnderna inte säkerställt att styrning och uppföljning genomförs och rapporterats i enlighet med den nya lagstiftningen.

*Inriktning:* att förändringar i uppdrag till följd av den ändrade lagstiftningen såsom volymökningar, förändringar i klagomålsprocessen samt kompetensförstärkning hanteras ändamålsenligt.

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning och intervjuer.

#### Iakttagelser

I maj 2017 beslutade riksdagen om en ny lag för patientnämndsverksamhet som gäller från 1 januari 2018. Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Lagen förväntades innebära förändringar i uppdrag, såsom förväntade volymökningar, förändringar i klagomålsprocessen samt kompetensförstärkning.

I avrapportering av den interna kontrollen skrivs i september 2018 att inom kansliet och inom patientnämnderna har kunskapen om den nya lagen och dess effekter i verksamheten löpande följts upp gällande ärendevolym, andel utredningsärenden, antal inkommande telefonsamtal med mera.

Lagen har inneburit förändringar i uppdrag som krävt utvecklingsarbete i handläggnings- och utredningsprocessen gällande patientklagomål. Lagen medförde även ramhöjande resursförstärkning till patientnämnderna som använts till nyrekrytering av en

utredningssekreterare med analysansvar samt till kompetensutveckling. Bemanning av kansliet och utredande personal har under året gjorts med utgångspunkt i den nya lagstiftningen. Lagen förutsätter systematisk samverkan och återföring med vårdgivare, inspektionen för vård och omsorg (IVO), politiska nämnder och styrelser samt att patientnämndernas egna analyser utifrån klagomålsärenden fördjupas. För att få en bra utveckling för detta har verksamheten löpande kontakt med andra patientnämnder i landet för att hanteringen av ärenden skall överensstämma med intentionerna i den nya lagstiftningen. Patientnämnderna samverkar även med IVO och under året har den nya lagen diskuterats samt respektive myndighets uppdrag och implementering.

### Bedömning

Patientnämnderna har arbetat aktivt med att förbereda och implementera den nya lagstiftningen i verksamheten inför och under 2018. Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.

## Granskningsområde B.2. Intern kontroll (*bevakning*)

### Bakgrund

*Risk:* att patientnämnderna inte arbetar ändamålsenligt med uppföljning och kontroll utifrån beslutad internkontrollplan.

*Inriktning:* Har nämnderna säkerställt att internkontrollplanen genomförs och att nämnden får tillräcklig löpande rapportering?

### Iakttagelser

Inför 2018 har patientnämndernas presidier arbetat med riskanalyser som underlag för den interna kontrollplanen. Utgångspunkt för arbetet har varit bedömningar kring vad som är skyddsvärt och vilka risker som förknippas med detta. För 2018 fastställdes inledningsvis 7 kontrollområden. Varje kontrollområde omfattar kontrollmoment som skall genomföras och rapporteras till nämnden i samband med delårsrapporterna samt i november.

Kontrollområden och åiterrapportering till nämnderna har bevakats under revisionsenhetens granskning 2018 och vi kan konstatera att interkontrollplanen har följts. Kontrollområdet, sekretess, har tillkommit under året och åiterrapporterats enligt plan till nämnderna.

Kontrollområde	Skall rapporteras till nämnd	Rapporterad till nämnd
Opartiskhet, neutralitet, objektivitet	April	April/september
Verksamhetens måluppfyllelse	April	April
Efterlevnad av lagar o föreskrifter inom området	september	september
Kompetensförsörjning och arbetsmiljö	september	september
Ledning och styrning	september	september
Patientnämndernas uppdrag avseende mänskliga rättigheter	November	November
Patientärendenas handläggs inom fastställd process och utefter givna mål	November	November
Sekretess	April/september	April/september

**Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.

**Granskningsområde B.3. Bisysslor (nämndförklaring, rapport 1, bilaga 2)****Bakgrund**

*Risk:* har åtgärder vidtagits utifrån de rekommendationer som revisionen lämnade i granskningen 2017.

*Inriktning:* om sådana eventuella åtgärder bidragit till att patientnämnderna har en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor.

Under 2018 genomförde revisionsenheten uppföljande granskningar avseende hur rutiner för bisysslor hanteras av nämnder och styrelser. Avseende patientnämnderna har en partiell granskning genomförts för att bedöma om kontroller och uppföljning av bisysslor genomförs löpande och i tillräcklig omfattning. Granskningens syfte är att belysa vilka åtgärder som vidtagits utifrån de rekommendationer som revisionsenheten lämnade i granskningen 2017 och om sådana eventuella åtgärder bidragit till att nämnder och styrelser har en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor.

Följande revisionsfrågor ska besvaras:

- Har kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats?
- Görs uppföljning av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor?

I sammanfattning har granskningen gett följande svar: Avseende frågan om riktlinjer och rutiner tillämpas för genomgång av medarbetares bisysslor svarade förvaltningschefen att frågan tas upp med medarbetarna i samband med utvecklingssamtal. Även i samband med nyanställningar tas frågan om bisyssla upp. Medarbetarna har också egenansvar som att meddela/ansöka, när bisyssla är aktuellt. Det finns enstaka exempel på medarbetare som ansökt/anmält om bisyssla. I de fallen fattas beslut av förvaltningschef, bifall eller avslag, i enlighet med VGR: s riktlinjer.

Dessa genomgångar dokumenteras löpande i den så kallade samtalsguiden som används vid utvecklingssamtalen. Om personen önskar anmäla bisyssla utgör även anmälan och det följande beslutet dokumentation i ärendet. Redovisning och uppföljning av godkända och ej godkända bisysslor görs det i den mån det är aktuellt.

**Bedömning**

De ställda revisionsfrågorna till patientnämnderna bedöms besvarade enligt nedanstående:

<b>Revisionsfråga:</b>	<b>Svar:</b>
Har kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats?	Ja, en rutin finns som innebär att bisysslor tas upp vid både medarbetarsamtal och vid nyanställningar. Dokumentation sker i den samtalsguide som används vid utvecklingssamtalen.
Görs det uppföljning av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor?	Ja, delvis

Den av regiondirektören beslutade rutinen avseende bisysslor tycks i allt väsentligt ha följts av patientnämnderna. Tillämpningen av rutinen har bidragit till att kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats. Patientnämnderna bedöms med anledning av ovanstående ha en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetarnas bisysslor. Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.

## Patientnämndernas resultat och effektivitet

Patientnämnderna har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska patientnämnderna genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt:

- Kompetensutveckling
- Uppföljning av IS/IT

### Granskningsområde C.1. Kompetensutveckling (*bevakning*)

#### Bakgrund

*Risk:* att patientnämnderna inte arbetar för en ändamålsenlig kompetensutveckling

*Inriktning:* att kompetensutveckling genomförs utifrån individuella utvecklingssamtal och kompetensutvecklingsplaner.

#### Iakttagelser

En kompetensutvecklingsplan för det gemensamma kansliet är beslutad under 2018. Den följs gällande planering och genomförande av individuella och kansligemensamma och kompetenshöjande aktiviteter. Samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner, alternativt introduktionsplaner. Medarbetarnas individuella kompetensutvecklingsplaner har också utvärderats under hösten enligt regionens rutiner och nya har upprättats inför 2019. Exempel på genomförda kompetensutvecklingsområden är:

- Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården,
- nya arbetssätt i nya arbetsmiljöer,
- sekretess och inkomna handlingar,
- dataskyddsförordningen GDPR,
- mänskliga rättigheter och barnkonventionen,
- personlig effektivitet och digitala arbetssätt,
- ledarskapsutveckling-, projektledning och analysarbete
- presentationsteknik för att förmedla budskap, i
- nformationsproduktion för webb,
- ärendehanteringssystem,
- nämndsekreterarutveckling,
- patientsäkerhetsarbete,
- personcentrerad vård.

Under året har patientnämnderna vidare arbetat med målet att uppnå en mer enhetlig introduktion av nya medarbetare med fokus på kansligemensamma riktlinjer/rutiner, rättssäker handläggning av patientärenden, samt bättre uppföljningsmöjligheter av introduktionen.

**Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.

**Granskningsområde C.2. Uppföljning av IS/IT (nämndför djupning, rapport 1, bilaga 1)****Bakgrund**

Risk: att åtgärder inte vidtagits utifrån de rekommendationer som revisionen lämnade i granskningen 2016.

**Iakttagelser**

Revisionsenhetens genomförde under 2016 en granskning av finansieringsmodell IS/IT. Bakgrunden till granskningen var att revisorerna inom ramen för årlig granskning av nämnder och styrelser noterat att det i verksamheten finns oklarheter kring finansieringsfrågor, redovisning och fakturering av IS/IT-kostnader. Revisionsenheten har under 2018 genomfört en uppföljande granskning av detta för att utreda patientnämndernas hantering och bedömning kring nämndernas egna IS/IT-kostnader.

Granskningens syfte är att med utgångspunkt i revisionsenhetens granskning och rekommendationer 2016 belysa om patientnämnderna bedömer att de har överblick över sina IS/IT-kostnader och kan styra och påverka dessa.

Följande revisionsfrågor ska besvaras:

- Har förenklingar gjorts i finansieringsmodellen så att den blir mer transparent och begriplig?
- Har verksamhetens påverkansmöjlighet vad gäller IS/IT-kostnader ökat?

**Bedömning**

Patientnämnderna är delvis kritiska till modellen för IS/IT-kostnader. De anser att det saknas rutiner för dialog och att underlagen för kostnaderna är otydliga. Sammantaget anser patientnämnderna att det är svårt att bedöma och påverka IS/IT-kostnaderna.

De ställda revisionsfrågorna bedöms besvarade enligt följande:

<b>Revisionsfråga:</b>	<b>Svar:</b>
Har förenklingar gjorts i finansieringsmodellen så att den blir mer transparent och begriplig?	Nej. Underlagen avseende IT-kostnader är bristfälliga. Ibland är det svårt att veta vad kostnaderna avser. Ingen muntlig dialog förekommer som rutin. Ökad transparens och dialog från leverantören av IS/IT inför budgetering och uppföljning är önskvärt.
Har verksamhetens påverkansmöjlighet vad gäller IS/IT-kostnader ökat?	Nej. Generellt anses detta svårbedömt och möjligheten till påverkan är liten.

Vår bedömning är att det för närvarande inte finns anledning att göra ytterligare fördjupade granskningar på området specifikt för patientnämnderna och lämnar inte heller någon rekommendation. Revisionsenheten kommer dock fortsatt att följa utvecklingen avseende

patientnämndernas IS/IT-kostnader inom ramen för årlig grundläggande granskning. Revisionsenhetens bedömning är att risken sammantaget är hanterad på ett tillfredsställande sätt av patientnämnderna.

## Patientnämndernas räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Deloitte har granskat redovisningen för patientnämnderna 2018. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har följande bedömningar gjorts.

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

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

Deloitte har genomfört analytisk granskning för att identifiera eventuella avvikelser. Granskningen har omfattat områdena:

- Maskiner och andra tekniska anläggningar
- Varulager
- Likvida medel
- Kundfordringar
- Övriga kortfristiga fordringar
- Eget Kapital
- Leverantörsskulder
- Interimsskulder
- Verksamhetens externa intäkter
- Verksamhetens externa kostnader
- Personalkostnader

I granskningsrapporten konstaterar Deloitte att det inte har framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser.

## Revisorernas sammanfattande bedömning

Årets revision 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. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av patientnämnderna bedömer revisionsenheten att verksamheten i allt väsentligt bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll.

## **Bilaga 1. Rapporter och underlag**

- 1) A2. Nämndfördjupning GDPR, REV 2018-00033-37, 2019-02-06, Martin Andersson
- 2) B3. Nämndfördjupning bisysslor, REV 2018-00033-37, 2019-02-06, Martin Andersson
- 3) C2. Nämndfördjupning IS/IT, REV 2018-00033-37, 2019-02-06, Martin Andersson
- 4) Dagordning och minnesanteckningar från revisorernas möte med patientnämndernas presidier.
- 5) Patientnämndernas protokoll och handlingar år 2018