

Innehållsförteckning

Revisionen inom Region Norrbotten.....	3
Lagstiftning och god revisionsledning ger innehållet	3
Den årliga revisionsprocessen	3
Riskanalys är vägledande för revisionens insatser	4
Ändamålsenlig verksamhet och intern kontroll	5
Granskning av delegering av beslutanderätt (bilaga 2)	5
Granskning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (bilaga 3)	5
Granskning av verksamhetsplanering och – utveckling på verksamhetsnivå (bilaga 4).....	7
Granskning av riktade statsbidrag (bilaga 5).....	8
Granskning av regionstyrelsens ärendeberedning (bilaga 6)	9
Samverkansgranskning med sju av länets kommuner gällande samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning (bilaga 7)	9
Brand- och skalskydd (bilaga 8).....	10
Avtalshantering (bilaga 9)	11
Intern kontroll.....	12
Granskning av legitimation med mera vid anställning och inhyrning av personal (bilaga 10)	12
Granskning av intern kontroll inom divisionerna; närsjukvård, länssjukvård, service och länteknik (bilaga 11)	13
Granskning av tillförlitlighet i redovisning, system och rutiner avseende kundfakturering (bilaga 12)	14
Granskning av budgetprocessen (bilaga 13)	15
Granskning av ledning och styrning - regionutvecklingsutskottet (bilaga 14)	16
Revisionsrapport inhyrd personal via bemanningsföretag (bilaga 15).....	17
Revisionsrapport över styrelsens hantering av fakturor avseende regionvård utförd på Norrlands universitetssjukhus (NUS) (bilaga 16)	17
Regionstyrelsens ansvarsutövande (bilaga 17)	18
Patientnämndens ansvarsutövande (bilaga 18)	19
Hälsoberedningens ansvarsutövande (bilaga 19)	20
Sjukvårdsberedningens ansvarsutövande (bilaga 20)	21
Framtidsberedningens ansvarsutövande (bilaga 21)	22
Allmänna beredningen ansvarsutövande (bilaga 22)	23
Demokratiberedningens ansvarsutövande (bilaga 23)	24
Rättvisande räkenskaper och ekonomiskt resultat	25
Revisorernas bedömning av delårsrapport per augusti 2017 (bilaga 24)	25
Granskning av Årsredovisning 2017 (bilaga 25)	25
Uppföljningar (bilaga 26).....	27
Revisorerna på Region Norrbottens hemsida.....	28

Revisionen inom Region Norrbotten

I den representativa demokratin utkräver medborgarna ansvar vid val till regionfullmäktige. Regionfullmäktige utkräver sedan, genom en årlig process, ansvar av styrelse, beredningar och nämnder.

Revisionen i Region Norrbotten är regionfullmäktiges organ för att med oberoende, saklighet och integritet främja och granska verksamheten i styrelse, regionfullmäktigeberedningar och patientnämnd. Uppdraget är ytterst att komma med förslag vad gäller ansvarsfrihet för styrelsen, regionfullmäktigeberedningar, patientnämnd och enskilda förtroendevalda.

Enligt Region Norrbottens reglemente väljer regionregionfullmäktige 9 förtroendevalda ledamöter. Bland de förtroendevalda revisorerna utser regionregionfullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska Region Norrbottens bolag som helt eller delvis ägs av Region Norrbotten.

Lagstiftning och god revisionsred ger innehållet

Uppdraget som förtroendevald revisor skiljer sig på flera sätt från andra politiska uppdrag. Revisorerna är självständiga i förhållande till varandra, men strävar efter att i enighet ta ställning i revisionsarbetet och arbeta gemensamt och samordnat utifrån god revisionsred i kommunal verksamhet.

Revisorerna ska med oberoende, objektivitet och integritet granska och främja verksamheten inom Region Norrbotten. Revisorernas uppdrag regleras genom kommunallagen, aktiebolagslagen, god red för kommunal revision samt det av regionregionfullmäktige fastställda revisionsreglementet.

I kommunallagen fastställs att granskningen ska ske årligen och i den omfattning som följer av god revisionsred. Revisorerna ska årligen pröva om;

- Verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.
- Räkenskaperna är rättvisande.
- Styrelsens och nämndernas interna kontroll är tillräcklig.

God revisionsred är de principer och tillvägagångssätt som är allmänt vedertagna vid kommunal revision. God red regleras inte i lag utan utformas och utvecklas av normbildare som t.ex. Sveriges Kommuner och landsting (SKL). God red kan sägas ta vid där lagstiftningen slutar.

Den årliga revisionsprocessen

Den årliga revisionsprocessen omfattar ett flertal steg. Den börjar med en revisionsplanering som består av omvärldsanalys och riskanalys och upprättande av den årliga revisionsplanen. Därefter genomförs de i revisionsplanen fastställda revisionsinsatserna.

Revisionsprocessen avslutas med att årets alla granskningar analyseras och bedöms. Då prövar revisorerna om regionstyrelse, beredningar och patientnämnd har fullgjort sina uppdrag. En revisionsberättelse upprättas som lämnas till regionfullmäktige. I revisionsberättelsen uttalar sig revisorerna om ansvarsfrihet bör tillstyrkas och om regionfullmäktiges mål för verksamheten har uppfyllts under året.

Som bilaga till revisionsberättelsen upprättas även revisorernas redogörelse 2017. Redogörelsen syftar till att redogöra för de granskningar som revisorerna låtit genomföra under året.

Riskanalys är vägledande för revisionens insatser

Alla delar av Region Norrbottens verksamhet ska årligen granskas av revisorerna. De resurser som avsätts för revisionen måste dock prioriteras till de områden som revisorerna anser som mest angelägna. Här är utgångspunkten den övergripande *riskanalysen* som revisorerna årligen låter göra. Analysen ligger till grund för prioritering av revisionsårets granskningsinsatser.

Meningen är att revisionsarbetet ska inriktas på sådana väsentliga områden där risker konstateras eller befaras, vilka kan påverka verksamhetens inriktning, förvaltning och redovisning eller påverka förtroendet för Region Norrbotten som organisation.

Region Norrbottens revisorer genomför därför en gång per år en övergripande riskanalys. För 2017 medförde analysen prioriterade granskningar som sammanfattas i nedanstående redogörelse.

Revisorernas granskning för verksamhetsåret sträcker sig till och med mars 2018 då revisionsberättelsen för det gångna året behandlas. I denna redogörelse redovisas de granskningar revisionen låtit genomföra under verksamhetsåret 2017 samt de bedömningar revisionen gjort i de enskilda granskningarna.

Ändamålsenlig verksamhet och intern kontroll

Granskning av delegering av beslutanderätt (bilaga 2)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Nöjda medborgare* har revisionen under året granskat delegationsordning och delegationsbeslut.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig delegationsordning samt om beslut fattade på delegation hanteras på ett ändamålsenligt sätt.

I granskningen har dokumentationsstudier och intervjuer genomförts. I granskningen har även en enkät genomförts bland samtliga med delegation enligt regionstyrelsens delegationsordning.

Vår sammanfattade revisionella bedömning är att;

- **Regionstyrelsen till övervägande del fastställt en ändamålsenlig delegationsordning.**
- **Regionstyrelsen i begränsad utsträckning säkerställt att beslut fattade på delegation hanteras på ett ändamålsenligt sätt.**

Vår bedömning baseras på följande;

- Styrelsens delegationsordning uppfyller kommunallagens krav enligt 6 kap §§ 34-36.
- Styrelsen har till övervägande del en delegationsordning som är anpassad till organisationen.
- Beslut som fattats med stöd av delegation följer till övervägande del gällande delegationsordning och riktlinjer.
- Rutiner och riktlinjer för att säkerställa att delegationsbeslut registreras på ett tillfredsställande sätt saknas.
- Därtill sker anmälan av delegationsbeslut endast i begränsad utsträckning på ett tillfredsställande sätt, vilket baseras på avsaknad av tydliga rutiner.
- Vi har inte, av det som gått att verifiera avseende registrering och anmälan av delegationsbeslut, kunnat se något felaktigt. De brister som konstateras ovan innebär dock en risk för en icke ändamålsenlig hantering. Detta medför bristande möjlighet för regionstyrelsen att utöva tillräcklig intern kontroll inom området.

I syfte att utveckla området lämnar revisionen följande rekommendationer;

- Att Regionstyrelsen säkerställer att delegationsbeslut registreras och anmäls på ett tillfredsställande och ändamålsenligt sätt genom att tillgodose behovet av tydliga rutiner och riktlinjer.
- Att Regionstyrelsen säkerställer att delegationsordningen revideras för att hållas á jour och säkerställa att delegater i delegationsordningen motsvarar organisationens funktioner.

Granskning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (bilaga 3)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat patientsäkerhetsarbetet inom regionens verksamheter.

Syftet med granskningen är att bedöma om;

- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att ett systematiskt och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete sker inom verksamheterna.
- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att den interna kontrollen avseende patientsäkerhetsarbete inom regionens verksamheter är tillräcklig.

Vår sammanfattade revisionella bedömning är att regionstyrelsen;

- ***I begränsad utsträckning* säkerställer att ett systematiskt och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete sker inom verksamheterna.**
- ***I begränsad utsträckning* har en tillräcklig intern kontroll för att kunna säkerställa ändamålsenlighet i regionens patientsäkerhetsarbete.**

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande;

- Regionstyrelsen säkerställer inte att vare sig det regionövergripande eller verksamhetsnära kvalitetsförbättringsarbetet avseende patientsäkerhet baseras på *systematiska och dokumenterade riskanalyser*.
- Med anledning av denna avsaknad av *systematiska riskanalyser* har styrelsen ej heller kunnat fatta beslut inom området baserat på sådana riskanalyser.
- Vi bedömer att det till övervägande del finns en styrning för att säkerställa att gällande interna styrdokument inom området patientsäkerhet är kända och tillämpas i verksamheterna, samtidigt som vi ser att det finns ändamålsenliga och skriftliga rutiner för avvikelshantering och anmälningar.
- Däremot ser vi inom ramen för vår granskning att det trots dessa rutiner finns en otillräcklig avvikelserapportering i verksamheterna. Vi vill i detta sammanhang särskilt lyfta de lagkrav hälso- och sjukvårdspersonal har för rapportering inom verksamheterna.
- De avvikelser som dock registreras används till övervägande del som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet inom regionen.
- Vi vill särskilt betona att kvalitetsförbättringsarbetet inom området bedöms vara reaktivt. Detta med hänvisning till att riskanalyser inte används för att proaktivt riskplanera och styra patientsäkerhetsområdet.
- Vi bedömer även att det inom regionen till övervägande del förmedlas goda exempel mellan verksamheter utifrån det patientsäkerhetsarbete som genomförs.

Utifrån ovanstående iakttagelser och bedömningar lämnar vi följande rekommendationer;

- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att regionens kvalitetsförbättringsarbete gällande patientsäkerhet baseras på systematiskt dokumenterade riskanalyser.
- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att gällande interna styrdokument för patientsäkerhetsområdet är kända och tillämpas inom verksamheterna.
- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att avvikelserapportering sker i tillräcklig utsträckning utifrån patientsäkerhetslagens krav. Dessutom att detta genomförs utifrån *de skyldigheterna anställda har enligt lagens krav*.

- Regionstyrelsen säkerställer att patientsäkerhetsrådets uppdrag och förutsättningar är tillräckliga i förhållande till det stödjande uppdrag rådet har för regionens patientsäkerhetsarbete.

Granskning av verksamhetsplanering och – utveckling på verksamhetsnivå (bilaga 4)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *En effektiv verksamhet med god kvalitet* samt *Nöjda medborgare* har revisionen under året granskat regionens verksamhetsplanering och – utveckling på verksamhetsnivå.

Syftet med granskningen är att ge underlag för bedömning om regionstyrelsen;

- Säkerställt att verksamhetsplaneringen och verksamhetsutvecklingen inom regionens verksamheter baseras på ändamålsenliga och tillräckliga beslutsunderlag.
- Säkerställt att tillräckliga stödfunktioner/-processer finns för verksamhetscheferna kopplat till deras planerings- och utvecklingsansvar.
- Säkerställt att verksamhetsplaneringen har förutsättningar att bidra till att verksamheten bedrivs på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att;

- **Regionstyrelsen till övervägande del säkerställt att verksamhetsplaneringen och verksamhetsutvecklingen inom regionens verksamheter baseras på ändamålsenliga och tillräckliga beslutsunderlag**
- **Regionstyrelsen i begränsad utsträckning säkerställt att tillräckliga stödfunktioner/-processer finns för verksamhetscheferna kopplat till deras planerings- och utvecklingsansvar**
- **Regionstyrelsen i begränsad utsträckning säkerställt att verksamhetsplaneringen har förutsättningar att bidra till att verksamheten bedrivs på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt**
- **Regionstyrelsen i begränsad utsträckning fastställt sina krav på återrapportering inom området samt att det i begränsad utsträckning finns etablerade rutiner för detta.**

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande;

- Styrelsen har fastställt sin plan och angett styrmått som skall följas upp, områden som ska prioriteras samt utvecklingsområden. En gemensam verksamhetsmodell har införts men ännu inte implementerats fullt ut i de olika divisionerna. Det finns en struktur för att arbeta fram divisionsplaner.
- Stöttande funktioner finns centralt i varje divisionsstab samt i olika utsträckning på verksamhetsnivå inom divisionerna. Vi uppfattar att ekonomi- och HR-stöd generellt är mer välfungerande än stödet för verksamhetsutveckling. Inom granskade divisioner är det främst inom division folktandvård som stödet uppfattas vara tillräckligt. Inom närsjukvården och länssjukvården framgår brister, i form av att stöd inom verksamhetsutveckling saknas i vissa frågor samt att centrala funktioner inte anses ha tillräckligt detaljerad kunskap om de olika verksamheterna.
- För mycket tid måste dagligen avsättas till personalfrågor och schemaplanering. Mer strategiska och långsiktiga frågor som utvecklings- och förbättringsarbetet riskerar därmed att bli nedprioriterat. Vi ser dock positivt på att intervjuade regionråd och högsta tjänstemannaledningen visar medvetenhet och förändringsvilja inom detta område.
- Ekonomiska handlingsplaner har dokumenterats och dessa följs upp regelbundet. Stabscontroller finns inom varje division vilken bidrar med regelbundna uppföljningar. Inom granskade

verksamheter går åsikterna isär kring hur väl detta, och övrigt ekonomistöd, fungerar samt i vilken utsträckning det bidrar till förutsättningarna att styra ekonomin på verksamhetsnivå.

- Ytterligare en utmaning vad gäller att nå ekonomi i balans är att tillgången på kompetens/personal i den egna organisationen är begränsad. Vår granskning tyder på ett relativt utbrett missnöje inom division närsjukvård där verksamhetschefer upplever att de får ”budgeten i knät” utan närmare delaktighet eller möjlighet att påverka den.
- Viss återrapportering inryms, i varierande grad, i divisionsledningarnas rapportering till regionledningen. Systematisk återrapportering inom området saknas. Avslutningsvis ser vi positivt på att det nu planeras hur mer systematisk återrapportering ska ske men än så länge finns inga tydligt fastlagda återrapporteringskrav.

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer;

- Att fokus sätts på att implementera styrmodellen fullt ut och komplettera den med systematisk och återkommande insamling och analys av information som krävs för kontinuerligt utvecklings- och förbättringsarbete.
- Att införa stödformer för bemanningsfrågor, i syfte att bli frigöra tid för verksamhetschefernas arbete med utvecklingsledning.
- Att knyta ekonomi-/controllerstöd samt stöd för verksamhetsplanering och – utveckling närmare verksamhetscheferna.
- Att i närtid tydligt fastställa krav och systematik avseende hur verksamhetsutveckling och förbättringsarbete ska återrapporteras. Vi ser i sammanhanget att även horisontell återföring av främst goda exempel är väsentligt att inkludera i rapporteringsprocesserna.

Granskning av riktade statsbidrag (bilaga 5)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *En effektiv verksamhet med god kvalitet* samt *Ekonomi som ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat Region Norrbottens hantering av riktade statsbidrag.

Syftet med granskningen är att ge underlag för en bedömning om de riktade statsbidrag som söks av Region Norrbottens används på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt.

Granskningen inriktas mot följande områden;

- Struktur och process för värdering och ställningstagande avseende vilka riktade statsbidrag regionen söker.
- Koppling mellan krav och inriktning på de riktade statsbidrag regionen tagit del av och regionens egna mål och prioriteringar.
- Uppföljning och analys av hur de riktade statsbidragens resultat och effekter påverkat regionens egna mål och prioriteringar.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att;

- **Region Norrbottens budgetprocess i begränsad utsträckning säkrat att de riktade statsbidrag som söks används på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt.**

Vår bedömning baseras på följande;

- Det saknades ett tydligt och strukturerat sätt för att i ett tidigare skede involvera berörda ledningsfunktioner. Det i sig begränsar förutsättningarna för en mer nyanserad värdering och ställningstagande kring hanteringen av riktade statsbidrag.
- Det saknades en dokumenterad koppling inom regionen för hur och på vilken nivå sökta statsbidrag avses bidra till en ökad måluppfyllelse.
- Det saknades uppföljning och analys inom regionen för att synliggöra hur de riktade statsbidragen eventuellt påverkat regionens egna mål och prioriteringar.

Granskning av regionstyrelsens ärendeberedning (bilaga 6)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Nöjda medborgare* har revisionen under året genomfört en granskning av regionstyrelsens ärendeberedning.

Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig ärendeberedningsprocess.

Mot bakgrund av att reglering i lagstiftning finns i låg utsträckning och att det därmed står styrelsen fritt att utforma sin ärendeberedning är vår sammanfattade revisionella bedömning att regionstyrelsen till övervägande del har säkerställt en ändamålsenlig ärendeberedning.

Vår bedömning baseras på följande;

- Beredningsprocessen sker i enlighet med upprättad processbeskrivning och styrelsens vilja.
- Då ett nära samarbete sker mellan styrelsen, främst majoriteten, och tjänstemän under beredningsprocessen finns utvecklingspotential avseende att tydliggöra roll- och ansvarsfördelningen inom beredningsprocessen mellan politiker och tjänstemän.
- Vi konstaterar att alternativa förslag till beslut som huvudregel ej tillämpas.
- Utskick av handlingar inför sammanträden sker i rimlig tid.

Samverkansgranskning med sju av länets kommuner gällande samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning (bilaga 7)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning.

Syftet med granskningen inom regionen är varit att bedöma om regionstyrelsen har säkerställt att samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning är ändamålsenlig, samt ifall den interna kontrollen inom området är tillräcklig.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att;

- **Regionstyrelsen till övervägande del har säkerställt att samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning är ändamålsenlig.**
- **Regionstyrelsens interna kontroll inom granskade områden endast i begränsad utsträckning är tillräcklig.**

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande;

- Regionstyrelsen har säkerställt att en överenskommelse upprättats på övergripande nivå utifrån lagens krav om samverkan mellan huvudmännen för gruppen psykiskt funktionsnedsatta.
- Vi ser dock att denna länsövergripande samverkansöverenskommelse inte brutits ned och kommit att tillämpas i samtliga sju granskade kommuner.
- Vi bedömer att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i dagsläget är tydlig på övergripande nivå, samtidigt som vi ser omfattande brister vad gäller tydligheten i ansvarsfördelning mellan huvudmännen på verksamhetsnivå.
- Vidare bedömer vi att samverkan på övergripande nivå fungerar i de fall där lokal samverkansöverenskommelse finns upprättad, samtidigt som samverkan på individnivå endast i begränsad utsträckning är tillräcklig.
- Vår bedömning är att regionstyrelsen förvisso följer området utifrån samverkansöverenskommelsen krav, samtidigt som vi noterar att det vid tid för denna granskning, fyra år efter den länsövergripande samverkansöverenskommelsen tillkomst, ännu inte finns lokala samverkansöverenskommelser som tillämpas mellan Region Norrbotten och samtliga granskade kommuner. Detta, menar vi, är en brist utifrån ett styrnings- och kontrollperspektiv.

Med hänsyn till granskningens iakttagelser och bedömningar lämnar revisionen följande rekommendationer. Regionstyrelsen säkerställer;

- Att åtgärder vidtas för att säkerställa att lokala samverkansöverenskommelser upprättas mellan Region Norrbotten och samtliga av länets kommuner och att dessa görs kända inom Region Norrbottens verksamheter.
- Att åtgärder vidtas för att säkerställa att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen tydliggörs.
- Att åtgärder vidtas för att säkerställa att samverkan kring enskilda individer stärks.

Brand- och skalskydd (bilaga 8)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat regionstyrelsens styrning och kontroll av regionens brand och skalskydd.

Granskningen syftar till att bedöma om regionstyrelsens styrning och kontroll av brand- och skalskydd för regionens sjukhus och hälsocentraler är ändamålsenlig och tillfredställande.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att;

- **Regionstyrelsens styrning av brand- och skalskydd för regionens sjukhus och hälsocentraler är ändamålsenlig och tillfredsställande.**
- **Vi bedömer dock att regionstyrelsens interna kontroll i sammanhanget i begränsad omfattning är tillräcklig.**

Vår bedömning baseras på följande;

- Regionstyrelsen har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av de brister som den tidigare granskningen påvisade samt säkerställt att dessa är genomförda.
- Det finns regiongemensamma och sjukhuslokala riktlinjer och rutiner för införande och upprätthållande av brand- och skalskydd.

- Dessa riktlinjer och rutiner tillämpas i tillräcklig utsträckning. Däremot bör säkerhetsriktlinjen från 2012 uppdateras och anpassas efter regionens verksamhet.
- Bedömningen är att ansvarsfördelningen mellan olika funktioner är tydlig och dokumenterad.
- Rapportering till regionstyrelsen om riktlinjer och rutiner samt händelser/tillbud inom området brand- och skalskydd sker i begränsad utsträckning.

För att utveckla området lämnas följande rekommendationer;

- Regionstyrelsen vidtar åtgärder för att säkerställa att det arbete med säkerhetsfrågor som bedrivs i organisationen även lämnas förutsättningar att fungera framgent.
- Regionstyrelsen säkerställer att rapportering av incidenter och händelser sker systematiskt och att allt avvikelserapportering sker i fastställda avvikelshanteringssystem.
- Regionstyrelsen säkerställer att arbete fullföljs avseende att installera och öka skalskydd till utrymmen som allmänheten inte behöver ha tillträde till, så som kulvertar och korridorer.
- Regionstyrelsen säkerställer att Säkerdialogen implementeras i hela verksamheten.

Avtalshantering (bilaga 9)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *Effektiv verksamhet med god kvalitet* och *Ekonomi ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat om regionstyrelsens säkerställt en ändamålsenlig avtalshantering, den interna kontrollen är tillräcklig samt om området hanterats på ett ur ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att;

- **Regionstyrelsen till övervägande del säkerställt en ändamålsenlig avtalshantering.**
- **Den interna kontrollen i vissa avseenden är bristande.**
- **Området till övervägande del hanteras på ett från ekonomiskt synpunkt tillfredsställande sätt.**

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande;

- Den förändrade organisationen har sammantaget gjort att regionen fått ett tydligare helhetsgrepp över området.
- Det finns en övergripande processbeskrivning för upphandlingsverksamheten med underliggande processer vari avtalshantering ingår som en del. Av granskningen framgår också att i princip samtliga respondenter i genomförd enkät har kännedom om de styrande dokument som ligger till grund för upphandlingsprocessen.
- Samverkan fungerar bra mellan upphandlingsenheten och de olika verksamheterna, men vi ser att visst utvecklingsbehov finns, främst kring att involvera kravställare i god tid. Samverkan mellan upphandlingsenheten och den centralt placerade enheten för strategiskt inköp bedrivs nära.
- Regionstyrelsen har säkerställt tillgång till vissa resurser för kontroller i och med att den nya enheten för strategiskt inköp bildades. Centrala kontroller och uppföljning bedöms dock inte ske i tillräcklig omfattning, men vi ser att ett utvecklingsarbete bedrivs.
- Det finns risker i att inte göra tillräckliga kontroller, vilket kan medföra bristande köptrohet och otillåtna direktupphandlingar.

- När det gäller revisionens iakttagelser och rekommendationer från 2013 års granskning har regionen förbättrat sig på samtliga punkter. Vi ser dock att det fortsatt finns förbättringsområden såsom exempelvis uppföljning av avtalstrohet.

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer;

- Att fokus sätts på att stärka internkontrollen inom området, där vi ser att ett bredare införande av e-handel underlättar löpande kontroller.
- Att utveckla samverkan med verksamhetsföreträdare/kravställare så att synpunkter inkommer i tid för att kunna inarbetas i kravspecifikationer och förfrågningsunderlag.

Intern kontroll

Granskning av legitimation med mera vid anställning och inhyrning av personal (bilaga 10)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *Nöjda medborgare* och *Attraktiv arbetsgivare* har revisionen under året granskat legitimation med mera vid anställning och inhyrning av personal.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig kontroll av anställd och inhyrd personal utifrån legitimation, utbildning och lämplighet.

Vår sammanfattade revisionella bedömning är att regionstyrelsen *brister* i säkerställandet av att kontrollera anställd och inhyrd personal i legitimationsyrken.

Vår bedömning baseras på följande:

- Det finns till övervägande del dokumenterade regler och rutiner för kontroll av legitimation, utbildning och referenser vid anställning och inhyrning av läkare och sjuksköterskor.
- Det finns *endast delvis* dokumenterade rutiner för att kontrollera om en sökande har varit eller är under utredning vid ett annat landsting.
- Regler och rutiner är *endast delvis* väl kända i verksamheterna.
- Verksamheten följer *ej* fastställda regler och rutiner.

Vi bedömer att det finns en övergripande styrning då kontroll av legitimation ingår i rekryteringsprocessen och vid inhyrning av personal på ett tydligt sätt. Det finns dock *brister i tillämpningen*.

Vi har genom vår granskning upptäckt 25 personer (19 inhyrda läkare och 6 anställda sjuksköterskor) där gällande svensk legitimation inte har kunnat uppvisas, vilket är klart *otillfredsställande*. Innan rapportens färdigställande har regionen informerats om detta för att möjliggöra skyndsamt hantering av dessa fall. Det är också *en klar brist* att egna, bakåtriktade kontroller inte har gjorts av personal som arbetar inom legitimationsyrken. Vi bedömer att det är därför *väsentligt* att åtgärder vidtas för att säkerställa att legitimationskontroller och övriga kontroller genomförs i organisationen.

Granskning av intern kontroll inom divisionerna; närsjukvård, länssjukvård, service och länteknik (bilaga 11)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *Effektiv verksamhet med god kvalitet* och *Ekonomi som inte belastar kommande generationer* har revisionen under året granskat den interna kontrollen inom fyra av regionens divisioner.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsens interna kontroll inom divisionerna närsjukvård, länssjukvård, service och länteknik är tillräcklig.

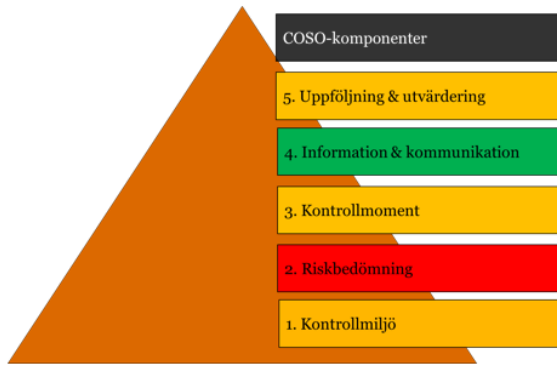
Vår sammanfattade revisionella bedömning är att regionstyrelsens interna kontroll inom respektive granskad division är *delvis tillräcklig*.

Vår bedömning baseras på följande:

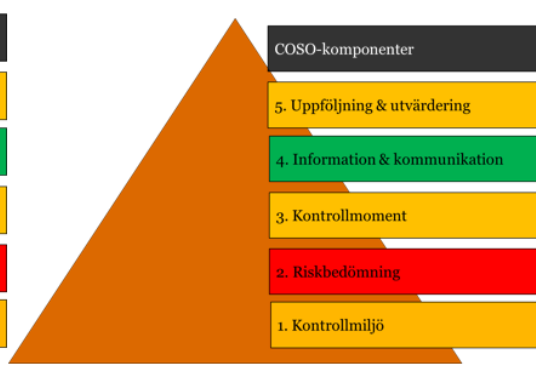
- Kontrollmiljön inom de granskade divisionerna är *delvis tillräcklig*. Inom regionen finns brister i dokumenthanteringssystemet VIS. Detta påverkar även vår bedömning av kontrollmålet. I sammanhanget noterar vi dock att regionstyrelsen gett regiondirektören i uppdrag att utreda och åtgärda identifierade problem relaterade till VIS. Vi ser positivt på denna åtgärd och bedömer att VIS, i ett läge där bristerna avhjälpas, lämnar goda förutsättningar att *stärka* kontrollmiljön inom regionens verksamheter.
- Vi har i vår granskning inte erhållit några revisionsbevis som kan styrka att det finns någon dokumenterad, eller på annat sätt tydliggjord, riskbedömning som ligger till grund för internkontrollplanens kontrollaktiviteter. Detta bedömer vi som *otillräckligt*. I sammanhanget noterar vi dock att regionstyrelsen fattat beslut för att utveckla området riskbedömning. Vi ser positivt på denna åtgärd.
- Inom division service är kontrollmomenten i internkontrollplanen inrapporterade och väl förankrade i verksamheterna. Vår bedömning är att kontrollmomentens status således är *tillräcklig* inom division service. Övriga tre divisioner har inrapporterat kontrollmomenten på ett korrekt sätt. Däremot bedömer vi att kontrollmomenten inte är fullt ut förankrade inom divisionerna närsjukvård, länssjukvård och länteknik. Inom dessa tre divisioner bedöms kontrollmomenten vara *delvis tillräckliga*.
- Divisionerna närsjukvård, länssjukvård och länteknik har strukturerade och väl fungerande former för information och kommunikation. Vår bedömning är att området information och kommunikation är *tillräckligt* inom dessa tre divisioner. Division service uppvisar vissa brister inom området, vilket gör att vi bedömer att området information och kommunikation vara *delvis tillräckligt* inom divisionen. De brister vi uppmärksammat inom division service bedöms bero på divisionens organisationsstruktur, som idag är under revidering. Avhjälpas de organisatoriska bristerna bedömer vi att det kan stärka området information och kommunikation.
- Divisionerna närsjukvård, länssjukvård och service har en *delvis tillräcklig* uppföljning och utvärdering. De främsta bristerna finns inom enskilda chefers kunskaper inom ekonomi, vilket påverkar möjligheten till att använda erhållen uppföljningsdata som utvärderingsmaterial. Vår bedömning är däremot att uppföljningen och utvärderingen är *tillräcklig* inom division länteknik.

Nedan sammanfattas respektive divisions uppfyllelse av kontrollkomponent utifrån den färgmässiga bedömningsskalan *tillräcklig*, *delvis tillräcklig* och *otillräcklig*.

Division Närsjukvård



Division Länssjukvård



Division Service



Division Länsteknik



Granskning av tillförlitlighet i redovisning, system och rutiner avseende kundfakturerings (bilaga 12)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Ekonomi som ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat om regionstyrelsens kundfakturerings.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsens interna kontroll i samband med kundfakturerings är tillräcklig.

Vår sammanfattade revisionella bedömning är att regionstyrelsens interna kontroll inom området till övervägande del är tillräcklig.

Vår bedömning baseras på följande:

- Regionens regler och rutiner för fakturerings är i stort ändamålsenliga.
- Det finns system ute i verksamheterna som säkerställer att alla utförda tjänster/produkter som skrivs in i verksamhetssystemen blir fakturerade, att fakturerings baseras på överenskomna villkor och att upprättade fakturor överensstämmer med underlag. Vidare bedöms fakturerings ske utan dröjsmål och att betalningsbevakning och kravrutin fungerar.
- De granskade verksamheterna inom regionen har till övervägande del säkerställt att känsliga patientuppgifter hanteras på ett ändamålsenligt sätt i samband med kundfakturerings.

För att utveckla området bör följande rekommendation prioriteras:

- Kontroller som säkerställer att tjänster som utförs men inte registreras i verksamhetssystem också faktureras, exempelvis intyg som skrivs ut men inte alltid föranleder fakturering. Detta i syfte att tillse att alla tjänster faktureras och att alla patienter behandlas på jämlikt sätt.

Vi ser positivt på att Region Norrbotten fortsätter arbetet med att utveckla sekretessarbetet för patientkontorets administratörer avseende vilken information som kan lämnas ut vid inkommande samtal till från exempelvis anhöriga.

Granskning av budgetprocessen (bilaga 13)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *Ekonomi som ger handlingsfrihet och Ekonomi som inte belastar kommande generationer* har revisionen under året granskat regionens budgetprocess.

Syftet med granskningen har varit att ge underlag för en bedömning om Region Norrbottens budgetprocess bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Granskningen har inriktats mot följande områden:

- Interna regler och rutiner: förekomst och tillämpning
- Resursfördelningsmodell: förekomst och tillämpning
- Koppling mål (uppdrag) och medel (budget)
- Dialog och delaktighet
- Budgetansvar
- Politisk styrning och kontroll

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att:

- **Region Norrbottens budgetprocess till övervägande del bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.**
- **Den interna kontrollen inom granskade områden bedöms endast i begränsad utsträckning vara tillräcklig.**

Vår bedömning baseras på följande;

- Styrelsen utövar viss styrning och kontroll av budgetprocessen. En mer gemensam syn inom den politiska organisationen på själva budgetprocessen är ett utvecklingsområde.
- Det finns dokumenterade regler och rutiner för budgetprocessen centralt samt inom Division Folkhälsovården. För övriga divisioner saknas dokumenterade regler och rutiner. Förekommande regler och rutiner tillämpas överlag av organisationen. Det finns vissa skillnader i hur regelverket uppfattas i organisationen.
- Det finns en kännedom om hur den övergripande resursfördelningsmodellen som används ser ut. Den är dock inte dokumenterad, transparent eller förankrad.
- För de större divisionerna saknas alltför ofta en tydlig koppling mellan verksamhetens budgetmedel/ ekonomiska mål och uppdrag/verksamhetsmål. För de mindre divisionerna är kopplingen mellan ekonomi och uppdrag tydligare och starkare.
- Det finns en dokumenterad dialog mellan regionledning och divisionsledning samt inom Division Folkhälsovården. Dialog och delaktighet för de stora sjukvårdsdivisionerna har en utvecklingspotential.
- Budgetansvaret är i begränsad utsträckning dokumenterat för budgetansvariga chefer. Det är dock beskrivet för cheferna.

För att utveckla regionens budgetprocess rekommenderar vi;

- Att regionstyrelse och regionledning analyserar granskningsresultatet och utifrån detta vidtar rimliga åtgärder för att förbättra regionens budgetprocess. Fokus bör sannolikt riktas mot områdena dialog och delaktighet (hela budgetkedjan, framförallt inom sjukvårdsorganisationen), balans mellan mål och medel samt skapa en mer gemensam syn kring själva budgetprocessen inom den politiska organisationen.

Granskning av ledning och styrning - regionutvecklingsutskottet (bilaga 14)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Nöjda medborgare* har revisionen under året granskat regionstyrelsens styrning, uppföljning och intern kontroll avseende verksamheten är tillräcklig.

Syftet med granskning har varit att bedöma om styrning, uppföljning och intern kontroll avseende verksamheten är tillräcklig.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att;

- **Regionstyrelsens övergripande styrning avseende verksamheten för regional utveckling är tillräcklig.**
- **Regionstyrelsens uppföljning och interna kontroll i begränsad utsträckning är tillräcklig, men att åtgärder vidtagits för att öka förutsättningarna för en mer ändamålsenlig uppföljning och intern kontroll för 2018.**

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande;

- Styrelsen har i sin strategiska plan brutit ned fullmäktiges mål på området. I den strategiska planen är det tydliggjort att den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är styrande för verksamheten. Beslut har fattats av styrelsen avseende att övertagandet av verksamheten ska ske i enlighet med reglementet.
- Det finns en aktuell delegationsordning som tydliggör uppdrag och ansvar avseende regionstyrelsen, regionutvecklingsutskottet och tjänstemannanivån avseende uppdraget enligt reglementet. Det finns ett pågående arbete med att revidera och arbeta fram rutiner på verksamhetsnivå avseende handläggning av ärenden. Verksamheten bedöms utifrån det som framgår av granskningen bedrivas i enlighet med delegationsordningen.
- Ingen internkontrollplan som omfattar verksamheten för regional utveckling har antagits för 2017. Internkontrollplan för 2018 har fastställts och i samband med detta har en riskanalys genomförts som har omfattat verksamheten.

Med hänsyn till granskningens iakttagelser och bedömningar lämnar vi följande rekommendation;

- För att utveckla verksamheten rekommenderas regionstyrelsen säkerställa att tillräcklig uppföljning av verksamheten avseende regional utveckling når styrelsen, såväl avseende verksamhet som ekonomi.

Revisionsrapport inhyrd personal via bemanningsföretag (bilaga 15)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *Ekonomi som ger handlingsfrihet* samt *Ekonomi som inte belastar kommande generationer* har revisionen under året granskat inhyrd personal via bemanningsföretag.

Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsens interna kontroll är tillräcklig i samband inhyrning av personal från bemanningsföretag.

I granskningen har dokumentstudier, stickprov, avstämningar och intervjuer genomförts vid ett urval av regionens verksamheter.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsens interna kontroll till övervägande del är tillräcklig i samband inhyrning av personal från bemanningsföretag.

Vår bedömning baseras på följande;

- Vår granskning visar att inhyrning av personal gällande allmänspecialister till primärvården *till övervägande del* sker i enlighet med tecknade ramavtal och regionens regelverk.
- Den granskning vi gjort av fakturor visar även att de fakturor som regionen erhåller *till övervägande del* uppfyller avtalade uppgifter som möjliggör kontroll.
- Åtgärder vidtas *till övervägande del* vad avser vitesföreläggande vid bristande leveranser från leverantörerna.
- Vår granskning visar även att betydande vitesbelopp utkrävts för brister i leveranser under året.
- I vår granskning framkommer att åtgärder *till övervägande del* vidtas i de fall då uppgifter saknas på fakturorna som regionen erhåller från leverantörerna. Detta genom att återkoppling till leverantörerna sker vid upptäckta brister och eventuella oklarheter till övervägande del reds ut innan fakturorna betalas.
- Avslutningsvis är vår bedömning att regionstyrelsen följer upp området i *tillräcklig* utsträckning. Detta främst genom att regionstyrelsen gett regiondirektören i uppdrag att minska användningen av inhyrd personal. Kostnadsutvecklingen och arbetet med att försöka minska kostnaderna redovisas dels genom ledningsrapporten samt genom divisionernas åiterrapportering till styrelsen. Styrelsen följer även utvecklingen inom området genom delårsrapport och årsredovisning.

Utifrån granskningens iakttagelser och bedömningar lämnar vi följande rekommendationer:

- Regionstyrelsen säkerställer att de fakturor som tillsänds regionen uppfyller regionens ställda krav på innehåll
- Regionstyrelsen säkerställer att regionens regelverk efterlevs genom att direktupphandling av vårdpersonal sker utifrån regionens fastställda riktlinjer

Revisionsrapport över styrelsens hantering av fakturor avseende regionvård utförd på Norrlands universitetssjukhus (NUS) (bilaga 16)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Ekonomi som ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat regionens hantering och kontroll av fakturor avseende regionvård utförd av Norrlands universitetssjukhus (NUS).

Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen säkerställt att fakturahanteringen hänförlig till tjänster avseende regionvård hanteras på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

I granskningen har dokumentstudier, stickprov och intervjuer genomförts vid ett urval av regionens verksamheter.

Vår sammanfattade revisionella bedömning är att regionstyrelsen till övervägande del säkerställt att fakturahantering hänförlig till tjänster avseende regionvård hanteras på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Vår bedömning baseras på följande;

- Det finns en dokumenterad beskrivning av fakturahanteringsprocessen. Av intervjuer framgår att framtagandet av dokumentet i viss mån utgått från ett risk- och väsentlighetsperspektiv även om riskanalysen, i det här fallet, inte dokumenterats.
- Rutinen för kontroll av erhållna fakturor bedöms till övervägande del vara tillräcklig och tillämpas, både på patientkontoret och ute i de granskade verksamheterna. Rutinen för kontroll av fakturerade priser mot regionavtalets prislista, vilket upplevs vara tidskrävande, bedöms dock vara ett utvecklingsområde.
- De utställda fakturorna avseende tjänsteköp av regionvård till övervägande del motsvarar lagkraven samt bestämmelserna i regionvårdsavtalet. En avvikelse noteras genom att faktureringen inte sker klinikvis utan till viss del sker genom samlingsfakturor där både akut och remitterad vård ingår.
- Fakturakontroll sker i begränsad utsträckning på ett korrekt sätt utifrån sekretessynpunkt. Regionen bedöms förvisso ha goda rutiner för behörighetstilldelning i systemen. Däremot leder hanteringen av samlingsfakturorna till att fler personer än de som behöver uppgifterna för sitt arbete får tillgång till känslig patientinformation.

För att utveckla området bör följande rekommendation prioriteras;

- Regionstyrelsen bör genom upparbetade kanaler såsom regionfakturagrupperna och träffar regionekonomerna emellan fortsätta dialogen med NUS så att faktureringen i än större utsträckning anpassas till bestämmelserna i regionvårdsavtalet.

Regionstyrelsens ansvarsutövande (bilaga 17)

Som enda politiska nämnd och driftsstyrelse inom Region Norrbotten har Regionstyrelsen ett stort ansvar och en viktig roll avseende att utföra Regionfullmäktiges uppdrag och det sammantagna politiska verkställighetsansvaret.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Regionstyrelsens ansvarsutövande för 2017 varit tillfredsställande.

Granskningen omfattar styrelsens åtgärder för att styra, följa upp, vidta åtgärder, kontrollera samt rapportera till Regionfullmäktige.

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsens ansvarsutövande för 2017 med fokus på styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet, ekonomi och intern kontroll i allt väsentligt varit ändamålsenlig.

Bedömningen baseras på:

- Att regionstyrelsen under 2017 har vidareutvecklat sin styrning såtillvida att styrelsen utvecklat sin målstyrning.
- Att regionstyrelsen under 2017 har stärkt den interna kontrollen och vidareutvecklat den administrativa/strategiska styrningen.
- Att regionstyrelsen kan verifiera att styrelsen under 2017 haft en tillräcklig styrning (med avseende fokus på aktivt beslutsfattande, tydliga mätbara mål och intern kontroll).
- Att regionstyrelsen kan verifiera att styrelsen under 2017 haft en tillräcklig uppföljning och rapportering av resultat och uppdrag (med fokus på fattade beslut, måluppfyllelse och genomförd intern kontroll).
- Att styrelsen under 2017 vidareutvecklat sin avrapportering i årsredovisningen såtillvida att styrelsen i år även gör en samlad bedömning av måluppfyllelsen kopplat till regionfullmäktiges strategiska mål enligt Strategisk plan 2017-2019.
- Att regionstyrelsen kan verifiera att styrelsen under 2017 tillräckligt analyserat och vidtagit åtgärder (med fokus på aktivt beslutsfattande och måluppfyllelse).

Patientnämndens ansvarsutövande (bilaga 18)

Granskningen syftar till att bedöma om patientnämnden har vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll över den verksamhet nämnden ansvarar för.

Utifrån genomförd granskning görs en sammantagen revisionell bedömning att:

- **patientnämndens styrning i begränsad utsträckning har varit tillräcklig för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet.**
- **patientnämndens kontroll och uppföljning av ekonomin i begränsad utsträckning har varit tillräcklig samt att den kan utvecklas för att säkerställa ekonomisk tillfredsställelse och tillräcklig intern kontroll.**
- **patientnämndens kontroll och uppföljning av verksamheten har till övervägande del varit tillräcklig, men att den kan utvecklas avseende uppföljning av beslutade mål för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet och tillräcklig intern kontroll.**

Vår bedömning baseras på följande:

- Nämndens styrning, i form av verksamhetsplan, *har en tydlig* koppling till gällande lagstiftning och till övervägande del gällande strategisk plan. Verksamhetsplanen innehåller inte de delar (budget och handlingsplan) som framgår av nämndens reglemente och bedöms med anledning av detta i begränsad utsträckning vara tillräcklig.
- Det saknas relevanta mål för delar av nämndens verksamhet och på de delar där mål finns bedöms dessa *i begränsad utsträckning* vara mät/uppföljningsbara samt att nämnden *inte antagit* någon detaljbudget för sin verksamhet.
- Uppföljning av ekonomin är *i begränsad utsträckning tillräcklig*, och bl. a. kan utvecklas avseende prognos mot helåret.

- Vi bedömer att uppföljningen av verksamheten till övervägande del är tillräcklig, men att uppföljningen avseende nämndens mål och aktiviteter inte är tillräcklig.
- Vidare bedömer vi att patientnämnden inte i tillräcklig utsträckning har agerat utifrån den information/redovisning som skett till nämnden avseende hur verksamheten har utvecklats under året.
- Utifrån 2016 års granskning är vår bedömning att nämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för den verksamhet som bedrivits 2017. Vi ser dock positivt på att nämnden för 2018 vidtagit vissa åtgärder.
- Rapportering har skett till IVO och fullmäktige enligt gällande reglemente och föreskrift

Utifrån granskningens iakttagelser och bedömningar lämnar vi följande rekommendationer. Att patientnämnden:

- Utvecklar sin målstyrning så att den ger förutsättningar att i större utsträckning styra nämndens verksamhet och i synnerhet det arbete som utförs avseende patientärenden.
- Säkerställer att kompetensutvecklande insatser för nämnden och dess ledamöter genomförs i syfte att säkerställa tillräcklig kunskap om en nämnds uppdrag och ansvar utifrån lagstiftning och reglemente.
- Säkerställer att den interna kontrollen är tillräcklig. Initialt handlar detta om att få på plats en ändamålsenlig målstyrning, för både ekonomi och verksamhet, samt rutiner för att säkerställa en ändamålsenlig kontroll. Utformningen av den interna kontrollen bör utformas så att den ger förutsättning för att förebygga, upptäcka och åtgärda.
- Arbetar fram och fastställer processer, rutiner och arbetsätt för att agera aktivt utifrån den information som delges nämnden.

Hälsoberedningens ansvarsutövande (bilaga 19)

Granskningen syftar till att bedöma om hälsoberedningen har vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll över den verksamhet nämnden ansvarar för.

Regionfullmäktige har godkänt att Hälsoberedningens verksamhetsrapport för verksamhetsåret 2017 avlämnas under 2018. I vår granskning har vi därför begärt in underlag som styrker hur beredningen bedrivit sin verksamhet under verksamhetsåret 2017. Det underlag vi erhållit från Hälsoberedningen ligger till grund för våra bedömningar av beredningens verksamhet.

Vår samlade revisionella bedömning är att Hälsoberedningen till övervägande del bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vår bedömning är dock att den interna kontrollen i sammanhanget i begränsad utsträckning varit tillräcklig.

Bedömningen baseras på att:

- Beredningens ledamöter till övervägande del har en tillfredsställande självskattad kunskap om de styrande dokument som reglerar beredningens verksamhet.
- Vår granskning visar att beredningen genom sin delrapportering till övervägande del kan visa att denne genomfört medborgardialoger och genom dessa arbetat för att öka kunskapen om medborgarnas behov.

- Vår granskning visar även att beredningen genom sin delrapportering *till övervägande del* kan visa att denne genomfört medborgardialoger som tydliggör hur beredningen verkat för bättre kontakt mellan medborgare och förtroendevalda.
- Beredningen har inte avlämnat en verksamhetsrapport till fullmäktige. Att rapporten inte har avlämnas under 2017 är dock sanktionerat genom beslut i fullmäktige.
- Beredningen har bedrivit sitt uppdrag i enlighet med tilldelad ekonomisk ram. I sammanhanget skall dock nämnas att det ekonomiska resultatet behöver ställas mot måluppfyllelsen i övrigt.

I syfte att utveckla beredningens verksamhetsrapporter inför framtiden lämnas följande rekommendation:

- Beredningen vidtar ändamålsenliga åtgärder för att stärka den interna kontrollen genom att löpande analysera, förebygga och åtgärda hinder för att nå de mål och fullgöra det uppdrag som fullmäktige fastställt.
- I syfte att stärka dialog och återrapportering till beredningens uppdragsgivare fullmäktige rekommenderas beredningen att framgent tidigt initiera en dialog med fullmäktiges presidium för att planera och löpande återrapportera måluppfyllelsen i beredningens arbete.

Sjukvårdsberedningens ansvarsutövande (bilaga 20)

Granskningen syftar till att bedöma om sjukvårdsberedningen har vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll över den verksamhet nämnden ansvarar för.

Regionfullmäktige har godkänt att Sjukvårdsberedningen verksamhetsrapport för verksamhetsåret 2017 avlämnas under 2018. I vår granskning har vi därför begärt in underlag som styrker hur beredningen bedrivit sin verksamhet under verksamhetsåret 2017. Det underlag vi erhållit från Sjukvårdsberedningen ligger till grund för våra bedömningar av beredningens verksamhet.

Vår samlade revisionella bedömning är att sjukvårdsberedningen *till övervägande del* bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vår bedömning är vidare att den interna kontrollen i sammanhanget *till övervägande del* varit tillräcklig.

Bedömningen baseras på att:

- Beredningens ledamöter *till övervägande del* har en tillfredsställande självskattad kunskap om de styrande dokument som reglerar beredningens verksamhet.
- I avsaknad av en verksamhetsrapport, men genom en översiktlig skriftlig delrapportering som vi erhållit, bedömer vi att beredningen *till övervägande del* kan visa att denne på ett tillfredsställande sätt arbetet för att öka kunskapen om medborgares behov. Delrapporteringen beskriver dock inte val av metod eller analys över beredningens valda arbetsformer utifrån beredningens uppdrag, vilket är ett utvecklingsområde inför slutrapporteringen.
- Beredningen kan *i begränsad utsträckning* visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, verkat för bättre kontakt mellan medborgare och förtroendevalda. Vår granskning visar att beredningen genomfört medborgardialoger. Avsaknaden av verksamhetsrapport gör dock att vi inte närmre kan bedöma om beredningen på ett tillfredsställande sätt verkat för bättre kontakt mel-

lan medborgare och förtroendevalda. Den delrapportering till fullmäktige som vi erhållit från beredningen redogör ej heller närmre för kontrollfrågans frågeområde.

- Beredningen har inte avlämnat en verksamhetsrapport om genomförd verksamhet och överlämnat denna till fullmäktige. Regionfullmäktige har dock godkänt att verksamhetsrapporten avlämnas under verksamhetsåret 2018.
- Beredningen har bedrivit sitt uppdrag i enlighet med tilldelad ekonomisk ram. I sammanhanget skall dock nämnas att det ekonomiska resultatet behöver ställas mot måluppfyllelsen i övrigt.

I syfte att utveckla beredningens verksamhetsrapporter inför framtiden lämnas följande rekommendation:

- Beredningen vidtar ändamålsenliga åtgärder för att stärka den interna kontrollen genom att löpande analysera, förebygga och åtgärda hinder för att nå de mål och fullgöra det uppdrag som fullmäktige fastställt.
- I syfte att stärka dialog och återrapportering till beredningens uppdragsgivare fullmäktige rekommenderas beredningen att framgent tidigt initiera en dialog med fullmäktiges presidium för att planera och löpande återrapportera måluppfyllelsen i beredningens arbete.

Framtidsberedningens ansvarsutövande (bilaga 21)

Granskningen syftar till att bedöma om framtidsberedningen har vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll över den verksamhet nämnden ansvarar för.

Regionfullmäktige har godkänt att framtidsberedningens verksamhetsrapport för verksamhetsåret 2017 avlämnas under 2018. I vår granskning har vi därför begärt in underlag som styrker hur beredningen bedrivit sin verksamhet under verksamhetsåret 2017. Det underlag vi erhållit från framtidsberedningen ligger till grund för våra bedömningar av beredningens verksamhet.

Vår samlade revisionella bedömning är att Framtidsberedningen i begränsad utsträckning bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vår bedömning är vidare att den interna kontrollen i sammanhanget i begränsad utsträckning varit tillräcklig.

Bedömningen baseras på att:

- Beredningens ledamöter *till övervägande del* har en tillfredsställande självskattad kunskap om de styrande dokument som reglerar beredningens verksamhet.
- Beredningen kan *i begränsad utsträckning* visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, arbetat för att öka kunskapen om medborgarnas behov. Vår granskning visar att beredningen genomfört medborgardialoger. Avsaknaden av verksamhetsrapport, samt genom att det huvudsakliga underlag vi erhållit består av obearbetad och icke analyserade minnesanteckningar som visar hur beredningens metoder sett ut, gör dock att vi inte närmre kan bedöma resultatet av beredningens arbete för att öka kunskapen om medborgarnas behov.
- Beredningen kan *i begränsad utsträckning* visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, verkat för bättre kontakt mellan medborgare och förtroendevalda. Vår granskning visar att bered-

ningen genomfört medborgardialoger. Avsaknaden av verksamhetsrapport, samt genom att det huvudsakliga underlag vi erhållit består av obearbetad och icke analyserade minnesanteckningar som visar hur beredningens metoder sett ut, gör dock att vi inte närmre kan bedöma om beredningen på ett tillfredsställande sätt verkat för bättre kontakt mellan medborgare och förtroendevalda.

- Beredningen har inte avlämnat en verksamhetsrapport om genomförd verksamhet och överlämnat denna till fullmäktige. Regionfullmäktige har dock godkänt att verksamhetsrapporten avlämnas under verksamhetsåret 2018.
- Beredningen har bedrivit sitt uppdrag i enlighet med tilldelad ekonomisk ram. I sammanhanget skall dock nämnas att det ekonomiska resultatet behöver ställas mot måluppfyllelsen i övrigt.

I syfte att utveckla beredningens verksamhetsrapporter inför framtiden lämnas följande rekommendation:

- Beredningen vidtar ändamålsenliga åtgärder för att stärka den interna kontrollen genom att löpande analysera, förebygga och åtgärda hinder för att nå de mål och fullgöra det uppdrag som fullmäktige fastställt.
- I syfte att stärka dialog och återrapportering till beredningens uppdragsgivare fullmäktige rekommenderas beredningen att framgent tidigt initiera en dialog med fullmäktiges presidium för att planera och löpande återrapportera måluppfyllelsen i beredningens arbete.

Allmänna beredningen ansvarsutövande (bilaga 22)

Granskningen syftar till att bedöma om framtidsberedningen har vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll över den verksamhet nämnden ansvarar för.

Vår samlade revisionella bedömning är att Allmänna beredningen bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll.

Bedömningen baseras på att:

- Beredningens ledamöter *till övervägande del* har en tillfredsställande självskattad kunskap om de styrande dokument som reglerar beredningens verksamhet.
- Beredningen kan visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, arbetat för att öka kunskapen om medborgarnas behov.
- Beredningen kan visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, verkat för bättre kontakt mellan medborgare och förtroendevalda.
- Beredningen har avlämnat en verksamhetsrapport om genomförd verksamhet och överlämnat denna till fullmäktige.
- Beredningens verksamhetsrapport redovisar årets uppdrag på ett tillfredsställande sätt.
- Beredningen har bedrivit sitt uppdrag i enlighet med tilldelad ekonomisk ram.

I syfte att utveckla beredningens verksamhetsrapporter inför framtiden lämnas följande rekommendation:

- För att beredningen ytterligare skall kunna påvisa hur denne arbetat för att möta de uppdrag som fullmäktige lämnat rekommenderas beredningen att utveckla verksamhetsrapportens metodbeskrivning så att denna framgent än tydligare redogör för omfattningen av de sätt som beredningens verksamhet bedrivits.
- I syfte att stärka dialog och återrapportering till beredningens uppdragsgivare fullmäktige rekommenderas beredningen att framgent tidigt initiera en dialog med fullmäktiges presidium för att planera och löpande återrapportera måluppfyllelsen i beredningens arbete.

Demokratiberedningens ansvarsutövande (bilaga 23)

Granskningen syftar till att bedöma om demokratiberedningen har vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll över den verksamhet nämnden ansvarar för.

Regionfullmäktige har godkänt att Demokratiberedningens verksamhetsrapport för verksamhetsåret 2017 avlämnas under 2018. I vår granskning har vi därför begärt in underlag som styrker hur beredningen bedrivit sin verksamhet under verksamhetsåret 2017. Det underlag vi erhållit från Demokratiberedningen ligger till grund för våra bedömningar av beredningens verksamhet.

Vår samlade revisionella bedömning är att demokratiberedningen i begränsad utsträckning bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vår bedömning är vidare att den interna kontrollen i sammanhanget i begränsad utsträckning varit tillräcklig.

Bedömningen baseras på att:

- Beredningens ledamöter *till övervägande del* har en tillfredsställande självskattad kunskap om de styrande dokument som reglerar beredningens verksamhet.
- Beredningen kan *i begränsad utsträckning* visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, arbetat för att öka kunskapen om medborgarnas behov.
- Beredningen kan *i begränsad utsträckning* visa att denne, på ett tillfredsställande sätt, verkat för bättre kontakt mellan medborgare och förtroendevalda.
- Beredningen har inte avlämnat en verksamhetsrapport om genomförd verksamhet och överlämnat denna till fullmäktige. Regionfullmäktige har dock godkänt att verksamhetsrapporten avlämnas under verksamhetsåret 2018.
- Beredningen har bedrivit sitt uppdrag i enlighet med tilldelad ekonomisk ram. I sammanhanget skall dock nämnas att det ekonomiska resultatet behöver ställas mot måluppfyllelsen i övrigt.

I syfte att utveckla beredningens verksamhetsrapporter inför framtiden lämnas följande rekommendation:

- Beredningen vidtar ändamålsenliga åtgärder för att stärka den interna kontrollen genom att löpande analysera, förebygga och åtgärda hinder för att nå de mål och fullgöra det uppdrag som fullmäktige fastställt.
- I syfte att stärka dialog och återrapportering till beredningens uppdragsgivare fullmäktige rekommenderas beredningen att framgent tidigt initiera en dialog med fullmäktiges presidium för att planera och löpande återrapportera måluppfyllelsen i beredningens arbete.

Rättvisande räkenskaper och ekonomiskt resultat

Revisorernas bedömning av delårsrapport per augusti 2017 (bilaga 24)

Vi av fullmäktige utsedda revisorer har uppdraget att bedöma om delårsrapporten för perioden januari – augusti har upprättats i enlighet med lagens krav och god redovisningssed. Vidare ska vi bedöma om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de mål för god ekonomisk hushållning som fullmäktige beslutat. Syftet med granskningen är även att ge oss ett underlag för vår bedömning av ansvarsprövningen.

Bedömningen är baserad på en översiktlig granskning av delårsrapporten. Det innebär att granskningen varit begränsad i omfattning, inriktad på övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen. Det är PwC, som på vårt uppdrag, har utfört granskningen.

Utifrån granskningen av delårsrapporten gör vi denna bedömning:

- Vi bedömer att delårsrapporten i allt väsentligt är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed i övrigt. Vi ser positivt på att regionen nu tagit tag i arbetet med att även komponentuppdelat äldre anläggningstillgångar vilket blir en anpassning till god redovisningssed. Bedömningen i delårsrapporten är att balanskravet kommer att uppfyllas för år 2017.
- Vi bedömer att resultatet delvis är förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt för 2017. Årets prognostiserade positiva resultat kan kortsiktigt ge en viss handlingsfrihet men svårigheten med anpassningen till den aktuella intäktsnivån och brister i kostnadseffektiviteten i verksamheterna leder till att målet om att kommande generationer inte ska belastas, som det ser ut nu, inte uppfylls.
- Vi bedömer, utifrån delårsrapportens återrapportering, att verksamhetens utfall endast delvis är förenligt med de av fullmäktige fastställda målen i strategiska planen 2017-2019. Utvärdering görs utifrån delårsutfallet, någon prognos för helårsutfallet lämnas däremot inte i delårsrapporten.

Även om kostnaderna för inhyrd personal fortsätter att öka så kan vi konstatera att både kostnaderna för riks- och regionvården och läkemedel minskar något enligt prognos och att personalkostnadsökningen också är något lägre än hur utvecklingen sett ut de två senaste åren.

Granskning av Årsredovisning 2017 (bilaga 25)

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Region Norrbottens årsredovisning är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat om.

Vi bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt redogör för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen. Vi bedömer vidare att förvaltningsberättelsen i stort in-

nehåller den information som den ska utifrån lag om kommunal redovisning och god redovisningssed. För att utveckla rapporteringen bör orsakerna till divisionernas budgetavvikelser på ett tydligare sätt framgå av årsredovisningshandlingen.

Vi bedömer även att årets resultat i det finansiella perspektivet delvis är förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning.

Regionen lever för 2017 upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans då underskottet från tidigare år har återställts i och med årets resultat.

Vi bedömer, utifrån åiterrapportering i förvaltningsberättelsen, att utfallet delvis är förenligt med fullmäktiges övergripande mål för verksamheten.

Styrelsen är i år tydligare i sina uttalanden om måluppfyllelsen och lämnar bedömning om samtliga strategiska mål, vilket är positivt. För att ytterligare utveckla rapporteringen kan styrelsen överväga om en bedömning om det samlade utfallet, för både verksamhet och ekonomi, är förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning också ska lämnas i årsredovisningen

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande och i stort upprättade enligt god redovisningssed.

Komponentuppdelning av samtliga anläggningstillgångar (exklusive nya investeringar i fastigheter) har däremot inte gjorts, vilket innebär att det finns osäkerheter i redovisningen av materiella anläggningstillgångar och avskrivningar utifrån gällande lagstiftning. Enligt plan kommer komponentavskrivningar på äldre tillgångar att införas under 2018.

Uppföljningar (bilaga 26)

Revisionsprocessen kan delas in i följande delar: Planering, genomförande och uppföljning. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen tagit till sig kritik, synpunkter och förslag.

Region Norrbottens revisorer gör kontinuerligt uppföljningar av genomförda granskningar.

Inom ramen för verksamhetsåret 2017 har en samlad uppföljning gjorts av ett antal granskningar genomförda under åren 2012 och 2014. De granskningar som följt upp är:

1. Sjukresor, 2012
2. Intern kontroll inom EKO-området, 2012
3. Missbruks- och beroendevården, 2012
4. Landstingets interna kontroll av ersättning till privata sjukgymnaster, 2012
5. Landstingets projektverksamhet, intern kontroll, 2014
6. Läkemedelsförskrivning, den interna kontrollen inom landstinget,
7. Jämlik barnhälsovård, 2014
8. Patientsäker läkemedelshantering – läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser, 2014

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att Regionstyrelsen **till övervägande del** vidtagit åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar, samt att den interna kontrollen inom området **till övervägande del** är tillräcklig.

Nedan redovisas en samlad matris med uppföljningens resultat:

	Beslut om åtgärder	Åtgärdernas status identifierad	Tillräcklig internkontroll
1. Sjukresor		Brister i genomförande	
2. Intern kontroll inom EKO		Brister i genomförande	
3. Missbruks- och beroendevården			
4. Ersättning till privata sjukgymnaster			
5. Landstingets projektverksamhet			
6. Internkontroll inom			

läkemedelsförskrivning			
7. Jämlik barnhälsovård		Kan ej bedömas	
8. Patientsäker läkemedelshantering		Brister i genomförande	

Grönt = kontrollmål uppfyllt, gult = till övervägande del uppfyllt, orange = i begränsad utsträckning uppfyllt, rött = ej uppfyllt.

Revisorerna på Region Norrbottens hemsida

Våra revisionsberättelser, skrivelser, rapporter, granskningssammandrag och mycket mer därtill hittar ni på revisorernas hemsida:

[www.norrbotten.se/Demokrati och insyn/Regionens revisorer](http://www.norrbotten.se/Demokrati_och_insyn/Regionens_revisorer)

Där kan du läsa mer om årets och tidigare års granskningsinsatser.

www.norrbotten.se