

www.pwc.se

# Ansvarsutövande 2018 - Patientnämnden

Marie Lindblad  
Cert. kommunal  
revisor

Susanna Huber  
Revisionskonsult

Region Norrbotten  
Mars 2019

**pwc**

# 1

## *Inledning*

## ***Bakgrund***

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser, nämnder och fullmäktigeberedningar.

Styrelsen, nämnden och beredningarna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget måste respektive organ bygga upp system och verktyg för ledning, styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa verktyg tillämpas på avsett vis. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett vis.

I granskningar avseende Patientnämndens ansvarsutövande de senaste åren konstaterade revisorerna att det fanns områden som kunde utvecklas.

## ***Syfte och revisionsfråga***

Den översiktliga granskningen ska besvara följande revisionsfråga: Bedrivs nämndens verksamhet på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Granskningen omfattar nämndens gemensamma åtgärder för att styra, följa upp, vidta åtgärder, kontrollera samt rapportera till regionfullmäktige.

## ***Metod***

Granskningen har genomförts löpande under året med följande metoder

- Patientnämndens handlingar och protokoll följs och granskas löpande under året och på varje revisionsmöte diskuteras det aktuella läget.
- På revisionsmötet i juni deltar nämndens ordförande för att ge sin bild av nuläget och utmaningar.
- I februari 2019 genomförs intervjuer med ordförande, handläggare samt nämndens sekreterare.
- I februari 2019 genomförs ordförande och v. ordförande i revisionen en hearing med patientnämndens ordförande för patientnämnden till och med december 2018.
- Granskning av patientnämndens verksamhetsrapport samt årsredovisning 2018 avseende målpuppfyllelse.
- Granskningen sammanställs i en skriftlig rapport i ppt-format

## ***Revisionskriterier och avgränsning***

- Kommunallagen 6:6
  - Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)
  - Strategisk plan 2018-2020 samt andra regioninterna styrdokument, t ex reglemente
- Granskningen avser patientnämndens verksamhetsår 2018 och kompletterar annan fördjupad granskningar som görs under året.

# 2

## *Kontrollmål och bedömningskriterier*




## 2.1 Kontrollmål

Nr	Kontrollmål
1	Verksamhetsplan a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet? b) Omfattar planen alla verksamheter (heltäckande)? c) Är planen upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv? d) Baseras planen på en dokumenterad risk-/väsentlighetsanalys?
2	Budget a) Har nämnden antagit budget för sin verksamhet? b) Omfattar budget alla verksamheter (heltäckande)? c) Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?
3	Mål a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet? b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi? c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?
4	Rapportering, redovisning och aktiva åtgärder a) Är nämndens aktiva åtgärder tillräckliga för att nå fastställda resultat och målfyllelse?
5	Målfyllelse a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten? b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?
6	Intern kontroll a) Finns en av nämnden antagen internkontrollplan? b) Baseras planen på en dokumenterad risk-/väsentlighetsanalys? b) Återrapporteras planen till nämnden?

## 2.2 Bedömningskriterier

### Bedömning av kontrollmål

Granskningens 15 kontrollmål har bedömts utifrån en tre gradig bedömningskala:

-  Rött indikerar *inte uppfyllt*
-  Gul indikerar *delvis uppfyllt*
-  Grönt indikerar *uppfyllt*

### Sammanfattande revisionell bedömning

Den sammanfattande revisionella bedömningen redovisas i avsnitt 4. Granskningens 16 kontrollmål har legat till grund för den sammanfattande bedömningen som skett utifrån en tregradig bedömningskala:

- *ej ändamålsenligt/ej ekonomiskt tillfredsställande/ej tillräcklig intern kontroll*
- *inte helt ändamålsenligt/inte helt ekonomiskt tillfredsställande/inte helt tillräcklig intern kontroll*
- *i allt väsentligt ändamålsenligt/i allt väsentligt ekonomiskt tillfredsställande/i allt väsentligt tillräcklig intern kontroll*

# 3

## Granskningens förutsättningar och iakttagelser



## *Granskningsföresättningar*

Inledningsvis i denna granskning noterar vi följande gällande patientnämndens strukturella och organisatoriska föresättningar:

- Patientnämnden har för att bedriva sitt arbete tillgång till en tjänstemannaorganisation som lyder under regionstyrelsens stab, kansliheten.
- Krav på patientnämndens interna kontroll utgörs av kommunallagen. Regionövergripande regler eller riktlinjer för den interna kontrollen har inte fastställts. Regionstyrelsen har fastställt regler för internkontroll (RS 2017-10-03 § 183) inom den egna verksamheten, vilka dock inte omfattar patientnämnden.
- Patientnämnden är direkt underställd regionfullmäktige. Fullmäktige har fastställt att patientnämnden ska avge en årlig verksamhetsredovisning. Dock finns det inte några fastställda krav på att patientnämnden ska avlägga tertiär-/delårsrapportering.

### 3. Patientnämnden – bedömning mot kontrollmål

Nr	Kontrollmål	Bedömning
1	Verksamhetsplan	
	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	GRÖN
	b) Omfattar planen alla verksamheter (heltäckande)?	GRÖN
	c) Är planen upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	GUL
	d) Baseras planen på en dokumenterad risk-/väsentlighetsanalys?	RÖD
2	Budget	
	a) Har nämnden antagit budget för sin verksamhet?	GRÖN
	b) Omfattar budget alla verksamheter (heltäckande)?	RÖD
	c) Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	GUL
3	Mål	
	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	GUL
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	RÖD
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	RÖD
4	Rapportering, redovisning och aktiva åtgärder	
	a) Är nämndens aktiva åtgärder tillräckliga för att nå fastställda resultat och målfyllelse?	GUL
5	Målfyllelse	
	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	GRÖN
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	RÖD
6	Intern kontroll	
	a) Finns en av nämnden antagen internkontrollplan?	RÖD
	b) Baseras planen på en dokumenterad risk-/väsentlighetsanalys?	BEDÖMNING UTEBLIR
	c) Återrapporteras planen till nämnden?	BEDÖMNING UTEBLIR

### **3.1 Iakttagelser och bedömning – verksamhetsplan**

Patientnämnden har antagit en verksamhetsplan för år 2018 (PaN 2017-12-04 § 36).

Enligt reglementet (KF 2018-11-22 § 122) ansvarar patientnämnden huvudsakligen för stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, samt för att utse stödpersoner utifrån olika lagrum. I nämndens verksamhetsplan beskrivs båda dessa områden samt ett antal ytterligare uppgifter som omnämns i reglementet.

I nämndens reglemente anges direktiv för verksamhetsplanen. Verksamhetsplanen för 2018 uppfyller kraven till viss del.

<b>Direktiv från fullmäktige</b>	<b>Uppfyllt*</b>
Verksamhetsplan upprättas senast i december	Ja
Verksamhetsplanen ska innehålla mål	Delvis
Verksamhetsplanen ska innehålla framgångsfaktorer	Ja
Verksamhetsplanen ska omfatta en handlingsplan	Delvis
Verksamhetsplanen ska omfatta nämndens budget	Delvis
Fullmäktiges strategiska plan ska var vägledande	Ja

\* Verksamhetsplanen saknar mål för verksamhetsdelen stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården, den tydliggör inte vem som ska göra vad (handlingsplan), budget för stödpersonsverksamheten saknas.

### 3.1 Iakttagelser och bedömning - verksamhetsplan

I ett yttrande från nämnden då föregående års ansvarsgranskning behandlades (PaN 2018-05-14 § 61) beskrivs de åtgärder som nämnden vidtagit med anledning av revisorernas kommentarer. En av åtgärderna var att inkludera budget och handlingsplan i verksamhetsplanen, vilket tidigare saknats.

Vidare beskrivs i nämndens yttrande att kopplingen mellan verksamhetsplan och fullmäktiges strategiska mål har tydliggjorts.

Granskningen styrker inte att verksamhetsplanen baseras på en risk- och väsentlighetsanalys.

Nr	Kontrollmål	Bedömning
1	Verksamhetsplan	
	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	GRÖN
	b) Omfattar planen alla verksamheter (heltäckande)?	GRÖN
	c) Är planen upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	GUL
	d) Baseras planen på en dokumenterad risk-/väsentlighetsanalys?	ROD

### ***3.2. Iakttagelser och bedömning - budget***

Nämnden har i sin verksamhetsplan antagit en budget. Budgeten omfattar enbart kostnader för förtroendevalda. Övrig verksamhet (stödpersonverksamhet) finns inte med i budgeten. Fullmäktiges direktiv i nämndens reglemente tydliggör att verksamhetsplanen ska omfatta nämndens budget.

Vid intervjuer uppges att budgeten för stödpersonverksamheten ligger under kanslienheten. Kanslichefen uppger att detta under våren 2018 påtalades för ekonomi- och planeringskontoret i syfte att flytta över budgeten till nämnden. Vi noterar att nämndens plan för 2019-2021 omfattar budget både för de förtroendevalda och för stödpersonverksamheten.

Vid intervjuer uppges även att nämndens roll i budgetprocessen håller på att ses över. Inför år 2018 tilldelades nämnden en budget för stödpersonverksamheten vilken byggde på en indexuppräknning från tidigare år. Inför år 2019 beslutade nämnden att äska om utökad budget för såväl stödpersonverksamheten som för de förtroendevalda. Budgetförslaget överlämnades till ekonomi- och planeringskontoret för vidare behandling i samband med framtagandet av regionens finansplan (PaN 2018-10-16 § 96).

Av den budget som återfinns i patientnämndens verksamhetsplan för år 2018 framgår inte hur de medel som regionen erhåller från länets kommuner för patientnämndsverksamheten används. Vid intervjuer uppges att dessa medel ingår i kanslienhets budget och används till finansiering av patientnämndens tjänstemannastöd.

### 3.2 Iakttagelser och bedömning - budget

Nr	Kontrollmål	Bedömning
2	Budget	
	a) Har nämnden antagit budget för sin verksamhet?	GRÖN
	b) Omfattar budget alla verksamheter (heltäckande)?	ROD
	c) Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	GUL

Fullmäktige anger att budget ska finnas. Vi utgår från att fullmäktiges avsikt är att budgeten ska omfatta all nämndens verksamhet. Utifrån detta blir vår bedömning på 2C delvis uppfyllt – det finns en budget, men den omfattar inte all verksamhet.

### 3.3 Iakttagelser och bedömning - mål

I nämndens verksamhetsplan för år 2018 finns 11 st målformuleringar varav 7 mål avser *stödverksamhet* och 4 avser *övrig verksamhet*. Inom *övrig verksamhet* återfinns följande områden:

- analys av brister och risker,
- information till intressenter,
- nämndens kunskap om sitt ansvarsområde,
- samverkan med andra patientnämnder.

Vi noterar att inget av målen i verksamhetsplanen berör handläggningen av klagomålsärenden. I nämndens verksamhetsplan, under rubriken *"För att nå målen kommer nämnden att"*, noterar vi dock följande skrivelse:

*"För att nå målen kommer nämnden att verka för att handläggning av inkomna ärenden påbörjas skyndsamt och att begäran om yttrande till verksamhet och återkoppling till patient ska ske inom 7 dagar."*

Vid intervjuer framkommer att denna 7-dagarsgräns betraktas som ett mål för handläggningen. I verksamhetsplanen ingår det dock inte som ett av nämndens strategiska mål.

Vid intervjuer framkommer även att målen i verksamhetsplanen i hög grad utgår från föregående års mål. Det har enligt intervjuade inte förts några ingående diskussioner kring att formulera mål i verksamhetsplanen för handläggning av klagomålsärenden. Detta uppges bero på att området upplevs vara svårt att målstyra då det dels är reglerat i lag och dels beroende av inflöde av ärenden.

Vidare uppges att ärendehanteringsprocessen har tydliggjorts i ett flödesschema. Flera av de intervjuade uppger att detta lett fram till att mål upprättats för ärendehandläggning, även om de inte kommer till uttryck i verksamhetsplanen. Flödesschemat har kommunicerats till nämnden.

### 3.3 Iakttagelser och bedömning - mål

Politiskt fastställda mål för ekonomin finns inte utöver den budget som upprättats för de förtroendevaldas omkostnader.

Flera av nämndens mål är att likna vid aktiviteter som ska genomföras, snarare än målformuleringar som beskriver vad nämnden önskar uppnå. Flera av målen innehåller oprecisa formuleringar, exempelvis:

- *Tillvarata och tillgodose patienters önskemål*
- *Främja ökat deltagarantal vid stödpersonutbildningar*
- *Att utveckla och bredda information till intressenter*

Det framgår inte av verksamhetsplanen hur nämnden avser mäta och följa upp målen, vilka kriterier måluppfyllelse ska bedömas mot, eller vilka punkter i handlingsplanen (under rubriken "För att nå målen kommer nämnden att") som har bäring på vilket mål. Ett par av målen är tydligare avgränsade och kvantifierade, men vi bedömer att majoriteten av målen är svåra att mäta och följa upp.

Nr	Kontrollmål	Bedömning
3	Mål	
	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	GUL
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	ROD
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	ROD



### ***3.4 Iakttagelser och bedömning – rapportering, redovisning och aktiva åtgärder***

I yttrande från nämnden då föregående års ansvarsgranskning behandlades framkommer att en åtgärd utifrån revisorernas kommentarer var att förbättra kontroll och uppföljning av såväl ekonomi som verksamhet (se § 61 14 maj 2018). Protokollen visar att nämnden under år 2018 erhållit löpande redovisningar av ekonomi och verksamhet. Nämnden vidtog även, som framkommit ovan, åtgärder kopplat till utformningen av verksamhetsplanen med anledning av ansvarsutövandegranskningen för år 2017.

Vid intervyju uppges att nämnden och tjänstepersoner enats om ett upplägg för återrapportering. Kanslichef eller handläggare rapporterar vid varje nämnd om hur handlägningsprocessen och stödpersonuppdraget fortlöper. Vi noterar att den fördjupade återrapportering som lämnas per tertial inte rapporteras vidare till fullmäktige, vilket uppges bero på att det inte finns några krav inom regionen på att patientnämnden ska avlägga tertial-/delårsrapportering till fullmäktige.

### 3.4 Iakttagelser och bedömning – rapportering, redovisning och aktiva åtgärder

I årsrapporten anges att det i patientnämndens nya uppdrag (sedan 2018-01-01) ingår att *rapportera avvikelser av betydelse för patientsäkerheten till vårdgivaren*. Vid intervjuer uppges att det under året inte skett någon strukturerad rapportering. Avvikelser har funnits men det har enligt de intervjuade inte funnits något tydligt mönster avseende vilken verksamhet avvikelserna uppstått hos.

I nämndens verksamhetsplan betonas vikten av att *brister och risker som uppmärksammas av patientnämnden ska analyseras mer ingående och en bättre återföring till fullmäktige ska utvecklas*. I nämndens årsrapport framgår att nämnden, inom ramen för sitt uppdrag, *skall göra fördjupade analyser utifrån speciella problemområden och föra vidare analyserna i den politiska organisationen*. Vid intervjuer framkommer att dessa analyser inte gjorts under det gångna året, dels beroende på att ärenden som fått vänta länge har behövts handläggas och dels beroende på begränsningar i nuvarande ärendehanteringssystem.

Slutligen noterar vi att en tvådagars utbildning för den nytillträdda nämnden, inklusive ersättare, har genomförts i början av 2019 i syfte att öka nämndens kunskap kring uppdraget. Detta i linje med nämndens mål i verksamhetsplanen.

Nr	Kontrollmål	Bedömning
4	Rapportering, redovisning och aktiva åtgärder a) Är nämndens aktiva åtgärder tillräckliga för att nå fastställda resultat och målfuppfyllelse?	GUL

### **3.5. Iakttagelser och bedömning - måluppfyllelse**

I nämndens årsberättelse utvärderas de 11 mål som finns med i verksamhetsplanen. Nämnden uppnår 8 av 11 verksamhetsmål. Övriga 3 uppnås delvis. Det framgår dock inte tydligt utifrån vilka kriterier måluppfyllelsen har bedömts.

Vi noterar att årsberättelsen inte redovisar huruvida begäran om yttrande till verksamhet och återkoppling till patient skett inom 7 dagar eller ej. Vid intervjuer uppges att de flesta begäran om yttrande skickas ut inom 3-4 dagar.

Nämndens ekonomiska resultat för helåret 2018 är ett underskott på 491 tkr. Den politiska verksamheten gjorde ett litet överskott medan stödpersonverksamhetens underskott uppgick till närmare 510 tkr.

<b>Verksamhet</b>	<b>Utfall</b>
Politisk verksamhet	+ 18 456
Stödpersonverksamhet	- 509 547
<b>Totalt</b>	<b>- 491 091</b>

### 3.5 Iakttagelser och bedömning måloppfyllelse

Vid intervjuer framkommer att omkostnader för stödpersonverksamheten har ökat av olika anledningar, utöver det faktum att antalen uppdrag har ökat med ca 50 % sedan år 2013. Under året har kostnadsersättning som betalas ut till stödpersoner per vecka, vilken varit oförändrad sedan år 2009, räknats upp. Vidare uppges att ersättningen till stödpersoner vid utbildning och inkomstbortfall har förbättrats.

Vid intervjuer uppges att nämnden inte gjorde något budgetäskande utan tilldelades en budget för både förtroendevalda och för stödpersonverksamheten vilken byggde på en indexuppräknning. Inför 2019 äskade nämnden om ökad budget för både förtroendevalda och för stödpersonverksamheten vilket beviljades. Detta ger således bättre förutsättningar för en budget i balans under år 2019.

Nr	Kontrollmål	Bedömning
5	Måloppfyllelse	
	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	GRÖN
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	ROD

### ***3.6. Iakttagelser och bedömning – intern kontroll***

Nämnden har för år 2018 inte fastställt en internkontrollplan. Granskningen styrker inte att det inom regionen ställs krav på att patientnämnden ska upprätta en sådan. Dock är kommunallagen tydlig med att varje nämnd ska tillse att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vi noterar att följande gällande patientnämndens utövande av intern kontroll:

- Nämnden har fastställt en delegationsordning (PaN 2018-05-14 § 59) samt föreslagit revidering av sitt reglemente med anledning av den nya lagstiftningen (PaN 2018-05-14 § 58).
- Nämnden har under året inte upprättat en systematisk, heltäckande riskanalys för sin verksamhet även om intervjuer visar på att en medvetenhet kring vissa risker finns.
- Nämnden har fastställt riktlinje för rekrytering av stödpersoner (PaN 2018-05-14 § 60)
- Nämnden har vid varje sammanträde följt upp verksamhet och ekonomi.Utförligare rapportering har lämnats tre gånger. Dokumentation finns i nämndens protokoll och årsredovisning. Separata tertialrapporter har inte upprättats.
- Uppföljning av verksamheten har i huvudsak utgjorts av ärendestatistik, förändringar inom stödpersonverksamheten, personalfrågor, planering av fortbildning samt omvärldsbevakning.
- Gällande uppföljning av ekonomi noterar vi att budgetuppföljning inte gjorts på nedbruten nivå, utan enbart för nämnden respektive stödpersonverksamheten som helhet. Vid intervju uppges att nämnden vid sammanträden fått muntliga förklaringar till orsaker till avvikelser.
- Måluppfyllelsen har enbart utvärderats i årsrapport, ej vid tertial/delår.

### 3.6. Iakttagelser och bedömning – intern kontroll

- Nämnden har identifierat att den sedan år 2014 gemensamma handboken för enhetliga arbetsätt och ärendekategorisering för patientnämndskanslier tidigare inte följts fullt ut och följsamheten till den har nu förbättrats och handläggningen uppges numera följa lagen striktare än vad fallet varit tidigare.
- Ärendeprocessen har tydliggjorts och ett arbete med flödeskartläggningar har pågått under året. Under 2019 uppges arbetet fortsätta för att ytterligare effektivisera handläggningen.
- Den 1 maj 2019 introduceras ett nytt datasystem för ärendehandläggning. Intervjuade ser mycket positivt på detta och menar att det avsevärt kommer att förbättra förutsättningarna för uppföljning och analys av verksamheten.
- Nämnden har upprättat en prioriteringsordning som ska gälla i händelse av att inflödet av patientärenden är så omfattande att utredning av samtliga inte kan påbörjas inom rimlig tid (PaN 2018-02-22 § 52).

Nr	Kontrollmål	Bedömning
6	Intern kontroll	
	a) Finns en av nämnden antagen internkontrollplan?	RO
	b) Baseras planen på en dokumenterad risk-/väsentlighetsanalys?	BEDÖMNING UTEBLIR
	c) Återrapporteras planen till nämnden?	BEDÖMNING UTEBLIR

# 4

## *Revisionell bedömning och rekommendationer*

## 4. Revisionell bedömning och rekommendationer

Samlad revisionell bedömning baserad på kontrollmålen	Bedömning
Ändamålsenlighet Baseras på kontrollmål 1c, 2c, 5a	Vi bedömer att patientnämnden bedriver verksamheten på ett inte helt ändamålsenligt sätt.
Ekonomiskt tillfredställande Baseras på kontrollmål 5b	Vi bedömer att patientnämnden bedriver verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt ej tillfredsställande sätt
Intern kontroll Baseras på kontrollmål 1a-b, 1d, 2a-b, 3a-c, 4a, 6a-c	Vi bedömer att patientnämndens internkontroll inte är helt tillräcklig.



## 4. Revisionell bedömning och rekommendationer

Det är positivt att patientnämnden under 2018 blivit mer aktiv och fått en bättre struktur på sitt arbete. I syfte att fortsätta detta förbättringsarbete lämnar vi följande rekommendationer:

- Vidareutveckla målstyrningen så att målen blir mer konkreta och mätbara (och mindre formulerade som aktiviteter) samt att målen omfattar hela nämndens verksamhet (ett nytt verksamhetssystem bör underlätta detta).
- Tydliggör i handlingsplanen vem som ska göra vilken aktivitet och när.
- Fortsätt att stärka den interna kontrollen så att den blir en naturlig del av nämndens ansvar. En dokumenterad riskanalys för verksamheten är en bra grund för ett systematiskt internkontrollarbete.

Till regionfullmäktige vill vi ge följande medskick för beaktande:

- Patientnämndens roll som nämnd, och att den på samma sätt som regionstyrelsen är direkt underställd regionfullmäktige, behöver förtydligas.
- Patientnämndens oberoende behöver säkras med anledning av att tjänstemannastödet är organiserat under regiondirektörens stab.
- Patientnämnden bör inkluderas i regiongemensamma processer gällande exempelvis internkontroll och delårsrapportering.

2019-03-27



**Hans Forsström**

Uppdragsledare



**Marie Lindblad**

Projektledare