

Region Kalmar län

Basgranskning
Patientnämnden



Building a better
working world

Innehåll

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Genomförande och avgränsningar.....	4
1.4. Ansvarig nämnd/styrelse.....	4
1.5. Revisionskriterier.....	4
2. Granskningsresultat.....	9
2.1. Organisation	9
2.2. Bedömning.....	9
2.3. Mål, uppdrag och uppföljning	9
2.4. Ekonomisk uppföljning.....	10
2.5. Intern kontroll och riskanalys	10
2.6. Beslutsunderlag och protokoll	11
3. Svar på revisionsfrågor samt rekommendationer	12
Källförteckning.....	14
Bilaga 1: Regionens uppföljnings- och bokslutsprocess 2021	15

Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en basgranskning av patientnämnden. Den sammanfattande bedömningen är att nämnden till stor del har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt samt haft en tillräcklig intern kontroll.

Nämnden har tolkat fullmäktiges mål och brutit ned dessa till nämndspecifika mål och aktiviteter. Vi bedömer att nämnden delvis har säkerställt att uppföljning sker i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige bestämt. Nämnden har informerats om arbetet utifrån verksamhetsplanen i samband med halvårsuppföljningen per sista augusti samt i samband med verksamhetsberättelsen. Vi noterar dock att det inte har skett någon uppföljning per sista april, vilket ska göras enligt regionens styrmodell.

Vi ser positivt på att det sedan 2020 års översiktliga basgranskning har upprättats en intern kontrollplan för 2022 års verksamhet som utgår från en riskanalys av den egna verksamheten samt omvärldsanalys av hur andra patientnämnder arbetar med intern kontroll. Vi bedömer därmed att det har bedrivits ett systematiskt arbete med den interna kontrollen, även om det inte finns en kontrollplan som omfattar 2021 års verksamhet.

Nämnden har tydliga protokoll och vi ser positivt på att det framgår vilka handlingar som ligger till grund för respektive beslut. Vi kvarstår dock vid bedömningen från 2020 års översiktliga basgranskning om att eventuella handlingar som ligger till grund för besluten med fördel skulle kunna publiceras på regionens webbplats i enlighet med vad som gäller för regionstyrelsen och övriga nämnder.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi patientnämnden att:

- ▶ Säkerställa att uppföljning av verksamhetsplanen sker i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige bestämt, det vill säga två delårsrapporter och en verksamhetsberättelse
- ▶ Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Regionfullmäktige har gett regionrevisorerna i uppgift att ta fram underlag för den årliga ansvarsprövningen. Det görs i den så kallade årliga granskningen som i sin tur består av grundläggande granskning, fördjupade granskningar och granskning av delårsrapport och årsredovisning. De fördjupade granskningarna tas fram, beslutas och prioriteras efter en riskanalys. Granskning av delårsrapport och årsredovisning görs varje år och utföraren upphandlas och granskar utifrån det ekonomiska perspektivet. Den verksamhetsmässiga delen granskas av revisionskontoret. Den grundläggande granskningen sker löpande över året av såväl revisorerna som anställda sakkunniga och består bland annat av revisionsdialoger och dokumentgranskning. Den grundläggande granskningen är till sin karaktär löpande medan denna basgranskning är en insats som är tidsbegränsad och ett komplement till den övriga granskningen.

Enligt God revisionsred i kommunal verksamhet ska den grundläggande granskningen innehålla granskning av måluppfyllelse och granskning av styrning och intern kontroll. Den grundläggande granskningen innebär bland annat frågor avseende hur styrelse och nämnder har tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och om de brutit ned dessa så att de fungerar som styrsignaler i verksamheten. Har styrelse och nämnder genomfört en egen riskanalys? Sker uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslut om åtgärder vid avvikelser? Finns en ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering? Finns det ett systematiskt arbete med den interna kontrollen avseende såväl verksamhet som ekonomi? Finns det tydliga beslutsunderlag och protokoll?

Patientnämnden har i enlighet med lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom den hälso- och sjukvård och tandvård som bedrivs av regionen.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet är att genomföra en basgranskning av regionens styrelse, nämnder, bolag och förbund. Detta för att tillsammans med den övriga och systematiska grundläggande granskning som till exempel revisionsdialog bidra till en stabil grund i ansvarsprövningen.

Denna granskning är en del av den årliga granskningen av regionen som görs av revisionen och kommer att ingå som en del i bedömningen om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och har en tillräcklig intern kontroll. Den övergripande revisionsfrågan lyder: *Har revisionsobjekten bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt och har den interna kontrollen varit tillräcklig?*

Inom ramen för granskningen besvaras ett antal revisionsfrågor. Frågorna kan delas in i följande kategorier:

Organisation

- ▶ Har revisionsobjektet fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter?

Ekonomi

- ▶ Har revisionsobjektet genomfört sina uppdrag med tillgängliga resurser?

- ▶ Har revisionsobjektet en fullgod ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering?

Mål

- ▶ Är revisionsobjektets verksamhetsresultat förenligt med fullmäktiges, stiftarens, ägarens mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra relevanta föreskrifter?
- ▶ Har revisionsobjektet en styrning och uppföljning mot mål och beslut?
- ▶ Har revisionsobjektet tolkat mål och uppdrag och brutit ned dessa till egna mätbara mål och att de fungerar som styrsignaler till verksamheten?
- ▶ Har revisionsobjektet en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslutar man om åtgärder vid avvikelser?

Intern kontroll

- ▶ Har revisionsobjektet gjort en egen riskanalys samt en internkontrollplan vilka syftar till att hantera prioriterade risker?
- ▶ Har revisionsobjektet ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som ekonomi? Detta för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs

Övrigt

- ▶ Har revisionsobjektet tydliga beslutsunderlag och protokoll?
- ▶ Hur har revisionsobjektet hanterat eventuella rekommendationer som har getts under 2019-2021?

1.3. Genomförande och avgränsningar

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Dokumentstudierna har bland annat omfattat för regionen centrala styrdokument så som reglementen och arbetsordning, riktlinje för målstyrning samt Regionplan 2021. Vidare har vi tagit del av handlingar och protokoll från styrelser och nämnder. Bland ärendena har vi fäst extra vikt vid verksamhetsplan, uppföljningar av verksamhet och ekonomi i form av månadsrapporter och delårsrapporter samt intern kontrollplan.

Intervjuer har genomförts med tjänstepersoner i aktuell förvaltning samt styrelsens/nämndens presidium.

1.4. Ansvarig nämnd/styrelse

I denna rapport presenteras granskningen för patientnämnden.

Motsvarande rapporter har också lämnats för regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden, folkhögskolestyrelsen och kollektivtrafiknämnden.

Svar på revisionsfrågan avseende hantering av rekommendationer som getts under 2019-2020 framgår av appendix.

1.5. Revisionskriterier

1.5.1. Kommunallagen (2017:725) 6 kap

Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

1.5.2. Förvaltningslagen (2017:900)

I förvaltningslagen § 5-8 anges att legalitet, objektivitet och proportionalitet, service, tillgänglighet och samverkan utgör grunderna för god förvaltning.

1.5.3. God revisionsred i kommunal verksamhet

God revisionsred i kommunal verksamhet avser granskning och prövning av de som ansvarar för beredning, verkställighet och förvaltning inom det kommunala ansvarssystemet. God revisionsred i kommunal verksamhet omfattar alla revisionsuppdrag till vilka fullmäktige utser revisorer.

Revisorernas uppgift är att ge kommunfullmäktige underlag till den årliga ansvarsprövningen. Revisorerna ska årligen granska all verksamhet i den omfattning som följer av god revisionsred. Begreppet all verksamhet avser den verksamhet som bedrivs inom styrelsens och nämndernas ansvarsområden.

Den årliga granskningen består av tre delar:

- ▶ grundläggande granskning
- ▶ fördjupad granskning
- ▶ granskning av delårsrapport och årsredovisning

I god revisionsred framgår det att den grundläggande granskningen ska vara så omfattande att den ger en stabil grund för revisionens bedömningar i revisionsberättelsen/granskningsrapporten. Den grundläggande granskningen innehåller:

- ▶ granskning av måluppfyllelse
- ▶ granskning av intern styrning och kontroll

Inom den grundläggande granskningen för revisorerna bland annat dialog om styrelsens eller nämndens styrning, uppföljning och analys av måluppfyllelsen. Granskningen av delårsrapport och årsredovisning presenteras i särskilda revisionsrapporter.

1.5.4. Regionplan 2021-2023 för Region Kalmar län

Region Kalmar läns vision lyder "Tillsammans för ett friskare, tryggare och rikare liv". Regionplanen är vägledande för förvaltningarnas verksamhetsplaner, mått och aktiviteter.

Fullmäktige har fastställt fyra övergripande målområden med sammanlagt fem långsiktiga mål med tillhörande mått ¹:

1. Nöjda invånare och samarbetspartners
2. Hållbar utveckling i hela länet
3. Sveriges bästa kvalitet, tillgänglighet och säkerhet
4. En av Sveriges bästa arbetsplatser
5. God ekonomisk hushållning

Respektive mått har ett definierat målvärde för 2021 samt på lång sikt.

Uppföljning av Region Kalmar läns mål sker per tertial i samband med verksamhetsdialoger, delårsrapporter och i samband med årsredovisning. Samtliga förvaltningar ska upprätta en verksamhetsberättelse.

¹ Målen mäts genom mått med tillhörande målvärden.

Verksamheterna ska löpande följa resultatet i förhållande till uppsatta mål.

Genom regionplanen beslutas också ett tiotal uppdrag för 2021, vilka riktar sig till förvaltningsorganisationen. Dessa formuleras som redovisningar eller utredningar, så som exempelvis "Utreda långsiktigt upplägg och finansiering av eHealth Arena" och "Redovisa strategi för Kulturella kreativa näringar". Regionplanen innehåller fyra uppdrag som beslutats i tidigare regionplaner men som ska redovisas under 2021.

1.5.5. Struktur för Region Kalmar läns verksamhetsuppföljning

I Regionplanen för 2021-2023, finns också återgivet den struktur för verksamhetsuppföljningen som verksamheten normalt följer. Där framgår nedan om rapportering, avvikelser och årsredovisning.

Nämnderna ansvarar för att utarbeta förslag till verksamhetsplan för verksamheten inom sitt ansvarsområde.

Månadsrapporter

Regionstyrelsen och nämnderna ska upprätta kortfattade ekonomiska månadsrapporter i enlighet med upprättad plan för uppföljning. Nämndernas månadsrapporter överlämnas till regionstyrelsen för information och eventuella åtgärdande.

Delårsrapporter

Regionstyrelsen och nämnder upprättar två delårsrapporter under året, per april och augusti.

Avvikelser

Innan styrelsen tar ställning till månadsrapporter och delårsrapporter ska avvikelser i förhållande till budget och mål skriftligen förklaras. I de fall månadsrapporten eller delårsrapporten visar på prognostiserat underskott eller avvikelser i förhållande till budget ska åtgärder vidtas för att nå ett budgeterat resultat.

Årsredovisning

Regionstyrelsen och nämnderna upprättar årsredovisningar utifrån de anvisningar som regionstyrelsen lämnar och enligt vad som anges i lagen om kommunal redovisning. Årsredovisningen innehåller resultatredovisning i form av måluppfyllelse.

1.5.6. Riktlinje intern kontroll, 2020-09-23

I september 2020 beslutade regionfullmäktige att godkänna revidering av Riktlinje för intern kontrollarbetet. vilken gäller för arbetet inför och under 2021. I riktlinjen upprepas bland annat vad som åligger styrelsen och nämnderna enligt kommunallagen (6 kap. 6 §), det vill säga att de ska ansvara för att verksamheten inom sina ansvarsområden bedrivs i enlighet med de krav som ställs på verksamheten och att en tillräcklig intern kontroll upprätthålls.

Det framgår vidare att så väl styrelsen som nämnderna, i samband med uppföljningen vid del- och helår, ansvarar för att "vid behov göra en bedömning av om den interna kontrollen är tillräcklig". Om ansvaret för uppföljningen står att "Varje förvaltningschef ska inom sin

förvaltning ansvara för att uppföljning och utvärdering av kontrollaktiviteter och åtgärder sker. Rapportering ska ske i samband med uppföljningen vid delår i augusti och vid helår.”

1.5.7. Reglemente för patientnämnden

Reglementet är fastställt av regionfullmäktige (dåvarande landstingsfullmäktige) 3 oktober 2018 och gäller från och med 1 januari 2019.

Patientnämnden har i enlighet med lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom den

- ▶ hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som bedrivs av regionen eller enligt avtal med regionen,
- ▶ hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommunerna i Kalmar eller enligt avtal med kommunerna och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt
- ▶ tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs eller helt eller delvis finansieras av regionen.

Patientnämnden är personuppgiftsansvarig för personuppgifter inom sitt ansvarsområde.

Uppgifter

Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivaren som bedriver sådan verksamhet som avses i 1 § första stycket 1-3 och att få klagomål besvarade av vårdgivaren.

Patientnämnden ska även:

- ▶ tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet,
- ▶ främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
- ▶ rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter,
- ▶ informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet,
- ▶ bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienterna behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården,
- ▶ verka för att patientens rättigheter tas tillvara och dennes integritet skyddas,
- ▶ samverka med, och göra Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppmärksam på förhållanden av relevans av myndighetens tillsyn, rekrytera, utbilda och utse stödpersoner till patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt smittskyddslagen (2004:168),
- ▶ såsom opartisk och fristående instans fullgöra vad som i övrigt enligt lag eller författning, regionfullmäktiges beslut, åligger nämnden.

- ▶ Om patienten är ett barn ska, patientnämnden särskilt beakta barnets bästa. För fullgörande av sina uppgifter har nämnden rätt att från regionens verksamheter och tjänstepersoner infordra de uppgifter, få de upplysningar och det biträde som nämnden behöver.

Patientnämnden utgörs av sju ledamöter och sammanträder fem gånger per år på tid som patientnämnden årligen beslutar. Patientnämnden får handlägga ärenden endast om fler än hälften av ledamöterna är närvarande.

2. Granskningsresultat

2.1. Organisation

Patientnämndens kansli bedriver verksamhet för Region Kalmar län och länets tolv kommuner. Uppdraget regleras i första hand i lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Nämndens huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienter att föra fram klagomål samt att få klagomål besvarade av vårdgivaren. Kansliet består av fyra tjänstepersoner.

2.2. Bedömning

Vi bedömer att det finns en tydlig organisation som utgår från ansvar och befogenheter. Bedömningen görs mot bakgrund av att verksamheten i hög utsträckning är reglerad av lagstiftning på området. Till grund för vår bedömning ligger även att nämnden har en liten organisation med få anställda.

2.3. Mål, uppdrag och uppföljning

2.3.1. Iakttagelser mål och uppföljning

Patientnämnden har en verksamhetsplan för 2021. Planen antogs av nämnden i december 2020. Planen innehåller två mått och elva aktiviteter utifrån fyra av fem övergripande målområden i regionplanen. Nämnden har inte formulerat något mått eller aktivitet utifrån målsättningen om hållbar utveckling i hela länet. Vid intervju uttrycks att presidiet är delaktiga i att formulera målsättningar till verksamhetsplanen.

Nämndens arbete följs upp via en verksamhetsberättelse. Patientnämnden använder Stratsys för att hämta data till verksamhetsberättelsen men rapporten upprättas i ett eget format. Vid intervju framförs att den egna mallen blir ett sätt att tydliggöra oberoendet gentemot övriga verksamheter i regionen. Verksamhetsberättelsen innehåller statistik över exempelvis antal ärenden utifrån kategori, fördelning mellan kön och ålder samt hur ärendena fördelas mellan regionens verksamhetsområden.

Nämnden följer upp verksamhetsplanen via halvårsuppföljning samt i samband med verksamhetsberättelsen. Halvårsuppföljningen av verksamhetsplanen redovisades för nämnden vid sammanträdet den 30 september. Uppföljningen i samband med verksamhetsberättelsen utgår från samma struktur som övriga nämnder. Rapporten visar att en av två målsättningar och merparten av aktiviteterna för 2021 uppnåddes. Målsättningen som inte uppnås avser antal genomförda informationstillfällen. I uppföljningen framgår att arbetet utifrån målsättningen har påverkats av pandemin.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att patientnämnden har tolkat fullmäktiges mål och brutit ned dessa till nämndspecifika mål och aktiviteter. Bedömningen görs mot bakgrund av att det finns formulerade mått och aktiviteter inom fyra av fem övergripande målsättningar. Vi noterar att målsättningen om hållbar utveckling inte har konkretiserats. Samtidigt har nämnden en

begränsad verksamhet inom ett specifikt område vilket vi menar kan innebära att samtliga mål inte är tillämpbara.

Vidare bedömer vi att nämnden delvis har säkerställt att uppföljning sker i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige bestämt. Nämnden har informerats om arbetet utifrån verksamhetsplanen i samband med halvårsuppföljningen per sista augusti samt i samband med verksamhetsberättelsen. Vi noterar dock att det inte har skett någon uppföljning per sista april. Enligt regionplanens styrmodell ska det upprättas två delårsrapporter per år som innehåller en uppföljning av verksamhetsplanen.

2.4. Ekonomisk uppföljning

2.4.1. Iakttagelser ekonomisk uppföljning

Nämnden genomför ingen löpande uppföljning av ekonomin med anledningen av att nämndens budget (arvode till de politiska ledamöterna) ligger under regionfullmäktige.

Sektionschefen och handläggarna tillhör organisatorisk regionkansliet, varför personalkostnaderna ligger under regionstyrelsens ansvar.

2.4.2. Bedömning

Inget att bedöma.

2.5. Intern kontroll och riskanalys

2.5.1. Iakttagelser intern kontroll och riskanalys

Nämnden har inte antagit någon intern kontrollplan för 2021.

I protokollet från december 2021 framgår att nämnden har fastställt en intern kontrollplan för 2022, mot bakgrund av resultatet av revisorernas basgranskning. Kontrollplanen bygger på en riskanalys som genomförts av presidiet och patientnämndens sektionschef. Det pågår arbete med att ta fram ett årshjul som beskriver arbetet utifrån den interna kontrollplanen.

2022 års kontrollplan innehåller sju kontrollområden avseende bland annat uppföljning av fattade beslut, information och service till patienter och hälso-och sjukvårdspersonal och handläggning av ärenden. Det framgår hur områdena ska kontrolleras.

2.5.2. Bedömning

Vi ser positivt på att det sedan 2020 års översiktliga basgranskning har upprättats en intern kontrollplan för 2022 års verksamhet. Arbetet med att upprätta den interna kontrollplanen har pågått under 2021 och innefattat bedömning av risker i den egna verksamheten samt omvärldsanalys av hur andra patientnämnder arbetar med intern kontroll. Vi bedömer därmed att det har bedrivits ett systematiskt arbete med den interna kontrollen, även om det inte finns en kontrollplan som omfattar 2021 års verksamhet. Vi ser positivt på att presidiet har varit delaktigt i att ta fram och prioritera risker till den interna kontrollplanen.

2.6. Beslutsunderlag och protokoll

2.6.1. Iakttagelser beslutsunderlag och protokoll

Handlingar och beslutsunderlag till patientnämnden finns inte, i motsats till vad som gäller för regionstyrelsen och nämnderna, publicerade på regionens webbplats. Däremot finns samtliga protokoll publicerade. Protokollen innehåller skriftlig information kring vad som framförts under respektive informationspunkt.

Det framgår av protokollen vilka beslutsunderlag som ligger till grund för respektive ärende. Läsaren kan därmed identifiera vilka handlingar som varit underlag för beslut.

2.6.2. Bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att patientnämnden har tydliga protokoll. Beslutsmeningarna är över lag tydliga, välformulerade och självständiga, det vill säga att de går att förstå även lösryckta ur sitt sammanhang. Vidare bedömer vi att det faktum att det framgår vilka handlingar som ligger till grund för respektive beslut gör det enkelt att följa ärendegången och vilka underlag som ligger till grund för beslut.

Vi kvarstår vid bedömningen från 2020 års översiktliga basgranskning om att eventuella handlingar som ligger till grund för besluten med fördel skulle kunna publiceras på regionens webbplats i enlighet med vad som gäller för regionstyrelsen och övriga nämnder.

3. Svar på revisionsfrågor samt rekommendationer

Förklaring

	Ja
	Delvis
	Nej
	Går inte att bedöma

Revisionsfråga	Svar
Är revisionsobjektets verksamhetsresultat förenligt med fullmäktiges, stiftarens, ägarens mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra relevanta föreskrifter?	Ja. Nämnden uppnådde merparten av aktiviteterna för 2021 och en av två målsättningar.
Har revisionsobjektet fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter?	Ja. Verksamheten är i hög utsträckning reglerad av lagstiftning och nämnden har en liten organisation med få anställda.
Har revisionsobjektet genomfört sina uppdrag med tillgängliga resurser?	Går ej att bedöma
Har revisionsobjektet en fullgod ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering?	Går ej att bedöma
Har revisionsobjektet en styrning och uppföljning mot mål och beslut?	Ja. Målsättningar har konkretiserats i en verksamhetsplan som antagits av nämnden. Verksamhetsberättelsen innehåller statistik över flera nyckeltal.
Har revisionsobjektet tolkat mål och uppdrag och brutit ned dessa till egna mätbara mål och att de fungerar som styrsignaler till verksamheten?	Ja. Det finns formulerade mått och aktiviteter inom fyra av fem övergripande målsättningar.
Har revisionsobjektet en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslutar man om åtgärder vid avvikelser?	Delvis. Det har inte skett någon uppföljning per sista april. Enligt regionens styrmodell ska det upprättas en delårsrapport per sista april och en rapport per sista augusti.
Har revisionsobjektet gjort en egen riskanalys samt en internkontrollplan vilka syftar till att hantera prioriterade risker?	Ja. Riskanalys har genomförts av nämndens presidium och patientnämndens sektionschef.
Har revisionsobjektet ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som ekonomi? Detta för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs	Ja. Det har upprättats en intern kontrollplan för 2022 års verksamhet som utgår från riskanalys samt omvärldsbevakning av andra patientnämnders arbete med intern kontroll.
Har revisionsobjektet tydliga beslutsunderlag och protokoll?	Ja. Beslutsmeningarna är över lag tydliga, välformulerade och självständiga.
Hur har revisionsobjektet hanterat eventuella rekommendationer som har getts under 2019-2021?	Se appendix.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi patientnämnden att:

- ▶ Säkerställa att uppföljning av verksamhetsplanen sker i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige bestämt, det vill säga två delårsrapporter och en verksamhetsberättelse
- ▶ Eventuella handlingar som ligger till grund för besluten skulle med fördel kunna publiceras på regionens webbplats

Kalmar 6 april 2022

Malin Lundberg
Projektledare
EY

Anna Färdig
Projektmedarbetare
EY

Källförteckning

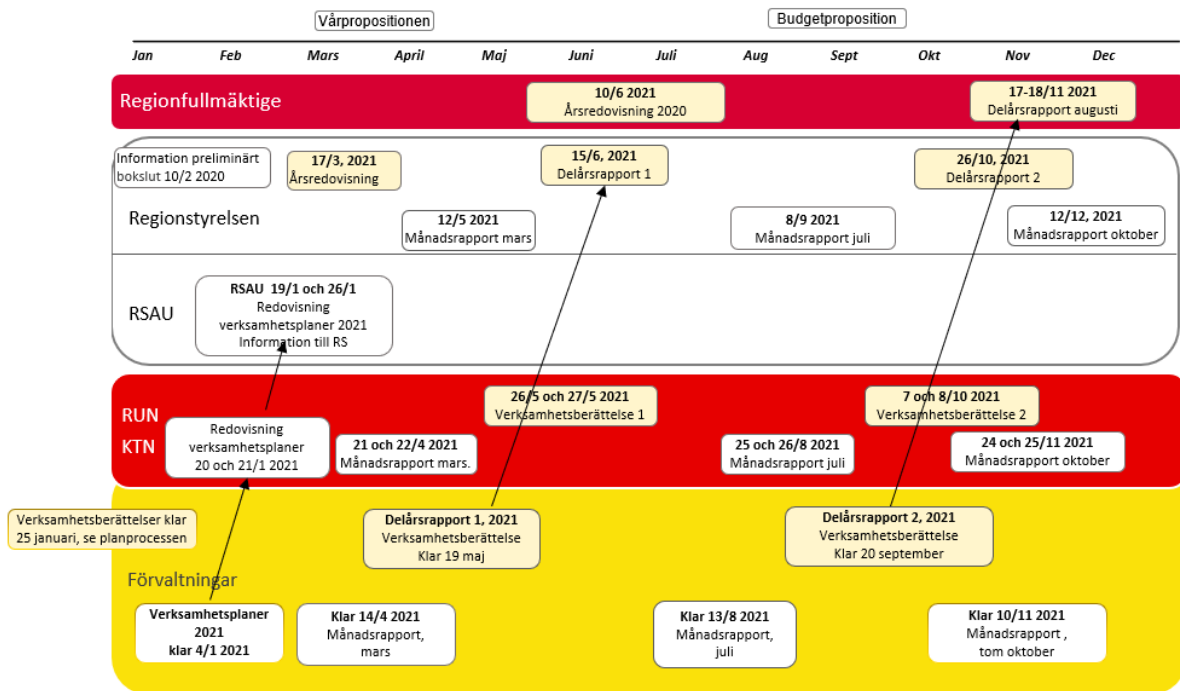
Intervjuade funktioner Region Kalmar Län

- ▶ Ordförande patientnämnden
- ▶ Vice ordförande
- ▶ Sektionschef

Dokument

- ▶ Arbetsordningar och reglementen för den politiska organisationen i Region Kalmar län.
- ▶ Protokoll 2021
- ▶ Intern kontrollplan med tillhörande riskanalys 2022
- ▶ Verksamhetsplan 2021
- ▶ Verksamhetsberättelse 2021
- ▶ Tidplan för Region Kalmar läns uppföljning av ekonomi och verksamhet 2020, Regionstab Ekonomi.
- ▶ Bilder regionens uppföljnings- och bokslutsprocess 2020, Regionstab Ekonomi.
- ▶ Regionplan 2021-2023
- ▶ Riktlinje för målstyrning, 2012. Reviderad 2020.

Bilaga 1: Regionens uppföljnings- och bokslutsprocess 2021



er regionens uppföljnings- och bokslutsprocess 2021, Regionstab Ekonomi.