

# **Revisorerernas redogörelse 2016**

## Innehållsförteckning

Revisionen inom Norrbottens läns landsting .....	4
Lagstiftning och god revisionsledning ger innehållet .....	4
Den årliga revisionsprocessen .....	4
Riskanalys är vägledande för revisionens insatser .....	5
Ändamålsenlig verksamhet och intern kontroll .....	6
Landstingets remisshantering (bilaga 2) .....	6
Placerade barn och unga – samverkan avseende hälso- och sjukvård (bilaga 3) .....	6
Ungdomsmottagningarnas verksamhet och service (bilaga 4) .....	7
Landstingets miljöarbete (bilaga 5) .....	8
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (bilaga 6) .....	9
Investeringar i de nationella invånartjänsterna 1177 (bilaga 7) .....	10
Bisysslor – uppföljande granskning (bilaga 8) .....	11
Kompetensförsörjning – rekrytering (bilaga 9) .....	11
Granskning av diabetesvården (bilaga 10) .....	12
Avropsfunktionen (bilaga 11) .....	13
Intern kontroll .....	13
Fallhändelser i landstingets lokaler (bilaga 12) .....	13
Lokalvård inom Norrbottens läns landstings sjukhus – viktigt för patientsäkerheten (bilaga 13) .....	14
Uppföljande granskning av SIP (samordnad individuell plan) och fast vårdkontakt (bilaga 14) .....	15
Landstingsstyrelsens styrning, ledning, uppföljning och kontroll av pågående investeringsprojekt – del 2 (bilaga 15) .....	16
Intern kontroll inom Division Folktandvården (bilaga 16) .....	16
Granskning av landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll, del 1 (juni 2016) (bilaga 17) .....	17
Granskning av landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll, del 2 (februari 2017) (bilaga 18) .....	18
Landstingsstyrelsens ansvarsutövande 2016 (bilaga 19) .....	18
Patientnämndens ansvarsutövande 2016 (bilaga 20) .....	19
Regionala beredningens ansvarsutövande 2016 (bilaga 21) .....	20
Programberedningens ansvarsutövande 2016 (bilaga 22) .....	20
Hälso- och sjukvårdsberedningarna Nords, Mitts, Syds och Östs ansvarsutövande 2016 (bilaga 23) .....	21
Rättvisande räkenskaper och ekonomiskt resultat .....	21
Revisorernas bedömning av delårsrapport per augusti 2016 (bilaga 24) .....	21
Granskning av Årsredovisning 2016 (bilaga 25) .....	22
Särskild skrivelse .....	23
Verksamhetens informationssystem, VIS (bilaga 26) .....	23
Förstudier .....	23
Grunder för revisionens ansvarsprövning .....	24
Bristande måluppfyllelse, ohörsamhet till mål och riktlinjer fastlagda av fullmäktige eller i föreskrifter .....	24
Bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll .....	24
Förtroendeskada eller annan immateriell skada .....	25
Ekonomisk skada .....	25

Obehörigt beslutsfattande.....	25
Icke lagenlig verksamhet, brottslig gärning .....	25
Otillräcklig beredning av ärenden .....	26
Ej rättvisande redovisning.....	26
Revisorerna på Region Norrbottens hemsida.....	26

## Revisionen inom Norrbottens läns landsting

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 revisions sed 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 revisions sed i kommunal verksamhet.

Revisorerna ska med oberoende, objektivitet och integritet granska och främja verksamheten inom Region Norrbotten. Revisorernas uppdrag regleras genom kommunallagen, aktiebolagslagen, god sed 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 revisions sed. Revisorerna ska årligen pröva om:

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

God revisions sed är de principer och tillvägagångssätt som är allmänt vedertagna vid kommunal revision. God sed regleras inte i lag utan utformas och utvecklas av normbildare som t.ex. Sveriges Kommuner och landsting (SKL). God sed 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 2016. Redogörelsen syftar till att redogöra för de;

- Granskningar som revisorerna låtit genomföra under året.
- Grunder vilka revisorerna använt sig av vid bedömning om att ev. rikta kritik eller avstyrka ansvarsfrihet. Dessa grunder är åtta till antalet och följer av God revisions sed i kommunal verksamhet, SKL.

### **Risakanalys 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 revisionsåret 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 2016 medförde analysen prioriterade granskningar som sammanfattas i nedanstående redogörelse.

Revisorernas granskning för verksamhetsåret sträcker sig tom mars 2017 då revisionsberättelsen för det gångna året behandlas. Eftersom Region Norrbotten bildats med start från januari 2017 används benämningarna landstingsstyrelsen respektive regionstyrelsen omväxlande beroende på när revisorerna slutbehandlat sina granskningar för verksamhetsåret 2017.

I denna redogörelse redovisas de granskningar revisionen låtit genomföra under året 2016 samt de bedömningar revisionen gjort i de enskilda granskningarna. Redogörelsen innehåller också revisionens samlade bedömning revisionen gör med utgångspunkt från de enskilda granskningsinsatserna.

Vi vill förtydligande följande:

Riksdagen röstade i oktober 2016 igenom regeringens förslag att skriva in Norrbotten i den lag som reglerar det regionala utvecklingsansvaret. Norrbottens läns landsting bytte den 1 januari namn till Region Norrbotten. Detta innebär att från den 1 januari 2017 betecknas landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen i stället *regionfullmäktige* och *regionstyrelsen*.

Årets granskningar genomfördes inom ramen för 2016 års revision, innan ovan beskrivet lagrum trätt i kraft. Med anledning av detta används benämningen landsting, och inte region, i hädanefter denna redogörelse.

## Ändamålsenlig verksamhet och intern kontroll

### Landstingets remisshantering (bilaga 2)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Nöjda medborgare* har revisionen under året granskat landstingets remisshantering.

Granskningen syftade till att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer att remisser hanteras på ett *ändamålsenligt* sätt och med en tillräcklig *intern kontroll*.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen till övervägande del säkerställer att remisser hanteras på ett ändamålsenligt sätt, samtidigt som landstingsstyrelsens interna kontroll i sammanhanget är bristande. Vår bedömning baseras på följande:

- Ansvaret för framtagande och beslut av styrdokument följer inte fullt ut Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2004: 11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera.
- En av tre granskade hälsocentraler har inte tagit fram och fastställt lokalt anpassade rutiner för remisshanteringen. Även om granskningen visar att det finns ett utarbetat arbetssätt på hälsocentralen, bedömer vi att det finns en uppenbar risk och sårbarhet i nuvarande upplägg.
- Sekretesshanteringen skiljer sig åt mellan de specialistmottagningar som ingår i granskningen.
- Uppföljningen av remisshanteringen är på övergripande nivå delvis tillräcklig. Information om landstingets följsamhet till vårdgarantin, och nu även via arbetet med standardiserade vårdförlopp, ger en viss övergripande indikation på effektivitet i remissflödet och följsamhet till upprättade rutiner.

I sammanhanget noterar vi även följande: Det finns en avsaknad av elektroniska remissystem som har kapacitet att kommunicera med varandra mellan Norrbottens läns landsting och andra landsting/regioner. Detta innebär att en stor del av remisshanteringen skall administreras, registreras och hanteras manuellt av vårdadministrativ personal när remisskorrespondens sker med annat landsting/region. Vår granskning visar att personal i de besökta vårdverksamheterna upplever detta som en risk. Detta eftersom även mindre administrativa försummelse i tillämpning av gällande rutiner riskerar påverka handläggningen av remitteringsprocesser. Ytterst bedömer vi att detta kan riskera patient-säkerheten.

### Placerade barn och unga – samverkan avseende hälso- och sjukvård (bilaga 3)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året genomfört en samverkans granskning med länets kommuner avseende placerade barn och unga.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen har säkerställt att samverkan avseende hälso- och sjukvård för barn och unga som placeras i HVB-hem eller familjehem är *ändamålsenlig*.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen i begränsad utsträckning säkerställt att samverkan avseende hälso- och sjukvård för barn och unga som placeras i HVB-hem eller familjehem är ändamålsenlig. Vår bedömning baseras på följande:

- Den rutin som finns avseende hälsoundersökningar är inte känd och implementerad i tillräcklig hög utsträckning inom berörda verksamheter. Det finns en risk att hälsoundersökningar för barn och unga som placeras inte erbjuds och genomförs i enlighet med det som framgår av rutinen.
- Ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen är tydlig enligt den rutin som finns. I de verksamheter rutinen var känd uppfattades ansvarsfördelningen som tydlig i jämförelse med de verksamheter där rutinen var mindre känd.
- Kostnadsansvaret mellan kommunerna och landstinget är överlag tydligt vad gäller hälso- och sjukvård för barn och unga som placerats vid I-IVB och familjehem. Däremot är det inte säkerställt att hälsoundersökningar registreras enligt den rutin som finns, vilket också medför att landstinget inte alltid tar betalt för hälsoundersökningar inför placering enligt SoL.
- Det finns förutsättningar för en ändamålsenlig och tillräcklig samverkan på övergripande nivå mellan socialtjänst och berörda verksamheter inom landstinget. Detta utifrån överenskommelsen Norrbus och de samverkansforum och ansvarsförhållanden som följer av den. Överlag beskrivs att samverkan kring barn och unga fungera relativt bra inom länet, även om det finns utvecklingspotential avseende Norrbus inom några geografiska områden i Norrbotten.
- Samverkan mellan socialtjänst och berörda verksamheter inom landstinget är till viss del ändamålsenligt och tillräckligt på individnivå avseende barn och unga som har placerats i HVB eller familjehem. Det finns strukturer för samverkan på individnivå samtidigt som det i granskningen framkommit oklarheter avseende ansvarsfördelning samt ett "förväntansgap" mellan parterna. Det upplevs delvis vara ottydligt vad parterna kan förvänta sig av varandra när det gäller vård, stöd och omsorg avseende barn och unga som placerats, framförallt avseende ensamkommande barn. Försök till förtydligande har gjorts inom området men detta är inte känt i flera av de verksamheter som berörs.
- Samverkan avseende arbetet med hälsoundersökningar för barn och unga som placerats i HVB eller familjehem följs inte upp av landstingsstyrelsen. Området följs dock upp av den politiska samverkansberedningen där bland annat politiker från landstingsstyrelsen ingår. Återkoppling avseende området hälsoundersökningar inför placering har hittills inte skett till de verksamheter som berörs inom landstinget.

#### **Ungdomsmottagningarnas verksamhet och service (bilaga 4)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Sveriges bästa självskattade hälsa* har revisionen under året granskat ungdomsmottagningarnas verksamhet och service.

Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer att ungdomsmottagningarna i Norrbotten bedrivs *ändamålsenligt* och med tillräcklig *intern kontroll*.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen inte säkerställer att ungdomsmottagningarna i Norrbotten bedrivs ändamålsenligt, samt att den interna kontrollen i sammanhanget är otillräcklig.

Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det finns inte ett tydligt uppdrag för ungdomsmottagningarna och dess verksamhet.
- Det finns inte några antagna och tydliga mål för verksamheten som mäts, rapporteras och följs upp.

- Kompetenserna på respektive ungdomsmottagning motsvarar endast i begränsad utsträckning riktlinjerna för personalsammansättning, som är utarbetade av Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar.
- Det finns endast i begränsad utsträckning ett ändamålsenligt arbete för att säkerställa information till målgruppen kring ungdomsmottagningarnas verksamhet.
- Det finns endast i begränsad utsträckning ändamålsenliga samverkansformer för ungdomsmottagningarna såväl internt, inom landstinget, som externt med kommunerna.
- Det finns inte ett systematiskt arbete att följa upp och använda tidigare genomförda utvecklingsarbeten.
- Vi ser endast i begränsad utsträckning pågående och planerade utvecklingsarbeten inom verksamheten.
- Det finns endast i begränsad utsträckning ett ändamålsenligt arbete för att säkerställa att barnkonventionen implementeras i verksamheten.

### **Landstingets miljöarbete (bilaga 5)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Nöjda medborgare* har revisionen under året granskat landstingets miljöarbete.

Syftet med den här granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen vidtagit *ändamålsenliga* åtgärder utifrån den förra granskningens bedömning och rekommendationer, samt ifall den *interna kontrollen* inom området nu är tillräcklig.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen *till övervägande del* vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån den förra granskningens bedömning och rekommendationer, samt att den interna kontrollen inom området nu är *tillräcklig*.

Vår bedömning baseras på följande:

- Landstingsstyrelsen har till övervägande del vidtagit åtgärder och strategiska beslut sedan granskningen 2012. Landstingsstyrelsen gav landstingsdirektören i uppdrag att arbeta med ett 7-punktsprogram för att åtgärda de brister som föregående granskning identifierade. I vår granskning finner vi att dessa till övervägande del åtgärdats inom ramen för landstingets lednings- och styrsystem. Samtidigt noterar vi att åtgärderna aldrig återrapporterats till landstingsstyrelsen skriftligen.
- Det finns till övervägande del konkreta miljömål och riktlinjer för ett aktivt miljöarbete utifrån landstingets miljöpolicy och regionala miljömål. Vi ser i vår granskning att konkretisering av dessa miljömål och riktlinjer sker genom landstingets miljöstrategi och landstingsstyrelsens plan.
- Landstingets miljöarbete är till övervägande del organiserat med tydlig ansvarsfördelning och styrstruktur. Vi bedömer att ansvarsfördelningen och styrstrukturen inom området är tydliggjord utifrån landstingets lednings- och styrsystem.
- Vidare har landstingsstyrelsen till övervägande del system och rutiner för uppföljning av divisionernas tillämpning av gällande direktiv, riktlinjer etc. Vi bedömer att landstingsstyrelsen på ett systematiskt sätt genomför uppföljningar inom ramen för landstingets balanserade styrmodell. I sammanhanget skall dock nämnas att landstingets miljöredovisning inte redovisar fastställda miljömål synkront med hur de har formulerats när de antagits. Vi noterar samtidigt att det pågår ett arbete inom landstinget för att säkerställa att miljöredovisningens skrivningar synkroniserar med de mål som fastställts.



- Slutligen bedömer vi att landstingsstyrelsen har en tillräcklig internkontroll inom området. Vi bedömer även att landstingsstyrelsen till övervägande del ha en tillräcklig rapportering av miljöarbete och måluppfyllelsen.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (bilaga 6)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Långsiktig förnyelse* har revisionen under året granskat landstingets ledningssystem för kvalitetsarbete.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrift 2011:9 inom organisationen.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen i *begränsad utsträckning* säkerställt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrift 2011:9 inom organisationen.

Vår bedömning baseras på följande:

- Det finns i *begränsad utsträckning* en tydlig definition av innehåll och tillämpning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom landstinget. Nuvarande landstingsövergripande kvalitetsledningssystem bygger på den tidigare föreskriften inom området, *inte den nu gällande*. I sammanhanget vill vi betona att delar som ett kvalitetsledningssystem ska innehålla återfinns inom landstingsstyrelsens ansvarsområde, framförallt avseende patientsäkerhetsarbetet.
- Vår bedömning är att kvalitetsledningssystemet i *begränsad utsträckning* innehåller tydliga processer och mål för det systematiska kvalitetsarbetet. Bedömningen baseras på att det endast i *begränsad utsträckning* identifierats och beskrivits processer och aktiviteter. För de aktiviteterna som finns beskrivna har nödvändiga rutiner, inklusive ansvarsfördelning, endast i *begränsad utsträckning* tagits fram och dokumenterats.
- Det finns i *begränsad utsträckning* tydliga och ändamålsenliga uppföljningsmetoder av kvalitetsledningssystemet och åtgärder för att nå måluppfyllelse. Landstingsstyrelsens uppföljning och utvärdering saknar en sammantagen bild av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet, det systematiska kvalitetsarbetet och åtgärder för att nå måluppfyllelse. Detta i förhållande till såväl lag som föreskrift.
- Vidare bedömer vi att ansvarsfördelning och roller till *övervägande del* är fastställt för det landstingsövergripande kvalitetsledningssystemet. Vår bedömning är dock att roll- och ansvarsfördelningen i nuläget är oklar i vissa avseenden och ansvarsfrågan behöver tydliggöras. I vår granskning noterar vi att det ser olika ut mellan divisionerna gällande ansvarsfördelning i kvalitetsledningssystemet.
- Vår bedömning är vidare att det *inte* finns en tillräcklig struktur avseende ägarskap av kvalitetsledningssystemet på olika nivåer inom organisationen.
- Avslutningsvis är vår bedömning att det *inte* finns ändamålsenliga rutiner för implementering av socialstyrelsens övriga föreskrifter och allmänna råd i det befintliga kvalitetsledningssystemet. Vi noterar att socialstyrelsens övriga föreskrifter och allmänna råd implanteras med varierande grad av standardisering och systematik på divisions- och verksamhetsnivå inom landstinget.

## Investeringar i de nationella invånartjänsterna 1177 (bilaga 7)

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Konkurrenskraftig region* har revisionen under året granskat 1177 och Mina vårdkontakter.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer att de medel som investeras i de nationella invånartjänsterna ger önskade effekter i det egna landstinget.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen i *begränsad utsträckning* säkerställt att de medel som investeras i dessa tjänster ger önskade effekter i det egna landstinget.

Vår bedömning baseras på följande:

- Landstingsstyrelsen bedöms till övervägande del ha en tydlig styrning av verksamheternas användande av invånartjänsterna. I vår granskning ser vi att landstingsstyrelsens styrning inom området sker genom mål och beställningar. Samtidigt menar vi att skrivningarna i beställning primärvård inte på ett tydligt sätt styr vilka e-tjänster som länets hälsocentraler ska erbjuda länets medborgare.
- Det finns i begränsad utsträckning etablerade arbetsätt för implementering av invånartjänsterna (best practise). Vi finner att nästan varannan verksamhetschef helt eller delvis tar avstånd från påståendet om att stödet varit tillräckligt vid implementering. Vi kan heller inte spåra något strukturerat och tydligt arbetsätt för att stärka medborgarnas kunskap och användande av invånartjänsterna.
- Vårdens arbetsprocess har till övervägande del anpassats till de digitala invånartjänsterna. Flera av de besökta verksamheterna har delvis anpassat schemaläggning och arbetsplanering för att kunna möta invånarnas användning av tjänsterna.
- Centrala resurser finns i en begränsad utsträckning att tillgå vid anpassning av arbetsprocesser respektive implementering av invånartjänsterna. Vi ser att även om det finns stöd i form av centralt placerade verksamhetsutvecklare att tillgå inom området, är den genomgående bilden vi får till oss i granskningen att dessa resurser inte är tillräckliga för att verksamheterna skall kunna anpassa arbetsprocesserna för implementering av tjänsterna. I vår granskning framkommer även synpunkter från verksamhetschefer att påverkan av implementering av nya tjänster i vårdverksamheterna riskerar att skapa undanträngningseffekter för den basala primärvården.
- Landstingsstyrelsen bedöms i begränsad utsträckning genomföra uppföljning av invånartjänsternas användning. Granskningen visar att byte av teknisk plattform inom landstinget resulterat i att tillförlitlig statistik inte kunnat sammanställas under större delen av år 2016.
- Resultaten från genomförda uppföljningar inom landstinget används i begränsad utsträckning som en naturlig del i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Vår granskning kan heller inte styrka att landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa att de uppföljningar som genomförs inom området ligger till grund för, och blir en del av, det systematiska och kontinuerliga förbättringsarbetet inom Norrbottens läns landsting.

Avslutningsvis noterar vi att landstingsstyrelsen tagit beslut om att landstinget skall gå över till den nationella 1177-telefonin under 2017.

## **Bisysslor – uppföljande granskning (bilaga 8)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Attraktiv arbetsgivare* har revisionen under året granskat bisysslor.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsens interna kontroll avseende att styra, följa upp och kontrollera anställdas bisysslor är tillräcklig.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att landstingsstyrelsens interna kontroll avseende att styra, följa upp och kontrollera de landstingsanställdas bisysslor är fortsatt *otillräcklig*.

Vi grundar vår bedömning på bland annat följande iakttagelser:

- Landstingsstyrelsen har *inte* vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån de brister som framkom i den tidigare granskningen inom området.
- Vår granskning visar att gällande regelverk för anställdas bisysslor *inte* efterlevs då det är betydande skillnader mellan antalet registrerade och faktiskt förekommande bisysslor bland landstingets anställda.
- Landstingsstyrelsen följer *inte* upp och kontrollerar området i tillräcklig omfattning.

## **Kompetensförsörjning – rekrytering (bilaga 9)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Attraktiv arbetsgivare* har revisionen under året granskat landstingets kompetensförsörjning - rekrytering.

Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att rekryteringsarbetet bedrivs på ett *ändamålsenligt* sätt och med en tillräcklig *intern kontroll*.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen i en begränsad utsträckning säkerställt att rekryteringsarbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer även att den interna kontrollen i sammanhanget är otillräcklig.

Bedömningen baseras i huvudsak på följande:

- Landstingsstyrelsen har till övervägande del en ändamålsenlig styrning av landstingets rekryteringsarbete. Detta inom ramen för styrande plan- och strategidokument samt att styrelsen fattat aktiva beslut gällande området. Samtidigt visar granskningen att antaget mål för området inte är känt och förankrat inom verksamheterna. Styrelsen bör ta initiativ till att göra antagna mål kända och förankrade. Positivt ses att ett arbete sker för att integrera kompetensförsörjningsarbetet i landstingets styrprocess.
- En ändamålsenlig styrning och systematik av verksamheternas rekryteringsarbete bedöms finnas i en begränsad utsträckning. Strategidokumentets intentioner återfinns i divisionernas planer, men inte styrelsens antagna mål. Det saknas ett sammanställt underlag som tydliggör vilket nuvarande, och kommande, kompetensbehov som finns i förhållande till det uppdrag som ska verkställas. Ett sådant underlag är i vissa delar att likna vid ett riskanalysunderlag.
- Största problemet som uppges finnas gällande rekryteringssituationer är att det saknas tillgång till kandidater. Om dessa finns, uppger chefer att de har ett till övervägande del tillräckligt stöd. Samtidigt visar granskningen att ”första-linjens-chefer” med ansvar för en ”dygnet-runt-verksamhet” inte upplever sig ha ett tillräckligt stöd. Särskilt vad gäller korttidsrekrytering. Bristande IT-stöd medför att befintlig bemanningsenhet vid Sunderby sjukhus saknar möjlighet att bistå verksamhet vid övriga länets sjukhus gällande korttidsrekrytering.

- En samverkan sker med externa aktörer som syftar till att främja ett rekryteringsunderlag. Granskningen visar att det finns utrymme för ytterligare samverkan med nationella utbildningsaktörer för att bl.a. påverka utbildningsutbud.
- Vi bedömer att uppföljningen av landstingets rekryteringsarbete ur ett internkontrollperspektiv och måluppfyllelseperspektiv är bristande. Mål och målandikator är inte känt, och i uppföljningsdokument anges inte definition av ”ett svårrekryterat yrke”. Vidare bedömer vi att utrymme finns för en mer samlad struktur som inte bara tydliggör uppnådda målsättningar för rekryteringsområdet, utan även för kompetensförsörjningsområdet. Detta menar vi även kan signalera behov av ytterligare åtgärder från landstingsstyrelsens sida.
- En rapportering av givna uppdrag med bäring på rekryteringsområdet har efterfrågats av landstingsstyrelsen. Vi noterar även att information/utbildning har genomförts för landstingsstyrelsen. Mot bakgrund av att för området satta målsättningar inte uppnåtts menar vi att styrelsen bör överväga om ytterligare underlag behövs för sitt fortsatta beslut och prioriteringar för området rekrytering.

### **Granskning av diabetesvården (bilaga 10)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat landstingets diabetesvård.

Syftet har varit bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer att landstingets diabetesvård bedrivs *ändamålsenligt* och med en tillräcklig *intern kontroll*.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen i begränsad utsträckning säkerställer att en ändamålsenlig diabetesvård bedrivs, och att den interna kontrollen är bristande.

- Det finns fastställda mål för länets diabetesvård och dessa är kända i verksamheten, men styrningen av diabetesvården sker i begränsad utsträckning. Sjukvårdshuvudmannen kommunicerar och efterfrågar i begränsad utsträckning förväntan på mätbara resultat från diabetesvården.
- Det finns riktlinjer för diabetesvården. Dessa är kända men tillämpas inte fullt ut i verksamheterna. Många hälsocentraler saknar en samordningsansvarig läkare och ett teamarbete kring patienten. Diabetessköterskor har en uttalad roll i länets diabetesvård.
- De nya nationella riktlinjerna för diabetes har till många delar implementerats. Gruppbaserad patientutbildning är dock otillräckligt implementerat.
- Insatser för att förebygga diabeteskomplikationer hos patienter sker, men gällande blodtrycksbehandling finns ett förbättringsutrymme. Bristen på läkare i primärvården bedöms påverka vården.
- Inom primärvården saknas kunskap om patienterna på gruppnivå och en strategi för att identifiera vilka patienter med diabetes som behöver mer intensiva insatser. De patienter som identifierats bedöms däremot erhålla en anpassad vård utifrån individuella förutsättningar.
- Det finns brister i uppföljning av diabetesvården. När det gäller uppföljning i verksamheten saknas en dialog med medarbetarna kring enhetens resultat vad gäller diabetesvård, med diskussion kring förbättringsmöjligheter kopplat till frekvent uppföljning och återkoppling av utfall.
- Tillräcklig återrapportering sker till landstingsstyrelsen då denna erhåller den information de har efterfrågat.

- De brister vi har funnit i styrning och uppföljning, samt avsaknad av strategi inom primärvården för att identifiera patienter som behöver mer intensiva insatser gör att vi bedömer att den interna kontrollen är bristande.

### **Avropsfunktionen (bilaga 11)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområden *Konkurrenskraftig region* samt *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat införandet av landstingets avropsenhet.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om arbetet med avropsfunktionen bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt med tillräcklig intern kontroll.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att arbetet med avropsfunktionen till övervägande del bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Den interna kontrollen inom granskade områden bedöms till övervägande del vara tillräcklig.

Vår bedömning baseras på följande:

- Införande av central avropsfunktion har i hög grad skett i enlighet med upprättade planer (implementeringsplan och aktivitetsplan).
- Roller, ansvar och beslutsbefogenheter är tydliga och ändamålsenliga inom avropsfunktionen och upphandlingsenheten. Samtidigt kan roll- och ansvarsfördelningen förtydligas när det gäller relationen mellan avropsfunktion och vårdverksamheterna.
- Styrningen av avropsfunktionen är tillräcklig. Granskningen visar att det finns tydliga rutiner och tydliga måltal för styrning av avropsfunktionens verksamhet. Avropsfunktionen redovisar även god måluppfyllelse för år 2016 avseende att tillgodose verksamheterna med inhyrd vårdpersonal.
- Uppföljning och återrapportering är till övervägande del tillräcklig. Granskningen kan verifiera att landstingsstyrelsen fått rapportering avseende avropsfunktionens inrättande samt kostnadsutveckling för inhyrd vårdpersonal.

Brister som noteras gällande ändamålsenligheten rör att ansvarsfördelning och beslutsorganisation avseende verksamhetsorganisationen inte har reglerats i styrelsens reglemente och delegationsordning. Vi bedömer även att ändamålsenligheten kan stärkas genom att höja avropsfunktionens legitimitet bland verksamhetschefer samt säkerställa att avropsfunktionen skapar nytta i form av att underlätta/frigöra tid för verksamheterna.

Utvecklingsområden som noteras rör ansvars- och rollfördelningen mellan avropsfunktionen och verksamheterna, men även att fastställa formerna (när, hur, vem) för att följa upp och utvärdera resultat och effekter av bildandet av central avropsfunktion.

## **Intern kontroll**

### **Fallhändelser i landstingets lokaler (bilaga 12)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Helhetsperspektiv med personen i centrum* har revisionen under året granskat fallhändelser inom landstingets vårdlokaler.

Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen har en tillräcklig *intern kontroll* för att säkerställa att fallhändelser förebyggs, rapporteras och följs upp.

Sammantaget görs bedömningen att landstingsstyrelsen har en delvis bristande intern kontroll för att säkerställa att fallhändelser förebyggs, rapporteras och följs upp.

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande:

- Det finns till övervägande del en fastställd definition över vad som avses med fallhändelser inom landstinget, vilken dessutom är känd i verksamheten. Vår bedömning är dock att kunskapen kring definitionen av fall är högre inom de specialistverksamheter vi besökt, än inom primärvårdsverksamheterna.
- Det finns i begränsad utsträckning system och dokumenterade rutiner för att förebygga fallhändelser. Vår bedömning är att förekomsten av system och rutiner är högre inom de besökta specialistverksamheterna, än inom primärvårdsverksamheterna.
- Det finns till övervägande del dokumenterade rutiner för registrering, rapportering, utredning, uppföljning och kontroll av fallhändelser. Dessa rutiner tillämpas dock endast i begränsad utsträckning i vårdverksamheterna.
- Landstingsstyrelsen följer i begränsad utsträckning utvecklingen inom området, samt vidtar åtgärder. Utfallet inom granskningens övriga kontrollmål visar att den statistik som landstingsstyrelsen får ta del av många gånger inte representerar den verklighet som råder kring fallhändelser inom landstinget
- Vi bedömer att den låga tillämpningsgraden av de rutiner som finns fastställda beror på att dessa rutiner ofta är svåra att tillgå, då det samlade dokumenthanteringssystemet VIS många gånger inte tillämpas i verksamheterna. Vi ser även att vårdpersonal saknar kunskap om länsövergripande rutiner för såväl fallpreventiva åtgärder, som avvikelserapportering när fall har skett. Det rådande tillståndet med brister i landstingets dokumenthanteringssystem tillsammans med en varierande trohet kring avvikelserapportering bedömer vi ger landstingsstyrelsen ett underlag som inte är representativt utifrån det tillstånd som råder i vårdverksamheterna. Detta påverkar landstingsstyrelsens möjlighet att säkerställa att fallhändelser förebyggs, rapporteras och följs upp.

### **Lokalvård inom Norrbottens läns landstings sjukhus – viktigt för patientsäkerheten (bilaga 13)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat lokalvården inom landstingets sjukhus.

Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen har en tillräcklig styrning och *intern kontroll* av lokalvården vid länets sjukhus.

Sammantaget görs bedömningen att landstingsstyrelsen till övervägande del har en tillräcklig styrning och intern kontroll av lokalvården vid länets sjukhus.

Vår bedömning baseras i huvudsak på följande:

- Det finns till övervägande del system och dokumenterade rutiner för ansvarsfördelning av lokalvården inom länets sjukhus. Vi noterar dock den information vi fått att all dokumentation inte finns upplagd och samlad på gemensam plats, samtidigt som all lokalvårdspersonal inte alltid har tillgång till, eller kunskap för användandet av, landstingets dokumenthanteringssystem VIS. Vi bedömer att även om dokumenterade rutiner härigenom finns upprättade, tillåter inte den nuvarande ordningen att all personal med enkelhet kan nå informationen med samma förutsättningar vid behov inom länet. Detta bedömer vi som ett potentiellt riskområde.
- Rutiner för ansvarsfördelningen av lokalvård är i begränsad utsträckning kända och tillämpas. Vi gör bedömningen att de grundläggande städrutinerna för daglig städning till övervägande del är kända och tillämpas inom lokalvården. Vår bedömning är dock att när lokalvårdens uppgifter övergår från daglig städning till särskild städning, så som vid känd smitta, finns en bedömd otyd-

lighet gällande tillämpning av rutiner. Vi bedömer att detta ytterst kan utgöra en potentiell fara ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

- Det finns till övervägande del rutiner som tillämpas på samtliga nivåer för rapportering, avvikelserapportering, uppföljning och kontroll av lokalvården. Vår bedömning är här att landstingsstyrelsen efterfrågar, samt får återrapportering, i en sådan omfattning att detta i allt väsentligt lämnar förutsättning för en ändamålsenlig styrning samt tillräcklig intern kontroll av lokalvården inom länets sjukhus.
- Vi noterar särskilt den i granskningen beskrivna problembilden där vårdverksamheter upplever svårigheter att kunna få extra städtjänster levererade på kvällar, nätter och helger. Detta riskerar enligt oss att försvåra möjligheten att fullt ut säkerställa en ändamålsenlig lokalvård inom länets sjukhus samtidigt som det riskerar att minska tillgängligheten på nödvändiga behandlingsrum. Konsekvenserna av detta blir att arbetet för att minska vårdrelaterade infektioner försvåras samtidigt som befintliga lokaler inte kan användas på det mest effektiva sättet.

### **Uppföljande granskning av SIP (samordnad individuell plan) och fast vårdkontakt (bilaga 14)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året genomfört en uppföljande granskning av samordnad individuell plan och fast vårdkontakt.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att riktlinjerna för samordnad individuell plan samt funktionen fast vårdkontakt är kända och tillämpas.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen gällande SIP till övervägande del säkerställt att riktlinjerna är kända och tillämpas.

- Granskningen visar att området utvecklats och förbättrats sedan tidigare granskning, och landstingsstyrelsen bedöms ha vidtagit aktiva åtgärder för att stärka kännedomen och implementeringen av riktlinjer.
- Bristande tillämpning och identifierade förbättringsutrymmen finns dock fortfarande. Vi uppmanar därför styrelsen att fortsatt bevaka att en ökad implementering av antagna riktlinjer sker.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen gällande fast vårdkontakt inte har säkerställt att riktlinjer är kända och tillämpas.

- Landstingsstyrelsen har inte specifikt för begreppet och funktionen fast vårdkontakt vidtagit särskilda åtgärder för en ökad tillämpning. Begreppet och funktionen har däremot inom ramen för utbildning gällande SIP aktualiserats.
- Implementeringen av riktlinjer gällande fast vårdkontakt bedöms som bristande, samtidigt som granskningen finner att det finns arbetssätt och rutiner som kan sägas motsvara själva innebörden av fast vårdkontakt.

## **Landstingsstyrelsens styrning, ledning, uppföljning och kontroll av pågående investeringsprojekt – del 2 (bilaga 15)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Konkurrenskraftig region* har revisionen under året granskat styrning, ledning, uppföljning och kontroll av pågående investeringsprojekt.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att *styrning, ledning, uppföljning och kontroll* av pågående investeringsprojekt är tillräcklig.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen i allt väsentligt utför en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av internkontrollen gällande större investeringsprojekt.

Vi baserar vår bedömning på följande:

- Landstingsstyrelsens arbete med att utföra en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av internkontrollen gällande större investeringsprojekt har förbättrats sedan 2015 års granskning. Flera arbeten har påbörjats i syfte att stärka investeringsprocessen.
- Fortfarande saknas dock en tydlig riskbedömning gällande investeringsprojekt som landstingsstyrelsen bör ha som underlag för sina framtida beslut.
- Vi bedömer fortsatt att verksamheten har en erforderlig och ändamålsenlig internkontrollmiljö för projekthantering, redovisning och ekonomisk uppföljning. Alla handlingar och räkenskaperna gällande det projekt som valts ut för fördjupad granskning kännetecknades av god ”ordning och reda”.
- Den rutinbeskrivning som finns gällande Moral och Etik i yrkesrollen bör hållas aktuell genom att efterlevnad och/eller frågeställningar kopplade till dess innehåll tas upp på möten etc.
- Det bristande systemstöd som finns för elektroniska fakturor måste åtgärdas. Dels för att säkerställa att bilagor, vilka utgör räkenskapsmaterial, skall finnas tillgängligt och arkiveras i landstingets system, men även för att effektivisera processen och undvika att attest sker utan att underlagen i form av bilagor kommit projektledaren tillgodo.
- Vi ser positivt på att samarbetet mellan Skatteverket och landstinget utvecklats under 2016 och att parterna arbetar med formerna för urval baserat på Skatteverkets erfarenhet av riskbedömning.

## **Intern kontroll inom Division Folk tandvården (bilaga 16)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *En effektiv verksamhet med god kvalitet* har revisionen under året granskat den interna kontrollen inom Division folk tandvården.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsens *interna kontroll* inom Division Folk tandvård är tillräcklig.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsens interna kontroll inom division Folk tandvården är delvis tillräcklig.

Vår bedömning baseras på följande:

- *Kontrollmiljön* inom divisionen är delvis tillräcklig. Det finns en tydlig process för framtagande av policy och riktlinjer inom divisionen. Kunskapen kring styrande dokument bedöms även som hög hos divisionens personal. Samtidigt noterar vi att en problembild förmedlas i granskningen gällande förutsättningarna för användande av verksamhetens informationssystem, VIS. Vi bedömer att de problem som framförs kring användandet av VIS riskerar påverka landstingsstyrelsens möjlighet att styra och utöva tillräcklig kontroll inom divisionen.



- Vår granskning kan inte styrka att det genomförs verksamhetsövergripande *riskbedömningar* som utgör ett dokumenterat, eller på annat sätt tydliggjort, underlag för de kontrollaktiviteter som fastställs för divisionens internkontroll.
- De *kontrollaktiviteter* som fastställts för divisionens internkontroll har inte fullt ut upprättats och hanterats i enlighet med landstingets tillämpningsanvisning för internkontroll. Vi noterar även att landstingsstyrelsen inte behandlat en av divisionens två kontrollaktiviteter inför år 2016.
- *Information och kommunikation* mellan divisionen och landstingsstyrelsen är tillräcklig. Vår granskning visar att det finns etablerade former för information och kommunikation såväl inom divisionen, som mellan divisionsledningen och landstingsstyrelsen.
- Det finns en tydlig process för landstingsstyrelsens *uppföljning och utvärdering* av fastställda mål. Samtidigt visar vår granskning att landstingsstyrelsen inte fastställt en tydlig process för att följa upp och utvärdera divisionens internkontrollarbete.

### **Granskning av landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll, del 1 (juni 2016) (bilaga 17)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Ekonomi som ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat landstingets ekonomiska styrning och kontroll.

Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen verkar för en i sammanhanget tillräcklig *ekonomisk styrning och kontroll*. Granskningen utgår från den av landstingsstyrelsen upprättade delårsrapporten per april månad.

Sammantaget görs bedömningen att landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll inte är tillräcklig. Däremot bedöms styrningen ha förbättrats något i jämförelse med föregående år.

Bedömningen baseras på att:

- Det prognostiserade helårsresultatet i delårsrapporten är inte förenligt med de finansiella målen för god ekonomisk hushållning som fullmäktige beslutat om.
- Inget av måtten når måluppfyllelse per sista april. Vidare är måluppfyllelsen sämre än föregående år och trenden bedöms överlag som nedåtgående. Det går inte heller utläsa några tydliga tecken på att fullmäktiges strategiska mål (handlingsfrihet och att inte belasta kommande generationer) kommer att uppfyllas för 2016.
- Landstingsstyrelsen bedöms följa upp och översiktligt rapportera om åtgärder för att uppnå fastställda spardirektiv. I divisionernas månadsrapporter per april följs redovisade, genomförda och planerade sparåtgärder upp i enlighet med landstingsstyrelsens regler. Vi konstaterar dock att endast tre av sex divisioner kommer att uppnå sina planerade besparingar.
- Landstingsstyrelsen har under året identifierat områden för kostnadsreduktioner och föreslagit att identifiera åtgärder för att anpassa sjukvårdsorganisationen till den verklighet som gäller då sparåtgärderna inte prognostiseras leda till en ekonomi i balans.
- Delårsrapportens uppföljning och redovisning sker i enlighet med den strategiska planens intentioner för balanserad styrning.

## **Granskning av landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll, del 2 (februari 2017) (bilaga 18)**

Kopplat till fullmäktiges strategiska målområde *Ekonomi som ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat landstingets ekonomiska styrning och kontroll.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsens *ekonomiska styrning och kontroll* är tillräcklig.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsens ekonomistyrning och kontroll är *otillräcklig*.

Vår bedömning baseras på följande:

- Vilka resurser som finns tillgängliga för verksamheten upplevs ottydligt eftersom det finns resultatmål som inte ingår i enheternas budgetar och opåverkbara kostnader vars överskridanden inte beaktas.
- Förvaltningsorganisationen präglas inte av en kultur där ansvariga chefer vidtar åtgärder inom sina befogenheter för att nå anvisad budget när avvikelser befaras, alternativt tar fram åtgärdsförslag som ger närmast överställd chef möjlighet att nå budgetmål.
- Det saknas ett tillräckligt tydligt internt regelverk för den ekonomiska styrningen.
- Det är ottydligt hur stora resurser som i praktiken sätter gränsen för verksamhetens omfattning.
- Organisationskulturen inte påbjuder att enhetschefer nyttjar sina befogenheter för att nå anvisad budget.

Med anledning av granskningsresultaten rekommenderas landstingsstyrelsen ta fram och besluta om ekonomistyrregler för förvaltningsorganisationen som visar vilket ansvar i form av befogenheter och skyldigheter som åvilar chefer på olika nivåer i organisationen. Vidare bör regelverket innehålla bestämmelser om: acceptans av budget, anslagsbindningsnivåer, omdisponering av anslag, resultatmål som medger budgetöverskridanden samt resultatöverföring mellan åren.

## **Landstingsstyrelsens ansvarsutövande 2016 (bilaga 19)**

Som enda politiska nämnd och driftsstyrelse inom landstinget har landstingsstyrelsen ett stort ansvar och en viktig roll avseende att utföra landstingsfullmäktiges uppdrag och det sammantagna politiska verkställighetsansvaret.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsens ansvarsutövande för 2016 varit tillfredsställande.

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

Vår samlade revisionella bedömning är att landstingsstyrelsens ansvarsutövande för 2016 inte har varit tillfredsställande.

Bedömningen baseras på:

- Målen är mätbara i så måtto att majoriteten av dem är konkreta och måttsatta. En del av målen är dock inte påverkbara för landstingsstyrelsen.
- Landstingsstyrelsen har till övervägande del en tillräcklig uppföljning och rapportering av måluppfyllelsen.

- Årsredovisningen visar på en mycket låg måluppfyllelse. En låg måluppfyllelse både för verksamhetsmålen och ekonomin signalerar ineffektiv verksamhet utifrån de satta målen.
- Det är en brist att det inte finns någon dokumenterad analys som redovisar hur internkontrollplanen arbetats fram utifrån väsentlighet och risk samt att styrelsen inte varit mer delaktig i detta arbete. Vi ser positivt på att styrelsen beslutat att en modell för väsentlighets- och riskanalys ska tas fram under 2017.
- Vi bedömer att styrelsen inte kan verifiera att tillräcklig analys och tillräckliga åtgärder vidtagits för att nå måluppfyllelse. Den svaga måluppfyllelsen är ett allvarligt problem för landstinget.

### **Patientnämndens ansvarsutövande 2016 (bilaga 20)**

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.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att patientnämnden i begränsad utsträckning vidtagit aktiva åtgärder för att uppnå en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll.

Vår bedömning baseras på följande:

- Patientnämndens styrande dokument på området utgörs av dess verksamhetsplan. Granskningen visar att verksamhetsplanen för år 2016 har en tydlig koppling till lag samt fullmäktiges strategiska plan gällande värdegrund. Kopplingen till nämndens reglemente bedöms inte vara tillräcklig gällande budget samt handlingsplan.
- Styrningen och den interna kontrollen avseende såväl nämndens ekonomi och verksamhet bedöms kunna vidareutvecklas för att i större utsträckning vara ändamålsenlig.
- Uppföljningen avseende verksamheten, och uppnådd måluppfyllelsen av beslutade verksamhetsmål kan utvecklas för att i större utsträckning tydliggöra måluppfyllelsen.
- En löpande uppföljning av nämndens ekonomi sker under året. I nämndens verksamhetsrapport saknas en redovisning av det ekonomiska utfallet i förhållande till tilldelade resurser.
- Vår bedömning är att rapportering skett till IVO enligt gällande reglemente och föreskrift. Vid tidpunkt för vår granskning planeras en rapportering ske till fullmäktige. Vi noterar att fullmäktige i reglementet inte anger när nämnden ska lämna sin verksamhetsrapport till fullmäktige

Vid hearing med patientnämnden har vi noterat att det funnits en inte helt samstämmig syn på nämndens roll.

För att säkerställa att patientnämnden framöver ges möjlighet att fullfölja sitt uppdrag på ett tillfredsställande sätt, kan det finnas skäl att förtydliga nämndens roll och budgetansvar. Detta inte minst ur en kommunallagsrättslig synpunkt.

Vi rekommenderar:

- att patientnämnden säkerställer att samtliga nämndledamöter ges kunskaper om kommunallagen och patientnämndens roll utifrån gällande lagstiftning och reglemente
- att patientnämnden tar en mer aktiv roll för att påverka tilldelningen av ekonomiska medel samt personella resurser för den verksamhet som nämnden ansvarar för

## **Regionala beredningens ansvarsutövande 2016 (bilaga 21)**

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionala beredningen för verksamhetsåret 2016 utfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll.

Våra bedömningar baseras på följande styrande dokument: kommunallag, landstingsfullmäktiges reglemente för fullmäktigeberedningarna samt beredningens uppdragsbeskrivning för 2016.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionala beredningen bedrivit sin verksamhet på ett *ändamålsenligt* och från ekonomiskt synpunkt *tillfredsställande* sätt, samtidigt som den interna kontrollen är *delvis bristande*.

Vår bedömning baseras på följande:

- Regionala beredningen fastställde inte, innan utgången av november, en verksamhetsplan innehållandes en verksamhetsinriktning, handlingsplan för nästkommande år samt budget för beredningen. Fastställandet skedde istället under januari 2016. Vi noterar att återremittering av beredningens uppdrag skett utan att fullmäktige förlängt tidsramen för när verksamhetsplanen skall upprättas.
- Regionala beredningen upprättade, innan utgången av november, en verksamhetsrapport och överlämnat denna till fullmäktige.
- Regionala beredningens verksamhetsrapport redovisar till övervägande del patienters- och närståendes behov inom det aktuella uppdraget.
- Regionala beredningens redovisar ekonomiska utfall i förhållande till budget.

Vi noterar att fullmäktige från verksamhetsåret 2017 har fem nya beredningar. Vår rekommendation är att dessa säkerställer att:

- Verksamheten bedrivs i enlighet med det av fullmäktige fastställda reglementet för beredningarna.
- I det fall avvikelse eventuellt sker från reglementet ska detta kunna spåras i beslut i fullmäktige.

## **Programberedningens ansvarsutövande 2016 (bilaga 22)**

Syftet med granskningen har varit att bedöma om programberedningen för verksamhetsåret 2016 utfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll.

Våra bedömningar baseras på följande styrande dokument: kommunallag, landstingsfullmäktiges reglemente för fullmäktigeberedningarna samt beredningens uppdragsbeskrivning för 2016.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att programberedningen bedrivit sin verksamhet på ett *ändamålsenligt* och från ekonomiskt synpunkt *tillfredsställande* sätt, samtidigt som den interna kontrollen är *delvis bristande*.

Vår bedömning baseras på följande:

- Programberedningen fastställde inte, innan utgången av november, en verksamhetsplan innehållandes en verksamhetsinriktning, handlingsplan för nästkommande år samt budget för beredningen. Fastställandet skedde istället under januari 2016. Vi noterar att återremittering av beredningens uppdrag skett utan att fullmäktige förlängt tidsramen för när verksamhetsplanen skall upprättas.

- Programberedningen upprättade, innan utgången av november, en verksamhetsrapport och överlämnat denna till fullmäktige.
- Programberedningens verksamhetsrapport redovisar till övervägande del patienters- och närståendes behov inom det aktuella uppdraget.
- Programberedningens verksamhetsrapport redovisar inte specifikt beredningens ekonomiska utfall i förhållande till budget. Istället har vi i vår granskning nödgats genomföra egen uppföljning av beredningens ekonomiska resultat för att kunna uttala oss om programberedningens ekonomiska tillfredsställelse.

### **Hälso- och sjukvårdsberedningarna Nords, Mitts, Syds och Östs ansvarsutövande 2016 (bilaga 23)**

Syftet med granskningen har varit att bedöma om samtliga beredningar, var och en enskilt, för verksamhetsåret 2016 utfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll.

Våra bedömningar baseras på följande styrande dokument: kommunallag, landstingsfullmäktiges reglemente för fullmäktigeberedningarna samt beredningarnas uppdragsbeskrivning för 2016.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att hälso- och sjukvårdsberedning nord, mitt, syd och öst, var och en enskilt, bedrivit sin verksamhet på ett *ändamålsenligt* och från ekonomiskt synpunkt *tillfredsställande* sätt, samtidigt som den interna kontrollen är *delvis bristande*.

Vår bedömning baseras på följande:

- Hälso- och sjukvårdsberedning nord, mitt, syd och öst fastställde *inte*, innan utgången av november, en verksamhetsplan innehållandes en verksamhetsinriktning, handlingsplan för nästkommande år samt budget för beredningen. Fastställandet skedde istället under januari 2016. Vi noterar att återremittering av beredningarnas uppdrag skett utan att fullmäktige förlängt tidsramen för när verksamhetsplanen skall upprättas.
- Hälso- och sjukvårdsberedning nord, mitt, syd och öst upprättade, innan utgången av november, en verksamhetsrapport och överlämnat denna till fullmäktige.
- Hälso- och sjukvårdsberedning nord, mitt, syd och östs verksamhetsrapport redovisar *till övervägande del* medborgarnas behov inom det aktuella uppdraget.
- Hälso- och sjukvårdsberedning nord, mitt, syd och öst redovisar gemensamma iakttagelser samt jämförelser som påvisar likheter/skillnader.
- Hälso- och sjukvårdsberedning nord, mitt, syd och öst verksamhetsrapport redovisar *inte* specifikt beredningarnas ekonomiska utfall i förhållande till budget. Istället har vi i vår granskning nödgats genomföra egen uppföljning av beredningarnas ekonomiska resultat för att kunna uttala oss om beredningarnas ekonomiska tillfredsställelse.

## **Rättsvisande räkenskaper och ekonomiskt resultat**

### **Revisorernas bedömning av delårsrapport per augusti 2016 (bilaga 24)**

Kopplat till kommunallagens krav samt fullmäktiges strategiska målområde *Ekonomi som ger handlingsfrihet* har revisionen under året granskat delårsrapporten per augusti 2016.

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. Utifrån granskningen av delårsrapporten gör vi denna bedömning:

- Det har inte framkommit några omständigheter som tyder på att landstingets delårsrapport är upprättad i strid med lagens krav och god redovisningssed i övrigt.
- Vår granskning tyder på att det prognostiserade resultat inte är förenligt med de finansiella målen som fullmäktige fastställt för 2016 då inget av styrelsens indikatorer eller mätetal uppfylls.
- Vår översiktliga granskning visar på att den prognostiserade måluppfyllelsen avseende verksamheten inte heller är förenlig med de av fullmäktige fastställda strategiska målen för 2016.
- Den prognos som lämnas i delårsrapporten visar på att landstinget trots ett positivt resultat för året inte kommer kunna återställa hela det ackumulerade balanskravsunderskottet.

Vad gäller det ekonomiskt ansträngda läget så kan konstateras att landstinget fortfarande inte fått kontroll på kostnadsutvecklingen och betydande delar av den skattehöjning som gjordes inför året inte kan användas för att bygga upp ekonomin utan förbrukas genom divisionernas svårigheter att hålla sig inom sina ekonomiska ramar.

### **Granskning av Årsredovisning 2016 (bilaga 25)**

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

Vi kan utifrån granskningen konstatera att årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven i lag om kommunal redovisning samt i övrigt är upprättad enligt god redovisningssed. Vi bedömer också räkenskaperna i allt väsentligt som rättvisande och att årsredovisningen i allt väsentligt redogör för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställningen. Avvikelse mot god redovisningssed har påträffats avseende komponentavskrivning av landstingets materiella anläggningstillgångar (RKR 11.4).

- Landstinget lever inte upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans och årets balanskravsutredning visar på att landstinget nu har 78 mnkr att återställa, senast år 2018.
- Vi bedömer att årets resultat inte är förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning i det finansiella perspektivet.
- Vi bedömer, utifrån åiterrapportering i förvaltningsberättelsen, inte heller att utfallet är förenligt med fullmäktiges övergripande mål för verksamheten.

## **Särskild skrivelse**

### **Verksamhetens informationssystem, VIS (bilaga 26)**

Revisorerna har under året också tillställt landstingsstyrelsen en särskild skrivelse med anledning av iakttagelser som revisionen gjort i ett antal granskningar gällande brister i verksamhetens informationssystem, VIS.

## **Förstudier**

Under året har revisorerna genomfört följande förstudier som inte resulterat i en fördjupad granskning:

- Infektion vid förlossning.
- Barnets rättigheter som anhörig i hälso- och sjukvården.
- Kartläggning hälso- och sjukvård (inkl. tandvård) till flyktingar och asylsökande.

## Grunder för revisionens ansvarsprövning

Enligt God revisions sed i kommunal verksamhet (SKL) gäller att när revisorer riktar anmärkning eller avstyrker ansvarsfrihet ska anledningen framgå i revisionsberättelsen. För att denna kritik ska vara så tydlig som möjligt och uttryckas på ett likartat sätt har god sed bland revisorerna i landet utvecklats så tillvida att kritiken kategoriseras i ett antal grupper. I det följande redogörs för de bedömningar revisorerna i Region Norrbotten kopplat till dessa grupper.

### **Bristande måluppfyllelse, ohörsamhet till mål och riktlinjer fastlagda av fullmäktige eller i föreskrifter**

Vi grundar vår anmärkning mot landstingsstyrelsen på iakttagelser i nedanstående granskningar:

- *Landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll, del 1, juni 2017.* (Landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll är otillräcklig.)
- *Delårsrapport per augusti 2016.* (Prognostiserade resultat inte är förenligt med de finansiella målen som fullmäktige fastställt för 2016 då inget av styrelsens indikatorer eller måttal uppfylls. Inte heller prognostiserade verksamhetsmål är förenliga med fullmäktiges fastställda mål för 2016. Balanskravsunderskottet kommer inte att kunna återställas.)
- *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.* (Landstingsstyrelsen har endast i begränsad utsträckning säkerställt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrift 2011:9 inom organisationen.)
- *Årsredovisning 2016.* (Landstinget lever inte upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans. Årets resultat är inte heller förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning i det finansiella perspektivet eller dess övergripande mål för verksamheten.)
- *Landstingsstyrelsens ansvarsutövande 2016.* (Landstingsstyrelsens ansvarsutövande med avseende på styrning och måluppfyllelse under 2016 har inte varit tillfredsställande.)

### **Bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll**

Vi grundar vår anmärkning mot landstingsstyrelsen på iakttagelser i nedanstående granskningar:

- *Landstingets remisshantering.* (Den interna kontrollen i sammanhanget är bristande.)
- *Ungdomsmottagningarnas verksamhet och service.* (Landstingsstyrelsen har inte säkerställt att ungdomsmottagningarna i Norrbotten bedrivs ändamålsenligt, samtidigt som den interna kontrollen i sammanhanget är otillräcklig.)



- *Kompetensförsörjning – rekrytering.* (Landstingsstyrelsen har endast i en begränsad utsträckning säkerställt att rekryteringsarbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Inte heller är den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig.)
- *Granskning av diabetesvården.* (Landstingsstyrelsen säkerställer endast i begränsad utsträckning att en ändamålsenlig diabetesvård bedrivs. Även den interna kontrollen i sammanhanget är bristande.)
- *Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt.* (Landstingsstyrelsen har gällande fast vårdkontakt inte säkerställt att riktlinjer är kända och tillämpas.)
- *Delårsrapport per augusti 2016.* (Prognostiserade resultat inte är förenligt med de finansiella målen som fullmäktige fastställt för 2016 då inget av styrelsens indikatorer eller mätetal uppfylls. Inte heller prognostiserade verksamhetsmål är förenliga med fullmäktiges fastställda mål för 2016. Balanskravsunderskottet kommer inte att kunna återställas.)
- *Landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll februari 2017.* (Landstingsstyrelsens ekonomiska styrning och kontroll är otillräcklig.)
- *Bisysslor – uppföljande granskning.* (Landstingsstyrelsens interna kontroll i sammanhanget är fortsatt otillräcklig.)
- *Landstingsstyrelsens ansvarsutövande 2016.* (Landstingsstyrelsens ansvarsutövande med avseende på styrning och måluppfyllelse under 2016 har inte varit tillfredsställande.
- *Särskild skrivelse om verksamhetens informationssystem VIS.* (Brister i informationssystemet).

### **Förtroendeskada eller annan immateriell skada**

Vi har i vår riskanalys samt i våra granskningar inte hittat grund för kritik.

### **Ekonomisk skada**

Vi har i vår riskanalys samt i våra granskningar inte hittat grund för kritik.

### **Obehörigt beslutsfattande**

Vi har i vår riskanalys samt i våra granskningar inte hittat grund för kritik.

### **Icke lagenlig verksamhet, brottslig gärning**

Vi har i vår riskanalys samt i våra granskningar inte hittat grund för kritik.

### **Otillräcklig beredning av ärenden**

Vi har i vår riskanalys samt i våra granskningar inte hittat grund för kritik.

### **Ej rättvisande redovisning**

Vi har i vår riskanalys samt i våra granskningar inte hittat grund för kritik.

## **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.