Patientnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Förvaltningschef Steinunn Ásgeirsdóttir

PAN 2018-05-22 P 6
TJÄNSTEUTLÅTANDEN
2018-05-07

PaN A1804-0006373

Landstingsrevisorernas årsrapport 2017

Ärendet

I ärendet föreligger landstingsrevisorernas årsrapport avseende patientnämnden 2017.

Av rapporten framgår att

- det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms som tillfredsställande
- nämnden har riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom verksamhetskritiska processer och att dessa är tillräckliga
- årsbokslutet i allt väsentligt är upprättat enligt god redovisningssed och landstingets anvisningar samt ger en rättvisande bild av årets resultat och ställning
- räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Nämnden har beretts möjlighet att med anledning av rapporten yttra sig till landstingsrevisorerna. Då samtliga avgivna omdömen är de högsta som kan ges avstår nämnden från detta.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- godta landstingsrevisorernas årsrapport avseende 2017
- uppdra till förvaltningen att översända ärendets protokollsutdrag till landstingsrevisorerna för kännedom.

Steinunn Ásgeirsdóttir

Steinunn Ásgeirsdóttir
Förvaltningschef

Bilaga

Landstingsrevisorernas årsrapport 2017

Patientnämndens förvaltning
Box 17535, 118 91 Stockholm
Hornsgatan 15

Telefon: 08-690 67 00
Fax: 08-690 67 18

E-post: registrator.pan@sll.se
www.patientnamndenstockholm.se

ÅRSRAPPORT 2017

Patientnämnden

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2018-04-10 RK 2017-0025

Patientnämnden

ÅRSRAPPORT 2017
Patientnämnden

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2018-04-10 att överlämna rapporten till patientnämnden för kännedom och med möjlighet till yttrande senast 2018-09-28.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00

E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besök oss: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Sammanfattning – Patientnämnden

I den årliga revisionen prövas om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Bedömning för år 2017

	Tillfreds-ställ-lande	Inte helt tillfredsställande	Otillfreds-ställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	X		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	X		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	X		

Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till 2,6 mnkr, vilket är 2,6 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen förklaras framförallt av vakanta tjänster under året och att eftertaxering av arbetsgivaravgifter för stödpersonverksamheten inte kommer att ske för vilket det fanns budgetmedel avsatta. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Revisionen noterar att antalet ärenden minskat marginellt jämfört med 2016. Antalet stödpersoner för patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller är isolerade enligt smittskyddslagen är drygt 20 fler den sista december 2017 jämfört med den sista december 2016. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms vara tillfredsställande.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som tillfredsställande. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2016.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att det finns riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom nämndens verksamhetskritiska processer.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara tillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2016.

Räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed, enligt landstingets anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1 Årlig granskning 1

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 2
2.1 Ekonomiskt resultat 2
2.2 Verksamhetsmässigt resultat 3
2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 5

3 Intern styrning och kontroll 5
3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning 5
3.2 Externa intäkter 6
3.3 Uppföljning av tidigare granskning 6
3.4 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll 7

4 Räkenskaper 7
4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse) 7
4.2 Samlad bedömning av räkenskaper 7

5 Nämndens yttrande över delrapport 2017 7

Bilaga 1 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Bilaga 2 Bedömningsmål och bedömningskriterier

1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

Patientnämnden ansvarar enligt det specifika reglementet för att bedriva patientnämndsverksamhet enligt lag och fungera som en objektiv instans för kontakt med både patienter och personal. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter samt annan information görs utredningar och framställningar till ansvariga nämnder och styrelser inom landstinget och till andra berörda organ.

Patientnämndens uppdrag utgår främst från lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), förvaltningslagen (1968:223), personuppgiftslagen (1998:204) samt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Enligt lag ska nämnden rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Enligt landstingsstyrelsens reglemente åligger det nämnden bland annat att uppmärksamma ansvariga nämnder, styrelser och förvaltningar på risker eller otillfredsställande vård och behandling samt att verka för kvalitetssäkring och hög patientsäkerhet i länets hälso- och sjukvård.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, landstingets regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har revisorerna biträtts av landstingets revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Ylva Galyas vid revisionskontoret. I den finansiella revisionen har revisionskontoret anlitat konsulter från PWC där Rebecka Hansson varit huvudansvarig revisor.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges mål och genomfört givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Bedömningen omfattar även om verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2017	Bokslut 2017	Bokslut 2016
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	24,8	24,9	24,1
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-24,8	-22,3	-24,3
Varav omställningskostnader	-	-	-
Årets resultat	0,0	2,6	-0,2
Balansomslutning (mnkr)	-	6,6	4,5
Årsarbetare (antal)	22	20	22

Årets resultat uppgår till 2,6 mnkr, vilket är 2,6 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Resultatet har inte påverkats av jämförelsestörande poster. Resultatet är 2,4 mnkr högre än 2016 års utfall.

2.1.1 Jämförelse med budget 2017

Intäkterna uppgår till 24,9 mnkr, vilket är 0,1 mnkr högre än budgeterat.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 22,3 mnkr, vilket är 2,5 mnkr (ca 11 procent) lägre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 1,9 mnkr hänförbart till vakanta tjänster under året och att eftertaxering av arbetsgivaravgifter för stödpersonverksamheten inte kommer att ske för vilket det fanns budgetmedel avsatta. Resterande budgetavvikelsen utgörs av lägre övriga kostnader på 0,5 mnkr.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens årsrapport.

2.1.2 Jämförelse med 2016 års utfall

Jämfört med 2016 har intäkterna ökat med 0,8 mnkr (3,3 procent), vilket framför allt beror på ökning av landstingsbidraget.

Verksamhetens kostnader har jämfört med 2016 minskat med 2 mnkr (8,2 procent), vilket i huvudsak beror på vakanta tjänster.

2.1.3 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att resultatet överstiger resultatkravet. Nämndens ekonomiska resultat bedöms, i likhet med 2016, vara tillfredsställande.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

Nedan redovisas måluppfyllelsen för nämndens mål och uppdrag. Nämnden följer upp verksamheten bland annat genom registrering och uppföljning av patientärenden, registrering av stödpersonsärenden samt uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder.

2.2.1 Patientärenden – klagomål på hälso- och sjukvården

Under 2017 har 7 636 ärenden gällande klagomål på hälso- och sjukvården inkommit till förvaltningen vilket var 13 ärenden färre jämfört med 2016. Vanligaste sättet att ta kontakt med nämnden är via telefon vilket skedde i 62 procent av fallen.

Klagomålen på primärvården (31 procent av ärendena), akutsjukhusen (28 procent av ärendena) och psykiatrin (15 procent av ärenden) utgör tillsammans trefjärdedelar av alla anmälningar. Både primärvården och akutsjukhusen ligger kvar på samma nivå som 2016 då det skedde en kraftig ökning jämfört med 2015. Även antal ärenden gällande psykiatrin ligger på samma nivå som 2016. Klagomålen handlar för alla verksamheter i huvudsak om tre områden; bristande vård och behandling, bristande bemötande och bristande tillgänglighet.

2.2.2 Stödpersonsverksamheten

Patientnämnden har till uppgift att förordna stödpersoner för patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller är isolerade enligt smittskyddslagen.

Antalet nya förordnanden har minskat något 2017 jämfört med 2016 från 303 till 281, en minskning med ca 7,2 procent. Den sista december 2017 hade 191 personer stödperson, vilket är 23 fler än sista december 2016.

2.2.3 Statistik och information

På årsbasis sammanställer nämnden statistik över antalet ärenden, fördelning per vårdtyp m.m. i en rapport till Socialstyrelsen och IVO (Inspektionen för vård och omsorg) och övriga intresserade. Rapporten anmäls också till landstingsfullmäktige. Nämnden tar också löpande fram månadsrapporter med ca 1 200 mottagare. Mottagarna är bland annat vårdgivare, både landstingsinterna och externa, men även intresseorganisationer och privatpersoner. Antalet mottagare för dessa rapporter har ökat stadigt mellan åren, 2016 var det ca 1 000 mottagare.

Förutom framtagande och sammanställning av data enligt ovan har förvaltningens personal gjort besök hos vårdgivare samt patient- och intresseföreningar för att informera om verksamheten och aktuella ärende.

2.2.4 Förebyggande arbete och förbättringsåtgärder

Det förebyggande arbetet syftar till att öka kvaliteten i vården genom att nämnden föreslår förbättringsåtgärder utifrån de klagomål som patienter lämnar genom så kallade principärenden. Under 2017 har ett principärende behandlats i nämnden som gällde nekande av vård. Dessutom har återrapportering i fem tidigare principärenden inkommit och godkänts av nämnden. De återförda ärendena avsåg:

- succesiv ökning av klagomål på brister i vårdgarantin
- bristfällig information och ej inhämtat samtycke i samband med smärtsam behandling
- avsaknad av rutiner för informationsöverföring mellan ambulanssjukvård och hemtjänst
- remiss skickad till privat vårdgivare som inte debiterar enligt offentlig taxa
- brister i vårdgarantin till neuropsykiatriska utredningar

2.2.5 Synpunkter på patientnämnden

Under våren har nämnden genomfört en enkätundersökning riktad till vårdgivare. Enkäten visade att vårdgivarna i stort är nöjda med patientnämndens verksamhet. Sammanlagt ställs elva frågor där kvalitetsmål finns fastställda för fyra av dem. Av dessa fyra nåddes tre av de uppställda målvärdena.

Målsatta frågor i enkäten för vårdgivare	Målvärde	Utfall 2017
Är den informationen du får när patientnämnden begär ett yttrande tillräckligt för att du ska kunna besvara och bemöta patientens frågor och synpunkter?	90 %	97 %
Patientnämnden ska värna patienters rättigheter men samtidigt vara fristående och opartisk. Hur upplever du handläggarnas agerande?	80 %	68 %
Hur viktig bedömer du att patientnämndens verksamhet är för dig och din verksamhet?	80 %	86 %
Hur viktig bedömer du att patientverksamheten är för era patienter?	80 %	91 %

2.2.6 Uppdrag från fullmäktige

Nämnden har enligt uppdrag tagit fram och i januari 2017 beslutat om lokala styrdokument för säkerhet.

2.2.7 Tryggad kompetensförsörjning

Tjugo personer arbetade på förvaltningen den sista december 2017. Under året har en ny förvaltningschef tillträtt. Förvaltningen har liksom tidigare år haft en låg personalomsättning. Vid rekrytering av personal och stödpersoner strävar förvaltningen efter mångfald för att underlätta utredningar av patientärenden och stöd till de patienter som har stödperson då nämndens ärenden rör personer med olika bakgrund.

Medarbetarenkäten som genomfördes under 2017 visar på förbättringar inom ett flertal områden, bland annat har ledarskapsindex ökat från 76 till 85.

2.2.8 Hållbar tillväxt och utveckling

Patientnämnden är sedan 2004 miljöcertifierad enligt ISO 14001. Sedan 2013 ingår förvaltningen i ett gemensamt certifierat miljöledningssystem (GemMLS) för administrativa förvaltningar och bolagen inom landstinget. Förvaltningens miljöarbete har integrerats i den ordinarie verksamheten genom att miljöarbetet kopplas samman med kvalitetsarbetet och budgetprocessen.

Socialt ansvarstagande handlar enligt nämnden om att alla invånare ska ha samma möjligheter att vända sig till patientnämnden. Bland annat har patientnämnden under året arbetat med att ta fram lämplig kommunikation och hitta kommunikationskanaler som vänder sig till barn. Nämnden har också givit förvaltningen i uppdrag att analysera inkomna synpunkter och klagomål på psykiatrisk vård. Resultatet kommer att redovisas i en rapport under våren 2018.

2.2.9 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet i huvudsak har uppnåtts.

2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultat uppgår till 2,6 mnkr, vilket är 2,6 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen förklaras av vakanser och att eftertaxering av arbetsgivaravgifter för stödpersonverksamheten inte kommer att ske. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Antal ärenden har minskat något jämfört med 2016 medan antalet stödpersoner har ökat. Av genomförd enkät riktad till vårdgivare framkommer att förvaltningen når tre av fyra kvalitetsmål.

Revisionen instämmer i nämndens bedömning av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet och konstaterar att det beskrivits på ett i huvudsak tillfredsställande sätt i årsrapporten.

Sammantaget bedöms det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande.

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Nämnden har i huvudsak brutit ner de av fullmäktige beslutade mål som berör verksamheten till egna anpassade strategier och mål. Nämnden har en fastställd intern kontrollplan som följs upp årligen. Förnärvarande är alla risker i kontrollplanen grön markerade (enligt trafikljusmodellen).

Nämnden har i delrapporten för 2017 prognostiserat årets resultat till 0 mnkr. Utfallet blev dock 2,6 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten vilket anges bero på minskning på grund av att eftertaxering av arbetsgivaravgifter för stödpersonverksamheten inte kommer att ske samt vakanser.

Patientnämndens uppföljning innebär att ekonomi och prestationer redovisas till nämnden. Ekonomiuppföljningen har tidigare rapporterats genom skriftliga rapporter till varje nämndmöte. Under 2017 har rapporteringen skett muntligt av förvaltningschefen. Nämnden har informerats om det ekonomiska utfallet i relation till budget och prognoser för fortsättningen av året. Nämnden uppdateras löpande om ärenden som kommer in och ärenden som avslutas.

Bedömning

Revisionen bedömer att patientnämnden har tillräcklig löpande uppföljning av ekonomi och verksamhet.

3.2 Externa intäkter

Revisonen har granskat om den interna kontrollen säkerställer en fullständig och korrekt redovisning av externa intäkter. Granskningen har genomförts genom intervju och dokumentgenomgång.

Patientnämndens externa intäkter består i huvudsak av samverkansavtal med länets kommuner och med tre externa leverantörer. De externa intäkterna faktureras en gång per år, i mitten av året.

Enligt förvaltningen görs det en månadsrapport med hjälp av färdiga mallar som finns på intranätet. Med hjälp av mallen jämförs utfallet med budgeten och eventuella avvikelser kommenteras. Rapporten enligt mall skickas sedan till landstingsstyrelsens förvaltning. Månadsrapporten fungerar också som en efterkontroll där budgetansvariga kan kontrollera att utfallet är korrekt.

Bedömning
Revisionen bedömer att patientnämndens interna kontroll i allt väsentligt säkerställer en fullständig och korrekt redovisning av externa intäkter.

3.3 Uppföljning av tidigare granskning

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapport för patientnämnden 2017.

Revisionen har granskat om ansvar, uppgifter och befogenheter för landstingets nämnder, utskott samt beredningar är tillräckligt tydliga. Granskningen visade att patientnämndens delegering är för omfattande och behöver preciseras närmare. Precisering bör görs av vilka beslut och till vilket belopp delegeringen avser. Vidaredelegationen bör förtydligas så att det tydligt framgår till vilken funktion delegering sker och preciseras så att den begränsas till den handläggare ärendet tillhör.

Vid genomförd uppföljning konstaterades att nämnden har antagit en ny delegationsordning i november. I den har det tydliggjorts vad som avses med delegationsbeslut

och beloppsgränser har angivits. Dessutom anmäls förändringar av delegation i nämnden för att säkerställa att den begränsas till berörd person.

Bedömning
Revisionen bedömer att nämnden i allt väsentligt har vidtagit relevanta åtgärder för att säkerställa att ansvar, uppgifter och befogenheter för nämnden är tillräckligt tydliga. Rekommendationerna är också åtgärdade.

3.4 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll

Nämnden har fastställt en för året aktuell intern kontrollplan. Revisionen bedömer att det finns riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom bolagets verksamhetskritiska processer.

Granskningen har visat att nämnden i allt väsentligt har åtgärdat de rekommendationer som lämnades avseende ansvar, uppgifter och befogenheter i samband med delrapporten för 2017.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara tillräcklig. Baserat på den sammantagna granskningen 2017 så är bedömningen oförändrad jämfört med 2016.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse)

Vid granskning har rimliga förklaringar till poster och förändringar mellan åren samt jämfört med budget erhållits. Vid granskning av periodiseringar framkom att kostnader hänförliga till 2017 inte har redovisats med en resultatpåverkan på cirka 300 tkr. Det är dock inte väsentliga belopp som påverkar en rättvisande bild.

4.2 Samlad bedömning av räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättad enligt lagen om kommunal redovisning, god redovisningssed, enligt landstingets anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2017

Nämnden har inte lämnat något yttrande över delrapporten för 2017, men rapporten har anmälts på ett nämndmöte.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Patientnämnden, Årsrapport 2017

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Delår ID: 1110	Nämnden bör reglera representationsbefogenheten, dvs. rätt att representera nämnden, exempelvis genom att underteckna handlingar.	X			Personalförändringar som påverkar till vem delgation ställs anmäls kontinuerligt till nämnden för beslut. Finns beskriven i Förteckning över attest- och utanordningsrätter.
2017 Delår ID: 1111	Nämnden bör i delegationsordningen precisera vilka beslut som är delegerade samt till vilket belopp	X			Beslut om ny delgationsordning finns med tillhörande förteckning över attest- och utanordningsrätter. Beslut fattat 20171128
2017 Delår ID: 1112	Nämnden bör precisera att den överlåtna beslutsrätten inte avser områden som enligt kommunallagen inte får delegeras, exempelvis verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.	X			Precisering har gjorts i ny delegationsordning Beslut fatttat 20171128

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER FÖR 2017

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska mål.

2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.

3. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns allvarliga avvikelser som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Intern styrning och kontroll

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och regelefterlevnad.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.

3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.

4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.

5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.

6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.

7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.

Bedömningskriterier

Tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillräcklig
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns allvarliga avvikelser som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs.

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt landstingets regler och anvisningar.

2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/årsredovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande
Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelser kan förekomma. Eventuella värderings-, klassificerings- och/eller upplysningsfel är inte av sådan karaktär att de väsentligen påverkar bilden av nämndens/styrelsens resultat och ställning.

Inte rättvisande
Räkenskaperna innehåller allvarliga avvikelser i förhållande till bedömningsmålen.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på Landstingsrevisorernas hemsida www.sll.se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se/rev
Org.nr: 232100-0016