

För kännedom

Enhetschef Carolina Sandberg  
Regiondirektör Jan Grönlund  
Ekonomidirektör Nicholas Prigorowsky  
HR-direktör Kajsa Fisk  
Samtliga kommunrevisioner i Sörmland

Gemensamma patientnämnden

## Granskningsrapport för patientnämnden år 2022

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av patientnämnden 2022. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden den 27 april 2023.

Revisorerna begär inget svar på rapporten, utan redovisningen för nämnden ska ge svar på eventuella frågor.

Vid genomgången kommer revisorerna även att ta upp Revisionsdialog, som planeras äga rum kommande höst.



Gustaf Wachtmeister

Ordförande



Torgerd Jansson

Vice ordförande

## Årsgranskning för den gemensamma patientnämnden år 2022

### Sammanfattning

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Vi bedömer att den gemensamma patientnämnden har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse ger i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2022. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande.

### Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi nämnden att arbeta med följande förbättringsområde:

- ✓ Utveckla mål och indikatorer för en tydligare bedömning av måluppfyllelse
- ✓ Dokumentera riskanalys inför framtagandet av interna kontrollplan

Vi ser positivt på nämndens initiativ för en kommande genomgång av delegationsordning samt rutiner för hantering av delegationsbeslut.

### Bakgrund

De förtroendevalda revisorerna ska, enligt kommunallagen årligen granska och pröva om styrelser, nämnder och beredningar säkerställt att verksamheten är genomförd på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaper är rättvisande och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Styrelser, nämnder och beredningar ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. De ansvarar också för att det finns en tillräcklig styrning och intern kontroll samt återredovisning till fullmäktige.

### Iakttagelser i 2021 års granskning

Bedömningen var att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Vi bedömde att nämnden hade en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten. Nämndens verksamhetsberättelse gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande.

Revisorerna deltog i nämndens sammanträde den 28 april 2022 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2021.

### **Syfte och revisionsfrågor**

Syftet med revisorernas granskning är att ge underlag till revisorerna för deras ansvarsprövning av nämnden. Revisorernas samlade bedömning delges regionfullmäktige inför deras beslut i ansvarsfrågan i samband med att regionens samlade årsredovisning behandlas.

Granskning har under året skett enligt den revisionsplan som upprättats av revisorerna i samråd med regionfullmäktiges presidium. Den årliga granskningen omfattar grundläggande granskning, fördjupad granskning samt granskning av delårsrapport och årsredovisning.

Den grundläggande granskningen genomförs varje år för alla nämnder. Inriktningen är att för varje nämnd och styrelse översiktligt granska och bedöma om:

- ✓ Styrelsen/nämnden har uppnått fullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten, samt om verksamheterna klarar att genomföra sina uppdrag med tillgängliga resurser
- ✓ Styrelsen/nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll säkerställer en ändamålsenlig och ekonomiskt effektiv verksamhet.

Årsgranskningen i denna rapport redogör för de iakttagelser som gjorts vid den grundläggande granskningen. Vi har också granskat och bedömt om räkenskaperna ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ställning samt om delårsrapport och verksamhetsberättelse är upprättad i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och regionens anvisningar.

### **Ansvarig nämnd och avgränsning**

Granskningen avser patientnämndens verksamhet under 2022.

### **Revisionskriterier**

Vår bedömning av nämndens ansvarsutövande utgår bland annat från:

- ✓ Kommunallagen
- ✓ Lagen om kommunal bokföring och redovisning
- ✓ Fullmäktiges reglemente för nämnden
- ✓ Fullmäktiges reglemente för intern kontroll
- ✓ Fullmäktiges reglemente för planering och uppföljning
- ✓ Övriga uppdrag, mål eller direktiv från fullmäktige till nämnden
- ✓ Regionstyrelsens anvisningar
- ✓ Regionens interna regler

## Metod

Den grundläggande granskningen har genomförts som en löpande insamling av fakta och iakttagelser. Revisionen tar löpande del av verksamhetsplaner, samtliga månadsrapporter och protokoll från respektive nämnd. Bevakning sker också av eventuella förändringar i nämndens styrande dokument, följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll, följsamhet till regler och rutiner och uppföljning av tidigare års granskningar. Dessutom summerar vi iakttagelser från eventuella fördjupade granskningar och uppföljningar av tidigare granskningar som genomförts inom nämndens ansvarsområde under året.

Granskningen omfattar också om nämnden säkerställt att räkenskaperna är rättvisande. Denna del granskas i samband med granskning av regionens delårs- och årsbokslut. Granskningen syftar till att pröva om nämndens verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av ställning och resultat 31 december 2022. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

Qualitarium har på uppdrag av revisorerna utfört stora delar av den grundläggande granskningen. Årets granskning har riktat särskilt fokus på områdena målstyrning (styrmodell och indikatorer) och intern kontroll. Qualitariums rapport finns som bilaga till denna årsgranskningsrapport.

Denna årsgranskningsrapport har kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig revisor inom revisionskontoret.

Revisorerna träffar samtliga nämnder i Region Sörmland två gånger per år. En träff på våren då vi går igenom slutrapporten över granskningen föregående år. På hösten genomförs sedan Revisionsdialog med samtliga nämnder i anslutning till delårsrapporteringen.

## Fullmäktiges uppdrag till nämnden

Av regionens *Mål och budget för 2022-2024*<sup>1</sup> framgår att nämnden, som är gemensam för Region Sörmland och länets nio kommuner, ingår i Region Sörmlands politiska organisation. Nämndens uppgifter regleras av lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Patientnämnden handhar även rekrytering, utbildning och förordnanden av stödpersoner till patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård eller enligt smittskyddslagen.

Det reviderade reglemente för gemensam patientnämnd i Sörmlands län beslutades i regionfullmäktige i november 2022 och börjar gälla den 1

---

<sup>1</sup> Regionfullmäktige § 127/21, Mål och budget 2022-2024

januari 2023<sup>2</sup>. Länets kommuner rekommenderas att fatta likalydande beslut om revidering av reglementet. Förändringen innebär att arbetsutskottets sammanträden överensstämmer med nämndens sammanträden, dvs. minst fyra tillfällen per år.

Tilldelad budgetram är 4,9 mnkr och ingen investeringsram framgår av Mål och budget 2022-2024. Eget kapital på 1,2 mnkr ska användas till att införskaffa ett nytt IT-system.

## Nämndens verksamhet under år 2022

### Vår kommentar

Av bilagan 1 framgår de iakttagelser som gjorts.

## Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2022

Vi har granskat formerna för nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning mot reglemente för planering och uppföljning och nämndens protokoll.

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos utvecklades under år 2022 i kvartals- och delårsrapportering samt verksamhetsberättelse.

<b>Ekonomisk rapportering</b>	<b>Ackumulerat utfall</b>	<b>Prognos</b>	<b>Budget helår</b>
Kvartalsrapport per mars	0,3 mnkr	4,9 mnkr	
Delårsrapport per juli	0,9 mnkr	3,2 mnkr	
Slutligt utfall per december	1,9 mnkr		4,9 mnkr

Nämndens ekonomiska resultat är 1,9 mnkr. Budgetöverskott med 3 mnkr beror på vakant tjänst som inte tillsatts och fördröjningen i anskaffningsprocessen av nytt IT-stöd samt avveckling av det befintliga IT-stödet.

### Vår kommentar

Granskning av nämndens protokoll visar att nämnden under året har följt regionens reglemente för planering och uppföljning och beslutat om kvartalsrapporten per mars, delårsrapporten per juli och verksamhetsberättelsen per december. Enligt planerings- och uppföljningsreglementet ska nämnden besluta om sin verksamhetsberättelse i februari. Nämndens verksamhetsberättelse beslutades den 2 mars 2023. Vi

<sup>2</sup> Regionfullmäktige § 124/22, Revidering av reglemente för gemensamma patientnämnden

noterar att för 2021 beslutades verksamhetsberättelsen i februari och enligt reglementet.

### Revisionsdialog

Nämndens arbetsutskott och revisorerna träffades den 11 november för dialog. Vid dialogen diskuterades bland annat fördröjning i anskaffningsprocessen av nytt IT-stöd för ärendehantering, förändringar av patientnämndens kanslis telefontider samt nämndens arbete med barnkonventionen.

### Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse

Granskning har skett av nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse utifrån reglemente för planering och uppföljning och utgivna anvisningar.

#### Vår kommentar

Nämnden beslutade om patientnämndens delårsrapport vid sammanträdet i september 2022. Nämndens rapportering följer utgivna anvisningar väl.

Av bilagan 1 framgår de iakttagelser som gjorts vid granskning av nämndens verksamhetsberättelse och årsbokslut 2022.

### Intern kontroll – rapportering och följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Granskning har skett av rapportering och följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll och de anvisningar som finns till verksamhetsberättelsen.

#### Vår kommentar

Av bilagan 1 framgår de iakttagelser som gjorts vid granskning av nämndens verksamhetsberättelse och årsbokslut 2022.

### Revisionens granskningar avseende 2022

Rapporterna och de svar som lämnats av nämnd/verksamhet finns tillgängliga på revisionens hemsida.

[www.regionormland.se/revisionen](http://www.regionormland.se/revisionen)

### Granskningar där svar har kommit, alternativt inte begärts

Nedan redovisas de granskningar där svar har kommit före det att revisionsberättelsen avlämnas. Respektive granskning presenteras med syfte och iakttagelser i korthet. I kolumnen längst till höger redovisas erhållet svar i korthet.

Revisorernas bedömning av delårsrapport 2022, RS	Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning.	Inget svar begärt – dialogmöten med samtliga nämnder under hösten.
--	--	--

## Granskningar där svar är begärt under 2023

Nedan redovisas de granskningar där svar har begärts efter det att revisionsberättelsen har lämnats.

<p>Hantering av bisysslor, RS</p> <p>Svar begärt till 31 maj från RS</p>	<p>Vi har genomfört en fördjupad granskning av regionens hantering av bisysslor. Syftet med granskningen är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen säkerställt förutsättningar för en ändamålsenlig hantering av bisysslor.</p> <p>Granskningen omfattar regionstyrelsen och avser en övergripande granskning om regelverket för bisysslor är ändamålsenligt, känt och tillämpas.</p> <p>Vår sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen inte helt har säkerställt förutsättningar för en ändamålsenlig hantering av bisysslor.</p> <p>Granskningen visar att i stort har regionen ändamålsenliga styrande dokument och rutiner för hantering av anställdas eventuella bisysslor. Ansvars-fördelningen är tydlig.</p> <p>Utifrån granskningens resultat bedömer vi att det finns risk för underrapportering av förekomst av bisysslor. Om regionen inte förmår att förebygga förekomsten av förtroendeskadliga bisysslor riskerar det att försvaga medborgarnas förtroende för förvaltningens oberoende och opartiskhet. Därför är det viktigt att säkerställa ett kontinuerligt och systematiskt arbete med information om regelverk och dialog kring bisysslor.</p>
--	--

### Revisionens uppföljning av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen en strukturerad uppföljning av granskningar som genomförts tidigare år. Följande bedömningar har gjorts efter det att uppföljning skett via skriftliga frågor ut i verksamheterna under året för nedanstående granskningar:

Granskning (genomfördes år)	Bedömning efter uppföljning
Skyddade personuppgifter (2019)	Vår bedömning är att regionstyrelsen och nämnderna, vid sina utvecklingsarbeten, har tagit hänsyn till revisionens rekommendationer. Utbildningarna har uppdaterats, kontrollerna i verksamheterna har ökats och rutiner har tagits fram. Regionens informationssäkerhetsberättelse fastställs årligen av regionstyrelsen. Det återstår arbete med att bland annat upprätta en enhetlig handbok för informationssäkerhet och öka kontroller till den utsträckning som krävs. Vid uppföljningen framkommer att ökande intern egenkontroll och internrevision också ska införas för att stärka säkerheten för de som har skyddade personuppgifter. Ingen ytterligare granskning föreslås för tillfället.

Revisionen

Tiina Olofsson  
Certifierad kommunal revisor

Bilaga 1                      Revisionsrapport Grundläggande granskning samt  
granskning av årsbokslut 2022 – Patientnämnden,  
Qualitarium





# QUALITARIUM

RE-REV23-0018-1

Bilaga 1

Revisionsrapport

Grundläggande granskning samt  
granskning av årsbokslut 2022

Patientnämnden  
i Region Sörmland

Februari 2023

## Innehåll

<b>1. Inledning.....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund .....	3
1.2 Syfte och revisionsfrågor .....	3
1.3 Ansvarig nämnd.....	4
1.4 Metoder och avgränsningar .....	4
1.5 Revisionskriterier .....	5
1.6 Kvalitetssäkring .....	5
<b>2. Nämndens arbete under året.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Fördjupning – målstyrning och intern kontroll .....</b>	<b>6</b>
3.1 Styrmodell och indikatorer .....	6
3.2 Intern kontroll.....	8
<b>4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen .....</b>	<b>11</b>
<b>5. Svar på granskningens frågeställningar.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Granskning av årsbokslutet.....</b>	<b>15</b>

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Kommunallagen (2017:725 12 kap 1 §) stadgar att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom styrelsens och nämndernas verksamhetsområde.

Revisorernas årliga granskning består av tre delar:

- Grundläggande granskning
- Granskning av delårsrapport och årsredovisning
- Fördjupade granskningar

Den grundläggande granskningen och granskningen av årsbokslutet ingår således som en del av den totala revisionsinsatsen som ger revisorernas underlag för deras bedömning i ansvarsfrågan.

Den grundläggande granskningen består av två delar:

- Granskning av måluppfyllelse
- Granskning av styrning och intern kontroll

Granskningen grundas på den genomförda risk- och väsentlighetsanalysen samt på revisorerna antagna revisionsplan för 2022.

## 1.2 Syfte och revisionsfrågor

### 1.2.1 Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningens övergripande syfte är att bedöma om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att bedöma om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Granskningen av måluppfyllelse syftar till att översiktligt bedöma om

- verksamhetens resultat lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten,
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser,
- nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Granskningen av styrning och intern kontroll syftar till att bedöma om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att

- verksamheten lever upp till målen och är effektiv,
- informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Årets granskning riktar fokus på de områden som årets revisionsplan för Region Sörmland lyfter fram som viktiga att hålla bevakning på och som är relevanta för Patientnämndens verksamhet:

- Styrmodell och indikatorer
- Arbetet med riskbedömningar och den interna kontrollplanen

För att ge svar på granskningens övergripande syfte har följande kontrollfrågor besvarats:

1. Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?
  - 1.1. Om ja, följer planen regionens beslutade mål och visioner?
2. Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?

- 2.1. Om ja, följer budgeten de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade?
3. Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?
4. Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?
5. Är målen mätbara och uppföljningsbara?
6. Har nämnden upprättat rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske?
7. Belyser rapporteringen till nämnden måluppfyllelse och resultat?
8. När nämnden uppsatta mål inom verksamheten?
9. När nämnden uppsatta mål inom ekonomi?
10. Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder vid signaler om avvikelse i måluppfyllelse?
11. Har nämnden antagit en intern kontrollplan?
- 11.1. Om ja, baseras den interna kontrollen på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet?
- 11.2. Innehåller den interna kontrollplanen rutiner för åtgärder vid avvikelser?

#### **1.2.2 Granskning av årsbokslut**

Syftet med granskningen av årsbokslutet är att ge regionens revisorer underlag för att bedöma om årsbokslutet är upprättat i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

Inom ramen för denna granskning besvaras följande kontrollfrågor:

1. Har verksamhetsberättelsen upprättats enligt de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen?
2. Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?
3. Är årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed?

#### **1.3 Ansvarig nämnd**

Ansvarig nämnd är Patientnämnden.

#### **1.4 Metoder och avgränsningar**

Granskningen avser 2022 års verksamhet.

Under granskningen användes följande metoder:

- Dokumentstudier av bland annat reglemente, budget, verksamhetsplan, kvartalsrapport, delårsrapport, verksamhetsberättelse, intern kontrollplan och därtill hörande dokumentation, sammanträdesprotokoll från nämndens möten, mm.
- Semistrukturerade intervjuer med kanslichefen och med verksamhetens controller.
- Revisorerna har under hösten genomfört en revisionsdialog med nämnden.

Granskningen har skett i den omfattning som följer av god revisionssed i kommunal verksamhet och tillämpliga delar av Skyrevs standard för räkenskapsrevision.

Granskningen har omfattat utkast till "*Verksamhetsberättelse 2022, Gemensamma patientnämnden, December 2022*". Nämnden förväntas fastställa verksamhetsberättelsen den 2 mars 2023.

Vi har granskat sådan information som är av finansiell natur och eller som har direkt koppling till den finansiella redovisningen i verksamhetsberättelsen. Övriga delar har endast granskats utifrån om informationen är förenlig med de finansiella delarna och de mål som fullmäktige fastställt.

Granskningen är baserad på en risk- och väsentlighetsanalys och har genomförts genom:

- Granskning av bokslutsdokumentation inklusive huvudböcker, verksamhetsberättelse och räkenskapsmaterial

- Intervjuer med berörda tjänstemän
- Analys av indikatorer för verksamhet och ekonomi i den omfattning som krävs för att bedöma om resultatet är förenligt med de av fullmäktige beslutade målen
- Avstämning av väsentliga poster i resultaträkning mot erforderliga underlag. Översiktlig analys av övriga poster.
- Avstämning av väsentliga balanskonton.

### **1.5 Revisionskriterier**

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap 6 §
- Lag om kommunal redovisning och bokföring (LKBR)
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning, RKR, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR
- Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2022
- Fullmäktiges beslutade mål
- Regionens relevanta styrdokument

### **1.6 Kvalitetssäkring**

Kvalitetssäkring har skett genom Qualitariums interna kvalitetssäkringssystem. Rapporten har även varit föremål för faktagranskning utförd av de intervjuade personerna.

## **2. Nämndens arbete under året**

Nämnden hade fyra protokollförda sammanträden under året.

Nämnden har fattat beslut om sin verksamhetsplan och budget för 2022 i december 2021. Den interna kontrollplanen är en del av den antagna verksamhetsplanen.

Nämnden fick rapport om ekonomin vid kvartalsrapport i april 2022 samt om måluppfyllelse i verksamhet och ekonomi i delårsrapporten i september 2022 och i årsrapporten i mars 2023.

Nämnden beslutade i samtliga fall att godkänna redovisningen utan vidare åtgärd.

Nämndens delegationsordning är antagen 2017. Delegationsordningen anger att fyra typer av beslut ska återrapporteras till nämnden:

- 1.3 Slutlig prövning och beslut om utlämnande av allmän handling
- 1.4 Frågor där nämndens beslut inte utan avsevärda olägenheter kan avvaktas 6 kap. 39§ KL
- Arbetsgivaransvar för arbetsmiljö enligt arbetsmiljölagen (AML) samt för verksamheten adekvata författningar.
- 3.1 Rätt att förordna och entlediga stödpersoner enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Någon förteckning över fattade delegationsärenden förs inte.

Delegationsbesluten som avser statistik om stödpersoners uppdrag återrapporteras till nämnden som ett anmälningsärende. Några andra delegationsbeslut har inte fattats och därmed inte heller återrapporterats under 2022.

Vi har fått information om att det från kansliets sida har initierats en genomgång av delegationsordningen. Vi delar kansliets bedömning om att delegationsordningen och rutinerna för hantering av delegationsbeslut är i behov av att ses över och uppdateras.

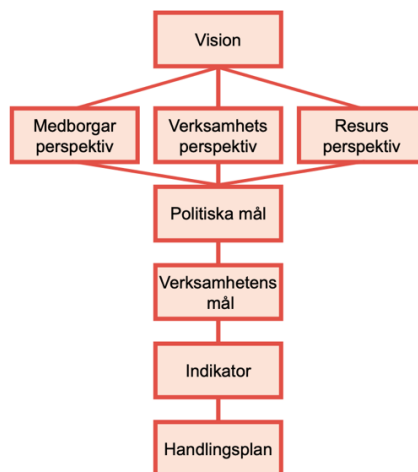
### 3. Fördjupning – målstyrning och intern kontroll

Årets granskning har riktat särskilt fokus på de områden som årets revisionsplan för Region Sörmland lyfte fram som viktiga att hålla bevakning på och som är relevanta för Patientnämndens verksamhet:

- Styrmodell och indikatorer
- Arbetet med riskbedömningar och den interna kontrollplanen

#### 3.1 Styrmodell och indikatorer

Region Sörmlands styrmodell beskrivs i den av fullmäktiga antagna dokumentet *Mål och budget för planperioden 2022-2024*. Följande bild illustrerar modellen:



Figur 1: Region Sörmlands styrmodell, från dokumentet *Mål och budget för planperioden 2022-2024*, sidan 12.

Modellen bygger på att fullmäktige beslutar om övergripande regiongemensamma visioner och tre målperspektiv: medborgarperspektivet, verksamhetsperspektivet och resursperspektivet. Inom varje perspektiv beslutas ett antal politiska mål. Alla politiska mål fördelas ut och varje verksamhet får de mål som de berörs av. Styrelser och nämnder kan skapa fler politiska mål och indikatorer än de som kommer från regionfullmäktige.

Målen tilldelas sedan indikatorer som syftar till att göra dem mätbara. En del av indikatorerna är regionövergripande och beslutade av fullmäktige medan andra kan vara verksamhetsspecifika. Handlingsplanerna syftar till att ange konkreta åtgärder för att uppnå målet.

Regionens verksamheter ska använda Region Sörmlands styrmodell för all planering och uppföljning.

En sammanställning av Patientnämndens beslutade mål för 2022 års verksamhet framgår av Tabell 1.

Tabell 1: Sammanställning av Patientnämndens beslutade mål och indikatorer

	Politikens mål	Verksamhetens mål	Indikator	Målvärde	Utfall
Medborgarperspektivet	Region Sörmland har en god, jämlik folkhälsa i syfte att bli Sveriges friskaste län	Patientnämndens kansli kännetecknas av god kvalitet och hög tillgänglighet	Andel begäran om yttrande som skickas till vården i avvikelssystemet Synergi inom tre arbetsdagar	100%	100%
		Patientnämndens kansli skapar förutsättningar för patienter att tillvarata sina rättigheter i hälso- och sjukvården genom att bedriva ett strukturerat informationsarbete.	Saknas	-	Ej bedömt
Verksamhetsperspektivet	Region Sörmland har en god, säker, tillgänglig, kvalitativ och effektiv vård	Patientnämndens kansli bidrar till högre patientsäkerhet och utveckling av vården genom en effektiv och relevant återrapportering till hälso- och sjukvården	Antal levererade rapporter baserat på analyser av inkomna ärenden	2	2
	Region Sörmland tar tillvara digitaliseringens möjligheter	Patientnämndens kansli skapar effektivare handläggning genom digitalisering	Saknas	-	Ej bedömt
	Region Sörmland präglas av jämlikhet och jämställdhet, icke-diskriminering, normmedvetenhet och inkludering	Patientnämndens kansli har ett normativt, tillgängligt och inkluderande bemötande	Saknas	-	Ej bedömt
	Region Sörmland har en hållbar produktion och konsumtion	Patientnämndens kansli arbetar för en hållbar utveckling genom följsamhet till regionens hållbarhetsprogram	Saknas	-	Ej bedömt
Resursperspektiv	Region Sörmland är en attraktiv arbetsgivare	Patientnämndens kansli rekryterar, utbildar och förordnar stödpersoner till patienter som tvångsvårdas enligt lag	Andel nyanställda stödpersoner som genomgått webutbildning i stödpersonsuppdraget	100%	100%

		Patientnämndens kansli kännetecknas av arbetsglädje med engagerade medarbetare som tar ansvar och utvecklas	Saknas	-	Ej bedömt
	Region Sörmland har en stark ekonomi i balans	Patientnämndens kansli har en stabil ekonomi med en ändamålsenlig användning av resurser	Ekonomiskt resultat - avvikelse utfall/budget i tkr	0 kr	3 011 tkr

I samband med förra årets granskning påtalade revisorerna att nämnden *”bör komplettera målen med mätbarhet”*<sup>1</sup> eftersom man fann att *”[s]trategiska mål och planeringskommentar finns men mätbarhet saknas p g a avsaknad av indikatorer”*<sup>2</sup>.

I årets verksamhetsplan framgår att nämnden beslutade om ett antal indikatorer som är kopplade till målen. Det saknas dock fortfarande indikatorer till fem av de totalt nio beslutade verksamhetsmålen. Indikatorernas relevans och koppling till målen bedömer vi vara av tillräcklig kvalitet.

En mer kvalitativ genomgång av de beslutade målen visar att det inte alltid finns en självklar koppling mellan verksamhetens mål och politikens mål. Till exempel hur tillgänglighet kan bidra till att uppfylla målet med *”en god, jämlik folkhälsa i syfte att bli Sveriges friskaste län”* skulle behöva en förklaring. Vidare har vi funnit mål som i praktiken innebär att kansliet ska följa regionens gällande regler och styrdokument (*”kansliet ska arbeta för en hållbar utveckling genom följsamhet till regionens hållbarhetsprogram”*).

Flera av de beslutade målen är generellt formulerade. De svaga och/eller oprecisa formuleringarna försvårar möjligheten att bedöma om målet har uppnåtts eller inte. Till exempel när vet nämnden om målet att kansliet ska ha ett normativt, tillgängligt och inkluderande bemötande uppnåtts eller inte? Eller om bemötandet har förbättrats eller försämrats i ett längre tidsperspektiv? Tillsammans med det faktum att målen saknar indikatorer bidrar detta till att det är svårt att göra en både kvantitativ och kvalitativ bedömning om måluppfyllelsen. De svaga och generella formuleringarna utgör även ett hinder för att på längre sikt kunna följa utvecklingen av verksamheten genom att jämföra uppnådda resultat.

Mot ovan bakgrund gör vi den sammanfattande bedömningen att nämndens arbete med att utforma sina mål och indikatorer fortsatt har brister. Bristerna bör åtgärdas genom att sträva efter att formulera tydliga och mätbara mål som klart kopplas till de politiska målen samt genom att ta fram relevanta indikatorer för samtliga beslutade verksamhetsmål. Därigenom kan nämndens styrning av verksamheten förstärkas. Vidare kan en förbättrad måluppföljning ge underlag för utveckling av verksamheten på längre sikt.

### 3.2 Intern kontroll

Nämndens interna kontrollplan är integrerad i verksamhetsplanen för året. Beslut om den interna kontrollplanen togs därmed i samband med att nämnden beslutade om verksamhetsplanen i december 2021.

<sup>1</sup> Översiktlig grundläggande granskning 2021 av Patientnämnden, PWC:s rapport från mars 2022.

<sup>2</sup> Översiktlig grundläggande granskning 2021 av Patientnämnden, PWC:s rapport från mars 2022.



Någon genomförd riskanalys som ligger till grund för den interna kontrollplanen finns inte dokumenterad. Enligt information gjordes en riskanalys av tjänstepersonerna på kansliet.

Den interna kontrollplanen innehåller fyra kontrollmål (se *Tabell 2*). Kontrollmålen är kopplade till de av fullmäktige beslutade målperspektiven (medborgarperspektiv, verksamhetsperspektiv och resursperspektiv). Tre av de fyra kontrollmålen är identiska med förra årets kontrollmål. Ett nytt kontrollmål har tillkommit, som berör hanteringen av färdiga ärenden i IT-systemet.

Kontrollmålen formuleras där verksamheten ska ”säkerställa” att händelser inträffar utgör en svårighet vid bedömning av om kontrollmålet har uppnåtts eller inte. Räcker det till exempel att kansliet skickar ut påminnelse för att bedömningen ska vara att verksamheten har säkerställt önskat resultat? Kontrollmålen bör formuleras på ett sätt som möjliggör en bedömning (ja/nej) om avvikelse förekommer eller inte vid genomförd kontroll.

Att riskanalysen eller kontrollmålen skulle ha varit föremål för diskussion i nämnden framgår inte av nämndens protokoll eller annan dokumentation.

Återrapportering av de genomförda kontrollerna görs i samband med delårsrapport och i verksamhetsberättelsen. Bedömning om kontrollmålen visat avvikelse eller inte finns inte. Så långt det är möjligt att utläsa av kommentarerna visade samtliga kontrollmålen någon form av avvikelse. Kommentarna beskriver även vidtagna åtgärder där sådan förekom.

*Tabell 2: Kontrollmål i den interna kontrollplanen och genomförda kontroller*

Kontrollmål	Kommentar i verksamhetsberättelsen	Avvikelse
<b>Medborgarperspektivet</b>		
Säkerställa att vården inkommer med svar till Patientnämnden inom angiven/begärd svarstid	Kontrollen visar att utredningssekreterarna ofta får administrera påminnelser för att få in vårdens svar, vilket är ett tidskrävande arbete. Det visar också att det finns ett antal verksamheter som dröjer med att inkomma med svar och återkoppling till Patientnämnden trots påminnelser. I aktuella fall är högsta ansvariga chef informerad.	Ja.
Säkerställa att färdiga ärenden blir avslutade i IT-stödet Vårdsynpunkter	Kontrollen visar att det fanns ärenden i IT-stödet som angavs som pågående trots att de var avslutade, men dessa är nu avslutade enligt rutin.	Ja.
<b>Verksamhetsperspektivet</b>		
Återrapporteringen till vården i form av ärendesammanfattningar via e-post når berörda intressenter	Kontrollen visar att utskicken gick till fel person eller inte blev skickade, på grund av IT- stödet. Kansliet har därför valt att sluta skicka ut dessa, men har för avsikt att i och med nytt IT-stöd kunna prestera ärenden och statistik till	Ja.

	vården på enkelt och lättillgängligt sätt.	
Resursperspektivet		
Säkerställa att stödpersoner genomför de uppdrag som de arvoderas för och att patienter får de besök samt den kontakt som uppdraget avser	Rapportering av stödpersonsuppdraget har inkommit enligt rutin varje månad till Patientnämndens kansli. Kansliet har i vissa fall fått skicka ut påminnelser och då har rapporterna inkommit. Under hösten skickades information till samtliga aktiva stödpersoner om vad uppdraget innefattar och hur återrapportering till kansliet ska genomföras.	Delvis.

Rutinbeskrivningar eller annan dokumentation som beskriver hur förvaltningen eller nämnden ska agera vid signal om avvikelser som uppmärksammas vid genomförda kontroller finns inte, varken på regionövergripande nivå eller framtagna av nämnden.

Genomgången av nämndens protokoll visar att inga beslut fattades med anledning av påvisade avvikelser efter genomförda kontroller.

Vi har fått information om att det finns ett pågående arbete med att utveckla det interna kontrollsystemet som initierats från regioncentralt håll.

Vår bedömning är att Patientnämndens interna kontrollsystem i nuläget har grundläggande brister och det bedöms inte vara ändamålsenligt eller effektivt.

- Nämnden följer inte internkontrollreglementets föreskrift att utforma regler för det interna kontrollsystemet.
- Avsaknaden av en strukturerad riskanalys utgör en risk för att det inte är de områden som kontrolleras som är mest relevanta eller som utför en risk för att nå nämndens och regionens mål.
- Avsaknaden av rutiner för hur verksamheten och nämnden ska agera vid avvikelse utgör en risk för att åtgärder inte vidtas eller att åtgärder vidtas för sent.
- De otydliga formuleringarna av kontrollmålen försvårar bedömningen om kontrollmålet är uppfyllt eller inte.
- Nämnden är passiv både när det gäller utformningen av kontrollsystemet och vid påträffade avvikelser.

#### 4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen

Tabell 3: Svar på kontrollfrågor

	Kontrollfråga	Iakttagelse	Bedömning	Svar på frågan
1.	Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen för 2022-2024 beslutades på nämndens sammanträde den 2 december 2021.	Nämnden har antagit en plan för sin verksamhet.	Ja.
1.1	Om ja, följer planen regionens beslutade mål och visioner?	Verksamhetsplanen baseras på de mål och visioner som beslutades av Region Sörmlands fullmäktige.	Planen följer regionens beslutade mål och visioner i de delar som är väsentliga för verksamheten.	Ja.
2	Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen med budget för 2022-2024 beslutades på nämndens sammanträde den 2 december 2021.	Nämnden har antagit en budget för sin verksamhet.	Ja.
2.1	Om ja, följer budgeten de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade?	Fullmäktige beslutade om en ekonomisk ram för Patientnämndens verksamhet som uppgår till 4,9 mkr. Budgetramen innehåller dels en generell uppräknig och dels användande av eget kapital med 1,2 mnkr. Det egna kapitalet ska användas till att införskaffa ett nytt IT-system.	Nämndens interna budget följer de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade.	Ja.
3.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan i december 2021. Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens verksamhet. I avsnitt 9 framgår en sammanställning och bedömningar rörande nämndens mål.	Det finns mål formulerade för nämndens verksamhet.	Ja.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan i december 2021.	Det finns mål formulerade för nämndens ekonomi.	Ja.

		Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens ekonomi. Målet är att avvikelse till budget ska vara 0 kr.		
5.	Är målen mätbara och uppföljningsbara?	Nämndens verksamhetsmål är delvis mätbara och uppföljningsbara. En mer detaljerad beskrivning av vår bedömning finns i avsnitt 3.	Några av nämndens mål är mätbara och uppföljningsbara. Fyra av de nio beslutade målen har indikatorer. Övriga fem mål saknar indikatorer och bedöms vara icke mät- och uppföljningsbara.	Delvis.
6.	Har nämnden upprättat rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske?	Några skriftliga rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske finns inte utöver de instruktioner som fullmäktige beslutat om i verksamhetsplanen. Det fastslår att Regionens verksamheter ska använda Region Sörmlands styrmodell för all planering och uppföljning.  Rapportering till nämnden skedde av kvartalsrapport (28 april), av delårsrapport (8 september) och verksamhetsberättelse avrapporteras i mars 2023.	Rapportering till nämnden följer den av fullmäktige beslutade styrmodellen. Behov för att nämnden ska ta fram egna rutiner föreligger inte. Vi bedömer därför att det finns tillräckliga rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske.	Ja.
7.	Belyser rapporteringen till nämnden måluppfyllelse och resultat?	Kvartalsrapporten innehåller en beskrivning av verksamheten, men denna beskrivning är inte kopplad till nämndens mål. Rapporten innehåller även en ekonomisk uppföljning som förklarar avvikelser mot budget.  Delårsrapporten och verksamhetsberättelsen innehåller	Delårsrapporten och årsrapporten belyser måluppfyllelse och resultat. Att målen inte är mätbara utgör dock ett hinder för att följa verksamhetens resultat på ett relevant sätt.	Delvis.

		<p>uppföljning av målen och av indikatorer, både för verksamheten och för ekonomin. Uppföljning av målen är delvis redovisning av indikatorer men är mestadels av beskrivande karaktär.</p> <p>Någon samlad bedömning om måluppfyllelse görs inte i vare sig delårsrapporten eller verksamhetsberättelsen.</p>		
8.	Når nämnden uppsatta mål inom verksamheten?	<p>Delårsrapporten visade avvikelse mot tre av tre verksamhetsmål. Övriga mål har inga indikatorer men rapporten beskriver genomförda aktiviteter och i vissa fall även dess resultat.</p> <p>I verksamhetsberättelsen framgår att samtliga tre mål som har indikatorer har uppnåtts. Någon bedömning om samlad måluppfyllelse görs inte.</p>	<p>Att flertalet av målen inte är mätbara utgör ett hinder för att kunna göra en bedömning om verksamhetens resultat och måluppfyllelse på ett relevant sätt.</p> <p>Samtliga tre verksamhetsmål som har indikatorer och målvärden uppnås.</p>	Ja.
9.	Når nämnden uppsatta mål inom ekonomi?	Verksamhetsberättelsen visar en avvikelse mot budget med 3 011 tkr. Avvikelsen beror på lägre personalkostnader än budgeterat samt på fördröjningen i anskaffningsprocessen av nytt IT-stöd.	Nämnden visar en avvikelse mot budget med 3 011 tkr.	Nej.
10.	Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder vid signaler om avvikelse i måluppfyllelse?	Avvikelser som påvisades i delårsrapporten ledde inte till några åtgärder från nämndens sida.	Nämnden har inte vidtagit några åtgärder vid signaler om avvikelse i måluppfyllelse. Vi bedömer dock att	Ja.

			avvikelserna inte var av sådan karaktär att åtgärd behövdes.	
11.	Har nämnden antagit en intern kontrollplan?	Den interna kontrollplanen är en del av nämndens verksamhetsplan som nämnden beslutade i december 2021.	Nämnden har antagit en intern kontrollplan.	Ja.
11.1	Om ja, baseras den interna kontrollen på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet?	Riskanalysen som ligger till grund för den interna kontrollplanen är inte dokumenterad. Enligt information gjordes en riskanalys av tjänstepersoner.	Den interna kontrollen baseras inte på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet.	Nej.
11.2	Innehåller den interna kontrollplanen rutiner för åtgärder vid avvikelser?	Vi har inte funnit några rutinbeskrivningar, varken från regioncentralt håll eller framtagna av nämnden, för hur förvaltningen och nämnden ska agera vid upptäckta avvikelser.	Den interna kontrollplanen innehåller inga rutiner för åtgärder vid avvikelser.	Nej.

## 5. Svar på granskningens frågeställningar

Efter genomförd granskning gör vi bedömningen att Patientnämndens verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner i tillräcklig grad.

Vår granskning av måluppfyllelse leder till bedömningen att

- verksamhetens resultat lever delvis upp till fullmäktiges mål och lever upp till beslut och riktlinjer samt lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser,
- nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut, men att nämndens arbete med målstyrningen och uppföljning behöver förbättras.

Vår granskning av nämndens styrning och interna kontroll leder till bedömningen att Patientnämndens interna kontrollsysteem i nuläget har grundläggande brister och systemet bedöms inte vara ändamålsenligt eller effektivt. Bristerna i det interna kontrollsysteem utgör en risk för att det inte finns tillräckliga systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är effektiv.

De befintliga kontrollerna tillgodoser dock att det på en rimlig nivå säkerställs att

- informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

## 6. Granskning av årsbokslutet

### 6.1 Har nämndens verksamhetsberättelse upprättats enligt de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen?

#### 6.1.1 Iakttagelser

Anvisningarna för verksamhetsberättelsen för 2022 anger följande:

*"I verksamhetsberättelsen ska respektive nämnd/division återrapporera på sina mål, indikatorer och större aktiviteter. Lägg extra vikt vid analyser av de avvikelser som har uppstått under året. Verksamhetsberättelsen ska vara ett stöd för politiken att förstå verksamheten och dess påverkansfaktorer.*

*Om större negativ avvikelse jämfört med plan kan noteras ska anges vilka åtgärder som har vidtagits alternativt ska vidtas.*

*Ett särskilt avsnitt läggs till i verksamhetsberättelsen för 2022 där rapportering ska ske av resultatet av anställningsstopp för administratörer (läggs till för alla utom hälso- och sjukvården)."*

Nämndens verksamhetsberättelse för 2022 innehåller sju avsnitt:

- Inledning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultaträkning
- Investeringar

- Intern kontroll

Verksamhetsberättelsen återrappporterar om nämndens beslutade mål, om de beslutade indikatorerna samt om verksamhetens större aktiviteter. En sammantagen bedömning om måloppfyllelse saknas dock. I verksamhetsberättelsen återrappteras inga större negativa avvikelser.

Återrappportering av anställningsstopp saknas.

#### *6.1.2 Bedömningar*

Vår bedömning är att verksamhetsberättelsen i allt väsentligt följer de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen men det särskilda avsnitt som enligt anvisningarna ska läggas till verksamhetsberättelsen saknas. Verksamhetsberättelsen bedöms ge en rättvisande bild av årets verksamhet.

### **6.2 Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande och årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed?**

#### *6.2.1 Iakttagelser*

Nämndens resultaträkning visar en avvikelse mot budget med 3 011 tkr. Avvikelsen beror på lägre personalkostnader än budgeterat samt på fördröjningen i anskaffningsprocessen av nytt IT-stöd.

Utöver resultatkravet har nämnden inga beslutade mål kopplade till resursperspektivet.

#### *6.2.2 Bedömningar*

Vid vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att verksamhetsberättelsen innehåller väsentliga felaktigheter.

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att nämndens resultaträkning inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning och god redovisningssed.

### **6.3 Svar på granskningens frågeställningar**

Sammanfattningsvis bedömer vi att

- årsbokslutet är upprättat i enlighet med lagens krav och god redovisningssed
- resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat. Bedömningen grundas på att avvikelsen mot budget är positiv.

Malmö, 2023-02-20

Teodora Heim  
Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor

Mattias Holmetun  
Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor