

För kännedom

Hälso- och sjukvårdsdirektör Magnus Johansson
Divisionschef Anna Ormegard
Chefscontroller Malin Printz
Verksamhetsområdeschef Jörgen Bragner
Ekonomichef Kenneth Hultman
Divisionschef Marie Kampf Westerberg
Verksamhetschef Charlotta Widerberg
Regiondirektör Jan Grönlund
Ekonomidirektör Nicholas Prigorowsky
HR-direktör Kajsa Fisk

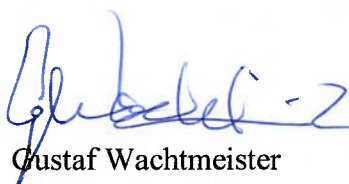
Nämnden för primärvård, rättspsykiatri
och Dammsdalskolan

Granskningsrapport för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan 2022

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan 2022. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden den 5 maj 2023.

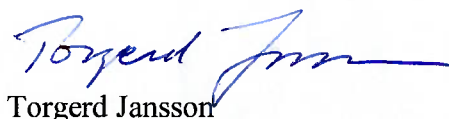
Revisorerna begär inget svar på rapporten, utan redovisningen för nämnden ska ge svar på eventuella frågor.

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



Gustaf Wachtmeister

Ordförande



Torgerd Jansson

Vice ordförande

Årsgranskning för nämnden för primärvård, rättpsykiatri och Dammsdalskolan avseende Primärvården år 2022

Sammanfattning

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut med begränsad måluppfyllelse inom verksamhetsperspektivet vad gäller tillgänglighet och den lagstadgade vårdgarantin uppfylls inte. Vi bedömer att nämnden trots det har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse för Primärvården 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.

Vi har genomfört en fördjupad granskning av tillgängligheten inom primärvården under året. Granskningen visar att de nationella tillgänglighetsmåten ger en för snäv bild av tillgängligheten där till exempel de digitala lösningarna förbättrar tillgängligheten men att detta inte går att utläsa av den nationella statistiken idag.

Rekommendationer

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

- ✓ Dokumentera riskanalys inför framtagandet av interna kontrollplan.

Det är viktigt att fortsätta att arbeta med genomförande och uppföljning av effekter för beslutade åtgärder samt utveckla fler åtgärder för att förbättra tillgängligheten.

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 är att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut men begränsad måluppfyllelse inom verksamhetsperspektivet vad gäller tillgänglighet och den lagstadgade vårdgarantin uppfylls inte. Verksamhetsberättelsen har inte behandlats i rätt tid i enlighet med reglementet för planering och uppföljning. Vi bedömde att nämnden trots det har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse för Primärvården gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2021. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande.

Revisorerna deltog i nämndens sammanträde 16 april 2022 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2021. Revisorerna lyfte bland annat den begränsade måluppfyllelsen vad gäller tillgänglighet samt behovet av att se över nämndens delegationsordning.

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 nämnden för primärvård, rättspsykiatri och

Dammsdalskolan och regionens primärvård 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.

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.

Granskningsanteckningar har överlämnats till divisionschef och controller för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i denna rapport. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig person inom revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden avseende primärvård

Fullmäktiges uppdrag och målsättningar till primärvården framgår av Framtidens hälso- och sjukvård 2.0. Primärvården ska ge en effektiv, bred

och lättillgänglig hälso- och sjukvård för de flesta vårdbehoven. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ska prioriteras högt och utgöra en viktig del i primärvårdens uppdrag. Flera målsättningar framgår av dokumentet, bland annat Patienternas delaktighet i vården ska förbättras samt en utbyggd primärvård och en förstärkt närvård med målsättning att Det ska bli enklare att söka och få rätt vård.¹ Dokumentet ger den långsiktiga politiska visionen för den regionala primärvården.

Regionfullmäktige beslutade om *Länsgemensam målbild för Nära vård i Sörmland*². Enligt protokollet gäller beslutet från och med den 1 september 2022. Beslut om målbilden ligger inom regionfullmäktiges ansvarsområde därför att målbilden är övergripande och berör samtliga politiska församlingar med ansvar för hälso- och sjukvård dvs. regionstyrelsen, nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Damsdalskolan samt nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård.

God och nära vård och omsorg är ett övergripande mål för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården och omsorgen enligt beslutet ovan. Omställningen syftar till att vården och omsorgen i högre grad organiseras och bedrivs utifrån individens behov och förutsättningar.

Av regionens *Mål och budget för 2022*³ framgår att nämnden har vårdgivaransvar för drift och utförande av primärvård i egen regi inom ramen för vårdvalssystemet. Nämnden ansvarar bland annat för medborgar- och brukardialoger inom nämndens verksamhetsområden. Nämndens uppdrag för primärvården framgår också av reglemente⁴.

Av de ekonomiska förutsättningarna, i regionens budget, framgår att tilldelad investeringsram är 3 mnkr och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet. Resultatkrav är noll för primärvården.

Det är regionstyrelsens årliga revidering av Region Sörmlands Regelbok för bedrivande av primärvård som också styr inriktningen för länets vårdcentraler. Hälsoval Sörmland ersätter vårdcentraler enligt regelboken.

Vår kommentar

Nämndens verksamhetsplan för Primärvården innehåller områden och intentioner utifrån fullmäktiges beslutade målsättningar.

Nämnden har beslutat om primärvårdens investeringsram för 2022 i verksamhetsplanen med 2,3 mnkr.

¹ Fullmäktige § 67/17, Framtidens hälso- och sjukvård 2.0

² Regionfullmäktige § 73/22, Länsgemensam målbild för Nära vård i Sörmland

³ Regionfullmäktige § 127/21, Mål och budget 2022-2024

⁴ Regionfullmäktige § 14/21 Digitala sammanträden i fullmäktige, styrelsen och nämnder

Enligt uppgift är den gemensamma målbilden, som regionfullmäktige beslutade om, framtagen i Länsstyrgruppen i samråd mellan kommunernas social- och vård- och omsorgschefer samt hälso- och sjukvårdens divisionschefer där divisionschef för primärvården ingår. Hälso- och sjukvårdsledningen har beslutat om målbilden och dess fokusområden vilket innebär att alla verksamheter ska arbeta mot det. Av primärvårdens verksamhetsberättelse framgår att fokusområden är personcentrering samt hälsofrämjande och förebyggande arbete. En samordnare har utsetts i primärvården och en översyn och revidering av befintliga rutiner och riktlinjer pågår. Översynen fortsätter under våren 2023.

Nämndens verksamhet under år 2022 avseende primärvård **Nämndens styrdokument och protokoll**

Nämnden har haft fem protokollförda sammanträden under 2022 och ett planerat sammanträde blev inställt.

Nämnden beslutade om primärvårdens verksamhetsplan med budget och internkontrollplan för 2022 vid sammanträde i december 2021⁵. Handlingsplan för tillgängligheten inom den regiondrivna primärvården behandlades också i nämnden och fanns med bland handlingar.

Enligt verksamhetsberättelsen har samtliga handlingsplanens punkter behandlats, som främst avser förbättrade registreringsrutiner, utbildning inom nätverken för psykosociala team, rehab-grupper och medicinska sekreterare. Lathundar för korrekt registrering. VårdKontaktDirekt lyfts som möjlighet till öka tillgängligheten med styrning direkt till rätt profession i plattformen.

Enligt nämndens delegationsordning utser hälso- och sjukvårdsdirektör beslutsattestanter/ersättare inför varje år och löpande vid förändring. Sådant delegationsbeslut har anmälts till nämnden.

Nämnden reviderade sin delegationsordning i september⁶.

Vår kommentar

Antagen verksamhetsplan för 2022 innehåller uppföljningsbara indikatorer utifrån de politiska målen som beslutats av regionfullmäktige. För vissa av indikatorerna har målvärden satts på kort och lång sikt. Aktiviteter och uppdrag framgår av handlingsplaner.

Nämnden har beslutat om en ny delegationsordning enligt vår rekommendation från föregående år. Inom ramen för den grundläggande granskningen har vi inte bedömt innehållet i den nya delegationsordningen.

⁵ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 33/21, Verksamhetsplan med budget 2022-2024 för primärvården

⁶ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 25/22, Revidering av delegationsordning

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2022 för primärvården

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

Enligt nämndens protokoll informerar divisionschef primärvård och controller om verksamheten och ekonomi vid varje sammanträde. Månadsrapporter anmäls till nämnden löpande som anmälningsärenden.

Av nämndens verksamhetsplan med budget för 2022 framgår att resultatbudget är noll. Budgeten stämmer med regionens budget.

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

Ekonomisk rapportering	Ackumulerat resultat	Årsprognos	Budget
Kvartalsrapport per mars	-2,2 mnkr	- 5 mnkr	
Delårsrapport per juli	8,5 mnkr	noll	
Slutligt utfall per december	3,2 mnkr		Noll

Prognosen i kvartalsrapporten grundar sig på att intäkter från vaccination och PCR-provtagning antas minska och personalkostnader öka utifrån behovet att arbeta med framflyttad vård och ökade krav på förbättrad tillgänglighet.

Vid delårsrapporten redovisades resultat på 8,5 mnkr och årsprognos ändrades till noll. Anledning till förändring av prognosen var att primärvården fick ta del av statsbidrag för uppdämda vårdbehov genom Hälsovalsenheten enligt regionstyrelsens beslut.

Vår kommentar

Nämnden har under året 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 3 mars 2023.

Nämnden följer primärvårdens ekonomi genom information från verksamheten vid sammanträden. Månadsrapporter behandlas i nämnden som anmälningsärenden

Revisionsdialog

Nämndens presidium och revisorerna träffades inte för dialog under hösten som planerat. Nämndens sammanträde blev inställt.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse för primärvården

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

Vår kommentar

Nämnden beslutade om primärvårdens delårsrapport vid sammanträdet i september 2022. Nämnden har rapporterat indikatorer och internkontrollplan i sin delårsrapport. Delårsrapporten uppfyllde anvisningarnas krav.

Den verksamhetsberättelse vi granskar är den som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde 3 mars 2023. Nämndens verksamhetsberättelse för primärvården avser Division primärvård inom hälso- och sjukvården. Divisionen omfattar de 19 regionsdrivna vårdcentralerna.

Verksamhetsberättelsen är strukturerad och följer anvisningen väl. Rapportering av indikatorer har fortsatt utvecklats och följer verksamhetsplanens indikatorer förutom tre indikatorer under medborgarperspektivet. Rapporteringen är tydlig, kommentarer och förklaringar till indikatorer finns och i flera fall framgår också spridning mellan vårdcentralerna. Flera kvalitetsindikatorer rapporteras och vissa resultat redovisas med könsuppdelade statistikuppgifter.

Analys av avvikelser mot budget och föregående år redovisas i delårsrapport och verksamhetsberättelse.

Utifrån vår granskning vill vi lyfta fram nedanstående iakttagelser och kommentarer kring några av de rapporterade indikatorerna. Föregående års värden redovisas inom parentes i förekommande fall.

Medborgarperspektivet

Under perspektivet redovisas fyra (tre) indikatorer varav en indikator enligt verksamhetsplanen. Två av de tre andra indikatorerna *Andel patientupplevd kontinuitet* och *Andel tillgänglig vårdplanering* avser resultat från primärvårdens egna enkät. Indikator *Antal startade möten i Plattform 24* mäter VårdKontaktDirekts möten, både rådgivningsmöten och virtuella besök. Måluppfyllelsen är två gula och två röda och åtgärder att uppnå målsättningar framgår. Vi noterar förbättrad rapportering av åtgärder.

För indikatorn *Antal startade moment i stöd och behandlingsplattformen* redovisas utfall på 455 st och målvärde är 600 st. Ett antal år har det varit ökande trend med antal startade stöd- och behandlingsprogram men under 2022 har det gått ned. Däremot har flera moment som avslutats än tidigare.

De vanligaste stödprogram är sömn, stress, ångest, oro, depression, artrosskolan samt utbildning för nya diabetiker. Åtgärd: Säkerställa att alla vårdcentraler har kompetens och kan erbjuda digitala stöd- och behandlingsprogram när det är lämpligt.

Redovisning sker av antal invånarkonton, antal inloggningar på 1177 samt antal startade möten i VKD. Redovisningarna visar en ökad trend av användning av digitala möjligheter.

Divisionen har en egen patientenkät med frågor om delaktighet, kontinuitet, tillgänglighet, vårdplan och fast läkarkontakt. Enkäten genomförs under våren och hösten. Resultatet har kopplats till två indikatorer, *Andel patientupplevd kontinuitet*, utfall på 64 % (72 %) och *Andel tillgänglig vårdplanering*, utfall på 74 % (72 %). Målvärde är 80 % för båda indikatorerna. En könsfördelad och åldersgrupperad redovisning av antal svar från patienter. Indikatorerna framgår inte av verksamhetsplanen. Enligt redovisningen blev resultatet lägre än vid tidigare enkät. Åtgärder: Kommunikation om VKD som alternativ kontaktform fortsätter. Med en tydlig vårdplan, som är känd för professionen och patienter, skapas en ökad trygghet när och om man behöver kontakta vården igen.

Verksamhetsperspektivet

Under perspektivet redovisas 12 (11) indikatorer enligt verksamhetsplanen. Måluppfyllelse: tre gröna, sju gula och två röda. Indikatorerna avser de nationella tillgänglighetsindikatorerna, kvalitetsindikatorer och patientenkätens resultat. Tydlig rapportering av andra tillgänglighetsmått än de nationella tillgänglighetsmått och utvecklingen utifrån uppföljning beskriv i text.

Utfallen för primärvårdens egen patientenkät har för samtliga parametrar försämrats något trots arbete med fokusområden delaktighet och kontinuitet. Den största försämringen gäller för tillgänglighet, som sannolikt speglar den situation av högt söktryck i kombination med fortsatt hög sjukfrånvaro inom verksamheterna. Resultaten från nationella patientenkäten för 2021 var positivt för Region Sörmlands primärvård. Någon ny nationell patientenkät har inte genomförts för 2022.

Ett fortsatt arbete med rekrytering av främst ST-läkare pågår enligt verksamhetsberättelsen. Rekryteringen har varit framgångsrik. Samverkan mellan vårdcentraler är det som utvecklats mest vid exempelvis en viss samrekrytering av personal mellan vårdcentraler.

Utredning kring tillgängligheten och vårdgarantin har presenterats nationellt och varit på remiss. Diskussion om förlängd tidsram för medicinsk bedömning inom primärvård till sju dagar pågår. Enligt verksamhetsberättelsen behöver man också beakta att mer och mer vård läggs på primärvården utan att någon förstärkning av resurserna skett.

Omställning till god och nära vård är därför också en viktig faktor för att förbättra tillgängligheten och patientens resa genom vården.

Säkerhetsnivån skattades i vårens enkät till 78,5 % och uppfyller målsättningen. Nära 90 % av medarbetarna anger i enkäten att de vågar prata om misstag som begåtts, något som är extra viktigt för att förhindra upprepade misstag och fel i vården. Det talar för att det finns en god säkerhetskultur i primärvården enligt verksamhetsberättelsen.

Arbetet med interna vårdkartan har genom rekrytering av produktionschef åter aktualiseras enligt verksamhetsberättelsen. En arbetsgrupp har bildats för att agera som bollplank för vilken statistik som är viktigaste att ta fram för att analysera vårddata och inför ett fortsatt arbete kring att definiera primärvårdens uppdrag.

Utfall för indikatorer för vårdgaranti enligt verksamhetsberättelse:

	2022 december	Nationellt mål	Hälsovals mål	2021 december
Telefontillgänglighet	72 %	100 %	90 %	81 %
Medicinsk bedömning	75 %	100 %	80 %	73 %

Telefontillgängligheten är lägre jämfört med föregående år. Enligt verksamhetsberättelsen har tillgängligheten påverkats av fortsatt hög sjukfrånvaro relaterat till pandemin, högt söktryck och behov att prioritera sjuksköterskor till framflyttad vård för kroniker. Anpassning av arbetssätt genom schemajusteringar, TeleQ-ronder samt teamronder i anslutning till hantering av ärenden i Vårdkontakt direkt anses som åtgärder för att öka tillgängligheten.

För medicinsk bedömning inom tre dagar rapporteras att uppdelad statistik på yrkeskategorier visar att tillgängligheten är hög till sjuksköterskor och läkare men lägre för andra yrkeskategorier. Åtgärder rapporteras vid uppföljning av handlingsplanen.

Nationell statistik över vårdgarantiläget i Sverige⁷ visar att telefontillgänglighet inom primärvården är 83 %. Det innebär att 83 % har fått kontakt inom ett dygn (hösten 2022). 87 % har fått medicinsk bedömning inom tre dagar (januari 2023) enligt statistiken.

Målet i överenskommelsen ”God och Nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav” är att senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvården utgöra minst 55 %. För de som bor på ett särskilt boende för äldre ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 % vid

⁷ www.vantetider.se 2023-03-17

utgången av 2022. Enligt verksamhetsberättelsen har vårdcentralerna under året arbetat med att samtliga patienter listas på fast läkare i listningssystemet List-on, där det är möjligt. Vid mätning i oktober visade systemet att 56,7 % av sörmlänningar på divisionens vårdcentraler är listade på läkare. Det innebär att målsättningen har uppnåtts.

Under 2022 har ett arbete kring samverkan mellan primärvård och psykiatri startats upp samt ett förbättringsarbete gällande hantering av intyg för patienter med autism och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Patientgrupperna ökar och här ses ett stort och ökande vårdbehov som såväl primärvården som psykiatri har svårt att tillgodose med tillgängliga resurser enligt verksamhetsberättelsen.

Resursperspektivet

Under perspektivet redovisas sju (åtta) indikatorer enligt verksamhetsplanen. För tre av indikatorerna uppnås målen och andel listade sörmlänningar har minskat något. För de två indikatorer enligt medarbetarenkäten, uppnås målen. Måluppfyllelse: tre av indikatorerna är gröna, en gul och tre röda. Åtgärder för att uppnå måluppfyllelse framgår.

Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid har ökat från 6,49 % till 6,94 % och målvärde 6 %. Informationen redovisas i en tabell med månadsutfall och inte som indikator. Åtgärder för att nå måluppfyllelsen framgår av redovisning av indikator nedan.

För indikatorn *Andel medarbetare med högst 5 dagars sjukfrånvaro under 12 månader* redovisas utfall på 42,7 % (52,9 %) och målvärde är 58 % (58 %). Målet uppnås inte. Fortsatt påverkas utfall av pandemieffekter. Av kommentarer framgår att i de fall när det är möjligt för medarbetarna att arbeta hemifrån med milda förkylningssymtom så försöker verksamheterna erbjuda det. Uppföljning sker månadsvis på verksamhets- och divisionsnivå.

Enligt uppgift har sjukfrånvaron påverkats av pandemin. Restriktioner för misstänkt covid-smitta har gällt sjukvårdspersonal ända fram till hösten 2022. På grund av en hög andel av virusinfektioner under 2022 har andelen sjukfrånvaro och korttidsfrånvaro fortsatt vara hög. Eventuellt kan man se någon förändring under 2023 nu när restriktioner för covid har tagits bort.

För indikatorn *Antal listade patienter per specialistläkare* redovisas utfall på 2287 (2 074) stycken och målvärde är 1 500 stycken. Av kommentarer framgår att räknar man på antalet specialister oavsett tjänstgöringsgrad så närmar de sig målet. Men då många läkare inte arbetar heltid blir antal listade per läkare räknat på årsarbetstid högre. Därför blir redovisning av målsättningen längre från målet. Om man även räknar in ST-läkare, där antalet har ökat till 90, så blir utfallet något mer positivt.

Vi noterar att i april 2022 kom Socialstyrens riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Detta innebär att en heltidsarbetande specialist i primärvården inte ska ha mer än 1 100 invånare listade. För läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin anger riktlinjen ett riktvärde på 550 invånare per läkare.⁸

Enligt verksamhetsberättelsen pågår det ett arbete med inventering av kompetens och planering för pensionsavgångar i linje med den kompetensinventering av resurser i primärvård som nu är ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet.

Ingen uppgift finns i verksamhetsberättelsen om antalet anställda totalt. Enligt personalinformation i Boris uppgår antalet anställda till 979 (2021=1005) personer och har minskat med 26 personer. Enligt verksamhetsberättelsen uppgår årsarbetande ST-läkare till 90. Totalt har gruppen sjuksköterskor minskat med 5,4 årsarbetare. Även gruppen undersköterskor har minskat med 5,2 årsarbetare jämfört med föregående år.

Enligt uppgift har antalet anställda, på grund av behov av att uppfylla nollresultat, inte kunnat ökas. Att antalet personal minskar beror främst på vakanser vilket till viss del kompenseras med hyrpersonal.

Vi noterar små avvikelser i personalstatistiken som redovisas i verksamhetsberättelsen och regionens personalstatistik ur Boris. Enligt uppgift beror det troligtvis på att Boris uppdateras kontinuerligt så siffror kan ändras beroende när de tas fram.

För indikatorn *Andel kostnad för inhyrd personal av total personalkostnad* redovisas utfall på 9,3 % (7,4 %) och målvärde är max 2 %. Målvärdet nås inte och hyrpersonalkostnader har ökat jämfört med 2021. Av kommentarer framgår att arbetet med att minska hyrpersonalkostnader fortsätter och dispensförfarandet pågick hela året.

Enligt redovisningen har hyrpersonalkostnader ökat från 52,9 mnkr till 69,6 mnkr under 2022 eller med 16,7 mnkr. Kostnader för hyrläkare uppgår till 67,3 mnkr och för hyrsjuksköterskor 2,3 mnkr. Uppbokningar för 2022 uppgår till 3,5 mnkr (2,3 mnkr).

Årets resultat blev 3,2 mnkr och en positiv budgetavvikelse mot budgeterat nollresultat.

Uppdragsersättning för bland annat statsbidrag för uppdämda vårdbehov, tillgänglighet, PCR-provtagning samt friskvårdsbidrag hade inte budgeterats vilket påverkar budgetöverskott för verksamhetens intäkter. Statsbidrag för uppdämda vårdbehov och tillgänglighet ökade intäkterna med 13,8 mnkr.

⁸ [Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se) 2023-03-20

Enligt verksamhetsberättelsen hade statsbidragen bidragande faktor för årets positiva resultat.

Verksamhetens intäkter ökade med 1,4 % och kostnader med 4 % enligt resultaträkningen.

Division primärvårdens eget kapital uppgår till 60 mnkr efter årets resultat.

Granskning av räkenskaper 2022

Vår granskning har i huvudsak inneburit analytisk granskning. Med analytisk granskning menas analys av väsentliga nyckeltal och trender, inklusive undersökning av eventuella svängningar och förhållanden som inte överensstämmer med annan relevant information eller som avviker från förväntade värden. Vi har även gjort stickprov i materialet för att verifiera dess innehåll.

Resultaträkning

Resultaträkningen enligt redovisningen i ekonomisystemet Raindance överensstämmer med resultaträkningen i verksamhetsberättelsen.

Vi bedömer resultaträkningen, i allt väsentligt, som rättvisande.

Balanskonton på verksamhetsnivå

Vi bedömer balansposterna, i allt väsentligt, som rättvisande.

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

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2022 utan dokumenterad riskbedömning och planen har följts upp i både delårsrapport och verksamhetsberättelse. Vid delårsrapporten rapporterades endast genomförda ekonomiska kontroller. Regionens styrmodellens perspektiv; medborgare, verksamhet och resurs framgår inte av planen.

En dokumenterad riskbedömning bör framgå av internkontrollplanen enligt internkontrollreglementet. Enligt verksamhetsplanen pågår det ett arbete att ta fram ett metodstöd avseende riskanalys på regionnivå. Divisionen har värderat föregående års internkontrollplan och bedömt den som fortsatt aktuell.

Internkontrollplanen avrapporteras med kontrollområde, kontrollmål, kontrollmoment. Kontrollerna visar tillfredsställande resultat men för ett kontrollområde saknades det åtgärder för att förbättra rutinen. Vid stickprov på 30 fakturor fanns det felaktigheter i 14 (9) och därmed ett försämrat

utfall. Åtgärder anges: fortsatt kommunikation och kontroll av verifikaten. Det saknades uppgift bland annat om momsregistreringsnummer, leverantörens uppgifter, uppgift om kostnaden avsåg läkare eller sjuksköterska.

För kontrollområde *Osignerade journalanteckningar* rapporteras att arbetet har återupptagits under 2022. Andel osignerat äldre än 14 dagar i primärvården var 86,5 % (89,1 %) och ligger i nivå med genomsnittet för HoS som visade 86 %. Av kommentarer framgår att inför införandet av nytt journalsystem, FVIS, behöver det göras ett arbete. Enligt uppgift innebär det att det finns ett stort antal osignerade poster som inte har klinisk relevans, men som inte kan vara osignerade när journaldata migreras från nuvarande journalsystem till FVIS. Förvaltningen har fått i uppdrag att se över ett säkert sätt att hantera dessa osignerade poster utan att det i sig belastar verksamheterna.

Revisionen

Tiina Olofsson
Certifierad kommunal revisor

Bilaga 1 Sammanfattning av revisionens granskningar och
uppföljningar år 2022 avseende nämndens
verksamheter

Årsgranskning för nämnden för primärvård, rättpsykiatri och Dammsdalskolan avseende Regionsjukhuset Karsudden år 2022

Sammanfattning

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

Nämndens verksamhetsberättelse för Regionsjukhuset Karsudden 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 förbättringsområden:

- ✓ Besluta om Regionsjukhuset Karsuddens investeringsram för utrustning
- ✓ Utveckla rapportering av indikatorer under verksamhetsperspektivet.

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 och att nämnden hade en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten. Nämndens verksamhetsberättelse för Regionsjukhuset Karsudden gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2021. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande.

Revisorerna deltog vid nämndens sammanträde 16 april 2022 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskning 2021. Revisorerna lyfte bland annat nämndens delegationsordning kring lokal- och fastighetsfrågor.

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 nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan och Regionsjukhuset Karsudden 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.

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.

Granskningsanteckningar har överlämnats till verksamhetsområdeschef och ekonomichef för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i denna rapport. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig person inom revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden avseende Regionsjukhuset Karsudden

Fullmäktige beslutade om inriktningsdokument för framtidens hälso- och sjukvård¹ som fokuserar på ett antal utvalda områden.

Enligt regionens *Mål och budget för planperioden 2022-2024*² är nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan huvudman för Regionsjukhuset Karsudden och ansvarar för den rättspsykiatriska vården enligt lag om psykiatrisk tvångsvård och lag om rättspsykiatrisk vård. Nämnden ansvarar för att följa upp de avtal om rättspsykiatrisk vård som

¹ Landstingsfullmäktige § 67/17, Framtidens hälso- och sjukvård 2.0

² Regionfullmäktige § 127/21, Mål och budget planperioden 2022-2024

andra regioner har med Regionsjukhuset Karsudden. Uppdraget framgår också av nämndens reglemente³.

Av de ekonomiska förutsättningarna i regionens budget framgår att tilldelad investeringsram är 3 mnkr och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet. Vi kan inte finna att investeringsramen framgår av nämndens verksamhetsplan för Regionsjukhuset Karsudden.

Vår kommentar

Nämndens verksamhetsplan för Regionsjukhuset Karsudden innehåller områden och intentioner utifrån fullmäktiges beslutade inriktningsdokument för framtidens hälso- och sjukvård.

Vi rekommenderar fortsatt att nämnden beslutar om Regionsjukhuset Karsuddens investeringsram i sin verksamhetsplan.

Nämndens verksamhet under år 2022 avseende Regionsjukhuset Karsudden

Nämndens styrdokument och protokoll

Nämnden har haft fem protokollförda sammanträden under 2022 och ett planerat sammanträde blev inställt.

Nämnden beslutade om Regionsjukhuset Karsuddens verksamhetsplan med budget och internkontrollplan med riskanalys för 2022 vid sitt sammanträde i december 2021⁴.

Enligt delegationsordningen⁵ är det verksamhetsområdeschef Karsudden som inför varje år och löpande utser beslutsattestanter/ersättare. Sådant delegationsbeslut har anmälts till nämnden i mars 2022.

Nämnden godkände Regionsjukhuset Karsuddens patientsäkerhetsberättelse vid sitt sammanträde i april.

Nämnden beslutade om avtal gällande fyra vårdplatser mellan Region Örebro och Regionsjukhuset Karsudden⁶. I samband med detta avtal omförhandlades avtalet med Region Sörmland från 42 till 38 vårdplatser. Avtalstiden för Region Örebro är från 2022-05-01 till 2024-12-31.

Nämnden reviderade sin delegationsordning i september⁷.

³ Regionfullmäktige § 14/21, Digitala sammanträden i fullmäktige, styrelser och nämnder

⁴ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 33/21, Verksamhetsplan med budget 2022-2024 för Regionsjukhuset Karsudden

⁵ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 3/19, Delegationsordning

⁶ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 13/22 Avtal gällande vårdplatser

⁷ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 25/22, Revidering av delegationsordning

Vår kommentar

Antagen verksamhetsplan för 2022 innehåller uppföljningsbara indikatorer utifrån de politiska målen som beslutats av regionfullmäktige. För vissa av indikatorerna har målvärden satts på kort och lång sikt. Antalet indikatorer har minskat sedan 2021. Aktiviteter och uppdrag framgår av handlingsplaner.

Nämnden har beslutat om en ny delegationsordning enligt vår rekommendation från föregående år. Inom ramen för den grundläggande granskning har vi inte bedömt innehållet i den nya delegationsordningen.

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2022 för Regionsjukhuset Karsudden

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

Enligt nämndens protokoll informerar verksamhetsområdeschef och ekonomichef på Regionsjukhuset Karsudden om verksamheten och ekonomi vid varje sammanträde.

Av nämndens verksamhetsplan med budget för 2022 framgår att resultatbudget är -3 mnkr. Budgeten stämmer med regionens budget som redovisar föregående årsbudget -20 mnkr och användning av eget kapital 17 mnkr.

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

Ekonomisk rapportering	Akkumulerat resultat	Årsprognos	Budget
Kvartalsrapport per mars	-3,6 mnkr	-3 mnkr	
Delårsrapport per juli	2,6 mnkr	Noll	
Slutligt utfall per december	4,9 mnkr		-3 mnkr

Enligt kvartalsrapporten beror mindre budgetunderskott i stort på uppstartkostnader för allmän inpasseringskontroll och införande av en bevakningscentral. Lönerörelsen samt de nya arbetstidsmått för nattarbete kommer att bli en fördyrande faktor utöver budgeterad nivå. Antalet anställda hade ökat från 373 till 400 medarbetare.

Vid delår per juli rapporterades det beläggning på vårdplatser uppgick till drygt 147 i juli och budgetöverskott på intäkter med 7,7 mnkr. Personalkostnader visade ett budgetunderskott med drygt 3,5 mnkr och

gäller sommaren. Årsprognosen ändrades till noll vilket innebär en positiv budgetavvikelse på 3 mnkr.

Vår kommentar

Nämnden har under året 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 3 mars 2023.

Nämnden följer verksamhetens ekonomi genom information från verksamheten vid varje sammanträde.

Revisionsdialog

Nämndens presidium och revisorerna träffades inte för dialog under hösten som planerat. Nämndens sammanträde blev inställt.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse för Regionsjukhuset Karsudden

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

Vår kommentar

Nämnden beslutade om verksamhetens delårsrapport vid sammanträdet i september 2022. Nämnden har rapporterat indikatorer och internkontrollplan i sin delårsrapport. Delårsrapporten uppfyllde anvisningarnas krav.

Verksamhetsberättelsen har behandlats i nämnden den 3 mars 2023. Vi har granskat den verksamhetsberättelsen som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde.

Verksamhetsberättelsen är strukturerad, informativ och följer anvisningen väl. Rapportering av indikatorer är tydlig förutom under verksamhetsperspektivet. Indikatorerna är relevanta och utgår i flera fall utifrån patientperspektivet. Rapportering av indikatorer samt förändring av indikatorer under verksamhetsperspektivet bör utvecklas.

Resultaträkningen i delårsrapport och verksamhetsberättelse analyseras mot budget men inte mot föregående år. Enligt faktaavstämningen gjordes ingen analys mot föregående år därför att åren inte var jämförbara på grund av införandet av allmän inpasseringskontroll.

Utifrån vår granskning vill vi lyfta fram nedanstående iakttagelser och kommentarer kring några av de rapporterade indikatorerna. Föregående års värden redovisas inom parentes i förekommande fall.

Medborgarperspektivet

Under perspektivet redovisas nio (10) indikatorer enligt verksamhetsplanen. För indikatorerna redovisas målvärde enligt verksamhetsplanen. Föregående år redovisades målvärde som inte var helt enligt verksamhetsplanen för indikatorerna avseende patientperspektiv. Vi noterar förbättrad rapportering. Måluppfyllelse för indikatorer redovisas med fyra gula markeringar och fem röda. Åtgärder framgår i text.

Resultaten för indikatorerna kommer ifrån Kvalitetsregister RättsspsyK och endast 22 % valde att delta i den nationella patientenkäten. Enligt verksamhetsberättelsen kan en trolig förklaring till det låga deltagandet vara att enkäten skickades till patienternas hemadresser och därför inte kom fram till alla patienter.

Regionsjukhuset Karsudden skickade en egen enkät i december 2022. Ca 60 % av patienterna valde att besvara enkäten. Resultaten av enkäten jämfört med föregående år blev en minskning av upplevd information om vård och behandling, delaktighet och upplevelse av trygghet. Patientens upplevelse av bemötande har ökat. En tydlig redovisning och analys av enkätsvaren finns i verksamhetsberättelsen.

Verksamhetsperspektivet

Under perspektivet redovisas sex (sex) indikatorer enligt verksamhetsplanen. Två av indikatorerna avser patientrelaterade frågor och fyra hållbarhetsfrågor. Måluppfyllelsen för indikatorer redovisas med en grön markering och en röd. För fyra indikatorer finns inga utfall redovisade.

För indikator *Hållbart resande* redovisas inget utfall och målvärde är 7 %. Av text framgår att RSK inte har några fossildrivna fordon kvar. De sista två biogasdrivna bilarna byts också ut under våren 2023 till eldrivna bilar.

För indikator *Antal genomförda och dokumenterade riskbedömningar* under verksamhetens mål: Minska användning av hälsoskadliga och/eller miljöfarliga kemiska produkter samt genomföra och dokumentera riskbedömningar, rapporteras inget utfall. Målvärde är 20 st. Av texten framgår att på grund av resursbrist på personal har RSK inte genomfört de planerade riskbedömningar av kemikalier som kvarstår att göra. Utfallet borde ha redovisat som rödmarkering och noll.

Enligt verksamhetsberättelsen sker fler möten digitalt än tidigare och bedömning om mötesformer sker vid varje möte. Utveckling inom flera projekt, intranät till patienterna, nationell patientöversikt, journal på nätet, utveckling av VR-teknik, kontaktlöst sjukhus, har påverkats negativt av pandemin. Men också positiv utveckling med ökad digitalisering.

Resursperspektivet

Under perspektivet redovisas fyra (fyra) indikatorer enligt verksamhetsplanen. Måluppfyllelsen är en grön, en gul och en röd indikator.

För indikatorn *Andelen medarbetare som upplever att de deltar aktivt i utvecklingen av verksamheten* rapporteras att frågan har omformulerats till delaktighet i en gemenskap. Därför följs inte indikatorn. Detta rapporteras redan för 2021. Enligt uppgift vid faktaavstämning kommer indikatorn bytas ut.

Enligt verksamhetsberättelsen uppgår antalet tillsvidareanställda vid årets slut till 402 (389) personer, 46 nya medarbetare började och 39 slutade sin tillsvidareanställning under året. Antalet arbetade timmar uppgick till 683 123, ökning med 53 949 timmar jämfört med 2021. Vi noterar en förbättring av rapporteringen av personalområdet jämfört med föregående år. Enligt anvisningarna ska utveckling av antalet anställda kommenteras.

Enligt personalstatistiken har antal medarbetare med visstid minskat från 12 till 4. Enligt uppgift beror det på att sjukhuset försöker tillsvidareanställa i högre grad. Vi noterar små avvikelser av personalstatistiken som redovisas i verksamhetsberättelsen och regionens personalstatistik ur Boris. Enligt uppgift beror det troligtvis på en mindre efterregistrering med marginell förändring.

Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid är 11,49 % (11,66 %) och målvärde är max 6 %, en marginell förändring jämfört med föregående år. Enligt verksamhetsberättelsen präglades årets inledning återigen av smittspridning av Covid-19 som ledde till en ökad sjukfrånvaro, 17,4 % i januari. Under våren sjönk sjukfrånvaron men är fortsatt på höga nivåer. Frånvaro på grund av vård av barn ligger också på en hög nivå och gör tillsammans med sjukfrånvaron att situationen på sjukhuset varit ansträngd, inte minst under sommaren när tillsvidareanställda medarbetare tagit ut sin semester.

Åtgärder för att minska sjukfrånvaron framgår av verksamhetsberättelsen. Vårdenhetschefer arbetar fortsatt med månatliga avstämningar med HR-specialister kring sjuk- och friskfaktorer på kort och lång sikt för att nå framgång i ökad frisknärvaro för medarbetare. Löpande omsorgs- och hälsosamtal hålls och HälsoSam i Heroma används för dokumentation av rehabilitering.

Beläggningen var under årets inledande månader under avtalade 140 vårdplatser. I maj tecknades ett nytt avtal med Region Örebro avseende fyra vårdplatser. Beläggningen ökade under våren och under sommaren uppnådde en toppnivå drygt 149 belagda vårdplatser av maximalt 155 vårdplatser. Det är främst Sörmlandspatienter som ökat mest. En tydlig redovisning av beläggningen framgår av verksamhetsberättelsen.

Årets resultat är 4 943 tkr och budget -3 000 tkr. En positiv budgetavvikelse på 7 943 tkr. Avvikelser beror främst på bättre beläggning än budgeterad, ett budgetöverskott på intäkter redovisas med 16,7 mnkr. Budgetering sker utifrån 140 avtalade vårdplatser.

Personalkostnader har ökat med 8,8 % enligt Boris rapport. Av verksamhetsberättelsen framgår att budgetunderskott på 4,8 mnkr varav 3,5 mnkr avser sommarens kostnader. Sjuksköterskor på avdelningar ersattes med skötare. Budgetunderskott på 1,9 mnkr för köpt verksamhet förklaras med ökade matkostnader som kopplas till den höga beläggningen.

Läkemedelsbudget har ökats och visar en positiv budgetavvikelse. Lokalkostnaderna visar ett mindre budgetöverskott på 0,2 mnkr vilket beror på att underhållsåtgärder har blivit försenade på grund av leveransproblem. Enligt redovisningen har elkostnader minskat jämfört med 2021. Budgetunderskott för övriga kostnader hänförs till kostnader för införandet av allmän inpasseringskontroll samt ökad inflation.

Verksamhetens intäkter har ökat med 11,9 % och kostnader med 4,5 % jämfört med föregående år.

Regionsjukhuset Karsuddens eget kapital uppgår till 30 mnkr efter årets resultat.

Investeringar

Investeringarna rapporteras totalt med ca. 2 mnkr avseende nya röntgenmaskiner i verksamhetsberättelsen. Vi kan inte finna att nämnden har beslutat om Regionsjukhuset Karsuddens investeringsbudget.

Vår kommentar

Nämnden behöver besluta om Regionsjukhuset Karsuddens investeringsbudget.

Uppföljning av beslut

Nämnden beslutade om att införa allmän inpasseringskontroll (PRD § 32/20). Arbete med vidareprojektering kring ombyggnationer, skapande av ny säkerhetsenhet samt rekrytering har genomförts under 2021 och 2022. Omställning och ombyggnationen av sjukhusets entré till en bevakningscentral och säkerhetsentré besiktades den 28 januari 2022.

Enligt uppgift har nämndens beslut avrapporterats efter årsbokslut 2021. Av nämndens protokoll 17 mars 2022 framgår att verksamhetsområdeschef presenterade nuläget på sjukhuset samt lokaler genom visning och rundvandring. Sammanträdet hölls på Regionsjukhuset Karsudden.

I februari 2022 öppnades sjukhusets bevakningscentral med införandet av

allmän inpasseringskontroll enligt delårsrapporten. Investeringskostnader var då 1,6 mnkr för nya röntgenmaskiner och utrangeringskostnad på 525 tkr. En ytterligare röntgenapparat kommer att investeras. Enligt uppgift rapporterades detta till nämnden vid sammanträde i september.

Utrangeringskostnad ovan är inte en utrangering i egentlig mening utan ett belopp som erlagts, efter förhandling med leverantör, för att returnera röntgenmaskiner som inte kunde användas på grund av att de inte gick att ta in den bevakningscentral som inrättats. Kostnaden har redovisats som en direktavskrivning och belastar 2022 i sin helhet. Vi har även lyft till regionstyrelsen att rutiner för vad som gäller vid utrangering av tillgångar bör förtydligas det vill säga rutiner/krav kring delegation, attester och dokumentation som skrotningsintyg, värderingsintyg etcetera.

Enligt 2021 års budget disponerade Regionsjukhuset Karsudden sitt eget kapital på 20 mnkr för kostnad för allmän inpasseringskontroll. Ekonomiskt utfall för 2021 blev -21,5 mnkr.

Sjukhuset ska tillsammans med Regionservice arbeta fram en ny fastighetsplan för de kommande tio åren enligt verksamhetsberättelsen.

Det är positivt att Regionsjukhuset Karsudden tar fram en ny fastighetsplan då detta ger tydligare förutsättningar för planering och uppföljning av fastighetsägarinvesteringar samt investeringsprocessen.

Granskning av räkenskaper 2022

Vår granskning har i huvudsak inneburit analytisk granskning. Med analytisk granskning menas analys av väsentliga nyckeltal och trender, inklusive undersökning av eventuella svängningar och förhållanden som inte överensstämmer med annan relevant information eller som avviker från förväntade värden. Vi har även gjort stickprov i materialet för att verifiera dess innehåll.

Resultaträkning

Resultaträkningen enligt redovisningen i ekonomisystemet Raindance överensstämmer med resultaträkningen i verksamhetsberättelsen.

Vi bedömer resultaträkningen, i allt väsentligt, som rättvisande.

Balanskonton på verksamhetsnivå

Vi bedömer balansposterna, i allt väsentligt, som rättvisande.

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

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2022 med dokumenterad riskbedömning och internkontrollplanen har följts upp i både delårsrapport och verksamhetsberättelse.

Planen innehåller 20 (17) kontrollmål och rapporteringen avser 17 kontrollmål. Det saknas rapportering för tre kontrollområden; Fasa ut kemiska produkter på utfasningslistan, resvaneundersökning för ökat hållbart resande och minskad användning av engångsartiklar (finns också som indikator utan rapportering). Utökat antal kontrollområden jämfört med 2021. Rapportering är tydligt med område, målnivå, ansvarig för utförande, ansvarig för kontroll samt kommentarer.

Ansvarig för kontroll är personer som inte är involverade i processen förutom under ekonomi. Planen följer inte helt regionens uppdelning i perspektiv. Tidigare har planen fått influenser för kontrollområden främst från Region Stockholm. Enbart grön och röd markering möjlig. Måluppfyllelsen består av 11 gröna, en utan markering och fem röda. I vissa fall framgår inte åtgärder för att förbättra kontrollområdet, exempelvis kontrollområde *Genomförda uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd*.

Vissa kontrollområde utgår ifrån verksamhetens processer men det finns också kontrollområde som är mer som aktiviteter och målsättningar och inte direkta kontrollområden, exempelvis *Laddning av hybridfordon för ökat hållbart resande* och *Aktiviteter för ökat hållbart resande*. Vissa kontrollområde rapporteras också under verksamhetsperspektivet som indikatorer, exempelvis *Minskat matsvinn*.

Vi rekommenderar att tydliggöra vilka områden avser internkontroll.

Revisionen

Tiina Olofsson

Certifierad kommunal revisor

Bilaga 1

Sammanfattning av revisionens granskningar och uppföljningar år 2022 avseende nämndens verksamheter

Årsgranskning för nämnden för primärvård, rätt psykiatri och Dammsdalskolan avseende Dammsdalskolan år 2022

Sammanfattning

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut förutom det ekonomiska utfallet. Vi bedömer att nämnden trots det har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse för Dammsdalskolan 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:

- ✓ Rapportering kring personal och sjukfrånvaron bör utvecklas utifrån anvisningarna.

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

Revisorernas bedömning för 2021 var att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Nämndens verksamhetsberättelse för Dammsdalskolan gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning. Den interna kontrollen bedömdes sammantaget som tillräcklig.

Revisorerna deltog vid nämndens sammanträde 16 april 2022 och

redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2021. Revisorerna lyfte behovet av att se över nämndens delegationsordning.

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 nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan och Dammsdalskolans 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.

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.

Granskningsanteckningar har överlämnats till verksamhetschef och verksamhetsutvecklare för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i denna rapport. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig person inom revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden avseende Dammsdalskolan

Av regionens Mål och budget för 2021¹ framgår att nämnden är skolhuvudman för Dammsdalskolan, som omfattar skolverksamhet inom grund-, gymnasie-, grundsär- och gymnasiesärskola för ungdomar från olika kommuner i landet med autismspektrumstörning i åldrarna 12-21 år. Nämnden har vårdgivaransvar för den vård som ges vid Dammsdalskolan. Nämndens uppdrag för Dammsdalskolan framgår också av reglemente².

¹ Regionfullmäktige § 153/20, Mål och budget 2021-2023

² Regionfullmäktige § 14/21 Digitala sammanträden i fullmäktige, styrelser och nämnder

Av de ekonomiska förutsättningarna framgår att tilldelad investeringsram är 3 mnkr och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet. Av Dammsdalskolans verksamhetsplan framgår investeringsram på 400 tkr. Resultatbudget är noll.

Fullmäktige beslutade om inriktningsdokument för framtidens hälso- och sjukvård³ som fokuserar på ett antal utvalda områden.

Vår kommentar

Nämndens verksamhetsplan för Dammsdalskolan innehåller områden och intentioner utifrån fullmäktiges beslut. Verksamheten har, utifrån Division psykiatri och funktionshinders målsättningar, anpassat de övergripande målen för Dammsdalskolan.

Nämndens verksamhet under år 2022 avseende Dammsdalskolan

Nämndens styrdokument och protokoll

Nämnden har haft fem protokollförda sammanträden under 2022 och ett planerat sammanträde blev inställt.

Verksamhetsplan med budget 2022-2024 och internkontrollplan med riskanalys för Dammsdalskolan antogs vid nämndens sammanträde i december 2021⁴.

Nämnden beslutade om att lämna förslag om investering av nytt elevboende till regionstyrelsen⁵. Investeringen avser uppförande av nytt elevboende med 42 mnkr. De ökade årliga driftkostnader på 1,6 mnkr finansieras med Dammsdalskolans eget kapital fram till och med 2053.

Under förutsättning att regionstyrelsen beslutar enligt nämndens förslag beslutade nämnden följande:

1. Byggnation av nytt elevboende på Dammsdalskolan godkänns
2. Finansiering av byggnationen genom användning av eget kapital godkänns
3. Minskat årligt ekonomiskt resultat med 0,3 mnkr finansieras inom ramen för verksamhetens budget.

Regionstyrelsen beslutade investeringen enligt nämndens förslag i april.⁶

³ Fullmäktige § 67/17, Framtidens hälso- och sjukvård 2.0

⁴ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 33/21 Verksamhetsplan med budget 2022-2024 för Dammsdalskolan

⁵ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 3/22, Dammsdalskolan, nytt elevboende, byggnation och investering

⁶ Regionstyrelsen, § 68/22, Dammsdalskolan, nytt elevboende, byggnation och investering

Enligt nämndens delegationsordning utser hälso- och sjukvårdsdirektör beslutsattestanter/ersättare inför varje år och löpande vid förändring. Sådant delegationsbeslut har anmälts till nämnden i mars 2022.

Nämnden har beslutat om läsårstider samt trygghets- och kvalitetsplan för Dammsdalskolan.

Nämnden reviderade sin delegationsordning i september⁷.

Vår kommentar

Antagen verksamhetsplan för 2022 innehåller uppföljningsbara indikatorer utifrån de politiska målen som beslutats av regionfullmäktige. För vissa av indikatorerna har målvärden satts på kort och lång sikt. Aktiviteter framgår av verksamhetsplanen.

Nämnden har beslutat om en ny delegationsordning enligt vår rekommendation från föregående år. Inom ramen för den grundläggande granskning har vi inte bedömt innehållet i den nya delegationsordningen.

Vi har noterat att nämnden kommer att behandla återtagande av beslut angående byggnation och investering för nytt elevboende samt åtgärdsplan för att uppnå en budget i balans för Dammsdalskolan enligt kallelse till nämndens extra sammanträde den 5 april 2023.

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2022 för Dammsdalskolan

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

Enligt nämndens protokoll informerar verksamhetschef med flera om verksamheten och ekonomi vid varje sammanträde.

⁷ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 25/22, Revidering av delegationsordning

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos för Dammsdalskolan utvecklades under år 2022 i kvartals- och delårsrapportering. Av nämndens verksamhetsplan med budget framgår att resultatbudget är noll. Budgeten stämmer med regionens budget.

Ekonomisk rapportering	Ackumulerat resultat	Årsprognos	Ackumulerad budget
Kvartalsrapport per mars	3 tkr	1 mnkr	Noll
Delårsrapport per juli	-215 tkr	Noll	
Slutligt utfall per december	-1 218 tkr		

Vid kvartalsrapporten redovisades en prognos med 1 mnkr. Intäkterna var 3,2 mnkr lägre än budgeterad men ungefärligt föregående års nivå. Beläggningen under perioden blev lägre. En positiv budgetavvikelse rapporterades för personalkostnader med 2,9 mnkr främst på grund av vakanser som inte tillsatts och lägre personalbehov.

Dammsdalskolans resultat per juli var -215 tkr. Intäkterna blev något lägre än 2021 och ett negativt budgetunderskott redovisas för intäkterna med -5 mnkr. Personalkostnaderna visade ett budgetöverskott med 6,9 mnkr på grund av vakanser som inte tillsatts. Detta berodde på en lägre beläggningsgrad under våren. Årsprognos ändrades till noll.

Vår kommentar

Nämnden har under året följt regionens reglemente för planering och uppföljning och har beslutat om kvartalsrapporten per mars, delårsrapporten per juli och årsrapporten per december. Enligt planerings- och uppföljningsreglementet ska nämnden besluta om sin verksamhetsberättelse i februari. Nämndens verksamhetsberättelse beslutades den 3 mars 2023.

Nämnden följer Dammsdalskolans ekonomi genom information från verksamheten vid sammanträden.

Analyser av avvikelser mot budget och mot föregående år redovisas i delårsrapport och kvartalsrapport. Jämförelser mot budget framgår men inte mot föregående år i verksamhetsberättelse.

Revisionsdialog

Nämndens presidium och revisorerna träffades inte för dialog som planerat. Nämndens sammanträde blev inställt.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse för Dammsdalskolan

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

Vår kommentar

Nämnden beslutade om Dammsdalskolans delårsrapport vid sammanträdet i september 2022. Nämnden har rapporterat indikatorer och resultat av internkontrollarbete i sin delårsrapport. Rapportering av internkontrollplanen skedde med procentsats och inga avvikelser rapporterades. Vi noterar förbättrat rapportering av internkontrollplanen då detta inte rapporterades året innan. Delårsrapporten uppfyllde anvisningarnas krav.

Verksamhetsberättelsen har behandlats i nämnden den 3 mars 2023. Vi har granskat den verksamhetsberättelsen som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde. Verksamhetsberättelsen avser Dammsdalskolan som organisatorisk ligger under Division psykiatri och funktionshinder.

Verksamhetsberättelsen är strukturerad och följer anvisningen väl. Rapportering av indikatorer är tydlig och nya indikatorer har presenterats. Exempel på nya indikatorer för 2022 är *Andel medarbetare som använder strukturen från Shier-modellen i sitt dagliga arbete med elever* och *Andel elever som upplever trygghet och studiero i skolan*. Indikatorerna är relevanta och utgår från verksamheten. Rapportering kring personal och sjukfrånvaron bör utvecklas utifrån anvisningarna.

Utifrån vår granskning vill vi lyfta fram nedanstående iakttagelser och kommentarer kring några av de rapporterade indikatorerna. Föregående årsvärden redovisas i förekommande fall inom parentes.

Medborgarperspektivet

Under perspektivet redovisas sex (fyra) indikatorer som är enligt verksamhetsplanen. Indikatorer utifrån elevperspektiv och elevundersökning. Tre nya indikatorer redovisas. Måluppfyllelse: tre gröna, två gula och en röd markering. Åtgärder för att nå önskade målsättning beskrivs förutom för indikatorn *Andel ökning av elevernas progression mot måluppfyllelse i skolan utifrån kunskapskraven*.

Verksamhetsperspektivet

Under perspektivet redovisas fem (fyra) indikatorer enligt verksamhetsplanen. Tre nya indikatorer redovisas. Måluppfyllelsen: fyra indikatorer får grön markering och en röd. Åtgärder framgår.

För indikator *Andel resor med bil/buss som verksamheten gör för att veckohandla till elevhemmen* redovisas utfall på noll och målvärde är 75 %. Av kommentarer framgår att elevboenden arbetar med att hitta lösningar för alternativa färdssätt för veckohandlingen. Verksamheten ser över möjligheter att handla basvaror via Regionservice.

Insatser för att öka antalet nya inskrivningar framgår av verksamhetsberättelsen, bland annat genom annonsering, deltagande av utvalda mässor samt erbjuda studiebesök, handledning och utbildningar.

Resursperspektivet

Under perspektivet redovisas 7 (11) indikatorer, tre med grön markering, en med gul markering och tre med röd markering. Indikatorerna är enligt verksamhetsplanen förutom att en indikator har tagits bort. Av verksamhetsplanen framgår att indikatorn inte har ingått i medarbetarenkäten.

För indikatorn *Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid* redovisas utfall på 9,55 % (9,88 %) och målvärde är 6 %. Av kommentarer framgår inte åtgärder för att nå bättre måluppfyllelse men utfallet kommenteras. För 2021 kommenterades sjukfrånvaron samt åtgärder framgick.

Antalet anställda har minskat från 133 till 131 medarbetare enligt statistik från Boris. (2021= från 143 till 133). Rapportering kring personal och sjukfrånvaro bör utvecklas utifrån anvisningarna.

Dammsdalskolans ekonomiska utfall för 2022 uppgår till -1 218 tkr mot budgeterat nollresultat. Intäkterna för försäljning av skol- och boendeplaceringar har minskat ca 1 mnkr jämfört med föregående och visar budgetunderskott med 11 mnkr. Statliga bidrag uppgår till 9,2 mnkr varav 8,6 mnkr avser riksrekryterande gymnasial utbildning för elever med funktionshinder samt 0,3 mnkr för förstärkning av elevhälsan.

Personalkostnader har ökat med 3,9 % jämfört med föregående år och visar budgetöverskott med 11 mnkr. Övriga kostnader visar budgetunderskott med 1,2 mnkr. Enligt uppgift beror budgetunderskottet på ökade kostnader IT, möbler och leasingbilar.

Jämförelser mot budget framgår men inte mot föregående år.

Verksamhetens intäkter har minskat med 0,2 % och kostnader har ökat med 3,2 % jämfört med föregående år.

Dammsdalskolans eget kapital uppgår till 62,9 mnkr efter årets resultat.

Granskning av räkenskaper 2022

Vår granskning har i huvudsak inneburit analytisk granskning. Med analytisk granskning menas analys av väsentliga nyckeltal och trender,

inklusive undersökning av eventuella svängningar och förhållanden som inte överensstämmer med annan relevant information eller som avviker från förväntade värden. Vi har även gjort stickprov i materialet för att verifiera dess innehåll.

Resultaträkning

Resultaträkningen enligt redovisningen i ekonomisystemet Raintance överensstämmer med resultaträkningen i verksamhetsberättelsen.

Resultaträkningen analyseras i verksamhetsberättelsen mot budget men inte mot föregående år.

Vi bedömer resultaträkningen, i allt väsentligt, som rättvisande.

Balanskonton på verksamhetsnivå

Vi bedömer balansposterna, i allt väsentligt, som rättvisande.

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

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2022 med dokumenterad riskbedömning. Resultat av genomförda kontroller avrapporteras i en bilaga till verksamhetsberättelsen med område, målnivå, ansvarig för utförande, ansvarig för kontroll och utfall. Ansvarig för kontroll är andra personer som inte är involverade i de kontrollerade processerna. Den planen, som rapporteras i verksamhetsberättelsen som en bilaga, är inte den som nämnden har beslutat om. Även om vissa kontroller är samma.

Resultaten av genomförda kontroller anges med procentsats och visar inga avvikelser. Av nämndens beslutade internkontrollplan framgår perspektiv: medborgare/medarbetare och resurs.

Revisionen

Tiina Olofsson
Certifierad kommunal revisor

Bilaga 1 Sammanfattning av revisionens granskningar och
uppföljningar år 2022 avseende nämndens
verksamhet

Revisionens granskningar 2022

Nedan görs en kort sammanfattning av de granskningar som revisorerna genomfört och avrapporterat under året som berör nämndens verksamheter. Rapporterna och de svar som har lämnats av nämnd/verksamhet finns tillgängliga på revisionens hemsida.

www.regionsormland.se/revisionen

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.
Tillgänglighet inom primärvården, RS och nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan	<p>Vi har genomfört en fördjupad granskning med syftet att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan (PRD) har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa den nationella vårdgarantin.</p> <p>Vår sammanfattande bedömning är att detta inte är helt inrättat. Bedömningen grundar sig på att tillgängligheten i primärvården i Sörmland inte går åt rätt håll gällande de två nationella tillgänglighetsmåten, trots vidtagna åtgärder.</p> <p>Granskningen visar också att de nationella tillgänglighetsmåten ger en för snäv bild av tillgängligheten inom primärvården där till exempel de digitala lösningarna förbättrar tillgängligheten till primärvården. Men detta går inte att läsa ut i den nationella statistiken idag. Fullmäktige har tagit beslut om primärvårdens inriktning. Av beslutet framgår bland annat flera målsättningar för vad tillgänglighet inom primärvård betyder som till exempel förhållningssätt Nära vård eller digital och fysisk tillgänglighet.</p>	<p>Av svaren från PRD framgår att division primärvård redan inlett ett arbete med att utveckla och rapportera fler indikatorer och statistik för en bredare bild av tillgängligheten. Ett arbete pågår också med att utveckla TeleQ-statistiken utifrån hänvisning till andra yrkeskategorier, upprepade samtal från samma individer och hänvisning i TeleQ till Vårdkontakt Direkt och hur det påverkar utfallet för att få en mer rättvis bild.</p> <p>För möjligheten att utöka och automatisera rapportering av telefontillgängligheten månadsvis pågår ett arbete för att genomföra detta.</p> <p>För att säkerställa standardiserad och likvärdig kodning har utbildning skett under hela 2022 och lathundar har tagits fram. Nuvarande vårdinformationssystem är inte optimalt utformat och fokus framåt, vid kommande byte av</p>

Revisionen

	<p>För att ytterligare stärka styrning, uppföljning och intern kontrollen på området rekommenderar vi regionstyrelsen och PRD att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utveckla och rapportera fler indikatorer/statistik för en bredare bild av tillgängligheten exempelvis utifrån fullmäktiges beslutade inriktning för primärvården • Se över möjligheten att automatisera rapportering av telefontillgänglighet månadsvis för den nationella statistiken • Säkerställa standardiserad och likvärdig kodning vid registrering i vårdinformationssystemet 	<p>vårdinformationssystem, bör fokus vara att se till att registreringen blir så automatiserad och lätt som möjlig för användarna.</p> <p>Ett fortsatt arbete sker också inom primärvården för att stärka teamsamverkan mellan alla yrkeskategorier för att förbättra tillgängligheten till medicinsk bedömning inom tre dagar.</p>
Samverkan kring utskrivningsklara patienter, RS	<p>En fördjupade granskning har genomförts tillsammans med revisorerna i länets samtliga kommuner. Syftet med granskningen är att den ska ge oss underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i respektive kommun säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter/brukare över 65 år.</p> <p>Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienter är inte involverade i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad</p>	<p>Av svaret framgår att revisionens slutsatser stämmer väl överens med det de arbetar med i samverkan med kommunerna, framförallt på arbetsgruppsnivå och vid direktkontakter.</p> <p>Det överensstämmer också med den revidering som genomförs gemensamt med kommunerna i samband med den översyn som görs av Trygg hemgång och effektiv samverkan samt den revidering av samverkansrutiner som finns gällande hälso- och sjukvård i hemmet, som sker i omställningsarbetet för Nära vård.</p> <p>Vårdcentralerna har påbörjat arbetet med att bli navet i vården där samordnings-sköterskan är en viktig funktion och där arbetet</p>

Revisionen

	<p>utskrivningsprocess.</p> <p>En central del i arbetet med att säkra en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är bedömningen att lagens intentioner inte uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker och i granskningen framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd</p>	<p>med kontinuitet och patientdelaktighet är otroligt viktiga för patientens trygghet.</p> <p>Det finns ett stort behov av kompetens, förståelse och tillit för varandras verksamhet och lagrum.</p> <p>Gemensamt system för hantering av avvikelser och gemensamma uppföljningar av avvikelser kommer att hanteras i Länsstyrgruppen under februari 2023.</p>
--	---	--

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 2023 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 tillämplas. 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. Nedan presenteras en uppföljning som berör nämndens verksamhet:

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.