

För kännedom

Verksamhetschef Carolina Sandberg  
Regiondirektör Magnus Johansson  
Ekonomidirektör Nicholas Prigorowsky  
HR-direktör Kajsa Fisk  
Samtliga kommunrevisioner i Sörmland

Gemensamma patientnämnden

## Granskningsrapport för gemensamma patientnämnden år 2024

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.

Vår sammanfattande bedömning för gemensamma patientnämnden 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 ger i allt väsentligt en rättvisande bild av verksamhet, resultat och ställning per 31 december 2024. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter. Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande.

Vår samlade bedömning delges regionfullmäktige inför deras beslut i ansvarsfrågan i samband med att regionens samlade årsredovisning behandlas.

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av patientnämnden 2024. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden 15 maj 2025.

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.

Catharina Fredriksson  
ordförande

Gustaf Wachtmeister  
vice ordförande

# UNDERSKRIFTSSIDA

---

**Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska  
underskrifter:**

## Årsgranskning för gemensamma patientnämnden år 2024

### 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 2024. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande.

### Rekommendationer

Vi ser positivt på utvecklingen av nämndens arbete med mål, indikatorer, bedömning av målluppfyllelse och riskanalyser inför utformningen av den interna kontrollplanen. Vi ser också positivt på nämndens nya rutiner för hantering och återrapportering av delegationsbeslut.

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

- ✓ Upprätta rutiner för hantering av avvikelser i den interna kontrollen
- ✓ Upprätta rutiner för hur nämnden kan inta en mer aktiv ställning när det gäller utformningen av den interna kontrollplanen.

### Iakttagelser i 2023 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 arbetsutskottets sammanträde 4 april 2024 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2023.

### 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 2024.

### **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 2024. 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 AB har på uppdrag av revisorerna utfört stora delar av den grundläggande granskningen. Årets granskning har riktat särskilt fokus på uppföljning inom de områden som granskades år 2023, det vill säga områdena målstyrning (styrmodell och indikatorer) och intern kontroll. Qualitarium AB:s 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 2024–2026*<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.

Tilldelad budgetram är 6,0 mnkr och ingen investeringsram framgår av Mål och budget 2024–2026. Eget kapital på 2,0 mnkr ska användas till att införskaffa ett nytt IT-system och avveckla det gamla.

Regionfullmäktige har under året beslutat om ett nytt reglemente för planering och uppföljning<sup>2</sup>. Av reglementet framgår att en övergripande månadsrapportering ska ske i regionstyrelsen, nämnder och bolag per februari, april, maj, augusti, september, oktober och november. Rapporten ska hanteras som beslutsärende.

---

<sup>1</sup> Regionfullmäktige § 141/23, Mål och budget 2024–2026

<sup>2</sup> Regionfullmäktige § 84/24, Revidering av reglemente för planering och uppföljning i Region Sörmland

Regionfullmäktige beslutade i oktober 2024<sup>3</sup> om en att minskning av personal ska ske med minst 3,5 % över regionens verksamheter utifrån prioritering i ärendet. För patientnämnden innebär beslutet ingen förändring av antalet tjänster.

## Nämndens verksamhet under år 2024

### Vår kommentar

Av bilaga 1 framgår de iakttagelser som gjorts.

## Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2024

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 2024 i kvartals- och delårsrapportering samt verksamhetsberättelse.

Ekonomisk rapportering	Ackumulerat utfall, avvikelse mot budget	Prognos
Kvartalsrapport per mars	+1 mnkr	+/- 0
Delårsrapport per juli	+ 2 mnkr	+ 1 mnkr
Slutligt utfall per december	+ 3 mnkr	

Nämndens ekonomiska resultat är + 3 mnkr. Högre överskott än i prognosen vid delåret beroende på lägre personalkostnader men högre övriga kostnader på grund av IT-stödet som ska införas.

### 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.

Vi noterar att det enbart regionstyrelsen som har beslutat om månadsrapporter under 2024, utifrån det nya reglementet för planering och uppföljning. Vad vi erfar så kommer övriga nämnder att implementera detta under 2025.

## Revisionsdialog

Nämndens och revisorerna träffades 4 december. Vid dialogen diskuterades bland annat utifrån nämndens delårsrapportering från juli, arbetet med att utveckla mål och indikatorer samt nämndens arbete med riskbedömning och

<sup>3</sup> Regionfullmäktige, § 105/24, Uppdrag att vidta skyndsamma åtgärder för att nå en ekonomi i balans – Återremitterat ärende

internkontroll, arbetet med att säkerställa följsamhet till fattade beslut, implementering av nytt IT-stöd och hur nämnden säkerställer följsamhet till regionens styrande dokument för bisysslor.

### **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 augusti 2024. Nämndens rapportering följer utgivna anvisningar väl.

Av bilagan 1 framgår de iakttagelser som gjorts vid granskning av nämndens verksamhetsberättelse och årsbokslut 2024.

### **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 2024.

### **Revisionens granskningar avseende 2024**

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

[www.regionsormland.se/revisionen](http://www.regionsormland.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 2024, 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 2025

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

Regionens hantering av direktupphandling	Rekommendationerna riktar sig i huvudsak till regionstyrelsen och inköpsnämnden. Övriga nämnder har fått rapporten för kännedom.
Svar begärt från regionstyrelsen och inköpsnämnden till 31 mars.	Nämnderna har att säkerställa att regionens regelverk för direktupphandling följs i sina respektive verksamheter.  Översyn av styrande dokument, riktlinjer och att säkerställa korrekt information i ledningssystemet finns bland rekommendationerna till regionstyrelsen och inköpsnämnden.

## Revisionens uppföljning av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen en strukturerad uppföljning av granskningar som genomförts tidigare år. Ingen uppföljning har skett under året som berör nämndens verksamhet.

Revisionen

Ann-Charlotte Adolfsson  
Sakkunnig revisor

Bilaga 1

Revisionsrapport, Grundläggande granskning samt granskning av årsbokslut 2024 – Gemensamma patientnämnden i Region Sörmland, Qualitarium AB



# QUALITARIUM

Revisionsrapport

Grundläggande granskning samt  
granskning av årsbokslut 2024

Gemensamma patientnämnden  
i Region Sörmland

Februari 2025

## 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. Målstyrning och intern kontroll – årets insatser samt uppföljning av förra årets granskningsresultat .....</b>	<b>6</b>
3.1 Målstyrning.....	6
3.2 Intern kontroll .....	7
<b>4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen .....</b>	<b>9</b>
<b>5. Svar på granskningens frågeställningar .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Granskning av årsbokslutet .....</b>	<b>14</b>
6.1 Har nämndens verksamhetsberättelse upprättats enligt de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen?.....	14
6.2 Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande och årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed? 15	
6.3 Svar på granskningens frågeställningar .....	15
<b>7. Rekommendationer.....</b>	<b>16</b>
<b>Bilaga 1 – Gemensamma patientnämndens mål, indikatorer och måluppfyllelse .....</b>	<b>17</b>
<b>Bilaga 2 – Gemensamma patientnämndens interna kontrollplan och genomförda kontroller.....</b>	<b>20</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 2024.

## 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.

I årets grundläggande granskning riktas fortsatt fokus på två av de områden som årets revisionsplan för Region Sörmland lyfter fram som viktiga att hålla bevakning på och som är relevanta för patientnämndens verksamhet. Dessa två områden granskades särskilt de senaste årens revisionsinsatser och i år följs frågorna upp.

- Styrmodell – översyn av regionens vision, mål och indikatorer ska ske under året, fortsatt behov av att utveckla indikatorer för att bedöma måluppfyllelsen

- Fortsatt utveckling av arbetet med interna kontrollplaner utifrån dokumenterade riskbedömningar<sup>1</sup>

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 den gemensamma patientnämnden.

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

Granskningen avser 2024 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 och maildialog med verksamhetschefen och med verksamhetens controller.
- Revisorerna har under hösten 2024 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.

---

<sup>1</sup> Revisionsplan 2024, antagen av Region Sörmlands revisorer 2024-05-17, Dnr RE-REV24-0024-1, sidan 4.

Granskningen har omfattat utkast till *"Verksamhetsberättelse 2024, Gemensamma patientnämnden, December 2024"*. Nämnden förväntas fastställa verksamhetsberättelsen den 27 februari 2025.

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/dialog 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 2024
- 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 verksamhetschefen.

## **2. Nämndens arbete under året**

Nämnden hade fyra protokollförda sammanträden under året.

Nämnden fattade beslut om sin verksamhetsplan och budget för 2024 i december 2023. Den interna kontrollplanen är en del av den antagna verksamhetsplanen.

Nämnden fick rapport om ekonomin vid kvartalsrapport den 18 april 2024 samt om måluppfyllelse i verksamhet och ekonomi i delårsrapporten den 29 augusti 2024. Nämnden beslutade i båda fallen att godkänna redovisningen utan vidare åtgärd. Verksamhetsberättelsen för året kommer att behandlas av nämnden i februari 2025.

Det nya reglementet för planering och uppföljning som regionfullmäktige beslutade om i september 2024 föreskriver att nämnderna ska besluta om månadsrapporter, med undantag för januari och juni. Vi noterar att gemensamma patientnämnden inte har infört månadsrapportering under 2024.

Nämnden fick löpande information om verksamheten och om kansliets arbete vid sina sammanträden.

Nämnden tecknade ett samarbetsavtal med Region Stockholm under året. Samverkansavtalet innebär att parterna, patientnämnden Region Sörmland och patientnämnden Region Stockholm, får ta del varandras framtida utvecklingsprojektet av IT-stödet, och samverkan syftar till att

- underlätta för patienter, närstående och stödpersoner att inkomma medunderlag till patientnämnden,
- effektivisera handläggning genom att IT-stödet förbättrar och förenklar arbetsmetoder, och
- ta fram bättre underlag av data för att rapportera iakttagelser i syfte att förbättra vården samt göra verksamheten öppen och transparent.

Kostnaderna för anskaffning och implementering finansieras uppges ske via avsatta medel inom budgetramen. Årliga löpnade kostnader för IT-stödet ska rymmas inom patientnämndens budgetram.

Nämnden har också initierat ett ärende för att se över nämndens reglemente och den gällande överenskommelsen med Sörmlands kommuner.

Kansliet har infört ny rutin för hantering av delegationsbeslut som numera förtecknas i en lista. Under året har nämnden vid samtliga sina sammanträden fått återrapportering om fattade delegationsbeslut.

### **3. Målstyrning och intern kontroll – årets insatser samt uppföljning av förra årets granskningsresultat**

#### **3.1. Målstyrning**

De grundläggande granskningarna under tidigare år har särskilt fokuserat på nämndens styrmodell, indikatorer samt arbetet med riskbedömningar och den interna kontrollplanen. Tidigare granskningar har visat att nämndens mål och indikatorer hade brister, vilket försvårade möjligheten att systematiskt följa upp verksamhetens resultat. Förra året bedömdes återrapporteringen vara ändamålsenlig, vilket förbättrade nämndens förutsättningar att styra verksamheten. Rekommendationen var att fortsatt sträva efter att formulera tydliga och mätbara mål som kopplas till de politiska målen, samt att ta fram relevanta indikatorer för samtliga beslutade verksamhetsmål.

I september 2024 beslutade regionfullmäktige om ett nytt reglemente för planering och uppföljning<sup>2</sup>. Enligt reglementet ska varje nämnd besluta om indikatorer kopplade till målen.

I årets verksamhetsplan har nämnden beslutat om sex verksamhetsmål, vilka är kopplade till regionfullmäktiges och politikens övergripande mål. En genomgång av målen visar att fem av dem har indikatorer, medan ett mål saknar en kvantifierad indikator och istället följs upp genom en beskrivande redovisning. Jämfört med tidigare år har målen blivit mer mätbara, men vissa områden följs fortfarande upp genom kvalitativ analys.

Verksamhetsberättelsen redovisar måluppfyllelsen för samtliga sex verksamhetsmål. Den innehåller både en redogörelse för genomförda aktiviteter och en sammanfattning av varje mål, vilket ger vägledning för att bedöma om målen har uppnåtts. Av de sex beslutade verksamhetsmålen har fem uppnåtts, medan indikatorn om god telefontillgänglighet (målvärde 95%, utfall 93%) inte helt har nåtts. Avvikelsen har analyserats i verksamhetsberättelsen och kopplas till tekniska begränsningar i IT-systemet. För samtliga mål finns ett tydligt uttalande om huruvida de har uppnåtts eller inte, vilket skapar en transparent och lättöverskådlig måluppföljning. Detta ger nämnden ett tillräckligt underlag för att följa verksamhetens resultat och fatta välgrundade beslut.

---

<sup>2</sup> Regionfullmäktiges beslut 84/24, diarienummer RS-LED24-1195.

## **Bedömning**

Mot ovan bakgrund gör vi den sammanfattande bedömningen att nämndens arbete med att utforma mål och indikatorer har förbättrats jämfört med tidigare år. Fler mål har nu indikatorer och verksamhetsberättelsen innehåller uttalanden om måluppfyllelse, vilket förbättrar nämndens förutsättningar för en ändamålsenlig uppföljning.

Verksamhetsplanen för 2024 togs fram innan det nya reglementet beslutades. Kravet på indikatorer för samtliga mål har därför inte fullt ut fått genomslag.

### **3.2 Intern kontroll**

Nämndens interna kontrollplan är integrerad i verksamhetsplanen för året och beslutades i samband med att nämnden antog verksamhetsplanen i december 2023.

En dokumenterad riskanalys, som ligger till grund för den interna kontrollplanen, finns bifogad i verksamhetsplanen. Enligt information från förvaltningen har riskanalysen tagits fram av tjänstepersonerna på kansliet och diskuterats i nämndens arbetsutskott innan beslut om den interna kontrollplanen fattades. Det saknas dock dokumentation om hur nämnden som helhet har varit involverad i riskanalysen och prioriteringen av kontrollmoment, vilket kan innebära att den interna kontrollplanen inte fullt ut speglar nämndens strategiska behov och risker.

Den interna kontrollplanen innehåller fyra kontrollmål (se bilaga 2). Kontrollmålen är tydligt beskrivna, men det framgår inte hur de identifierade riskerna är kopplade till de av nämnden beslutade verksamhetsmålen. Vidare innehåller kontrollplanen flera kontrollmål som rör verksamhetens operativa genomförande snarare än frågor där nämnden har ett strategiskt styrningsansvar. Exempel på detta är kontrollmål som handlar om IT-stödets funktion och tillgången till stödpersoner. Dessa är viktiga frågor för verksamhetens effektivitet, men de ligger inom förvaltningens ansvar och utgör inte direkt nämndens kärnområde inom intern kontroll. COSO-modellen framhåller att internkontrollen bör fokusera på att säkerställa att styrning, riskhantering och efterlevnad fungerar effektivt snarare än att hantera den dagliga verksamhetens operativa detaljer. För att stärka internkontrollens strategiska inriktning kan nämnden överväga att i större utsträckning fokusera kontrollplanen på processer, styrning, uppföljning och regelefterlevnad.

Den beslutade interna kontrollplanen innehåller en beskrivning av risk, hantering av risk samt metod och typ av hantering. I verksamhetsberättelsen återspeglaras även resultatet av genomförd hantering, vilket ger en tydligare bild av kontrollernas utfall. Kontrollplanens struktur skapar förutsättningar för att följa upp risker och åtgärder, men det framgår inte hur riskerna är kopplade till nämndens strategiska mål eller hur avvikelser ska hanteras på ett mer systematiskt sätt. Detta är ett område där fortsatt utveckling kan stärka nämndens interna kontrollarbete.

Nämndens arbetsutskott har under året tagit fram anvisningar för nämndens arbete med det interna kontrollsystemet. Anvisningarna beskriver hur nämnden ska involveras i framtagandet och uppföljningen av riskanalys och interna kontrollpunkter. Däremot saknas det fortsatt rutiner för hur nämnden ska agera vid eventuella avvikelser.

## **Bedömning**

Nämndens interna kontrollsystem innehåller en fastställd kontrollplan och en återspeglare av genomförda kontroller i både delårsrapporten och verksamhetsberättelsen. Strukturen i internkontrollsystemet har förbättrats genom att risk, hantering av risk och kontrollmetoder beskrivs, vilket skapar bättre förutsättningar för systematisk uppföljning.



Samtidigt kvarstår brister som påverkar internkontrollens effektivitet och strategiska inriktning:

- Nämnden har under året påbörjat ett arbete med utformningen av regler och anvisningar för intern kontroll, vilket föreskrivs i regionens internkontrollreglemente.
- Det saknas dokumentation om hela nämndens involvering i framtagandet av den interna kontrollplanen, vilket innebär en risk att de områden som kontrolleras inte är de mest relevanta för nämnden eller för att uppnå nämndens och regionens mål.
- Flera kontrollmoment fokuserar på operativa frågor snarare än strategiska risker, vilket innebär att internkontrollen i högre grad inriktas på verksamhetens genomförande än på övergripande processer, styrning, uppföljning och regelefterlevnad.
- Avsaknaden av beslutade rutiner för hantering av avvikelser innebär en risk för att åtgärder inte vidtas, eller att åtgärder vidtas för sent.

Mot ovan bakgrund bedömer vi att nämndens interna kontrollsystem har vissa grundläggande strukturer på plats men att det fortsatt finns brister som begränsar dess effektivitet. En utveckling mot en mer strategisk internkontroll med tydligare koppling till nämndens ansvar skulle stärka kontrollens relevans och funktion.

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

	Kontrollfråga	Iakttagelse	Bedömning	Svar på frågan
1.	Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen för 2024-2026 beslutades på nämndens sammanträde den 1 december 2023.	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 2024-2026 beslutades på nämndens sammanträde den 1 december 2023.	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 6 mkr.  Nämnden erhållit eget kapital om 2,5 mnkr för införskaffade av nytt IT-stöd för ärendehandläggning.	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 2023. Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens verksamhet. I bilaga 1 framgår en sammanställning av nämndens mål och måluppfyllelse.	Det finns mål formulerade för nämndens verksamhet.	Ja.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan i december 2023.	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 till stor del mätbara och uppföljningsbara.	Fem av de sex beslutade målen har tydliga indikatorer. Ett mål saknar en kvantifierad indikator men följs upp genom beskrivande redovisning. Samtliga mål har ett uttalande om måluppfyllelse i verksamhetsberättelsen, vilket stärker transparensen.	Ja, till stor del.
6.	Har nämnden upprättat rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske?	Rapportering till nämnden sker enligt den av fullmäktige beslutade styrmodellen. Nämnden har inga egna skriftliga rutiner för rapportering utöver de instruktioner som fastställts av fullmäktige i reglementet för planering och uppföljning.  Enligt reglementet ska all planering och uppföljning i Region Sörmland ske utifrån den gemensamma styrmodellen. Rapportering till nämnden har skett enligt fastställd struktur genom kvartalsrapport, delårsrapport och verksamhetsberättelse.	Rapportering till nämnden följer den av fullmäktige beslutade styrmodellen. Behovet av att nämnden ska ta fram egna rutiner bedöms inte föreligga.	Ja.
7.	Belyser rapporteringen till nämnden måluppfyllelse och resultat?	Kvartalsrapporten beskriver verksamheten men saknar koppling till nämndens mål och analys av	Delårsrapporten och verksamhetsberättelsen belyser måluppfyllelse och resultat. Verksamhetsberättelsen innehåller en	Ja, men delårsrapporten saknar både ett tydligt uttalande

		<p>måluppfyllelse vilket följer regionens återrapporteringsmodell.</p> <p>Delårsrapporten innehåller uppföljning av målen och indikatorerna men saknar ett tydligt uttalande om måluppfyllelse för samtliga beslutade mål och indikatorer. Det saknas även en prognos för förväntad måluppfyllelse.</p> <p>Verksamhetsberättelsen följer upp samtliga verksamhetsmål och innehåller ett tydligt uttalande om måluppfyllelse, vilket är en förbättring.</p> <p>Nämnden har inte infört rutiner för månadsrapportering.</p>	<p>samlad bedömning av måluppfyllelse, men delårsrapporten saknar både detta och en prognos.</p> <p>Nämnden har inte infört rutiner för månadsrapportering.</p>	<p>om måluppfyllelse och en prognos.</p>
8.	När nämnden uppsatta mål inom verksamheten?	<p>Delårsrapporten följde upp målen på ett mer övergripande sätt. Uppföljningen innehöll en redovisning av genomförda aktiviteter och i vissa fall resultat, men saknade en prognos för förväntad måluppfyllelse.</p> <p>Verksamhetsberättelsen redovisar måluppfyllelse för samtliga beslutade verksamhetsmål. För de mål där indikatorer finns redovisas dessa, och där avvikelser finns noteras även åtgärder. En samlad bedömning av måluppfyllelse görs för varje beslutade mål.</p>	<p>Delårsrapportens mer övergripande uppföljning och avsaknaden av en prognos för måluppfyllelse gör det svårare att identifiera eventuella avvikelser under året.</p> <p>I verksamhetsberättelsen har samtliga mål följts upp mer detaljerat, och en samlad bedömning av måluppfyllelse redovisas.</p>	Ja.

9.	Når nämnden uppsatta mål inom ekonomi?	Verksamhetsberättelsen visar en positiv avvikelse gentemot budget om 2 607 tkr.	Verksamhetsberättelsen visar en positiv avvikelse gentemot budget om 2 607 tkr.	Nej.
10.	Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder vid signaler om avvikelse i måluppfyllelse?	<p>Delårsrapporten innehåller ingen rapporterad avvikelse i måluppfyllelse som skulle kräva åtgärd från nämnden.</p> <p>I verksamhetsberättelsen redovisas en mindre avvikelse i ett mål, och det anges att åtgärder vidtagits av kansliet. Nämnden har inte fattat beslut om ytterligare åtgärder.</p>	<p>Ingen avvikelse i måluppfyllelse har identifierats i delårsrapporten, vilket gör att inga åtgärder har varit aktuella.</p> <p>I verksamhetsberättelsen hanteras den rapporterade avviken inom kansliet, och nämnden har inte funnit skäl att vidta ytterligare åtgärder.</p>	Ja.
11.	Har nämnden antagit en intern kontrollplan?	Den interna kontrollplanen är en del av nämndens verksamhetsplan som nämnden beslutade i december 2023.	Nämnden har antagit en intern kontrollplan.	Ja.
11.1	Om ja, baseras den interna kontrollen på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet?	<p>En riskanalys finns dokumenterad i verksamhetsplanen och ligger till grund för den interna kontrollplanen.</p> <p>Nämndens arbetsutskott har under året tagit fram egna anvisningar för den interna kontrollen. Anvisningarna beskriver hur arbetet med framtagandet av den interna kontrollplanen ska involvera nämnden.</p>	Riskanalysen är dokumenterad i verksamhetsplanen.	Ja.
11.2	Innehåller den interna kontrollplanen rutiner för åtgärder vid avvikelser?	Vi har inte funnit några rutinbeskrivningar från regioncentralt håll, men nämndens arbetsutskott har	Den interna kontrollplanen innehåller inga rutiner för åtgärder vid avvikelser.	Nej.

		<p>under året tagit fram egna anvisningar för den interna kontrollen. Anvisningarna beskriver hur arbetet med framtagandet av den interna kontrollplanen ska involvera nämnden. Däremot innehåller dokumentet inga rutiner för hantering vid avvikelser i samband med genomförda kontroller.</p>		
--	--	--	--	--

## 5. Svar på granskningens frågeställningar

Efter genomförd granskning gör vi bedömningen att gemensamma 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.

Vår granskning av nämndens styrning och interna kontroll visar att gemensamma patientnämndens interna kontrollsysteem har fortsatta mindre brister. Trots dessa brister bedömer vi att systemet som helhet är ändamålsenligt, då det på en rimlig nivå säkerställer att lagar och regler följs samt att grundläggande kontrollbehov tillgodoses.

Bristerna i internkontrollsysteem innebär dock en fortsatt risk för att det saknas tillräckligt systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Detta kan påverka nämndens möjligheter att säkerställa att verksamheten bedrivs effektivt och i enlighet med fastställda mål.

Trots dessa brister bedömer vi att de befintliga kontrollerna på en rimlig nivå tillgodoser att:

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

## 6. Granskning av årsbokslutet

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

#### **6.1.1 Iakttagelser**

Nämndens verksamhetsberättelse för 2024 innehåller åtta avsnitt:

- Inledning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultaträkning
- Investeringar
- Internkontrolluppföljning
- Fakta – statistik

Verksamhetsberättelsen återrappporterar om nämndens beslutade mål, om de beslutade indikatorerna samt om verksamhetens större aktiviteter. En sammantagen bedömning om måluppfyllelse finns för varje beslutat verksamhetsmål. I verksamhetsberättelsen återrappporteras inga större negativa avvikelser.

I regionstyrelsens anvisningar till verksamhetsberättelsen framgår att regionfullmäktige beslutade om att en minskning av personal ska ske med 3,5% över regionens verksamheter. Därför ska varje

nämnd rapportera hur arbetet med att minska personal har bedrivits och vilka resultat som har åstadkommit. Gemensamma patientnämnden redovisar följande gällande minskning av personal enligt Regionstyrelsens direktiv: *"Patientnämndens kansli har i detta hänseende räknats in i regiondirektörens stab där det genomförts en minskning med 11,6%. Patientnämndens kansli har inte haft en direkt påverkan av personalminskningen."* Återrapporteringen uppfyller direktivets föreskrift.

#### *6.1.2 Bedömningar*

Vår bedömning är att verksamhetsberättelsen i allt väsentligt följer de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen. 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 2 607 tkr. Avvikelsen beror på lägre personalkostnader än budgeterat samt på förseningar i anskaffningsprocessen av nytt IT-stöd.

Jämfört med ackumulerat resultat för föregående år uppvisar patientnämnden ökade kostnader med 1,8 mkr (ack 2024: -6,7 mkr, ack 2023: -4,9 mkr). Förändringen kan främst hänföras till ökade kostnader för införande 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.



## 7. Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning och de brister som framkom rekommenderar vi Gemensamma patientnämnden följande:

- Att ytterligare förbättra arbetet med den interna kontrollen genom
  - o att utforma och dokumentera rutiner för hur verksamheten och nämnden ska agera vid avvikelser
  - o att fortsätta arbetet med att utforma rutiner för hur nämnden kan inta en mer aktiv ställning när det gäller utformningen av kontrollsystemet

Malmö, 2025-02-13



Teodora Heim

Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor



Mattias Holmetun

Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor

## Bilaga 1 – Gemensamma patientnämndens mål, indikatorer och måluppfyllelse

	Politikens mål	Verksamhetens mål	Indikator	Målvärde	Utfall
Medborgarperspektivet	Region Sörmland har en god, jämlik folkhälsa i syfte att bli Sveriges friskaste län	Allmänheten och vården har kännedom om patientnämndens verksamhet	Antal genomförda informationsträffar	4	4
Verksamhetsperspektivet	Region Sörmland har en god, säker, tillgänglig, kvalitativ och effektiv vård	Verksamheten har en god tillgänglighet och skyndsam handläggning	<p>Andel stödpersonsförordnaden som utförs skyndsamt</p> <p>Andel patientklagomål som handläggs skyndsamt</p> <p>Andel telefontillgänglighet under telefontid</p>	<p>95%</p> <p>95%</p> <p>95%</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>93%</p> <p>Under året har IT-stödet för telefonin inte fungerat fullt ut, vilket kan vara en förklaring till att målet inte nås fullt ut. Detta är åtgärdat nu. Det finns ingen tidsgräns för samtalens längd, vilket innebär att den som ringer ges utrymme till att berätta sin berättelse.</p>

		Verksamheten återför synpunkter och klagomål för att medverka till att patienter blir medskapare till ökad patientsäkerhet	Antal genomförda analyser utifrån inkomna patientsynpunkter	2	2
	Region Sörmland tar tillvara digitaliseringsens möjligheter	Verksamheten har digitala lösningar som underlättar för patienter och stödpersoner att kommunicera med kansliet	Andel inkomna patientsynpunkter via e-tjänster	40%	44,7%
	Region Sörmland arbetar för ökad jämlikhet	Verksamheten beaktar diskrimineringsgrunderna utifrån patientsynpunkter	Andel ärenden rörande barn där barnperspektivet beaktas i handläggningen  Antal genomförda sammanställningar av patientsynpunkter gällande diskrimineringsgrunderna	95%  2 st	100%  2 st
	Region Sörmland är klimatsmarta och använder sina resurser hållbart och effektivt	Verksamheten har arbetssätt som medför en minskad energianvändning och miljöpåverkan	Andel minskning av ärenden via postgång	10%	32,3%

Resursperspektivet	Region Sörmland är en attraktiv arbetsgivare	Verksamheten är en arbetsplats där medarbetare trivs, mår bra och utvecklas	-	-	Arbetsmiljön och arbetsklimatet på kansliet har varit god under året. Verksamheten bedrivs utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv och nämnden bedömer att målet uppnåtts.
	Region Sörmland har en stark ekonomi i balans	Verksamheten har en stabil ekonomi med en ändamålsenlig användning av resurser	Ekonomiskt resultat - avvikelse utfall/budget i tkr	0 kr	<p>2 607 tkr</p> <p>Vad gäller kostnader så är personalkostnaden 1 418 tkr lägre än budgeterat. Detta beror på att budgetmedel för vakant tjänsteutrymme inte tillsats, då det ej funnits behov och fortsatt bedöms det ej vara aktuellt med tillsättning. Orsaken är även att visst medel för förordnanden av stödpersoner inte blivit nyttjat. Detta trots genomförda aktiviteter i syfte att höja kunskapen om patienters rättigheter att få en stödperson förordnad.</p> <p>Verksamheten äskade om att få använda eget kapital under 2024 till införandet av nya IT-stödet. Endast en mindre del av dessa har nyttjats, vilket påverkar övriga kostnader som visar på en avvikelse om 1 149 tkr lägre än budget. Huvudorsaken är att det avsatta budgetutrymmet för IT-systemet inte nyttjats som planerat, då projektet dragit ut på tiden på grund av faktorer som nämnden inte kunnat påverka. Övriga kostnader har ökat mot 2023, vilket var planerat då projektet skulle ha färdigställts under 2024.</p>

## Bilaga 2 – Gemensamma patientnämndens interna kontrollplan och genomförda kontroller

Risk	Kontrollmoment/metod för hantering	Utfall	Planerade åtgärder
Patienter får inte ta del av de besök och den kontakt som stödpersonsuppdraget avser.	Följa upp stödpersonernas återrapportering varje månad.	Mindre avvikelse. Ett ärende där återrapporteringen inte har inkommit.	Avslutat förordnande för ärendet där avvikelsen upptäcktes.
Känsliga personuppgifter röjs vid hantering av pappershandlingar.	Uppföljning av följsamhet av verksamhetsrutiner vid arbetsplatsträffar.	Ingen avvikelse	-
Delar eller hela IT-stödet havererar pga att det är föråldrat.	Anskaffning av nytt IT-system pågår.	Ingen avvikelse	Systemet har inte havererat. Projektet kommer fortsätta enligt ny tidplan under verksamhetsåret 2025.
Tillsättning av stödpersoner enligt patientens begäran sker ej inom rimlig tid då det ej finns stödpersoner att tillgå.	Tillsätta fler stödpersoner.	Ingen avvikelse	Arbete med rekrytering av nya stödpersoner kommer fortsätta.