

För kännedom

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

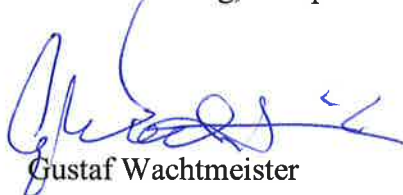
Gemensamma patientnämnden

## Granskningsrapport för patientnämnden år 2019

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av patientnämnden 2019. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden den 8 maj 2020.

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 även kommande höst.



Gustaf Wachtmeister

Ordförande



Torgerd Jansson

Vice ordförande

## Årsgranskning för patientnämnden år 2019

### Sammanfattning

Bedömningen är att årets bokslut i stort är upprättat i enlighet med gällande bokslutsinstruktioner, lagen om kommunal bokföring och redovisning samt att god redovisningssed har tillämpats. Den gemensamma patientnämndens verksamhetsberättelse ger i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning, undantaget att intäkter om 351 tkr saknas på grund av att fakturering ej genomförts för andra halvåret.

Verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att nämnden inte beslutat om någon interkontrollplan för året. Vi bedömer att nämnden delvis har en god intern styrning och kontroll och riktar kritik mot avsaknaden av beslutad intern kontrollplan. Effekten av att intern kontrollplan saknas är att risker i verksamheten inte identifieras och följs upp på ett systematiskt sätt.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande med undantag av den uteblivna faktureringen för andra halvåret.

### Rekommendationer

Efter året granskning rekommenderar vi nämnden att:

- ✓ Säkerställ att intern kontrollplan upprättas utifrån en dokumenterad riskanalys och beslutas samt återrapporteras årligen, enligt reglemente för planering och uppföljning
- ✓ Säkerställ att nämnden beslutar om reviderad delegationsordning
- ✓ Säkerställ att fakturering sker
- ✓ Säkerställ att verksamhetsplanen innehåller mätbara och uppföljningsbara indikatorer för samtliga strategiska perspektiv/mål

### Bakgrund och syfte

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 intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

### **Revisionsfrågor och metod**

Granskning har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed och regionens revisionsreglemente och har omfattat dels ändamålsenlighet, det vill säga om verksamheten bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut, lagar, avtal och föreskrifter och dels om verksamheten bedrivits på ett sätt som är ekonomisk tillfredsställande, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna kontroll som nämnden ansvarar för är tillräcklig. Detta som del av underlaget för revisorernas uttalande i revisionsberättelsen med tillhörande redogörelse. Revisorernas samlade bedömning delges då regionfullmäktige inför deras beslut i ansvarsfrågan i samband med att regionens samlade årsredovisning behandlas.

Granskningen 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. Grundläggande granskning består, enligt god revisionssed, av två delar.

- ✓ Granskning av måloppfyllelse
- ✓ Granskning av intern styrning och kontroll

Granskningen är genomförd med stöd av Revisionens modell för grundläggande granskning av nämnd. 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 2019.

PwC har på uppdrag av revisorerna utfört stora delar av den grundläggande granskningen. Den rapporten finns som bilaga till denna årsgranskning. PwC har också genomfört en fördjupad granskning för att bedöma om patientnämnden bedriver en

ändamålsenlig verksamhet. Den har avrapporterats separat.

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.

### **Ansvarig nämnd och avgränsning**

Granskningen avser patientnämndens verksamhet 2019.

### **Revisionskriterier**

Vår bedömning av nämndens ansvarsutövande utgår bland annat från:

- ✓ Kommunallagen
- ✓ Lag 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
- ✓ Regionen interna regler

### **Iakttagelser i 2018 års granskning**

Revisorernas bedömning för 2017 var att patientnämndens verksamhetsberättelse i allt väsentligt gav en rättvisande bild av resultat och ställning. Verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att verksamhetsplanen vid vår granskning inte hade behandlats i nämnden. Den interna kontrollen bedöms i övrigt som tillräcklig.

Revisorerna deltog vid patientnämndens sammanträde 24 april 2019 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen.

Områden som lyftes i samband med genomgången var att säkerställa att verksamhetsplan beslutas utifrån regionfullmäktiges mål och budget och att den ska innehålla mätbara och uppföljningsbara indikatorer för samtliga strategiska perspektiv/mål. Nämnden behöver också säkerställa rapporteringen av uppföljningen av internkontrollplanen enligt reglemente för planering och uppföljning.

## **Fullmäktiges uppdrag till nämnden**

Av regionens mål och budget 2019–2021<sup>1</sup> framgår att nämnden, som är gemensam med länets nio kommuner, har till uppgift att stödja och hjälpa patienter inom:

- ✓ Hälso- och sjukvård som bedrivs av region eller kommun eller enligt avtal med dessa

Nämnden har också till uppgift att stödja och hjälpa patienter inom (framgår dock inte av regionens mål och budget 2019–2021):

- ✓ Den allmänna omvårdnad som ges enligt socialtjänstlagen i samband med hälso- och sjukvård
- ✓ Tandvård enligt tandvårdslagen som bedrivs av region

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

Vi kan inte finna att regionfullmäktige eller regionstyrelse har beslutat om några ytterligare uppgifter till nämnden under 2019.

Tilldelad budgetram är 3 509 tkr. Ingen investeringsram framgår av budget.

## **Nämndens verksamhet under år 2019**

### **Nämndens styrdokument och protokoll**

Nämnden har haft fyra protokollförda sammanträden under år 2019. Sammanträdena som planerats i maj och november ställdes in.

Nämnden har beslutat om dataskyddsombud enligt GDPR och verksamhetsberättelse för 2018, kvartalsrapport och delårsrapport 2019 samt verksamhetsplan 2020 inklusive internkontrollplan.

Revidering av delegationsordning har gjorts på sammanträdet i februari. Ärendet beslutades inte av nämnden utan var med som anmälningsärende.

Anmälningsärenden förekommer på de fyra sammanträdena och ingen återrapporering av delegationsbeslut har gjorts.

### **Vår kommentar**

Av bilagan 1.1 framgår de iakttagelser som gjorts.

---

<sup>1</sup> Landstingsfullmäktige § 127/18, Mål och budget 2019 - 2021

Nämnden behöver säkerställa att internkontrollplan antas inför varje år, utifrån en dokumenterad riskanalys och att revidering av delegationsordning beslutas.

### **Nämndens ekonomistyrning under år 2019**

Efter mars månad ska regionstyrelsen redovisa en kvartalsrapport som är en ekonomisk rapport med prognos för helåret enligt reglemente för planering och uppföljning. Nämnder och bolag bistår med uppgifter, analyser och prognoser.

Kvartalsrapport upprättas av nämnd/division/bolag en gång per år (mars). Rapporten ska innehålla ekonomisk analys, helårsprognos och övrig betydelsefull information.

Enligt regionens reglemente för planering och uppföljning ska regionstyrelsen, efter juli och december månad, redovisa det aktuella ekonomiska och verksamhetsmässiga läget i en delårsrapport respektive årsredovisning. Nämndens delårsrapport (januari-juli) och verksamhetsberättelse (januari-december) bereds i nämnden.

Delårsrapporten ska innehålla helårsprognos inklusive uppföljning av mål, indikatorer, handlingsplan och eventuella uppdrag samt redovisning av genomförda förändringar. Rapporten ska även innehålla kommentarer och analyser till den verksamhet som har bedrivits under perioden samt uppföljning av privata utförare.

Verksamhetsberättelsen ska utvärdera årets verksamhet samt hur fastställda mål, indikatorer, handlingsplaner och eventuella uppdrag har uppfyllts. Verksamhetsberättelsen ska också innehålla ekonomiskt utfall, relevanta nyckeltal, resultatet av den interna kontrollen samt uppföljning av privata utförare.

Om en enhet inte klarar sig på tilldelade medel ska nämnden i första hand omfördela resurser mellan enheterna. Om nämnden bedömer att det blir en negativ avvikelse beträffande mål, uppdrag eller resurser, ska detta åtgärdas under betraktande att ekonomin är högst prioriterad.

Om nämnden inte har befogenhet att besluta om förändrad verksamhet eller mål, ska nämnden på eget initiativ föreslå regionfullmäktige beslut, via regionstyrelsen, så att man klarar verksamheten med given resurstilldelning

### **Nämndens ekonomiska resultat under år 2019**

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos utvecklades under år 2019 i kvartals- och delårsrapportering samt verksamhetsberättelse. Kvartalsrapport per september är borttagen enligt reglemente för planering och uppföljning.

<b>Ekonomisk rapportering</b>	<b>Ackumulerat utfall</b>	<b>Prognos</b>	<b>Nämndens budget</b>
Kvartalsrapport mars	-0,2 mnkr	-3,5 mnkr	-3,5 mnkr
Delårsrapport juli	-1 mnkr	-3,5 mnkr	-3,5 mnkr
<b>Slutligt utfall december</b>	<b>-2,2 mnkr</b>		<b>-3,5 mnkr</b>

Patientnämndens resultat för 2019 är positivt med 1,3 mnkr. I kvartalsrapportering per mars och i delårsrapporten per juli redovisas en nollprognos.

### Vår kommentar

Granskning av nämndens protokoll visar att kvartalsrapport per mars, delårsrapport för juli och verksamhetsberättelsen efter årets slut beslutas av nämnden.

### Revisionsdialog

Syftet med revisionsdialogen är att nämndens presidium och verksamhetschef på ett tidigt stadium ska få del av revisorernas synpunkter för att säkerställa riktigheten i underlagen för revisorernas bedömning. Revisionsdialogen är en del i den grundläggande granskningen.

Tanken är att revisorerna har en mer solid grund för ansvarsprövningen. Dessutom ges nämnden tillfälle att, utifrån revisionsdialogen, agera mot bakgrund av de synpunkter som lämnats av revisorerna.

Vid dialogen tas eventuella synpunkter eller kritik upp från revisorerna i föregående års revisionsberättelse och eventuella synpunkter från den löpande granskningen under året. I dialogen behandlas även frågor för att kartlägga den interna styrningen och kontrollen i nämnden. Frågor skickas i förväg till nämndens presidium och verksamhetschef.

Patientnämndens arbetsutskott och revisorerna träffades den 4 november 2019 för dialog. Vid dialogen diskuterades bland annat nämndens uppdrag (där stödpersoner ingår) och informationsspridning till bland annat patienter och kommuner, nuvarande klagomålshantering och nämndens statistik. Dessutom diskuterades nämndens verksamhet utifrån delårsrapporten för juli månad och att nämnden inte beslutat om internkontrollplan i verksamhetsplan 2019. Dialoger planeras även för hösten 2020.



## Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse

### Delårsrapporten per juli 2019

Revisorerna bedömning av delårsrapporten<sup>2</sup> sker utifrån den samlade rapporteringen från regionstyrelsen till regionfullmäktige. Som underlag för bedömningen har vi gjort en övergripande analytisk granskning av räkenskaperna och måluppfyllelsen samt en viss verifiering av innehållet i delårsrapporten. Vi har dessutom översiktligt granskat respektive nämnds delårsrapport.

Nämnden beslutade om delårsrapporten vid sammanträdet i september 2019. Delårsrapporten var kortfattad och verksamheternas arbete rapporterades pågå i huvudsak enligt plan. Övervägande indikatorer och interkontrollplanen rapporterades inte. Delårsrapporten bedömdes uppfylla anvisningarnas krav.

### Verksamhetsberättelse 2019

Verksamhetsberättelsen är nämndens/divisionens återrapportering till regionstyrelsen av hur uppdraget för 2019 har genomförts. I verksamhetsberättelsen ska respektive nämnd/division återrapportera på sina mål, indikatorer och större aktiviteter med vikt vid analyser av de avvikelser som har uppstått under året. Om större negativ avvikelse jämfört med plan kan noteras ska anges vilka åtgärder som har vidtagits alternativt ska vidtas.

Nämnden/division ska rapportera sitt jämställdhetsarbete och all statistik ska i den mån det är möjligt rapporteras könsuppdelat enligt ekonomistabens anvisningar. Ett antal dokument ska bifogas till verksamhetsberättelsen, bland annat om arbetsskador.

En nyhet för i år är att resultaträkningarna kommer in med automatik i dokumentet för verksamhetsberättelse.

Region Sörmland tillämpar en gemensam styrmodell för samtliga nämnder och de helägda bolagen. Regionfullmäktige beslutade om en ny styrmodell som utgår från medborgar-, verksamhets- och resursperspektiv.<sup>3</sup> Inom respektive perspektiv formulerar fullmäktige politiska mål som ska vara vägledande för verksamhetens inriktning och utformning. Vid utvärdering av verksamheten i regionens årsredovisning är det graden av uppfyllelse av de politiska målen som utgör grund för regionstyrelsens bedömning.

Den verksamhetsberättelse vi har granskat är den som behandlades till nämndens sammanträde den 28 februari 2020.

---

<sup>2</sup> RE-REV19-0036, Granskning av delårsrapport

<sup>3</sup> Regionfullmäktige § 97/18, Region Sörmlands styrmodell



### Vår kommentar

Granskningen av verksamhetsberättelsen framgår av bilaga 1 och 1.1 till denna rapport. Iakttagelser som lämnas är att rapporten innehåller i stort sett samtliga avsnitt enligt anvisning. Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande med undantag av intäkter med 351 tkr på grund av att fakturering inte genomförts under 2019.

Vår rekommendation är att nämnden bör säkerställa att fakturering sker och att mätbara indikatorer tas fram för samtliga perspektiv/mål.

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

Enligt anvisningen i rapporteringsverktyget PLUSS ska av verksamhetsberättelsen framgå hur arbetet med den interna kontrollen bedrivits, resultatet av utförda kontroller samt eventuellt vidtagna åtgärder med anledning av resultatet. Även rapportering om och i vilken mån uppföljningen av den interna kontrollen under året har bidragit till ökad effektivitet. Eventuella specifikationer presenteras i bilaga.

Varje nämnd följer löpande upp det interna kontrollsystemet inom nämndens verksamhetsområde enligt reglemente för intern kontroll. Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollen rapporteras till nämnden som rapporterar vidare till regionstyrelsen inom processen för planering och uppföljning<sup>1</sup>.

### Vår kommentar

Verksamhetsplan med budget 2019, *exklusive* internkontrollplan, beslutades i november 2018<sup>4</sup>. Nämnden har inte heller under 2019 beslutat om någon internkontrollplan för året.

### Revisionens granskningar 2019

Nedan görs en kort sammanfattning av de granskningar som revisorerna genomfört och avrapporterat under året, som berör patientnämnden. Rapporterna och de svar som har lämnats av nämnden/verksamheten finns tillgängliga på revisionens hemsida, [www.regionormland.se/revisionen](http://www.regionormland.se/revisionen)

---

<sup>1</sup> Regionfullmäktige § 111/19, Revidering av reglemente för planering och uppföljning i Region Sörmland

<sup>4</sup> Patientnämnden § 33/18, Verksamhetsplan med budget 2019 - 2021 gemensam patientnämnd

Granskning/ verksamhet/nämnd	Rapporten omfattar - Revisionens iakttagelser
Granskningsrapport 2018 /samtliga nämnder	Granskning av årsbokslut och verksamhetsberättelse per verksamhet rapporterats till respektive nämnd.
Revisorernas redogörelse 2018/RS	Granskning av årsredovisningen 2018.
Revisorernas bedömning av delårsrapport 2019/RS	Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning.
Hantering av skyddade personuppgifter/RS, nämnden för kultur, utbildning och friluftsverksamhet, patientnämnden samt nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan	Vår granskning har visat på brister på ett antal områden. Vår bedömning är att nämnderna och styrelsen delvis säkerställer att hanteringen är ändamålsenlig och delvis sker med intern kontroll. Bland annat rekommenderar vi att styrande dokument och befintliga e-utbildningar uppdateras och kompletteras på området. Verksamhetsspecifika dokumenterade rutiner behöver därefter tas fram i större utsträckning.
Den interna kontrollen i administrativa system och rutiner/RS, med inriktning: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbetalningsorder</li> <li>- Utlägg via reseräkning</li> <li>- Dispensansökningar för inhyrd personal</li> <li>- Partistöd</li> </ul>	Vår bedömning är att den interna kontrollen inte är tillfredsställande vad gäller utbetalningsorder där bland annat underlagen i större utsträckning behöver uppfylla kraven enligt de regler som finns. Den interna kontrollen kring anställdas utlägg bedöms inte heller helt tillfredsställande. Rutiner och styrdokument behöver bli tydligare avseende när inköp ska ske mot faktura. Detta för att minimera fel vid hantering och redovisning och också minska administrationen. Följsamheten mot rutinen för dispens-ansökningar är bättre i år. För att ytterligare stärka den interna kontrollen behöver matchning ske, i större utsträckning, av inkomna fakturor mot godkända dispenser. För partistödet finns nu nya rutiner som innebär att beslut om utbetalning kommer upp som ett eget ärende för beslut av fullmäktige. Partiernas åter-redovisningar lämnas löpande till fullmäktige vilket är en förbättring gällande tidsramen.

### Revisionens uppföljning av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen en strukturerad uppföljning av tidigare genomförda granskningar. Någon uppföljning som berör patientnämnden har inte genomförts under 2019.

Revisionen



Åsa Forsman  
Sakkunnig revisor

- |            |  |
|------------|--|
| Bilaga 1   | Granskning av årsbokslut 2019 - Patientnämnden, PwC  |
| Bilaga 1.1 | Översiktlig grundläggande granskning 2019<br>patientnämnden, PwC                           |
| Bilaga 2   | Granskning av patientnämnden - Bedriver<br>patientnämnden en ändamålsenlig verksamhet, PwC |

# Granskning av årsbokslut 2019

## Patientnämnden

*Projektledare: Susanne Lindberg*

*Projektmedarbetare: Josefin Gustavsson*

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>3</b>
1.1.	Bakgrund	3
1.2.	Syfte	3
1.3.	Revisionskriterier	4
<b>2.</b>	<b>Granskningsresultat</b>	<b>5</b>
2.1.	Rättvisande räkenskaper	5
2.1.1.	Resultaträkning	5
2.1.2.	Finansiella mål	5
2.1.3.	Iakttagelser	5
2.1.4.	Revisionell bedömning	5
2.2.	Verksamhetsberättelse	5
2.2.1.	Iakttagelser och revisionell bedömning	6
<b>3.</b>	<b>Grundläggande granskning</b>	<b>7</b>
3.1.	Bakgrund	7
3.2.	Genomförande	7
3.2.1.	Metod och avgränsning	7
3.2.2.	Genomförd prövning av kontrollmål	7
3.2.3.	Iakttagelser och revisionell bedömning	8

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Sörmlands förtroendevalda revisorer granskat patientnämndens årsbokslut och verksamhetsberättelse för räkenskapsåret 2019 samt genomfört en översiktlig grundläggande granskning.

Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett underlag för sin bedömning av om årsbokslutet är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat. Med utgångspunkt från ställda revisionsfrågor lämnas följande sammanfattande revisionella bedömning:

- Lämnar årsbokslutet upplysning om verksamhetens utfall, verksamhetens finansiering och ekonomiska ställning?

Årsbokslutet redogör för utfall av verksamheten, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen. Vi har dock hittat en väsentlig avvikelse i räkenskaperna som bedöms som väsentlig.

- Är årsbokslutets resultat förenligt med de mål fullmäktige beslutat avseende god ekonomisk hushållning?

Vi bedömer att årets resultat är förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning i det finansiella perspektivet.

Vi bedömer, utifrån årsbokslutets återskildring, att verksamhetens utfall är förenligt med fullmäktiges övergripande mål för verksamheten.

- Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande med undantag av att intäkter med 351 tkr saknas på grund av att fakturering ej genomförts under 2019.

- Har nämnden en tillräcklig god styrning och intern kontroll enligt genomförd granskning?

Vi bedömer att nämnden har en delvis god intern kontroll och styrning men bör komplettera målen med mätbarhet, upprätta internkontrollplan för att kunna följa upp risker i verksamheten samt följa upp avvikelsen i budgeten mot den ram som är beslutad.

# 1. Inledning

I lag om kommunal redovisning regleras externredovisningen för kommuner och landsting. I lagen finns bestämmelser om årsredovisningen. Vidare regleras den kommunala redovisningen av uttalanden från Rådet för kommunal redovisning och i tillämpliga delar av Redovisningsrådet och Bokföringsnämndens normering.

Revisionsobjekt är styrelsen som enligt kommunallagen är ansvarig för årsredovisningens upprättande.

## 1.1. Bakgrund

Revisorerna har bl a till uppgift att pröva om räkenskaperna är rättvisande. Inom ramen för denna uppgift bedöms om årsredovisningen är upprättad i enlighet med lag om kommunal redovisning. Vidare ska revisorerna enligt kommunallagen (12:2) avge en skriftlig bedömning av om resultatet enligt årsredovisningen är förenligt med de mål fullmäktige beslutat om. Bedömningen ska biläggas årsredovisningen. Detta sker inom ramen för upprättandet av revisionsberättelsen.

## 1.2. Syfte

Granskningen, som sker utifrån ett väsentlighets- och riskperspektiv, ska besvara följande revisionsfrågor:

- Lämnar nämndens verksamhetsberättelse upplysning om utfall avseende verksamhet samt ekonomi i enlighet med fastställda riktlinjer?
- Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Granskningen av Patientnämnden omfattar:

- Verksamhetsberättelse inkl resultaträkning
- Översiktlig grundläggande granskning

Granskningen har utförts enligt god revisionssed för kommuner och landsting. Det innebär att granskningen planerats och genomförts ur ett väsentlighets- och riskperspektiv för att i rimlig grad kunna bedöma om årsbokslutet i allt väsentligt ger en rättvisande bild. Med rättvisande bild menas att årsbokslutet inte innehåller fel som påverkar resultat och ställning eller tilläggsupplysningar på ett sätt som kan leda till ett felaktigt beslutsfattande. Granskningen omfattar därför att bedöma ett urval av underlagen för den information som ingår i årsbokslutet, d v s den utesluter inte att andra än här framförda brister kan förekomma.

Vår granskning omfattar inte intern kontroll i system och rutiner som genererar underlag till den finansiella rapporteringen.

Granskningen har introducerats genom kontakter och samplanering med Region Sörmlands Revisionskontor. Granskningen har utförts enligt god revisionssed med utgångs-



punkt i SKYREV:s utkast *"Vägledning för redovisningsrevision i kommuner och landsting"*. Granskningen har skett genom dokumentgranskning, granskning av räkenskapsmaterial och i förekommande fall registeranalys.

Rapportens innehåll har sakgranskats av redovisningsansvarig.

### **1.3. Revisionskriterier**

Granskningen av årsboksluten innebär en bedömning av om rapporten följer:

- Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2019
- Kommunallagen (KL)
- Lag om kommunal redovisning (KRL)
- Rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR)
- Fullmäktiges beslutade mål om god ekonomisk hushållning

## 2. Granskningsresultat

### 2.1. Rättvisande räkenskaper

#### 2.1.1. Resultaträkning

Årets utfall uppgår till – 2 195 tkr att jämföra med budgeterat resultat på – 3 509 tkr. Den positiva avvikelsen på 1 314 tkr avser lägre personalkostnader med 1 565 tkr samt lägre intäkter med 351 tkr som beror på utebliven fakturering till kommunerna för andra halvåret 2019. Även högre lokalkostnader med -113 tkr samt minskade övriga kostnader på 203 tkr påverkar avvikelsen.

Personalkostnaderna har ökat jämfört med föregående år men är fortfarande lägre än budgeterat vilket beror på att medel för ytterligare en tjänst finns med i budgeten. Resurser för denna tjänst tillkom i samband med nya lagstiftningen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården men patientnämnden har avvaktat med att rekrytera. Ytterligare en anledning är att antalet förordnade stödpersoner varit färre än budget och att antalet förordnanden är ett antagande.

Lokalkostnaderna är högre än budgeterat med anledning av att kansliet har flyttat och bytt lokal och därmed fått högre hyra.

Föregående år uppgick resultatet till - 1 534 tkr att jämföra med årets utfall på -2 195 tkr.

#### 2.1.2. Finansiella mål

Patientnämnden har som finansiellt mål att avvikelse mot budgeterat resultat ska vara noll vilket inte uppfylls då nämnden redovisar en positiv budgetavvikelse.

#### 2.1.3. Iakttagelser

Vid granskningen av resultaträkningen har bland annat följande väsentliga avvikelse noterats:

- Fakturering till kommuner har endast skett vid ett tillfälle under 2019. Det andra halvårets fakturering har missats vilket resulterar i en väsentlig avvikelse på 351 tkr som delvis förklarar att årets utfall är 40 % lägre än föregående år.

Totalt uppgår resultatfelet ovan till 351 tkr och bedöms som materiellt vilket påverkar räkenskaperna för år 2019 i väsentlig omfattning.

#### 2.1.4. Revisionell bedömning

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande med undantag av ovan.

### 2.2. Verksamhetsberättelse

Enligt anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2019 ska verksamhetsberättelsen innehålla följande sju avsnitt:

- 1) Inledning
- 2) Medborgarperspektivet

- 3) Verksamhetsperspektivet
- 4) Resursperspektivet
- 5) Resultaträkning
- 6) Investeringar
- 7) Intern kontroll

#### 2.2.1. Iakttagelser och revisionell bedömning

Vid genomläsning av upprättad verksamhetsberättelse noteras att samtliga avsnitt är medtagna.

Intern kontrollplan har ej upprättats för 2019. Nämnden har beslutat om en internkontrollplan för år 2020 samt två uppföljningar av denna. Avsnittet investeringar kommenteras ej i verksamhetsberättelsen.

Den revisionella bedömningen är att verksamhetsberättelsen är upprättad enligt anvisningar och ger en rättvisande bild av årets verksamhet men på grund av avvikelse för intäkter är den finansiella bilden ej rättvisande. Internkontrollplan saknas för år 2019 men för 2020 har detta upprättats under 2019.

Rekommendationen är att resultaträkningen kompletteras med föregående års utfall för att ge bättre förståelse och information.

## 3. Grundläggande granskning

### 3.1. Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser, nämnder och fullmäktigeberedningar.

Styrelse, facknämnder och beredningar ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget bör respektive organ bygga upp system och rutiner för ledning, styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa verktyg tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

### 3.2. Genomförande

Granskningen har genomförts för att på övergripande nivå besvara följande frågor:

- Säkerställer patientnämnden att styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillräcklig (intern styrning och kontroll)?
- Vidtar patientnämnden tillräckliga åtgärder för att nå fastställda mål avseende verksamhet och ekonomi (måluppfyllelse – ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet)?

#### 3.2.1. Metod och avgränsning

Analys av strategisk budget, verksamhetsplaner, uppföljningar av ekonomi och verksamhet samt protokoll m m. Prövning av ansvarsutövandet sker utifrån 17 kontrollmål. Bedömning av kontrollmålen görs i tillräcklig (grön), till viss del tillräcklig (gul) och otillräckligt (röd).

#### 3.2.2. Genomförd prövning av kontrollmål

Genomförd prövning av kontrollmålen visar att nämnden har nio gröna, tre gula och tre röda, två e t (ej tillämpligt), varav gula och röda presenteras nedan: I bilaga 1 redovisas samtliga kontrollmål.

- 1) Har nämnden antagit en internkontrollplan? *Finns inget beslut om internkontrollplan i protokollen för 2019, internkontrollplan saknas för året varför röd bedömning.*
- 2) Har nämnden antagit en internbudget för sin verksamhet som motsvarar fullmäktiges ram? *Internbudget stämmer ej med fullmäktiges ram för 2019–2021. I protokollet 2018-05-31 hänvisas till fullmäktiges ram som fastställdes för 2018. Fullmäktiges ram i Mål och budgetplan 2019 – 2021 stämmer ej med nämndens budget (antagen i november 2018). Nämnden har utgått från Mål och budget året innan i sin budget men använder rätt budgetram i verksamhetsberättelsen 2019 för jämförelse av utfall mot budget.*

- 3) Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet vid rapporteringen? *Ja, för ekonomin finns indikatorer och uppföljning av dessa i rapporteringen men indikatorer för uppföljning saknas i verksamhetens mål. Strategiska mål och åtaganden finns men mätbarhet saknas.*
- 4) När nämnden uppsatta mål för verksamheten? *Redogörelse för vad som gjorts under respektive mål finns i verksamhetsberättelsen för 2019. Svårt att bedöma måluppfyllelse då alla mål ej är mätbara men i redogörelse framkommer att nämnden utfört de handlingar de ska i sina åtaganden.*
- 5) När nämnden uppsatta mål för ekonomin? *Nej, målet är noll kronor och utfallet är + 1 314 tkr jämfört med budget.*

### 3.2.3. *Iakttagelser och revisionell bedömning*

Vår bedömning efter den översiktlig grundläggande granskning är att nämnden har en delvis god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering men bör komplettera målen med mätbarhet, upprätta internkontrollplan för att kunna följa upp risker i verksamheten samt följa upp avvikelsen i budgeten mot den ram som är beslutad.

2020-03-04

---

Susanne Lindberg  
Uppdragsledare

---

Josefin Gustavsson  
Projektmedarbetare

## Bilaga 1:

Kontrollmål i Grundläggande granskning

# *Översiktlig grundläggande granskning 2019*

Patientnämnden  
Februari 2020

---

# Uppdrag

## Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser, nämnder och fullmäktigeberedningar.

Styrelse, facknämnder och beredningar ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget bör respektive organ bygga upp system och rutiner för ledning, styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa verktyg tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

Revisionsobjekt i denna granskning är Patientnämnden.

## Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara på en övergripande nivå följande frågor:

- Säkerställer nämnden att styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillräcklig (intern styrning och kontroll)?
- Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att nå fastställda mål avseende verksamhet och ekonomi (måluppfyllelse – ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet)?

## Metod och avgränsning

Analys av strategisk budget, verksamhetsplaner, uppföljningar av ekonomi och verksamhet samt protokoll m m. Prövning av ansvarsutövandet sker utifrån 16 kontrollmål. Bedömning av kontrollmålen görs i tillräcklig (grön), till viss del tillräcklig (gul) och otillräckligt (röd).









---




## ***Sammanfattande bedömning***

Vår sammanfattande bedömning av den grundläggande granskningen/övergripande ansvarsutövande av Patientnämnden utifrån våra revisionsfrågor är att:

- Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en delvis god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering men bör komplettera målen med mätbarhet, upprätta internkontrollplan för att kunna följa upp risker i verksamheten samt följa upp avvikelser i budgeten mot den ram som är beslutad.

Mål och styrning 2019				Eventuella kommentarer/noteringar
1) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet i enlighet med fullmäktiges uppdrag?	X			Ja, i protokoll 2018-11-16 §33/18 antas en verksamhetsplan med budget 2019.
2) Har nämnden antagit en internkontrollplan?			X	Finns inget beslut om internkontrollplan i protokollen.
3) Är planen heltäckande, d v s omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?	X			Verksamhetsplan 2019 - 2021 bedöms vara så.
4) Har nämnden antagit en internbudget för sin verksamhet som motsvarar fullmäktiges ram?			X	Stämmer ej med fullmäktiges ram för 2019 - 2021. I protokollet 2018-05-31 hänvisas till fullmäktiges ram som fastställdes för 2018. Fullmäktiges ram i Mål och budgetplan 2019-2021 stämmer ej med nämndens budget (antagen i nov 2018). Nämnden har utgått från Mål och budget året innan i sin budget men använder rätt budgetram i verksamhetsberättelsen 2019 för utfall mot budget.
5) Är budgeten heltäckande, d v s omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?	X			Bedöms så.
6) Finns mätbara/uppfoljningsbara mål för nämndens/styrelsens verksamhet?		X		Strategiska mål och åtaganden finns men mätbarhet saknas p g a avsaknad av indikatorer.
7) Finns mätbara/uppfoljningsbara mål för nämndens/styrelsens ekonomi?	X			Ja indikator att resultatavvikelsen mot budget uppgår till noll.
8) Har styrelsen/nämnden fångat upp och verkställt eventuella särskilda uppdrag från fullmäktige?				E t

Uppföljning och rapportering 2019				Eventuella kommentarer/noteringar
9) Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller verksamhet?	X			Information om verksamheten sker på sammanträden. Kvartalsrapport jan - mars beslutas 2019-04-24 § 11/19. Delårsrapport beslutas 2019-09-12 § 19/19
10) Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller ekonomi?	X			Information från verksamheten 2019-09-12 §16/19 innehåller genomgång av budgetförutsättningar samt budgetprocessen. Kvartalsrapport och delårsrapport innehåller ekonomisk rapportering.
11) Fokuserar rapporteringen på måluppfyllelse, resultat och effekter?	X			Ja, men inte alltid mätbara mål.
12) Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet vid rapporteringen?		X		Ja, för ekonomin finns indikatorer och uppföljning av dessa i rapporteringen men indikatorer för uppföljning saknas i verksamhetens mål.
13) Får nämnden återrapportering av beslut som fattats på delegation?	X			Anmälan sker om delegationsbeslut i flertalet sammanträden.

Resultat, aktiva åtgärder och återrapportering till fullmäktige 2019				Eventuella kommentarer/noteringar
14) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?		X		Redogörelse för vad som gjorts under respektive mål finns verksamhetsberättelsen för 2019. Svårt att bedöma måluppfyllelse då alla mål ej är mätbara men i redogörelse framkommer att nämnden utfört de handlingar de ska i sina åtaganden.
15) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?			X	Nej, resultatet uppgår till + 1 314 tkr. Målvärde är 0 tkr i avvikelse mellan budget och utfall.
16) Sker en strukturerad värdering av resultat och måluppfyllelse (efter lämnad rapportering)?	X			I verksamhetsberättelsen redogörs för vad nämnden gjort under varje mål/åtagande men finns inte alltid mätbarhet.
17) Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?				ET - måluppfyllelse är relativt god och positivt resultat varför särskilda åtgärdsplaner eller liknande ej varit aktuellt.

#### Kommentar/sammanfattande bedömning:

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en delvis god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering men bör komplettera målen med mätbarhet, upprätta internkontrollplan för att kunna följa upp risker i verksamheten samt följa upp avvikelsen i budgeten mot den ram som är beslutad.

# Granskning av patientnämnden

**Region Sörmland**

*Projektledare Matti Leskelä*

*Projektmedarbetare Josefin Gustavsson*

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>4</b>
1.1.	Bakgrund	4
1.2.	Syfte och revisionsfråga	4
1.3.	Revisionskriterier	4
1.4.	Kontrollmål	4
1.5.	Avgränsning	5
1.6.	Metod	5
<b>2.</b>	<b>Iakttagelser och bedömningar</b>	<b>6</b>
2.1.	Analys av orsak till minskning av synpunkter och klagomål	6
2.1.1.	Iakttagelser	6
2.1.2.	Bedömning	7
2.2.	Åtgärder för att informera om nämndens verksamhet	8
2.2.1.	Iakttagelser	8
2.2.2.	Bedömning	9
2.3.	Ändamålsenlig hantering av uppdraget gällande stödpersoner	9
2.3.1.	Iakttagelser	10
2.3.2.	Bedömning	10
2.4.	Mätbara indikatorer i nämndens uppföljning och återrapporering till Fullmäktige	11
2.4.1.	Iakttagelser	11
2.4.2.	Bedömning	11

# Sammanfattning

Revisorerna har beslutat att genomföra en granskning för att bedöma om Patientnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet.

Efter genomförd granskning är den sammanfattade bedömningen att patientnämnden i allt väsentligt bedriver en ändamålsenlig verksamhet.

Den sammanfattade bedömningen grundar sig på de individuella bedömningarna för de upprättade kontrollmålen i granskningen.

Kontrollmål	Kommentar	
Sker det en analys av orsak till minskningen av länets synpunkter och klagomål till patientnämnden?	<b>Uppfyllt</b> Patientnämnden har inte gjort någon enskild skriftlig analys av ärendeminskningen under år 2018. Vi kan konstatera att minskningen under 2018 ej är unik för patientnämnden i Region Sörmland. Nationellt minskade antalet ärenden under 2018 för att sedan öka igen 2019, precis som i Region Sörmlands fall. Vad minskningen beror på är oklart. Patientnämnden i Region Sörmland har i viss mån samma teorier om orsaken till minskningen som Statskontoret nämner i en utvärdering. Dessa framkommer i delårsrapporten för 2018 där resonemang kring ärendeminskningen görs. Då ärendemängden åter är på liknande nivå 2019 som innan minskningen bedömer vi att en mer fördjupad analys ej är nödvändig.	
Genomförs tillräckliga åtgärder för att informera om Patientnämndens verksamhet?	<b>Uppfyllt</b> Patientnämnden har under året genomfört flera informationsinsatser. Det framgår i intervjuer att patientnämnden ständigt försöker att utveckla dessa. Nämnden ska under året som kommer arbeta med information om uppdrag och verksamhet. Informationen om stödpersoner och patientnämndens uppdrag rörande den kommunala hälso- och sjukvården bedöms kunna utökas.	
Finns det en ändamålsenlig hantering av uppdraget gällande stödpersoner?	<b>Delvis uppfyllt</b> Utifrån granskningen bedömer vi uppdraget gällande stödpersoner som delvis ändamålsenlig. I rapportering från nämnden framgår att patientnämnden förordnat och rekryterat flera stödpersoner under året och att utbildning och erfarenhetsutbyte erbjudits. Patientnämnden rekryterar	



---

stödpersoner och kräver återrapportering för arvodering samt för att kontrollera att patienten får rätt stöd. Nämnden bör följa upp punkten avseende återrapporteringen från stödpersoner som fanns med som ett kontrollmoment i internkontrollplanen för 2018. Resultatet av denna interna kontroll är oklar.

---

Finns det mätbara indikatorer i Patientnämndens uppföljning och återrapportering till fullmäktige?

#### **Ej uppfyllt**

Vi kan konstatera att patientnämnden följer den rapportering som Region Sörmland kräver men mätbara indikatorer används endast för målet om ekonomiskt resultat och inte för något annat verksamhetsmål. Mätbara indikatorer ger tydlighet och objektivitet. Målen kan bedömas som uppfyllda eller ej uppfyllda på ett mer rättvisande sätt vid bedömning utifrån mätbara indikatorer.



#### **Rekommendationer**

Utifrån genomförd granskning och ovanstående bedömningar vill vi lämna rekommendation om att patientnämnden vidtar åtgärder avseende följande:

- Säkerställ att det finns information om nämndens uppdrag att förordna stödpersoner.
- Tillse att det finns tydlig information om att den kommunala hälso- och sjukvården ingår i nämndens uppdrag.
- Säkerställ att en internkontrollplan upprättas och att återrapporteringen från stödpersoner som identifierats som en risk i internkontrollplanen för 2018 följs upp.
- Utarbeta mätbara indikatorer som kan följas upp och återrapporteras till fullmäktige och andra intressenter.

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Den gemensamma patientnämnden i Region Sörmland är en gemensam nämnd för regionen och länets nio kommuner. Nämnden är en opartisk instans för rådgivning och problemlösning. Den tar upp frågor, synpunkter/klagomål som rör all offentligt finansierad vård, tandvård samt privata vårdgivare med avtal med regionen.

I reglementet för den gemensamma patientnämnden framgår att nämnden har i uppgift att utse stödpersoner enligt 30 § lagen (1991:1128) psykiatrisk tvångsvård och 26 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Revisionen genomförde en fördjupad granskning av Patientnämnden under 2018. Av denna framgick att antalet inkomna synpunkter och klagomål till Patientnämnden hade minskat i jämförelse med föregående år. Vidare var antalet ärenden från länets kommuner förhållandevis lågt.

Av nämndens verksamhetsberättelse för år 2018 framgår att 23 patienter under året ansökt om och fått en stödperson. Vid årets slut hade 58 patienter en stödperson. Det framgår vidare att antalet förordnade stödpersoner inte har varit lika många som det budgeterats för.

Nämndens verksamhetsberättelse är disponerad utifrån Region Sörmlands beslutade styrmodell. I denna redovisas perspektiv, strategiska mål, åtaganden samt indikatorer.

Denna granskning ingår i revisorernas årsrapport i samband med bokslutsgranskning 2019.

## 1.2. Syfte och revisionsfråga

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om patientnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet. Granskningen ska besvara följande revisionsfråga: **Bedriver patientnämnden en ändamålsenlig verksamhet?**

## 1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier har använts i denna granskning:

- Mål och budget, Region Sörmland
- Nämndens reglemente
- Kommunallag
- Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

## 1.4. Kontrollmål

Följande kontrollmål har varit styrande för granskningen:

- Sker det en analys av orsak till minskningen av länets synpunkter och klagomål till patientnämnden?
- Genomförs tillräckliga åtgärder för att informera om patientnämndens verksamhet?

- Finns det en ändamålsenlig hantering av uppdraget gällande stödpersoner?
- Finns det mätbara indikatorer i patientnämndens uppföljning och återrapportering till fullmäktige?

### **1.5. Avgränsning**

Granskningen avser patientnämnden utifrån revisionskriterier och den ovanstående revisionsfrågan med kontrollmål.

### **1.6. Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning. Intervjuer har genomförts med nämndens ordförande och chefen för patientnämndens kansli.

De intervjuade har givits möjlighet att sakgranska innehållet i rapporten.

## 2. Iakttagelser och bedömningar

### 2.1. Analys av orsak till minskning av synpunkter och klagomål

Den första januari 2018 trädde den nya lagen gällande nämndens uppdrag i kraft (lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården). Lagen är ett resultat av den så kallade klagomålsutredningen som pågått under ett par år och som har till syfte att hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården ska bli mer ändamålsenlig och att klagomålshantering ska utgå från patienternas behov, bidra till ökad patientsäkerhet och bli mer resurseffektiv. Lagen innebär ett förtydligande av att det, i första hand, ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående. I lagen förtydligas att nämndens huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål bemötta av vårdgivarna. Patientnämnden ska tillsammans med vårdgivarna utgöra första linjen i klagomålssystemet.

#### 2.1.1. Iakttagelser

I statskontorets *Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården*<sup>1</sup> framgår att antalet ärenden förväntades öka i samband med det nya klagomålssystemet. Statskontoret konstaterar dock att patientnämnderna nationellt ej tagit emot fler klagomålsärenden sedan det nya systemet infördes. Nationellt sett har antalet ärenden minskat under 2018 för att sedan öka något igen under första halvåret av 2019. Enligt statskontorets utvärdering kan ärendemängden påverkas av flera faktorer bland annat tillgänglighet via telefon eller webb men även hur väl patienter känner till patientnämndens funktion och arbete. Statskontorets medborgarundersökning visar att endast tio procent skulle vända sig till patientnämnderna i första hand för sina klagomål.

Ärendemängden för patientnämnden i Region Sörmland minskade under 2018. I *Delårsrapport 2019 Gemensamma patientnämnden* framgår att 755 ärenden inkommit under perioden januari-juli 2019, vilket kan jämföras med att det samma period föregående år inkom 750 ärenden. I *Verksamhetsberättelse 2019 Gemensamma patientnämnden* framkommer att det under året har registrerats totalt 1 398 nya synpunkter/klagomål. Detta är en ökning med 9 % i jämförelse med föregående år. Ärenden vad gäller tillgänglighet till vården har ökat med 35 % under året i jämförelse med föregående år. Det är den ärendetyp som ökat mest. Precis som föregående år och tidigare är det fler kvinnor (60 %) än män (40 %) som valt att vända sig till patientnämnden med synpunkter och klagomål. IVO:s sammanställning över de klagomål som inkommit nationellt bekräftar bilden av det är flest kvinnor som vänder sig till patientnämnden med sina klagomål. Vad denna överrepresentation beror på är enligt den kartläggning som gjorts i samband med klagomålsutredningen oklart.

I *Delårsrapport 2018 Gemensamma patientnämnden* framgår att minskningen under 2018 tros bero på den information som medborgarna fått i och med det nya klagomålssystemet. I informationen, som framtagits nationellt och tillsammans med IVO<sup>2</sup>, framgår det att medborgaren i första hand ska kontakta den verksamhet som klagomålet gäller.

I *Verksamhetsplan med budget 2019–2021 för gemensamma patientnämnden* anges att nämnden, med anledning av den nya lagstiftningen, äskade medel för rekrytering av ytterligare en medarbetare då den nya lagen ställer utökade krav på nämnden vad gäller uppföljning och analys av inkomna synpunkter och klagomål. Då ärendemängden minskade under 2018 har kansliet avvaktat

<sup>1</sup> Slutrapport 2019:18. Statskontoret fick i januari 2018 i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera införandet av ett nytt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.

<sup>2</sup> Inspektionen för vård och omsorg

med rekrytering. Nämnden hade således väntat sig en högre ärendemängd med anledning av den nya lagstiftningen.

I intervjuer framgår att patientnämndens antal registrerade ärenden 2019 är på samma nivå som innan minskningen 2018. Minskningen 2018 tros eventuellt bero på den information som gått ut efter att den nya lagen trädde i kraft. Socialstyrelsen och 1177 Vårdguiden gick ut med information nationellt som innehöll hänvisning till i första hand vårdgivaren. Det uppges att klagomål kan ha fastnat på vägen då de som velat klaga eller lämna synpunkt inte kommit fram eller haft svårt att veta vart de ska vända sig. Under 2019 verkar dock de klagande hittat tillbaka till patientnämnden. De klagande kan vända sig till både patientnämnden och vårdgivaren i första hand för att sedan eventuellt kunna vända sig till IVO. Avseende ökningen av ärenden kring tillgänglighet uppges dessa ärenden i hög grad handla om långa vårdköer.

I verksamhetsberättelsen 2019 anges att nämnden kommer att göra en analys av patienternas och närståendes berättelser utifrån patientlagens bestämmelser vad gäller tillgänglighet. Denna analys kommer att göras av samtliga patientnämnder i landet där syftet är att IVO och patientnämnderna gemensamt ska bidra till att lyfta områden där vården behöver höja kvalitén. Analysen ska sedan delges och sammanställas av IVO under 2020. En liknande analys avseende de ärenden som registrerades under år 2018 gjordes avseende dialog och delaktighet för medpatient och närstående samt kring information till patient och närstående.

I intervju framkommer att det är få ärenden som inkommer från kommunala hälso- och sjukvården. Under 2019 är det 27 ärenden som härrör från kommunala verksamheter. I intervju resoneras kring att det ofta blir en annan relation till verksamheten för de som bor på särskilt boende eller är brukare inom hemtjänsten. Det tenderar att vara lättare att lämna synpunkter och klagomål till verksamheten direkt. Kommunerna har i många fall även en egen klagomålshantering. Upplevelsen är att det ofta är anhöriga som hör av sig till patientnämnden i de fall de upplever att de inte fått gehör från kommunen.

Avseende överrepresentation av antalet kvinnor som lämnar synpunkter och klagomål kan detta eventuellt förklaras med att kvinnor överlag söker mer vård. Utifrån det totala antalet besök som gjordes i Region Sörmland under året så är fördelningen att 57 % av besöken gjordes av en kvinnlig patient och 43 % av en manlig patient.

### **2.1.2. Bedömning**

Vi bedömer att kontrollmålet är **uppfyllt**.

Patientnämnden har inte gjort någon enskild skriftlig analys av ärendeminskningen under år 2018. Dock kan vi konstatera att minskningen under 2018 ej är unik för patientnämnden i Region Sörmland utan att antalet ärenden minskade även nationellt under 2018 för att sedan öka igen 2019. Vad minskningen beror på är oklart men patientnämnden i Region Sörmland har i stort sätt samma teorier om orsaken till minskningen som Statskontoret nämner i sin utvärdering. Dessa framkommer i delårsrapporten för 2018 där resonemang kring ärendeminskningen görs. Då ärendemängden åter är på samma nivå 2019 som innan minskningen bedömer vi att en mer fördjupad analys ej är nödvändig.

## 2.2. Åtgärder för att informera om nämndens verksamhet

*Patientnämndens reglemente*<sup>3</sup> anger att nämnden ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

### 2.2.1. Iakttagelser

I verksamhetsplanen 2019–2021 framgår att ett av nämndens mål är att nämnden ska tillhandahålla och hjälpa medborgarna att få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården. Nämnden uppger i verksamhetsplanen att de planerar för att fortsätta att särskilt lägga fokus på att verka för att sprida kunskap och kännedom om patientlagen under 2019. Detta planeras ske i samband med informationstillfällen till medborgare, patienter, vårdgivare och förtroendevalda.

Av verksamhetsberättelse 2019 framgår att nämnden under året lämnat information om nämndens uppdrag till verksamheter och kliniker på sjukhusen, till medicinska sekreterare under utbildning på Campus, till nya verksamhetschefer inom regionen, till Karsuddens sjukhus, under dagarna för mänskliga rättigheter samt till olika politiska nämnder och råd. Nämnden har under året arbetat med att öka kunskap och kännedom om patientlagen till medborgare och verksamheter. Nämnden uppger vidare att de arbetar för att möjliggöra för att samtliga medborgare i länet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, ålder eller social tillhörighet, ska få likvärdig hjälp och stöd vid kontakt med nämnden och behov av dess tjänster. Om språkproblem finns används översättningshjälp. Information om nämndens uppdrag finns översatt på ett flertal språk på 1177:s hemsida.

Medborgarna inkommer med synpunkter/klagomål per telefon, skrivelse, e-post, besök eller via Mina vårdkontakter. Under året har ärenden som inkommer skriftligt till patientnämnden ökat i jämförelse med föregående år. Sedan 1 januari 2018 inkommer även ärenden från IVO som myndigheten valt att inte utreda då vårdgivaren inte först har haft möjlighet att först bemöta ärendet. Antalet ärenden som skickas tillbaka till vårdgivaren från IVO har fördubblats från föregående år.

Patientnämnden har en egen informationssida<sup>4</sup> på Region Sörmlands hemsida. Där informerar patientnämnden om sin verksamhet och hur en patient ska gå tillväga för att föra fram sina klagomål och synpunkter. Det finns även angivet hur lång tid verksamheterna har på sig att svara efter att ett klagomål inkommit. Där framgår att den som har klagomål eller synpunkter i första hand ska vända sig till den verksamhet som ansvarat för vården eller behandlingen för att det är den som bäst kan förklara vad som inträffat. Det finns information om att patientnämnden kan hjälpa till med att framföra klagomål och synpunkter, kontaktuppgifter samt att patientnämnden kan förmedla om vilka rättigheter patienter har i vården. Patientnämnden informerar även om att det går att vända sig till IVO för utredning av klagomål. På hemsidan finns en blankett för synpunkter, som kan fyllas i, skrivas ut och postas till patientnämnden. Alternativt hänvisas patienten till att logga in på 1177 Vårdguidens e-tjänst och lämna en synpunkt eller klagomål. En form av e-kontaktformulär har nyligen lagts till på hemsidan. Informationsbroschyren på hemsidan har också nyligen setts över och uppdaterats med aktuella uppgifter.

Region Sörmlands patientnämnd informerar ej om sitt uppdrag kring stödpersoner eller sitt uppdrag kring kvalitetsutveckling, på hemsidan. Vid jämförelse med de fem angränsande regionerna framgår att fyra av dessa informerar om uppdraget kring att förordna stödpersoner på hemsidan medan en av regionerna i likhet med Region Sörmland ej gör det.

I intervju framgår att nämnden under året fokuserat på att sätta sig in i sitt uppdrag och att de under år 2020 ska fokusera ännu mer på att nå ut med information om patientnämnden. Patientnämnden i Region Sörmland är en förhållandevis stor nämnd med representanter från både kommuner och regioner. Nämnden har arbetat med att ha så många närvarande ledamöter som möjligt

<sup>3</sup> Beslutat av fullmäktige och giltigt från 2019-08-26

<sup>4</sup> <https://regionsormland.se/halsa-var/dina-rattigheter-i-varden/patientnamnden/>

samt att alla ledamöter ska informera om patientnämnden i sin respektive kommun och region. Ett arbete som pågår just nu är att nämndsekreterare och kommunikationsavdelningen utvärderar informationen som finns tillgänglig hos respektive kommuns hemsida. Det uppges även att det ska tas fram en ny informationsfolder om patientnämndens uppdrag.

Vidare framgår att patientnämnden arbetar med att nå ut då det är ett av deras uppdrag men att arbetet också kan utvecklas. Patientnämnden uppges behöva hitta rätt arenor och möta de människor som är i behov av informationen. Patientnämnden försöker synas där patienterna finns bland annat ska det finnas information i alla väntrum och receptioner. Patientnämnden bjuder även in verksamheter och andra nämnder för att lämna information. Sjukvårdspersonal ska enligt lag informera om patientnämnden varför det är av stor vikt att verksamheterna har kunskap. Patientnämndens kansli har under året samverkat regelbundet med regionens patientsäkerhetsenhet och dess chefsläkare. Samverkan sker i form av återkommande möten var sjätte vecka där inkomna patientklagomål diskuteras och analyseras. Detta sker för att vårdgivaren på bästa och snabbaste sätt ska få en effektiv och relevant återkoppling av aktuella inkomna klagomål och synpunkter med möjlighet till åtgärder.

I intervju framgår att patientnämnden ej har en e-blankett på hemsidan då de ej har datastöd för sekretessuppgifter via e-blankett. Det behövs en bekräftelse och samtycke för att kunna röja en patients sekretess. Om vården ej får detta samtycke kan klagomålet ej utredas utifrån patientens journal. Vidare framgår att patientnämnden har en översättningstjänst som innebär att den som kontaktar patientnämnden kan skriva på sitt språk och sedan kan denna tjänst användas för att översätta både patientberättelsen och svaret från vården.

I intervju framgår att informationen om klagomål och synpunkter som rör den kommunala hälso- och sjukvården behöver tydliggöras då det är få ärenden som inkommer därifrån. Ärenden som rör den kommunala verksamheten ingår också i patientnämndens uppdrag men det är kanske inte helt tydligt i alla sammanhang.

### 2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet i allt väsentligt är **uppfyllt**.

Patientnämnden har under året genomfört flera informationsinsatser och det framgår i intervjuer att patientnämnden försöker utveckla dessa. Nämnden ska under året som kommer arbeta ännu mer intensivt för att informera om sitt uppdrag och verksamheten.

## 2.3. Ändamålsenlig hantering av uppdraget gällande stödpersoner

I nämndens verksamhetsplan för 2019–2021 är ett av målen att nämnden ska rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till de patienter som önskar och som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt enligt smittskyddslagen (SML). Detta framgår även i nämndens reglemente.

I LPT anges att stödpersonen ska bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård enligt lagen och, om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Stödpersonen får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt. Stödpersonen utses av en patientnämnd enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Både LRV och SML hänvisar även till LPT vad gäller stödpersonens funktion.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner tillämpas bestämmelser i förvaltningslagen vad gäller bland annat partsinsyn, utredningsansvar, kommunikation, dokumentation av uppgifter och av beslut samt underrättelse om innehåll i beslut och hur ett överklagande går till.



Om en patient önskar att stödpersonens uppdrag ska övergå till ett uppdrag som kontaktpersonenligt socialtjänstlagen när tvångsvården upphört och stödpersonen samtycker till det, ska den nämnd som förordnat stödpersonen underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål.

### 2.3.1. Iakttagelser

I verksamhetsplanen för 2019–2021 framgår att det under 2019 planeras för en utbildning för aktuella stödpersoner vid två tillfällen. Nämnden ska även förändra stödpersonernas återrapporteringskrav vad gäller deras uppdrag. Återrapporteringen har två syften. Den ena är att säkerställa att patienten får de besök och den kontakt som uppdraget kräver. Det andra är att säkerställa att stödpersonerna utför uppdraget som de arvoderas för. I verksamhetsplanen framgår även att det i internkontrollgranskningen i december 2017 påvisades brister gällande kontinuiteten i återrapporteringen från vissa av de förordnade stödpersonerna. I internkontrollplanen för 2018 finns återrapporteringen åter med som ett kontrollmoment. I *Verksamhetsberättelse Gemensamma patientnämnden Helår 2018* anges att resultatet av den interna kontrollen ska ha redovisats vid ett sammanträde i november 2018. I sammanträdesprotokollet kan vi dock inte hitta någon information om detta. Internkontrollplan för 2019 saknas.

I verksamhetsberättelse för 2019 framgår att 26 patienter under året ansökt om och fått en stödperson. Vid årets slut hade 58 patienter en stödperson. Tre nya stödpersoner har rekryterats under året. Dessa personer har själva kontaktat kansliet med sitt intresse av att bli stödperson. Nämnden har budgeterat för fler stödpersoner än vad som har förordnats vilket är en av orsakerna till att kansliet har ett överskott vad gäller personalkostnader under perioden. Det framgår även att under maj månad anordnades en årlig konferens där samtliga stödpersoner erbjöds att delta. Syftet med de årliga konferenserna är kompetensutveckling samt möjlighet för stödpersonerna att utbyta tankar och erfarenheter om uppdraget.

Efter protokollsgranskning av patientnämndens sammanträden kan vi konstatera att statistik avseende stödpersoner hanteras vid varje nämndsammanträde.

I intervju framgår att patientnämnden upplever att de klarar av sitt uppdrag med förordnande av stödpersoner. Det uppges att alla som velat ha en stödperson och varit kvalificerade för att få det har fått en stödperson och att det även skett relativt snabbt. Verksamheten har ett par stödpersoner som de genomfört anställningsintervju med, som väntar in uppdrag och som kansliet kan kontakta vid behov. Då patienter endast är kvalificerade för att få en stödperson då de tvångsvårdas innebär detta att psykiskt sjuka patienter som vårdas under LPT ofta är väldigt svårt sjuka just då de är under tvångsvård varför en svårighet är att kunna informera om möjligheten att få en stödperson. Då patienten är tillräckligt frisk för att tillgodose sig informationen är patienten ofta för frisk för tvångsvård och därför inte heller längre kvalificerad för att få en stödperson. Det är av den anledningen svårt att hinna tillsätta en stödperson i dessa fall. Stödpersoner förekommer därför oftare inom rättspsykiatri där patienten vistas under tvång under en längre tid.

En stödperson anställs efter en anställningsintervju. Det uppges att stödpersoner ofta rekryteras genom att en tidigare eller nuvarande stödperson känner någon annan som skulle passa för uppdraget. Patientnämnden fungerar som stöd för stödpersonen under uppdraget och stödpersonen ska inkomma med återrapportering kring hur uppdraget fortlöper för att arvode ska betalas ut.

### 2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Utifrån granskningen bedömer vi uppdraget gällande stödpersoner som delvis ändamålsenlig. I rapportering från nämnden framgår att patientnämnden förordnat och rekryterat flera stödpersoner under året och att utbildning och erfarenhetsutbyte erbjudits. Patientnämnden rekryterar stödpersoner och kräver återrapportering för arvodering samt för att kontrollera att patienten får rätt stöd.



Nämnden bör följa upp punkten avseende återrapporteringen från stödpersoner som fanns med som ett kontrollmoment i internkontrollplanen för 2018. Resultatet av denna interna kontroll är oklar.

## 2.4. Mätbara indikatorer i nämndens uppföljning och återrapportering till Fullmäktige

### 2.4.1. Iakttagelser

I verksamhetsplanen för patientnämnden 2019–2021 anges nämndens mål för 2019 utifrån de politiska mål som fastställts för hela Region Sörmland. I verksamhetsplanen framgår ej några mätbara indikatorer eller mätvärden för andra mål än målet om ekonomiskt resultat där det finns ett målvärde om avvikelse mellan utfall och budget på noll. Således finns inte heller någon uppföljning avseende mätbara indikatorer för de övriga uppställda verksamhetsmålen. Statistik presenteras i delårsrapport och verksamhetsberättelse men knyter ej an till några specifika mätvärden. Nämnden ger information om hur det arbetats kring målet i textform samt kompletterar med statistik.

I jämförelse med fem angränsande regioner och deras patientnämnder kan vi konstatera att tre regioner använder sig helt av, eller till viss del, av mätbara indikatorer. De mätbara indikatorerna handlar bland annat om tillgänglighet och procentvärde för brev och e-post som ska bekräftas samma dag och antal informationsinsatser under året. En angränsande region saknar helt mätbara indikatorer och en annan redovisar, likt Sörmland, endast indikator för ekonomin.

I intervju framgår att nämnden sköter den återrapportering enligt den ram som Region Sörmland beslutat. Det framgår att nämnden skulle kunna bli bättre på mätbara indikatorer i sin återrapportering och uppföljning dock uppges att det upplevts som svårt att ha mätbarhet då patientnämnden inte äger hela processen kring ett ärende. Patientnämnden skickar ett ärende till vårdverksamheten, lämnar ansvaret för utredning där och begär in ett svar. Om svaret inte inkommer påminner patientnämnden om att detta bör inkomma men äger inte fler handlingsvägar än så.

### 2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet som **ej uppfyllt**.

Vi kan konstatera att patientnämnden följer den rapportering som Region Sörmland kräver men det står klart att mätbara indikatorer endast används i målet om ekonomiskt resultat och inte i något annat verksamhetsmål. Mätbara indikatorer ger tydlighet och objektivitet. Målen kan bedömas som uppfyllda eller ej uppfyllda på ett mer rättvisande sätt än om enbart bedömning utan mätbara indikatorer görs.

### 3. Bilagor

Följande dokument har beaktats inom ramen för granskningen:

- *Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården. Slutrapport. Statskontoret. 2019:18*
- *Delårsrapport 2019 Gemensamma patientnämnden juli 2019. Region Sörmland*
- *Verksamhetsberättelse 2019 Gemensamma patientnämnden. Region Sörmland*
- *Verksamhetsplan med budget 2019–2021 för gemensamma patientnämnden. Region Sörmland*
- *Patientnämndens reglemente. Beslutat av fullmäktige och giltigt från 2019-08-26*
- *Mål och Budget 2019–2021. Region Sörmland.*
- *Bilaga statistik 2018–2017. Patientnämnden*
- *Analys av ärenden som inkommit till patientnämnden, i Region Sörmland, under år 2018 gällande:*
  - *Dialog och delaktighet medpatient och närstående*
  - *Information till patient och närstående*Region Sörmland
- *Statistik stödpersoner 2019. Bilaga till gemensamma patientnämndens protokoll. Region Sörmland*
- *Verksamhetsberättelse 2018 Gemensamma patientnämnden Helår 2018. Region Sörmland*

2020-03-05

---

*Uppdragsledare*  
*Susanne Lindberg*

---

*Projektledare*  
*Matti Leskelä*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029–6740) (PwC) på uppdrag av Region Sörmland enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-09-10. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.