



## REVISORERNAS REDOGÖRELSE FÖR 2021

Revisionsarbetet har skett i enlighet med fastlagd revisionsplan och de av revisorerna fastställda granskningsuppdragen. Löpande granskning har gjorts av kommunstyrelsens och övriga nämnders protokoll.

Revisionsarbetet har även omfattat möten/kontakter med representanter för kommunens styrelse samt kommunens olika nämnder samt tjänstemän.

Revisorerna har för år 2021 haft en budget på 2 000tkr.

Revisionen har föranlett synpunkter och förslag av olika karaktär. Dessa har delgivits berörda nämnder och förvaltningar. Revisions skrivelser har avgivits till kommunstyrelsen och berörda nämnder samt lämnats till kommunfullmäktige för kännedom.

### Revisorernas redogörelse för 2021 års granskningar

Revisorerna har under år 2021 genomfört följande fördjupade granskningar:

- Uppföljningsgranskning - effekter av kommunrevisionens fördjupade granskningar 2018-2019 (Kommunstyrelsen, Kultur- och fritidsnämnden, Barn- och ungdomsnämnden, Socialnämnden samt Vård- och omsorgsnämnden)
- Förstudie – Kommunens långsiktiga planering (Kommunstyrelsen)
- Granskning av digitalisering (Kommunstyrelsen)
- Förstudie ägarstudie (Kommunstyrelsen)
- Granskning av socialnämndens och kompetens- och arbetsmarknadsnämndens arbete med att få individer som uppbär ekonomiskt bistånd till egen försörjning (Socialnämnden samt Kompetens- och arbetsmarknadsnämndens)
- Granskning av delårsrapport 2021 (Kommunstyrelsen)
- Grundläggande granskning, ansvarsutövande 2021 (Kommunstyrelsen och alla nämnder)
- Granskning av årsredovisning 2021 och Granskning av god ekonomisk hushållning 2021 (Kommunstyrelsen)

Utöver ovanstående granskningar tog revisorerna fram ett omfattande underlag för riskanalys inför revisionsåret 2021.

***I det följande redovisas de fördjupade granskningarnas inriktning och resultat.***

## Uppföljningsgranskning - effekter av kommunrevisionens fördjupade granskningar 2018-2019

Syftet med granskningen har varit att besvara följande revisionsfråga: Har berörda nämnder vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas synpunkter och rekommendationer utifrån genomförda granskningar?

Efter genomförd granskning gjordes den samlade bedömning att berörda nämnder inte helt har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas synpunkter och rekommendationer. Den samlade bedömningen grundar sig på bedömningen av genomförda åtgärder för varje separat tidigare genomförd granskning.

- Den samlade bedömningen för uppföljning av granskningen av föreningsbidrag och kulturbidrag (2018) är att åtgärder inte helt har vidtagits med hänsyn till revisorernas synpunkter och rekommendationer.
- Den samlade bedömningen är när det gäller uppföljning av granskningen av informationssäkerhet (2019) är att åtgärder inte helt har vidtagits med hänsyn till revisorernas synpunkter och rekommendationer. Ett stort antal åtgärder är dock pågående men inte färdigställda vid uppföljningen.
- Den samlade bedömningen för uppföljning av granskningen av ekonomistyrning (2019) är att åtgärder inte helt har vidtagits med hänsyn till revisorernas synpunkter och rekommendationer.
- Den samlade bedömningen för uppföljning av granskningen av upphandling (2018) är att åtgärder inte helt har vidtagits med hänsyn till revisorernas synpunkter och rekommendationer.

Av de totalt 27 rekommendationer som följts upp i granskningen bedöms 11 stycken (41%) vara åtgärdade. Aktiviteter har initierats för 12 rekommendationer (44%) i syfte att åtgärda brister. Fyra rekommendationer (15 %) bedöms som ej åtgärdade och tidigare rekommendationer kvarstår. För de fyra rekommendationerna som är ej åtgärdade har kommunstyrelsen gjort en annan bedömning för en av rekommendationerna än revisorerna.

### Förstudie – Kommunens långsiktiga planering

Syftet med förstudien att erhålla kunskap rörande kommunens förväntade befolkningsutveckling samt aktuellt förhållande avseende förekomst av långsiktiga analyser, kalkyler och långsiktig planering i kommunen.

Efter genomförd förstudie ser vi att Nyköpings kommun har möjlighet att stärka den långsiktiga planeringen. Vi ser att arbetet kan stärkas och utvecklas vad gäller långsiktiga ekonomiska kalkyler och investeringsplaneringen på längre sikt med koppling till demografin, men även vad gäller det strategiska kompetensförsörjningsarbetet.

Kommunens befolkningsprognos sträcker sig fram till år 2030. Totalt förväntas befolkningen i kommunen öka med ca 12 procent, motsvarande cirka 7000 personer, mellan år 2020 och 2030. Den största demografiska utmaningen finns bland de äldre åldersgrupperna, där gruppen 80-89-åringarna beräknas öka med cirka 52 procent fram till år 2030 jämfört med år 2020. Nyköpings kommun växer även bland barn i förskole-, grund-

skole- och gymnasieålder. Den förväntade befolkningsutveckling enligt kommunens egna prognos ligger nio procent över SCB:s prognos för kommunen fram till år 2030.

De ekonomiska analyserna som kommunen gör är huvudsakligen inriktade mot plan- och budgetåren. Kommunen har tagit fram en Framtidsanalys som visar att det demografiska trycket 2018-2025 uppgår till 332 miljoner kronor, motsvarande nio procent. Vi ser positivt på arbetet med Framtidsanalysen, men föreslår att analysen utökas till år 2030 och att kalkylen uppdateras kontinuerligt. Kommunen arbetar för närvarande mot två finansiella mål; resultat i förhållande till skatteintäkter och generella statsbidrag samt låneskuld per invånare i kommunkoncernen. Vi anser att en årlig uppdatering av Framtidsanalysen och simulering av finansiella nyckeltal kan hjälpa kommunen att fastställa målnivåer som säkerställer en god ekonomisk hushållning även på lång sikt. Kommunen tillämpar sedan budget 2021 en resursfördelningsmodell som tar hänsyn till förändringar i demografi för unga (0-19 år) och äldre (65+ år).

Nyköping kommuns investeringsplan sträcker sig fram till år 2023. Kommunen håller på att ta fram en ny investeringsprocess, vilket bland annat innebär att investeringsplanen utökas till år 2028. Vi kan däremot inte se en tydlig koppling mellan investeringsplanen och kommunens analyser av den demografiska utvecklingen. Detta beror främst på att nuvarande investeringsplan sträcker sig fram till år 2023, och fångar således inte upp framtida volymutveckling inom relevanta målgrupper fullt ut.

Det finns en politiskt fastställd personalpolicy och kompetensförsörjningsplan, men varken personalpolicy eller kompetensförsörjningsplan har reviderats eller aktualitetsprövas sedan de antogs år 2012 respektive år 2017. Enligt styrdokumenterna ska aktualitetsprövning eller revidering ske varje mandatperiod respektive var tredje år.

Vi noterar också att den kommunövergripande kompetensförsörjningsplanen inte har brutits ned och implementerats på nämnds- och divisionsnivå. En ny organisation och struktur för HR-avdelningen har nyligen implementerats som ämnar att tydliggöra bland annat hur kommunen arbetar med strategisk kompetensförsörjning. Vi ser också behov av att dels utveckla en strukturerad och systematisk uppföljning av det strategiska kompetensförsörjningsarbetet, dels att i än högre utsträckning integrera kompetensförsörjningsperspektivet och det ekonomiska perspektivet i den långsiktiga planeringen.

Sammanfattningsvis noterades följande risker i kommunens arbete med långsiktig planering:

- Risk för felaktiga antaganden i befolkningsprognosen: Behov av att kontinuerligt följa upp befolkningsprognos mot utfall och justera antaganden utifrån förändrade förutsättningar.
- Risk för kortsiktig planering i fråga om intäcks- och kostnadsutveckling: Behov av att analysera framtida konsekvenser av befolkningsprognosen, kostnadsstrukturen, investeringsplanen, exploateringsverksamheten, pensionsprognosen samt skatter och bidrag på lång sikt (e.g. 2030).
- Risk för bristande uppföljning: Behov av att uppdatera och säkerställa att styrdokument, såsom personalpolicy och kompetensförsörjningsplan är aktuella och relevanta utifrån kommunens utmaningar. Behov av att utveckla en strukturerad och systematisk uppföljning av det strategiska kompetensförsörjningsarbetet.
- Risk för bristande helhetsperspektiv: Behov av att i högre utsträckning integrera kompetensförsörjningsperspektivet och det ekonomiska perspektivet i den långsiktiga planeringen. Behov finns även av att bryta ner kompetensförsörjningsplanen på nämnd- och divisionsnivå samt att på ett tydligare sätt integrera det

strategiska kompetensförsörjningsarbetet i den ordinarie verksamhetsutvecklingsprocessen.

### **Granskning av digitalisering**

Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsen säkerställer att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete för att nå kommunfullmäktiges mål. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen inte helt säkerställer att det bedrivs ett ändamålsenligt arbete för att nå kommunfullmäktiges mål. Granskningen visar bland annat att:

- För 2021 finns ännu inte någon beslutad aktuell handlingsplan eller uppdragslista för digitalisering.
- Strukturer finns för att förankra mål och strategier i verksamheten. Utsträckningen som förankring sker i varierar dock mellan förvaltningarna och till viss del är personberoende.
- Kompetenshöjande insatser har inte genomförts i enlighet med handlingsplanen för digitalisering 2019-2020 och det finns fortsatt behov av att öka kompetensen i organisationen.
- Flera åtgärder inom området har besluts om i samband med erlagd rapportering utifrån handlingsplanen för digitalisering. Inga åtgärder har dock vidtagits för att tillse att handlingsplan/ uppdragsplan för digitalisering beslutas för 2021.

Efter genomförd granskning lämnades följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Tillse att en ny och aktuell handlingsplan/uppdragsplan för digitalisering tas fram för att konkretisera e-strategin och leda kommunens arbete.
- Tillse att kompetenshöjande insatser inom digitalisering prioriteras för att säkerställa att ansvariga chefer har tillräcklig kompetens om digitaliseringens möjligheter.
- Tillse att en utvärdering av e-rådets sammansättning och funktion genomförs för att öka möjligheterna till förankring av mål och strategier i verksamheterna.
- Tillse att det sker en samordnad hantering av digitaliseringsinitiativ utifrån beslutade prioriteringar.

### **Ägarstyrning kommunala bolag**

Genomförd förstudie visar att kommunen valt att överlåta vården av diverse kommunala angelägenheter till helägda aktiebolag. Flera av dessa verksamheter lyder under speciallagstiftning. Dessa lagar påverkar i vilken grad bolagen kan bindas till kommunalrättsliga principer. Vår studie visar att kommunen, genom kommunstyrelsen, upprättat ett flertal styrande dokument för kommunens bolag.

I studien framkommer att dokumenten inte i alla avseenden är heltäckande. Vidare noteras att styrdokumentet i vissa fall är motsägelsefulla.

I kommunstyrelsens uppdrag ingår att - tillsammans med moderbolagets styrelse - utöva ägarrollen för kommunens verksamhet som bedrivs i bolagsform. Studien indikerar att

roll- och ansvarsfördelning mellan KS och moderbolag är otydlig. Kommunstyrelsen ska utöva uppsikt över den samlade verksamheten. Av studien framgår att styrelsen för verksamhetsår 2020 inte fullgjort sina åtaganden när det gäller den förstärkta uppsiktsplikten för kommunala aktiebolag.

### **Granskning av socialnämndens och kompetens- och arbetsmarknadsnämndens arbete med att få individer som uppbär ekonomiskt bistånd till egen försörjning**

Syftet med granskningen har varit att granska om socialnämndens samt kompetens- och arbetsmarknadsnämnden arbete med att få individer som uppbär ekonomiskt bistånd till egen försörjning.

Utifrån genomförd granskning gjordes den samlade bedömning att socialnämnden samt kompetens- och arbetsmarknadsnämnden inte helt säkerställer att individer som uppbär ekonomiskt bistånd får ändamålsenliga insatser som kan leda till egen försörjning. Granskningen visar på brister avseende mål och riktlinjer, samverkansstruktur för arbetsmarknadsinsatser, uppföljning och kontroll av insatsernas resultat och effekter samt vidtagna åtgärder.

Mot bakgrund av granskningsresultaten lämnades följande rekommendationer:

- Att relationen mellan Jobbtorg och Vägen till självförsörjning tydliggörs och kommuniceras, då granskningen indikerar att det finns vissa oklarheter kring detta.
- Att nämnderna fortsätter att arbeta för en välfungerande samverkan både med varandra och med externa parter. Detta dels för att säkerställa gemensam målbild för insatserna, dels för att tydliggöra respektive parts ansvar. Bredare samverkan kan bidra till förkortning av individers biståndsberoende.
- Att nämnderna ser över innehållet i rapporteringen i syfte att säkerställa att tillräckliga underlag erhålls för att i högre grad kunna bedöma insatsernas resultat och effekter samt huruvida åtgärder behöver vidtas.
- Att nämnderna följer upp och analyserar de interna processerna kring anvisningsförfarandet, från socialtjänst till Jobbtorg/Vägen till självförsörjning.
- Att nämnderna fastställer på vilket sätt arbetsmarknadsenheten bör dokumentera deltagarnas insatser.

### **Granskning av delårsrapport 2021**

Granskning av delårsrapport per 2021-08-31 har genomförts. Kommunen avviker mot lagens krav och god sed avseende att komponentavskrivningar inte tillämpas och att finansiell leasing inte tillämpas för lokaler enligt RKR R5 Leasing samt att uppgift om sistnämnda saknas i delårsrapporten.

Vid granskning av balans- och resultaträkningen har följande väsentliga avvikelser noterats:

- I samband med granskningen av årsbokslutet 2019 noterades att kommunen har åtagit sig att bygga bostäder samt att medfinansiera Ostlänken tillsammans med fyra ytterligare kommuner och två regioner på totalt 525 mkr. Nyköping kommuns del uppgår till 84 mkr vilket innebär att ett åtagande finns och därför bör en avsättning tas upp. Region Sörmland har i protokoll den 12 december 2016 skrivit att de har för avsikt att bidra med hälften av kostnaden d v s 42 mkr

vilket innebär att kommunens andel och avsättning kommer att uppgå till 42 mkr.

- Kommunen har erhållit statsbidrag med totalt 26,7 mkr avseende god vård och omsorg av äldre personer men valt att redovisa 8,9 mkr som en förutbetalad intäkt vilket inte är i enlighet med RKR R2 Intäkter.

Totalt uppgår resultatpåverkande avvikelse ovan till 8,9 mnkr enligt punkt 2. Felet bedöms inte som materiellt och påverkar inte periodens resultat i väsentlig omfattning.

Två av fem finansiella mål/förbättringsområden bedömdes uppfyllas och 26 av 30 verksamhetsmål bedöms i hög grad och/eller delvis uppfylla.

En rekommendation lämnas till kommunstyrelsen att skyndsamt, senast till årsskiftet, tillse att RKR R5 Leasing tillämpas avseende hyresavtal för lokaler samt att tillämpa komponentavskrivningar.

## **Grundläggande granskning, ansvarsutövande 2021**

Den grundläggande granskningen av de olika revisionsobjekten visar sammanfattningsvis:

### Ändamålsenlighet

Undantaget för barn- och utbildningsnämnden redovisar samtliga nämnder inklusive kommunstyrelsen en delvis uppfylld måluppfyllelse för 2021.

### Nämndernas arbete med intern kontroll

Styrelsen och samtliga nämnder har under 2021 bedrivit en tillräcklig intern kontroll.

### Ekonomisk styrning och kontroll

För miljö- och samhällsbyggnadsnämnden, socialnämnden samt vård- och omsorgsnämnden har förvaltningen skett på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt. Kommunstyrelsen med divisionerna, barn- och ungdomsnämnden samt kompetens- och arbetsmarknadsnämnden redovisar en negativ budgetavvikelse för 2021. Kultur- och fritidsnämnden redovisar endast en mindre budgetavvikelse.

## **Granskning av årsredovisning**

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Nyköpings kommun har PwC genomfört en granskning av årsredovisningen för år 2021.

Vi bedömer att kommunens räkenskaper i allt väsentligt är rättvisande.

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att förvaltningsberättelsen, driftredovisningen och investeringsredovisningen inte är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed.

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att den sammanställda redovisningen inte är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed.

Enligt vår uppfattning överensstämmer sidan 2 - 32 i alla väsentliga avseenden med övriga delar i årsredovisningen.

### **Granskning av god ekonomisk hushållning**

Revisorerna har granskat om resultaten för god ekonomisk hushållning är förenliga med de mål fullmäktige beslutat.

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de verksamhetsmål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Styrelsen lämnar en sammanfattande bedömning avseende den samlade måluppfyllelsen avseende god ekonomisk hushållning för år 2021.

2022-04-19

Anne-Marie Wigertz

Ordförande

Gunnar Johansson

Vice ordförande



Kommunstyrelsen

För kännedom:  
Kommunfullmäktige

**Granskning av årsredovisning samt granskning av god ekonomisk hushållning**

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Nyköpings kommun har PwC genomfört en granskning av årsredovisningen för år 2021, samt en granskning av om resultaten för god ekonomisk hushållning är förenliga med de mål fullmäktige beslutat.

*Granskning av årsredovisning*

Vi bedömer att kommunens räkenskaper i allt väsentligt är rättvisande.

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att förvaltningsberättelsen, driftredovisningen och investeringsredovisningen inte är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed.

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att den sammanställda redovisningen inte är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed.

Enligt vår uppfattning överensstämmer sidan 2 - 32 i alla väsentliga avseenden med övriga delar i årsredovisningen.

*Granskning av god ekonomisk hushållning*

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de verksamhetsmål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Styrelsen lämnar en sammanfattande bedömning avseende den samlade måluppfyllelsen avseende god ekonomisk hushållning för år 2021.

REVISORERNA

Anne-Marie Wigertz  
Ordförande

Gunnar Johansson  
Vice ordförande



# Granskning av årsredovisning 2021

**Nyköping kommun**

Mars 2022

*Projektledare: Susanne Lindberg*









*Projektmedarbetare: Sofie Hellgren, Fredrica Nyberg och  
Sabah Youno*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer granskat kommunens årsredovisning för perioden 2021-01-01 – 2021-12-31. Uppdraget ingår som en obligatorisk del av revisionsplanen för år 2021.

Granskningen syftar till att ge underlag för en bedömning om räkenskaperna ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomiska ställning samt om årsredovisning är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed i kommunal verksamhet.

Med utgångspunkt från syftet har följande områden granskats:

Område	Uppfyller kraven	
Förvaltningsberättelse	Ja	
Resultaträkning	Ja	
Balansräkning	Ja	
Kassaflödesanalys	Ja	
Noter	Ja	
Driftredovisning	Ja	
Investeringsredovisning	Ja	
Sammanställda räkenskaper	Ja	

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	1
<b>Inledning</b>	3
<b>Bakgrund</b>	3
<b>Syfte</b>	3
<b>Revisionskriterier</b>	3
<b>Avgränsning och metod</b>	3
<b>Granskningsresultat</b>	4
<b>Räkenskaper</b>	4
<b>Förvaltningsberättelse, driftredovisning och investeringsredovisning</b>	5
<b>Förvaltningsberättelse</b>	5
<b>Sammanställda räkenskaper</b>	5
<b>Annan information</b>	5

# Inledning

## Bakgrund

Enligt kommunallagen 11 kap 20 § ska årsredovisningen lämnas över till fullmäktige och revisorerna snarast möjligt och senast den 15 april året efter det år som redovisningen avser.

Enligt 4 kap 3 § LKBR ska årsredovisningens delar upprättas som en helhet och ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och kommunens eller landstingets ekonomiska ställning. Revisorernas skriftliga bedömning ska lämnas till fullmäktige inför behandlingen av årsredovisningen. Kommunstyrelsen är ansvarig för upprättandet av årsredovisningen.

## Syfte

Granskningen syftar till att ge underlag för en bedömning om räkenskaperna ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomiska ställning samt om årsredovisning är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed i kommunal verksamhet.

## Revisionskriterier

Följande kriterier används i granskningen:

- Kommunallag (KL)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR)
- Rådet för kommunal redovisnings rekommendationer

## Avgränsning och metod

Avgränsning och inriktning har skett efter en bedömning av väsentlighet och risk. Till grund för bedömningen ligger bland annat resultatet av tidigare års granskning och förändringar i normgivningen avseende den kommunala redovisningen.

Fel i räkenskaperna betraktas som väsentliga om de är av sådan omfattning eller typ att de, om de varit kända för en välinformerad läsare av årsredovisningen med intressen i kommunen, hade påverkat dennes bedömning av kommunen. Detta kan inkludera såväl kvalitativa som kvantitativa fel och varierar mellan kommuner och verksamheter.

Granskningen har utförts enligt god revisionssed för kommuner i Sverige. Det innebär att den varit så ingående och omfattande som god sed vid detta slag av granskning kräver.

Den granskade årsredovisningen fastställdes av kommunstyrelsen 2022-03-28 och fullmäktige behandlar årsredovisningen 2022-04-12. Rapportens innehåll har sakgranskats av ekonomichef, controllerchef och controller.

# Granskningsresultat

## Räkenskaper

### Resultaträkning

Resultaträkningen uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendationer.

Vid granskningen av kommunens årsredovisning har följande väsentliga avvikelser mot LKBR och god sed noterats:

- Bokförd semesterlöneskuld uppgick föregående år till 143,8 mkr baserad på uttaget underlag från lönesystemet. Dock var inte uttagna semesterdagar för december 2020 avräknade vilket innebär att skulden var för högt upptagen. Detta innebär att årets resultat har påverkats positivt men till vilket belopp går inte att fastställa.

Avvikelsen bedöms som väsentlig men påverkar inte periodens resultat i väsentlig omfattning.

### Balansräkning

Balansräkningen uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendationer. Vid granskningen av kommunens årsredovisning har inga väsentliga<sup>1</sup> avvikelser noterats. Nedanstående punkt kvarstår dock från tidigare granskning.

- I samband med granskningen av årsbokslutet 2019 noterades att kommunen har åtagit sig att bygga bostäder samt att medfinansiera Ostlänken tillsammans med fyra ytterligare kommuner och två regioner på totalt 525 mkr. Nyköping kommuns del uppgår till 84 mkr vilket innebär att ett åtagande finns och därför bör en avsättning tas upp. Region Sörmland har i protokoll den 12 december 2016 skrivit att de har för avsikt att bidra med hälften av kostnaden vilket innebär att kommunens andel och avsättning borde uppgå till 42 mkr.

### Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalysen uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendationer.

### Noter

Noterna uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendationer.

Kommunen avviker mot lag och god sed avseende att det i redovisningsprinciperna saknas en bedömning av effekten av att inte redovisa all finansiell leasing.

### Bedömning

Vi bedömer att kommunens räkenskaper<sup>2</sup> i allt väsentligt är rättvisande.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Fel i räkenskaperna betraktas som väsentliga om de är av sådan omfattning eller typ att de, om de varit kända för en välinformerad läsare av årsredovisningen med intressen i kommunen, hade påverkat dennes bedömning av kommunen. Detta kan inkludera såväl kvalitativa som kvantitativa fel och varierar mellan kommuner och verksamheter.

<sup>2</sup> Med räkenskaper menar kommunens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys och noter.

<sup>3</sup> Med räkenskaper menar kommunens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys och noter.

Som framgår av årsredovisningen kommer kommunen under 2022 att genomföra en utredning av hyresavtal för lokaler så att dessa hanteras korrekt enligt *RKR R5 Finansiell leasing*. Vi ser positivt på denna utredning för att säkerställa följsamhet till god redovisningssed.

## **Förvaltningsberättelse, driftredovisning och investeringsredovisning**

### **Förvaltningsberättelse**

Förvaltningsberättelsen uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendationer.

Kommunen avviker mot lag och god sed avseende att uppgift om väsentliga personalförhållanden saknas för den kommunala koncernen.

### **Driftredovisning**

Driftredovisningen uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendation R14.

### **Investeringsredovisning**

Investeringsredovisningen uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendation R14.

### **Bedömning**

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att förvaltningsberättelsen, driftredovisningen och investeringsredovisningen inte är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed.

### **Sammanställda räkenskaper**

Årsredovisningen innehåller sammanställda räkenskaper som uppfyller kraven enligt LKBR och RKR:s rekommendationer.

### **Bedömning**

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att den sammanställda redovisningen inte är upprättad i enlighet med LKBR och god redovisningssed.

### **Annan information**

Vi har tagit del av årsredovisningens övriga delar, sidan 2 - 32.

### **Bedömning**

Enligt vår uppfattning överensstämmer sidan 2 - 32 i alla väsentliga avseenden med övriga delar i årsredovisningen.

2022-04-19

Susanne Lindberg

---

*Auktoriserad revisor*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Nyköpings kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 7 december 2021. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Granskning av god ekonomisk hushållning 2021

**Nyköpings kommun**

Mars 2022

*Projektledare: Susanne Lindberg*

*Projektmedarbetare: Sofie Hellgren, Fredrica Nyberg och  
Sabah Youno*



# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer granskat om resultaten för god ekonomisk hushållning är förenliga med de mål fullmäktige beslutat. Uppdraget ingår som en obligatorisk del av revisionsplanen för år 2021.

Syftet med granskningen är att ge kommunens revisorer underlag för sin skriftliga bedömning om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

Med utgångspunkt från ställd revisionsfråga lämnas följande revisionell bedömning:

## **Är årsredovisningens resultat förenligt med de mål fullmäktige beslutat avseende god ekonomisk hushållning?**

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de verksamhetsmål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Styrelsen lämnar en sammanfattande bedömning avseende den samlade måluppfyllelsen avseende god ekonomisk hushållning för år 2021.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	3
Bakgrund	3
Syfte och revisionsfrågor	3
Revisionskriterier	3
Avgränsning och metod	3
Granskningsresultat	4
God ekonomisk hushållning	4
Iakttagelser	4
Bedömning	4
Bedömning utifrån revisionsfrågan	5

# Inledning

## Bakgrund

Enligt kommunallagen 11 kap 20 § ska årsredovisningen lämnas över till fullmäktige och revisorerna snarast möjligt och senast den 15 april året efter det år som redovisningen avser.

Kommunen skall formulera verksamhetsmässiga och finansiella mål för god ekonomisk hushållning i budgeten. Dessa mål ska sedan följas upp i delårsrapport och årsredovisning.

Revisorerna ska enligt kommunallagen 12 kap 2 § bedöma om resultaten i årsredovisningen är förenligt med de mål fullmäktige beslutat. Revisorernas skriftliga bedömning ska lämnas till fullmäktige inför behandlingen av årsredovisningen.

Kommunstyrelsen är ansvarig för upprättandet av årsredovisningen.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag för sin skriftliga bedömning om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

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

## Revisionskriterier

Följande kriterier används i granskningen:

- Kommunallag (KL)
- Fullmäktiges beslut avseende god ekonomisk hushållning

## Avgränsning och metod

Granskning av kommunens måluppfyllelse har genomförts i enlighet med Skyrevs rekommendation "RU Granskning av årsredovisning". Granskningen har skett genom genomgång av kommunens årsredovisning.

Den granskade årsredovisningen fastställdes av kommunstyrelsen 2022-03-28 och fullmäktige behandlar årsredovisningen 2022-04-12.

Rapportens innehåll har sakgranskats av ekonomichef och controllerchef.

# Granskningsresultat

## God ekonomisk hushållning

Kommunfullmäktige har fastställt ett måldokument för perioden 2021 - 2023 innehållande ett antal finansiella mål och verksamhetsmål.

### *lakttagelser*

#### **Finansiella mål**

I årsredovisningen görs en avstämning mot kommunens finansiella mål för god ekonomisk hushållning som fastställts i budget för 2021 under målområdet *Effektiv organisation*. Av den framgår att två av fem finansiella mål/förbättringsområden är helt uppfyllda, att två mål är i hög grad uppfyllda och ett mål är delvis uppfyllt.

#### **Mål för verksamheten**

I årsredovisningen görs en avstämning mot kommunens verksamhetsmål för god ekonomisk hushållning som fastställts i budget 2021. Av den framgår att 12 av 32 verksamhetsmål är uppfyllda eller i hög grad uppfyllda, att 17 mål delvis är uppfyllda samt att ett mål inte är uppfyllt.



### *Bedömning*

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Grundat på vår granskning av årsredovisningens återrapportering har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de verksamhetsmål som fullmäktige fastställt i budget 2021.

Styrelsen lämnar en sammanfattande bedömning avseende den samlade måluppfyllelsen avseende god ekonomisk hushållning för år 2021.

# Bedömning utifrån revisionsfrågan

Revisionsfråga	Bedömning
Är årsredovisningens resultat förenligt med de mål fullmäktige beslutat avseende god ekonomisk hushållning?	
<i>Finansiella mål</i>	<b>Delvis</b> Två mål helt uppfyllda, två mål i hög grad uppfyllda och ett mål delvis uppfyllt. 
<i>Verksamhetsmål</i>	<b>Delvis</b> 12 mål uppfyllda, 17 delvis uppfyllda och ett mål ej uppfyllt. 

2022-04-19

Tobias Bjöörn

Susanne Lindberg

*Uppdragsledare*

*Projektledare*

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Katrineholms kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 7 december 2021. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



Kommunstyrelsen  
Socialnämnden  
Vård- och omsorgsnämnden  
Barn- och ungdomsnämnden  
Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden  
Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden  
Kultur- och fritidsnämnden

För kännedom:  
Kommunfullmäktige

### **Årlig grundläggande granskning av kommunstyrelse och nämnder**

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Nyköpings kommun har PwC granskat om kommunstyrelsen och nämnderna har haft tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi med fokus på intern kontroll.

Vid granskningen gjorda iakttagelser och bedömningar redovisas i bilagd rapport, som härmed översänds med tillhörande rekommendationer för respektive nämnd. Svar utifrån noterade brister och angivna rekommendationer önskas från respektive nämnd senast den 31 augusti 2022.

#### REVISORERNA

Anne-Marie Wigertz  
Ordförande

Gunnar Johansson  
Vice ordförande

# Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2021

Nyköpings kommun

April 2022



# *Innehållsförteckning*

Sammanfattning	3
Inledning	6
Kommunstyrelsen	8
Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden	13
Socialnämnden	17
Vård- och omsorgsnämnden	21
Barn- och ungdomsnämnden	25
Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden	29
Kultur- och fritidsnämnden	33
Bilaga: Sammanställning av revisionsfrågor för samtliga revisionsobjekt	37



# Sammanfattning

# Sammanfattande revisionell bedömning

Granskningsområde	Kommunstyrelsen	Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden	Socialnämnden	Vård- och omsorgsnämnden	Barn- och ungdomsnämnden	Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden	Kultur- och fritidsnämnden
Ändamålsenlighet	Gul	Gul	Gul	Gul	Grön	Gul	Gul
Ekonomiskt tillfredsställande	Röd	Grön	Grön	Grön	Röd	Röd	Gul
Intern kontroll	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön

# Samlade rekommendationer

---

- Styrelsen och flertal nämnder rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på måluppfyllelsen.
- Styrelsen bör upprätta en egen verksamhetsplan som antas vid sammanträde.
- Styrelsen bör vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans i divisionerna.
- Barn- och ungdomsnämnden samt kompetens- och arbetsmarknadsnämnden bör vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans.
- Flertal nämnder bör säkerställa att uppföljning av måluppfyllelse sker i enlighet med direktiv.
- Flertal nämnder bör säkerställa att förklaringar till resultat anges med analys av utfallet samt att eventuella åtgärder vid bristande måluppfyllelse framgår.

Rekommendationer för respektive nämnd återges löpande i rapportens olika kapitel.

# Inledning

# Inledning

## Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionsred följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser och nämnder. Kommunstyrelsen och nämnderna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget måste respektive organ bygga upp system och rutiner för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa rutiner tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

Revisionsobjekt i granskningen är kommunstyrelsen, socialnämnden, vård- och omsorgsnämnden, barn- och ungdomsnämnden, kompetens- och arbetsmarknadsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, miljö- och samhällsbyggnadsnämnden.

## Syfte och revisionsfrågor

Revisorernas uppdrag regleras i kommunallagen kapitel 12. Syftet med den översiktliga granskningen är att ge kommunens revisorer ett underlag till uttalande i revisionsberättelse. Följande övergripande revisionsfråga ska besvaras:

*Har styrelsens/nämndens förvaltning skett på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll?*

Granskningen omfattar för följande områden:

1. Styrning, kontroll och åtgärder: översiktlig nivå
2. Måluppfyllelse för verksamheten
3. Måluppfyllelse för ekonomin

## Metod och avgränsning

Den översiktliga granskningen har skett genom dokumentanalys. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2021.

Respektive granskningsområde bedöms med hjälp av signalsystem: grön (tillräckligt), gult (delvis), röd (otillräckligt) och grått (ej tillämpligt). Utkast till rapport har sakgranskats av berörda nämnder.

# Kommunestyrelsen

# Kommunstyrelsen: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Styrelsen kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Röd	Kommunstyrelsen kan inte verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Kommunstyrelsens resultat mot driftbudget uppgår förvisso +23 mnkr men divisionerna gör ett stort underskott, utfallet är -67mnkr (-110mnkr i avvikelse jämfört med budget).
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till styrelsens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Styrelsen rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på målpuppfyllelsen.
- Styrelsen bör upprätta en egen verksamhetsplan som antas vid sammanträde.
- Vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans i divisionerna.

# Kommunstyrelsen

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har styrelsen antagit en plan för sin verksamhet?	Röd	Kommunstyrelsen har inte antagit verksamhetsplan eller några beställningar för sin verksamhet.
2. Budget	a) Har styrelsen antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-11-09 §305 föreslår kommunstyrelsen att kommunfullmäktige antar upprättat förslag till Budget 2021, flerårsplan 2022-2023.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för styrelsens verksamhet?	Gul	I delårsrapporten och verksamhetsberättelse kan vi utläsa att kommunstyrelsen har tilldelats totalt 34 uppdrag av dessa är 2 stycken förbättringsuppdrag och 3 stycken särskilda uppdrag.
	b) Finns mål formulerade för styrelsens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas även som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	E/T	Eftersom vi inte har tagit del av beställning för verksamheten kan vi inte bedöma frågan.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har styrelsen upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	Enligt budget 2021 ska kommunstyrelsen följa upp kommunfullmäktiges budget samt nämndernas beställningar löpande under året vad gäller ekonomi och verksamhet. Lagstadgad uppföljning ska ställas till kommunstyrelsen genom delårsrapport och årsredovisning.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	Delårsrapport innehåller utfall och prognos för ekonomi samt bedömning av uppfyllelse av verksamhetsmål. I årsredovisning redovisas ekonomiskt utfall samt uppföljning och bedömning av förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag.



Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. Noteringar
4. Rapportering och åtgärder	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	I delårsrapport finns åtgärder kopplade till uppdragen för att nå mål för verksamheten
	d) Vidtar styrelsen tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	Styrelsen prognostiserar förvisso en positiv budgetavvikelse under året och redovisar ett överskott medan divisionerna uppvisar ett stort underskott. Delårsrapportens prognos för helåret 2021 är -63mnkr för divisionerna. Utfallet för året är något sämre, -67mnkr, vilket tyder på att åtgärder för ekonomi i balans inte har vidtagits som givit effekt på underskottet.
5. Måluppfyllelse	a) När styrelsen uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Av de två förbättringsuppdragen styrelsen har blivit tilldelade bedöms ett som grönt och ett som gult. Av de tre särskilda uppdragen bedöms ett som grönt och två som gula.
	b) När styrelsen uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Kommunstyrelsens resultat mot driftbudget uppgår +23 mnkr men divisionerna gör ett stort underskott, utfallet är -67mnkr (-110mnkr i avvikelse jämfört med budget).

## ***Ekonomiskt utfall för divisionerna 2021***

Division	Utfall 2021	Avvikelse jmf med budget
Division Barn Utbildning Kultur	1	1
Division Social omsorg	-81	-81
Tekn divisionen Skattekollektivet	-7	-7
Samhällsbyggnad	16	-27
Räddning och säkerhet	4	4
Summa divisioner	-67	-110

Divisionerna redovisar ett utfall på -67 mnkr, vilket motsvarar en avvikelse mot budget på 110mnkr. Utfallet är en försämring gentemot 2020 (-15 mnkr).

# Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

# Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget för den skattefinansierade verksamheten: + 9 mnkr
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till miljö- och samhällsbyggnadsnämnden:

- Nämnden rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på målpuppfyllelsen.

# Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	2020-12-01 §148 Nämndens beställning av verksamhet 2021 av Samhällsbyggnad och Tekniska divisionen antas.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-12-01 §147 Detaljbudget 2021 med flerårsplan 2022-2023 för nämnden antas.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsbeställningen finns det sex stycken målområden, utifrån dessa finns 14 KF-mål formulerade.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen detaljbudget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Till respektive mål finns en text, dessa redogör inte för ev målvärden, vilket bidrar till att det är svårt att tyda varför ett mål anses uppfyllt eller inte.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I verksamhetsbeställning anges vad, när och hur verksamheten ska följas upp. Uppföljningen av beställningen ska genomföras i maj, vid delårsbokslut samt årsbokslut.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Gul	Månadsuppföljningar för ekonomi genomförs per april, delår och oktober och omfattar rapportering av ekonomisk situation för perioden, prognos för helår samt föreslagna åtgärder.  Vi noterar att nämnden inte redovisar samtliga uppdrag i verksamhetsberättelse 2021.

# Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	I verksamhetsuppföljning för delåret redovisas målen, 4 av målen bedöms som gula. Ett mål som bedömts gul uttrycks tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten. Vi ser inte att tydliga åtgärder redovisas för samtliga mål som bedömts som gula.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Vid ekonomisk uppföljning av delår 2021 prognostiserar nämnden för helåret ett underskott om 2,5 mnkr inom skattekollektivet. Detta beror främst på minskade intäkter inom gata. Åtgärder som genomförts är återhållsamhet med nämndens ofördelade medel.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	I verksamhetsberättelsen har nämnden endast återredovisat 9 av 14 uppdrag. Av dessa 9 är 3 stycken gröna, 5 stycken gula och 1 vit. 5 av Kf målen rapporteras inte i verksamhetsberättelse.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Nämndens resultat för den skattefinansierade delen är en positiv budgetavvikelse om ca 9 mnkr.

# Socialnämnden

# Socialnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021. Inget förbättringsuppdrag eller särskilt uppdrag bedöms som uppfyllt/genomfört för år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget: + 1,1.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- Nämnden rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på målpuppfyllelsen.



# Socialnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämndens beställning av verksamhet från division social omsorg 2021 antas vid sammanträdet 2020-12-10 §88.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-12-10 §87 Detaljbudget för Socialnämnden 2021 antas.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Nämnden har tilldelats 1 förbättringsuppdrag och 2 särskilda uppdrag av KF.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	KFs förbättringsuppdrag och de särskilda uppdragen mäts genom indikatorer med målvärden och bedöms som mätbart.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I verksamhetsbeställning anges när och hur de 3 uppdragen ska rapporteras till nämnden. Rapportering ska ske antingen vid delårsbokslut eller årsbokslut.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Grön	Månadsuppföljningar genomförs delår och vid verksamhetsberättelse/helår och omfattar rapportering av ekonomisk situation för perioden, prognos för helår samt föreslagna åtgärder. Ekonomisk uppföljning och verksamhetsuppföljning görs regelbundet på nämndens sammanträden.
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	Förbättringsuppdraget bedöms som rätt vid delår och de två särskilda uppdragen bedöms som gult. Vi ser inte att tydliga åtgärder redovisas för att nå målen. Det förklaras att pandemin är en stor orsak till att verksamhetsmålen inte uppnås och det har varit svårare att genomföra uppdragen under pandemin.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	E/T	Eftersom nämnden prognostiserar ett överskott vid delår och redovisar ett överskott vid helår har åtgärder inte varit nödvändiga.

# Socialnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor (fortsättning)		Bedömning	Ev. noteringar
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Nämnden uppnår inte förbättringsuppdraget. De två särskilda uppdragen uppnås till viss del. I verksamhetsberättelsen redovisas ytterligare mål som inte är formulerade i verksamhetsplanen.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Årets resultat är en positiv budgetavvikelse om 1,1 mnkr

# Vård- och omsorgsnämnden

# Vård- och omsorgsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan i rimlig grad verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget: + 19,7 mnkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till styrelsens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Nämnden rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på måluppfyllelsen.

# Vård- och omsorgsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	2020-12-03 §112 Beställning från Vård- och omsorgsnämnden till Division Social omsorg 2020 antas.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-12-03 §111 Detaljbudget 2021 för Vård- och omsorgsnämnden antas.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Nämnden har tilldelats 2 förbättringsuppdrag och 7 särskilda uppdrag av KF.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	KFs förbättringsuppdrag mäts genom indikatorer med målvärden och bedöms som mätbara. De särskilda uppdragen bedöms genom aktiviteter som ska genomföras.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I verksamhetsbeställning anges de tillfällen då förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag ska avrapporteras muntligen. Samtliga uppdrag ska skriftligen avrapporteras inför delårsrapport och verksamhetsberättelse.

# Vård- och omsorgsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Grön	Delårsrapport innehåller ekonomiskt resultat och helårsprognos samt uppföljning och bedömning av uppdrag. Bokslut med verksamhetsberättelse innehåller ekonomiskt utfall samt utfall och bedömning av förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag.
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	Vid delårsrapporten återrapporteras verksamhetsmålen men inte åtgärder för att nå mål för verksamheten. I protokollsgenomgången kan vi inte heller se att nämnden har genomfört åtgärder för att nå mål för verksamheten.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Divisionen har tagit fram en handlingsplan för att åstadkomma en ekonomi i balans, nämnden godkände den i april. Ett arbete har pågått i enlighet med planen.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Båda förbättringsuppdragen bedöms som gröna. Alla 7 särskilda uppdrag bedöms som gula.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Årets resultat är en positiv avvikelse mot budget om 19,7 mnkr.

# Barn- och ungdomsnämnden

# Barn- och ungdomsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Grön	Nämnden kan verifiera att förvaltningen utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021. Majoriteten av uppdragen bedömdes som gröna.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Röd	Nämnden kan inte verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget:- 27 mnkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till barn- och ungdomsnämnden:

- Vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans.



# Barn- och ungdomsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden antog beställning av verksamhet 2021, 2020-12-09 §88.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Barn- och ungdomsnämndens budget 2021 antogs 2020-12-09 §87.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Kommunfullmäktige har tilldelat nämnden flertalet särskilda uppdrag och förbättringsuppdrag. Varje verksamhet har särskilda uppdrag som är specificerat till den verksamheten.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin. Nämnden har även förbättringsuppdrag av att genomföra åtgärder för en ekonomi i balans.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Förbättringsuppdraget anges med tillhörande indikatorer som är mätbara. För de särskilda uppdragen anges uppdrag som i hög grad är uppföljningsbara.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I nämndens beställning anges uppföljning för verksamhet och ekonomi. För förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag anges när de ska återrapporteras.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	Månadsuppföljningar genomförs per april, delår och oktober och omfattar rapportering av ekonomisk situation för perioden, prognos för helår samt föreslagna åtgärder. Ekonomisk uppföljning och verksamhetsuppföljning görs regelbundet på nämndens sammanträden.
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	E/T	Ej tillämplig. Av nämndens uppföljning under året framgår inga tydliga avvikelser som motiverar åtgärder. De brister i måluppfyllelse som återrapporteras framgår av årsredovisningen.

# Barn- och ungdomsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Under uppdraget "genomför åtgärder för en ekonomi i balans" har nämnden redovisat de åtgärder som är möjliga för att nå en ekonomi i balans vid KS sammanträde 2021-03-09 samt 2021-11-08. Andra åtgärder som har gjorts är bland annat översyn av bidrag.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	I verksamhetsberättelsen bedöms 18 uppdrag som gröna, 3 som gula och 1 som vit.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Nämnden redovisar en negativ avvikelse även detta år, vilket uppgår till -27 mnkr (resultatet mot driftbudget 2020 var - 31,7mnkr).

# Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

# Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021. Ett av två särskilda uppdrag bedöms som uppfyllt.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Röd	Nämnden kan inte verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget: - 4 mnkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kompetens- och arbetsmarknadsnämnden:

- Säkerställ att uppföljning av måluppfyllelse sker i enlighet med direktiv.
- Säkerställ att förklaringar till resultat anges med analys av utfallet samt att eventuella åtgärder vid bristande måluppfyllelse framgår.
- Vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans.

# Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden har antagit tre beställningar av verksamhet 2021, beslutad 2020-12-16 från kommunikationsavdelningen §54, division barn, utbildnings och kultur §59 och division social omsorg §60
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Detaljbudget 2021 antogs 2020-12-16 §54.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Det finns totalt tre särskilda uppdrag formulerade i beställningarna.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	För de särskilda uppdragen anges aktiviteter som är uppföljningsbara.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I nämndens beställning anges plan för uppföljning av verksamhet och ekonomi. För förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag anges när de ska återrapporteras.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Gul	Månadsuppföljningar för ekonomi genomförs mars, maj, sep och okt samt delår och verksamhetsberättelse/helår. Rapporteringen omfattar ekonomisk situation för perioden. Det saknas rapportering för verksamhetsmålen.

# Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	Uppdraget VON och KAN ska tillsammans implementera vårdnära service på särskilda boenden för äldre samt utreda förutsättningarna för en motsvarighet inom funktionshinderområdet (som bedöms som gult i verksamhetsberättelsen) har satts på paus och divisionen har gjort en analys av lämpligheten i att införa en motsvarighet inom funktionsområdet men kommit fram till att detta inte är lämpligt.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Röd	I månadsrapport oktober förklaras underskottet med att vuxenutbildningen visar på ett stort underskott vilket beror på att medel från KS ej utbetalats. Det redogörs inte för åtgärder i månadsrapporterna för att nå mål för ekonomin.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Nämnden bedömer ett av de särskilda uppdragen som grönt och ett som gult.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Nämndens resultat visar en sammanlagd budgetavvikelse med -4 mnkr.

# Kultur- och fritidsnämnden

# Kultur- och fritidsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget:-21 tkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kultur- och fritidsnämnden:

- Säkerställ att uppföljning att åiterrapportering sker i enlighet med direktiv.



# Kultur- och fritidsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden har antagit beställning av verksamhet 2021, beslutad 2020-12-02 §§47,48 och. Beställningarna omfattar division Näringsliv och Tekniska Divisionen.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Detaljbudget 2021 antogs 2020-12-02 §46.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Beställningarna omfattar för Näringsliv två förbättringsuppdrag och fyra särskilda uppdrag upprättade. För tekniska divisionen två förbättringsuppdrag och två särskilda uppdrag.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag anges med tillhörande indikatorer och målvärden som är mätbara.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I nämndens beställning anges uppföljning för verksamhet och ekonomi. För förbättringsuppdrag och särskilda uppdragen anges när de ska återrapporteras.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Gul	Månadsuppföljningar för ekonomi genomförs mars, maj, sep och okt samt delår och verksamhetsberättelse/helår. Rapporteringen omfattar ekonomisk situation för perioden. Det saknas rapportering för verksamhetsmålen.

# Kultur- och fritidsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	E/T	Eftersom nämnden inte följer upp verksamhetsmålen som är formulerade i beställningarna under året eller i verksamhetsberättelsen kan vi inte bedöma frågan.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Vid de ekonomiska uppföljningarna under året redovisas endast prognos för perioden och inte åtgärder om prognosen är negativ. Vid delår redovisar nämnden en negativ prognos för helår. I delårsuppföljningen beskrivs åtgärder för att nå mål för ekonomin.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	I nämndens verksamhetsberättelse redovisas inte samtliga mål som är formulerade i beställningarna. Av de uppdrag som återrapporteras uppnås sex av målen och fem mål uppnås delvis.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	Nämnden redovisar en negativ avvikelse mot budget om -21 tkr.  Anledning till den negativa avvikelse sin grund i minskade intäkter från drift entreprenör Hjortensbergsbadet jämfört med budget.

# Bilaga: Sammanställning av revisionsfrågor för samtliga revisionsobjekt

# Sammanställning revisionsfrågor för samtliga revisionsobjekt

Revisionsfråga	KS	MSN	SN	VON	BUN	KAN	KFN
1a. Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Röd	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
2a. Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3a. Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3b. Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3c. Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	E/T	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
4a. Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
4b. Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	Gul	Grön	Grön	Grön	Gul	Gul
4c. Vidtar nämnden åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	Gul	Gul	Gul	E/T	Grön	E/T
4d. Vidtar nämnden åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	Grön	E/T	Grön	Grön	Röd	Grön
5a. När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Gul	Gul	Gul	Grön	Gul	Gul
5b. När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Grön	Grön	Grön	Röd	Röd	Gul

pwc.se

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Nyköpings kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av beslutad projektplan. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

För kännedom

Verksamhetschef Titti  
Kendall  
Divisionschef Inger  
Mossberg  
Verksamhetschef Ulrika  
Johansson  
FoU i Sörmland chef  
Marina Arkkukangas  
Regiondirektör  
Jan Grönlund  
Ekonomidirektör  
Nicholas Prigorowsky  
HR-direktör  
Kajsa Fisk  
Samtliga kommunrevisioner i  
Sörmland

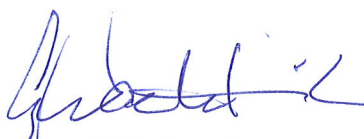
Nämnden för samverkan kring socialtjänst  
och vård

## Granskningsrapport för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV, år 2021

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av NSV 2021. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden den 29 april 2022.

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 nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård år 2021

### Sammanfattning

Bedömningen är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att verksamhetsberättelsen inte behandlats i rätt tid i enlighet med reglementet för planering och uppföljning. Vi bedömer att nämnden trots det 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 2021. Bedömningen av måluppfyllelse görs inte på nämndnivå utan är mer av beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande och årsbokslutet bedöms vara upprättat enligt god redovisningssed, för nämnden som helhet.

### Rekommendationer

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

- ✓ Ta fram och följa upp mål på nämndnivå
- ✓ Komplettera målen med mätbara indikatorer där det saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse
- ✓ Utveckla rutiner inom hjälpmedelscentralen, som möjliggör avstämning av balansräkningens konton för matchade fakturor och inlevererade varor
- ✓ Säkerställa rättvisande räkenskaper för nämndens samtliga verksamheter
- ✓ Stärk ärendeprocessen för verksamhetsberättelsen så att reglemente för planering och uppföljning följs.

### Bakgrund

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

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

### **Iakttagelser i 2020 års granskning**

Bedömningen var att bokslutet i stort var upprättat i enlighet med gällande bokslutsinstruktioner, lagen om kommunal bokföring och redovisning samt att god redovisningssed har tillämpats. Nämndens verksamhetsberättelse gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning.

Verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att nämnden inte redovisar måluppfyllelse på nämndnivå utan av mer beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Den interna kontrollen bedömdes ändå sammantaget som tillräcklig. Räkenskaperna bedömes i allt väsentligt som rättvisande för nämnden som helhet, men inte för några av de mindre verksamheterna. Vår bedömning utifrån översiktlig granskning var att nämnden har en god styrning och uppföljning.

Revisorerna deltog digitalt vid nämndens sammanträde 9 april 2021 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen. Revisorerna lyfte bland annat brister i Hjälpmedelscentralens IT-stöd Sesam och nämndens syn på eventuella risker med att kunna ta igen arbete som skjutits upp på grund av pandemin.

### **Syfte och revisionsfrågor**

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

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

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

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

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



## Ansvarig nämnd och avgränsning

Granskningen avser nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds (NSV) verksamhet under 2021.

## 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 2021. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

Revisorerna har under året tagit del av den oberoende utvärdering av Region Sörmlands arbete under covid-19-pandemin som behandlats av regionstyrelsen (RS april § 63/21). Vi har inte funnit skäl att göra någon fördjupad granskning kring regionens ledning och styrning utifrån det vi tagit del av.

PwC har på uppdrag av revisorerna utfört stora delar av den grundläggande granskningen. Den rapporten finns som bilaga till denna årsgranskning.

Granskningsanteckningar från PwC har överlämnats till verksamhetschef läns gemensamt regionalt stöd och redovisningsansvariga för respektive

verksamhet, för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i rapporten. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig revisor inom revisionskontoret.

PwC har också genomfört en fördjupad granskning. Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om NSV-nämnden har en tillräcklig styrning och kontroll av den verksamhet som bedrivs inom enheten Forskning och Utveckling i Sörmland, FoUiS. Granskningen delges nämnden separat och svar emottas 30 juni 2022.

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 2021–2023<sup>1</sup> framgår att nämnden har följande tre verksamheter:

- ✓ Hjälpmedelsförsörjningen där nämnden svarar för att tillhandahålla individuella hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning
- ✓ FoU Sörmland (FoUiS) som avser verksamhet för forskning och utveckling avseende socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor inom Sörmland och utveckling avseende socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor inom Sörmland
- ✓ Vård- och omsorgscollege på lokal och regional nivå.

Nämnden ska tillvarata de synergier som ligger i att samverka i hela länet mellan de olika huvudmännen. Nämnden ska också förbättra kvaliteten inom berörda verksamheter och skapa en region med så likvärdig service som möjligt inom berörda områden.

Beslutade ekonomiska förutsättningar är att FoUiS disponerar 1,4 mnkr av eget kapital till noden för välfärdsteknik.

Tilldelad investeringsram är 43 mnkr (regionhjälpmedel 27 mnkr, kommunala hjälpmedel 15 mnkr och 1 mnkr för utrustning).

Vi kan inte finna att fullmäktige eller styrelse har beslutat om några ytterligare uppgifter till nämnden under 2021.

### **Nämndens verksamhet under år 2021**

#### **Nämndens styrdokument och protokoll**

NSV har haft sex protokollförda sammanträden under år 2021.

---

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

Fullmäktige har beslutat om revidering av nämndens reglemente från 1 januari 2022<sup>2</sup>.

Anmälningssärenden förekommer på nämndens sammanträden.

#### Vår kommentar

Av bilagan 1.1 Översiktlig grundläggande granskning 2021 framgår de iakttagelser som gjorts.

#### Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2021

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 2021 i delårsrapportering och bokslut enligt redovisningen.

Ekonomisk rapportering	Akkumulerat avvikelse utfall/budget	Prognos
Kvartalsrapport per mars	+ 9,3 mnkr	0
Delårsrapport per juli	+ 11 mnkr	0
Slutligt utfall per december	+22,2 mnkr	

Nämndens ekonomiska resultat är +22,2 mnkr. Överskottet har främst uppkommit inom FoUis (+12 mnkr) för medel som balanseras för beslutade och pågående uppdrag samt gemensamma balanserade medel inom läns gemensamt regionalt stöd för statsbidraget psykisk hälsa (+7,6 mnkr). Hjälpmedelscentralen redovisar också ett överskott (+3,2 mnkr) som bland annat beror på ökad försäljning av inkontinenshjälpmedel och minskade inköp av hjälpmedel då returerna av hjälpmedel ökat.

#### Vår kommentar

Nämnden har under året följt regionens reglemente för planering och uppföljning undantaget att behandling av verksamhetsberättelsen för 2021 inte skett i rätt tid. Reglementet anger att nämnd ska besluta om verksamhetsberättelsen i februari, men NSV behandlar inte rapporten förrän den 11 mars 2022.

Ärendeprocessen bör stärkas. Dels för att följa reglementet så att behandling av verksamhetsberättelsen sker innan regionstyrelsen behandlar den samlade årsredovisningen, men inte minst för att det är nämndens ansvar att till

<sup>2</sup> Regionfullmäktige § 130/21, Revidering av reglemente för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård

exempel vidta åtgärder vid eventuella negativa avvikelser.

Granskning av nämndens protokoll visar i övrigt att kvartalsrapportering per mars, delårsrapporten för juli och verksamhetsberättelsen efter årets slut beslutats av nämnden.

### **Revisionsdialog**

NSV:s presidium och revisorerna träffades den 14 oktober för dialog. Vid dialogen diskuterades bland annat det pågående arbetet med *Nära hälsa, Tillsammans för barnens bästa i Sörmland* och att Vård- och omsorgscollage valts ut av Skolverket för att startat en språkbudsutbildning. Presidiet beskrev det utbildningsinsatser som pågår för att förbättra användandet av SIP (Samordnad Individuell Planering) i enlighet med överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.

Några av de positiva erfarenheterna som nämnden gjort under pandemin, är den upplevda nyttan av samverkansstrukturen som byggts upp innan pandemin och ökad användning av digitala möten och utbildningar.

### **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 NSV:s delårsrapport vid sammanträdet i september 2021. Nämnden rapportering bedöms följa utgivna anvisningar.

Den verksamhetsberättelse vi har granskat är den som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde den 11 mars 2022.

Nämnden bedöms, trots att nämnden inte behandlat sin verksamhetsberättelse i rätt tid, ha en tillräcklig styrning och intern kontroll.

Fel har noterats i räkenskaperna men bedöms i allt väsentligt vara rättvisande och upprättade enligt god redovisningssed för nämnden som helhet.

Verksamhetsberättelsen bedöms ge en rättvisande bild över resultat och ställning. Totalt resultat för nämnden redovisas i tabellform på total nivå och per verksamhet, vilket är positivt. Hjälpmedelscentralens återrapporering av det ekonomiska resultatet beskriver avvikelser på kontogruppernivå jämfört med budget och föregående år. Motsvarande återrapporering saknas för de övriga verksamheterna och kan utvecklas.

Vi har noterat att NSV beslutat om mål på nämndnivå i verksamhetsplan

med budget 2021 - 2023<sup>3</sup>. Samma mål finns också för länsgemensamt regionalt stöd. I verksamhetsberättelsen följs målen upp på nivån för länsgemensamt regionalt stöd.

Bedömningen av måluppfyllelse görs ej på nämndnivå utan mer av beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Området kan utvecklas så att målen kompletteras med mätbarhet där det saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och om åtgärder är nödvändiga.

Nämnden bedöms ha en god styrning och intern kontroll samt en god uppföljning dock med och rapportering per verksamhet.

Granskningen av verksamhetsberättelsen framgår i övrigt av bilaga 1 och 1.1 till denna rapport.

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

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

#### **Vår kommentar**

Nämnden har antagit en gemensam internkontrollplan för 2021 för länsgemensamt regionalt stöd, FoUiS och vård- och omsorgscollage. Resultatet presenteras per kontrollområde och samtliga åtta kontrollområden är godkända.

Nämnden har antagit en separat internkontrollplan för hjälpmedelscentralen som följs upp för sex kontrollområden. Åtgärder framgår för fyra kontrollområden där avvikelser har identifierats.

### **Revisionens granskningar avseende 2021**

Nedan görs en kort sammanfattning av de granskningar som revisorerna genomfört och avrapporterat avseende 2021. 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 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.

---

<sup>3</sup> Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård § 29/20, Verksamhetsplan med budget 2021 – 2023 - Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård

Revisionen

Granskning	Rapporten omfattar - Revisionens iakttagelser	Kommentarer i lämnade svar från nämnd/verksamheten
<p>Internkontrollgranskning av administrativa system och rutiner, RS och nämnden för kultur, utbildning och friluftsvksamhet</p> <p>Med inriktning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Statsbidrag</li> <li>✓ Behörigheter i Heroma</li> </ul>	<p>Granskningen för statsbidragen visar att flera beslut har tagits i nämnderna, att de externa och interna vårdcentralerna har haft likvärdiga förutsättningar för de granskade bidragen och att utbetalningar till externa parter har hanterats korrekt. Vår sammanfattande bedömning av tillförlitligheten i redovisningen och den interna styrningen och kontrollen, är att den är tillfredsställande för de granskade områdena.</p> <p>För uppföljningen av den tidigare granskningen av behörigheter i Heroma lämnar vi fortsatt rekommendationen att regionstyrelsen säkerställer användaransvaret så att riktlinjen för informationssäkerhet följs.</p>	<p>Av svaret framgår bland annat att arbetssättet för bokföring av inbetalningar kommer att förändras under första delen av år 2022. En ny kundreskontra kommer att införas och i samband med detta kommer kraven på underlag förtydligas och göras åtkomliga via ekonomisystemet.</p> <p>För att säkerställa användaransvaret i Heroma kommer avvikelser att rapporteras, i de fall det blir känt att inloggningsuppgifter lånats ut till obehörig. Vid behov kan avvikelser skickas vidare uppåt i organisationen.</p>
<p>Revisorernas bedömning av delårsrapport 2021, RS</p>	<p>Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning.</p>	<p>Inget svar begärt – dialogmöten med samtliga nämnder under hösten.</p>

### Granskningar där svar är begärt under 2022

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

Revisionen

<p><b>Regionens patientsäkerhetsarbete, RS m fl</b></p> <p>Svar begärt till 4 maj från RS – förlängd svarstid till 7 juni</p> <p>(även nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, nämnden för kultur, utbildning och friluftsvksamhet, nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård samt den gemensamma patientnämnden omfattas av granskningen)</p>	<p>Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen och nämnderna har säkerställt förutsättningar för ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.</p> <p>Granskningen visar att det finns förutsättningar för hantering av anmälningsärenden, informationsskyldighet samt klagomål och synpunkter. Det finns också förutsättningar för uppföljning hos annan vårdgivare vilka hanteras av Hälsovalsstaben.</p> <p>Hanteringen av patientsäkerhetsberättelserna är inte helt tillfredsställande. Det saknas beskrivning av organisation för patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården utifrån vårdgivaransvaret och en övergripande beskrivning av regionens samlade organisation för Region Sörmlands patientsäkerhetsarbete. Även huvudmannaansvaret är otydligt. Regionstyrelsen har både vårdgivar- och huvudmannaansvaret. Detta kan leda till otydligheter både inom och utom organisationen samt mot medborgare och myndigheter.</p> <p>En av de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhetsarbetet är att vårdgivaren har ett ledningssystem. Därför är det viktigt att det pågående arbetet med ledningssystemet färdigställs och att det också löpande förvaltas.</p> <p>Vår sammanfattande bedömning är att regionens hälso- och sjukvård har förutsättningar för ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Genom införandet av och arbetet med den nationella handlingsplanen kan regionen stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.</p>
<p><b>Förebyggande arbete mot korruption och oegentligheter, RS</b></p> <p>Svar begärt till 4 maj</p>	<p>Granskningen syfte är att bedöma om regionstyrelsen säkerställer ett strukturerat arbete med att förebygga korruption och oegentligheter och att arbetet sker med tillräcklig styrning och kontroll.</p> <p>Den sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen inte helt säkerställt ett strukturerat arbete med att förebygga korruption och oegentligheter. Det förebyggande arbetet rör i huvudsak gåvor, representation, inköp/upphandling och jäv. Bedömningen och synen på vad som kan anses vara korruption och oegentligheter behöver vidgas och bli bredare.</p> <p>Av granskningen har också framkommit att det styrande dokumentet som finns på området inte är helt ändamålsenligt, att ansvarsrollerna inte är tydliggjorda, att riskanalyser saknas samt att information/ utbildning kan förbättras. I rapporten lämnas ett antal rekommendationer för att stärka det strukturerade arbetet med att förebygga korruption och oegentligheter och att utveckla den interna styrningen och kontrollen.</p>



Revisionen

<p><b>Arbetslivsinriktad rehabilitering för medarbetare i Region Sörmland, RS och samtliga nämnder</b></p> <p>Svar begärt från RS till 10 juni</p>	<p>Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen och nämnderna säkerställer arbetsgivaransvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering för medarbetare i Region Sörmland.</p> <p>Den sammanfattande bedömningen är att regionstyrelsen och nämnderna i stort säkerställer arbetsgivaransvaret och att arbetet sker systematiskt. Granskningen visar att HR-specialister finns som professionellt stöd till cheferna. Det finns styrande dokument, arbetssätt, IT-stöd och utbildningar på området. Samarbete finns med företagshälsovården och Försäkringskassan.</p> <p>Bedömningen är att den interna styrningen och kontrollen kan utvecklas då granskningen visar att det saknas systematisk uppföljning om rehabiliteringsarbetet påbörjats och om dokumentationen görs i IT-stödet på det sätt som det styrande dokumentet anger.</p> <p>Det är positivt att utvecklingsarbete pågår med att utveckla statistiken och att planer finns som handlar om att utveckla uppföljningen av sjukfrånvaron, rehabiliteringsprocessen och det systematiska arbetsmiljöarbetet.</p>
<p><b>Styrning och uppföljning av Forskning och Utveckling i Sörmland, nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård</b></p> <p>Svar begärt till 30 juni</p>	<p>Syftet med granskningen är att bedöma om NSV-nämnden har tillräcklig styrning och uppföljning av den verksamhet som bedrivs inom enheten för Forskning och Utveckling i Sörmland, FoUiS.</p> <p>Den samlade bedömningen är att nämnden, som är gemensam med länets kommuner, delvis har en tillräcklig styrning och uppföljning av verksamheten. Styrnings- och uppföljningsstrukturer finns i allt väsentligt men en ökad mätbarhet bör eftersträvas för tydliggörande av verksamhetsresultat.</p> <p>Arbetet med riskbedömningar inför arbetet med interna kontrollplaner kan utvecklas och vad vi erfar pågår också ett regionövergripande arbete på området.</p> <p>Av granskningen framgår att den framtida finansieringen inte är löst för FoUiS verksamhet och för år 2022 kommer tidigare balanserade överskott att användas. Vi förstår att förankring avseende verksamhet med flera huvudmän kan ta tid. Att beslut om framtida uppdrag och finansiering kommer på plats är av stor vikt.</p>



Revisionen

<p><b>IT/informationssäkerhet, RS</b></p> <p>Nämnderna får rapporten för kännedom med rekommendationen att stärka den interna kontrollen i sina respektive verksamheter.</p> <p>Svar begärt till 23 juni från regionstyrelsen</p>	<p>Syftet med granskningen är att ge ett underlag för att bedöma om regionstyrelsen säkerställer en god intern styrning och kontroll som leder till en ändamålsenlig informationssäkerhet med god uppfyllelse av målen i policyn för informationssäkerhet.</p> <p>Den sammanfattande bedömningen är att regionstyrelsen delvis säkerställer en god intern styrning och kontroll av IT /informationssäkerhetsarbetet.</p> <p>I rapporten lämnas ett antal rekommendationer för att stärka den interna styrningen och kontrollen och i högre grad säkerställa ändamålsenligheten i informationssäkerhetsarbetet och god uppfyllelse av informationssäkerhetspolicyns mål:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Utvärdera om befintliga resurser för informationssäkerhetsarbetet är tillräckliga för att möta nya hot och risker samt de interna krav och lagkrav som finns</li><li>✓ Stärka den interna kontrollen avseende efterlevnad av styrande dokument inom informationssäkerhet. Samt säkerställa att informationssäkerhetschef har mandat att genomföra interna revisioner där brister kan identifieras och påtalas för ansvariga</li><li>✓ Fastställa styrande dokument för IT-säkerhetsarbetet som bland annat kan tydliggöra ansvar, krav på åtgärder samt uppföljning av vidtagna åtgärder</li><li>✓ Säkerställa att de obligatoriska utbildningarna inom informationssäkerhet genomförs regelbundet och för samtlig personal och förtroendevalda</li><li>✓ Skyndsamt upprätta kontinuitetsplaner och regelbundet testa rutiner så att verksamheter, IT-infrastruktur och kommunikation kan fortgå/återgå med minimerad skadeverkan i händelse av avbrott eller allvarlig störning inom IT.</li></ul>
---	---

## Revisionens uppföljningar av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen strukturerad uppföljning av tidigare genomförda granskningar.

Följande bedömning har gjorts efter det att uppföljning skett via skriftliga frågor ut i verksamheterna under året för nedanstående granskning som berör nämndens verksamhet:

Granskning, (genomförd år)	Bedömning efter uppföljning
Intern kontroll avseende hantering av löner m m (2018)	Vår bedömning är att arbetet med kartläggning av löneprocessen har pågått länge och att mycket arbetet är genomfört, men att man inte är "i mål". Dokumenterade delprocesser finns på intranätet. Kartläggning av pensionsprocessen saknas vid tillfället för vår uppföljning men ska göras under 2021. Vi följer det regiongemensamma arbete som pågår med internkontroll. Löneprocessens områden bör finnas med i regionstyrelsens interna kontrollplan för att man ska kunna följa utvecklingen, t ex för signering av utanordningslistor. I uppföljningen framkom att 5% av utanordningslistorna inte signerats i april 2021. Vi föreslår inte någon ytterligare granskning för tillfället utan följer utvecklingen och området.

Revisionen

Åsa Forsman  
Sakkunnig revisor

Bilaga 1 Granskning NSV årsbokslut 2021, PwC

Bilaga 1.1 Översiktlig grundläggande granskning 2021 NSV, PwC

# Granskning NSV årsbokslut 2021

Region Sörmland

*Projektledare: Susanne Lindberg*

*Projektmedarbetare: Casper Wessén*

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>4</b>
1.1.	Bakgrund och syfte	4
1.1.1.	Bakgrund	4
1.1.2.	Syfte	4
1.2.	Revisionskriterier	5
1.3.	Avgränsning och metod	5
1.4.	Resultaträkning för NSV	5
<b>2.</b>	<b>Granskningsresultat Regionalt stöd för samverkan kring socialtjänst och vård7</b>	
2.1.	Rättvisande räkenskaper	7
2.1.1.	Resultaträkning	7
2.1.2.	Finansiella mål	7
2.1.3.	lakttagelser	7
2.1.4.	Revisionell bedömning	7
2.2.	Verksamhetsberättelse	8
2.2.1.	lakttagelser och revisionell bedömning	8
<b>3.</b>	<b>Granskningsresultat FoU i Sörmland</b>	<b>9</b>
3.1.	Rättvisande räkenskaper	9
3.1.1.	Resultaträkning	9
3.1.2.	Finansiella mål	9
3.1.3.	lakttagelser	9
3.1.4.	Revisionell bedömning	9
3.2.	Verksamhetsberättelse	9
3.2.1.	lakttagelser och revisionell bedömning	10
<b>4.</b>	<b>Granskningsresultat Hjälpmedelscentralen</b>	<b>11</b>
4.1.	Rättvisande räkenskaper	11
4.1.1.	Resultaträkning	11
4.1.2.	Balansräkning	11
4.1.3.	Finansiella mål	12
4.1.4.	lakttagelser	12

4.1.5.	Revisionell bedömning	12
4.2.	Verksamhetsberättelse	12
4.2.1.	laktagelser och revisionell bedömning	13
<b>5.</b>	<b>Granskningsresultat Vård- och omsorgscollege</b>	<b>14</b>
5.1.	Rättvisande räkenskaper	14
5.1.1.	Resultaträkning	14
5.1.1.	Finansiella mål	14
5.1.2.	laktagelser	14
5.1.3.	Revisionell bedömning	14
5.2.	Verksamhetsberättelse	14
5.2.1.	laktagelser och revisionell bedömning	14
<b>6.</b>	<b>Grundläggande granskning</b>	<b>15</b>
6.1.	Bakgrund	15
6.2.	Genomförande	15
6.2.1.	Metod och avgränsning	15
6.2.2.	Genomförd prövning av kontrollmål	15
6.2.3.	laktagelser och revisionell bedömning	16
<b>7.</b>	<b>Bilagor</b>	<b>17</b>

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Sörmlands revisorer granskat *Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds* (NSV) årsbokslut samt verksamhetsberättelse för 2021.

Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett underlag för sin bedömning av om årsbokslutet är upprättat 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:

- Har årsbokslutet upprättats enligt de anvisningar och rapportmall som tagits fram av regionstyrelsen?

Vi bedömer att årsbokslut för respektive enhet, i allt väsentligt, upprättats enligt de anvisningar och rapportmall som tagits fram.

- Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande för nämnden som helhet men inte för två av de fyra verksamheterna. Bedömningen är också att ett av fyra årsbokslut inte är upprättat enligt god redovisningssed.

- Säkerställer nämnden att styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillräcklig (intern styrning och kontroll)?

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden säkerställer en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten dock med rapportering per verksamhet. Bedömning av måluppfyllelse görs ej på nämndnivå utan är mer av beskrivande karaktär för respektive verksamhet vilket gör att bedömning av måluppfyllelse på nämndnivå försvåras.

- Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att nå fastställda mål avseende verksamhet och ekonomi (måluppfyllelse – ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet)?

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden delvis vidtar tillräckliga åtgärder för att nå fastställda mål avseende verksamhet och ekonomi. Målen bör kompletteras med mätbarhet där detta saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och om åtgärder är nödvändiga.

# 1. Inledning

I lag om kommunal redovisning regleras externredovisningen för kommuner och regioner och där finns bestämmelser om årsredovisning. 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 och syfte

### 1.1.1. 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 kap 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.

### 1.1.2. Syfte

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

- Har årsbokslutet upprättats enligt de anvisningar och rapportmall som tagits fram av regionstyrelsen?
- Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Granskningen av *Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård* omfattar:

- Verksamhetsberättelse för nämndens fyra verksamheter
- Årsbokslut för nämndens fyra verksamheter
- Översiktlig grundläggande granskning

Granskningen har utförts enligt god revisions sed för kommuner och regioner. Det innebär att granskningen planerats och genomförts ur ett väsentlighets- och riskperspektiv för att i rimlig grad kunna bedöma om årsboksluten 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 årsboksluten, 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 revisions sed med utgångs-

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

## 1.2. Revisionskriterier

Granskningen av årsbokslutet innebär en bedömning av om rapporten följer:

- Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021
- Kommunallagen (KL)
- Lag om kommunal redovisning (KRL)
- Rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR)
- Fullmäktiges beslutade mål om god ekonomisk hushållning

## 1.3. Avgränsning och metod

Den granskade verksamhetsberättelsen fastställs av nämnden den 11 mars 2022. Rapportens innehåll har sakgranskats av verksamhetschef och redovisningsansvariga för respektive verksamhet.

## 1.4. Resultaträkning för NSV

Nedan redovisas en total resultaträkning för nämnden avseende år 2021 vilken numera även återfinns i verksamhetsberättelsen.

(Tkr)	Totalt	HMC	FoU	Reg stöd	Vårdcollege
Intäkter	230 728	197 751	18 053	14 424	500
Övriga intäkter	48 170	3 558	7 542	37 070	-
<i>Summa</i>	<i>278 898</i>	<i>201 309</i>	<i>25 595</i>	<i>51 494</i>	<i>500</i>
Personalkostnader	- 55 581	- 41 289	- 11 198	- 2 701	- 393
Köpt verksamhet	- 1 986	- 1 049	-	- 891	- 46
Lämnad intern uppdragars	- 16 472	- 699	-	- 15 773	-
Lokalkostnader	- 10 967	- 10 524	- 394	- 49	-
Övriga kostnader	- 137 326	- 110 823	- 1 997	- 24 480	- 26
Avskrivningar	- 33 699	- 33 699	-	-	-
Finansiellt netto	- 48	- 48	-	-	-
<i>Summa kostnader</i>	<i>- 256 079</i>	<i>- 198 131</i>	<i>- 13 589</i>	<i>- 43 894</i>	<i>- 465</i>
<b>Årets resultat</b>	<b>22 819</b>	<b>3 178</b>	<b>12 006</b>	<b>7 600</b>	<b>35</b>

För jämförelse har motsvarande matris för år 2020 tagits med se nedanstående tabell.



(Tkr)	Totalt	HMC	FoU	Reg stöd	Vårdcollege
Intäkter	210 696	188 036	7 195	14 965	500
Övriga intäkter	6 415	4 267	2 048	100	-
<i>Summa</i>	<i>217 111</i>	<i>192 303</i>	<i>9 243</i>	<i>15 065</i>	<i>500</i>
Personalkostnader	- 52 890	- 42 320	- 9 170	- 1 257	- 143
Lokalkostnader	- 10 159	- 9 787	- 372	-	-
Övriga externa kostnader	- 111 453	- 108 574	- 2 210	- 486	- 183
Avskrivningar	- 34 739	- 34 739	-	-	-
Övriga rörelsekostnader	- 2 536	- 2 536	-	-	-
Finansiellt netto	- 213	- 212	- 1	-	-
<i>Summa kostnader</i>	<i>- 211 990</i>	<i>- 198 168</i>	<i>- 11 753</i>	<i>- 1 743</i>	<i>- 326</i>
<b>Årets resultat</b>	<b>5 121</b>	<b>5 865</b>	<b>2 510</b>	<b>13 322</b>	<b>174</b>

## 2. Granskningsresultat Regionalt stöd för samverkan kring socialtjänst och vård

### 2.1. Rättvisande räkenskaper

#### 2.1.1. Resultaträkning

Resultatet för 2021 är ett överskott på 7 600 tkr jämfört med budgeterat nollresultat och föregående års överskott på 13 1321 tkr, se även nedan.

(Tkr)	Bokslut 2021	Bokslut 2020	Förändring
Intäkter	51 394	14 965	36 429
Övriga intäkter	99	100	-1
Personalkostnader	- 2 701	- 1 257	- 1 443
Lämnad intern uppdragsersättning	-15 772	-55	- 15 827
Övriga kostnader	-25 421	- 388	- 25 033
<b>Årets resultat</b>	<b>7 600</b>	<b>13 321</b>	<b>5 721</b>

#### 2.1.2. Finansiella mål

Verksamhetens mål är att ha en långsiktig hållbar finansiering. Det finns inga indikatorer kopplat till målet varför bedömning om målet uppnås inte kan genomföras.

#### 2.1.3. Iakttagelser

Verksamhetsberättelsen innehåller inga upplysningar eller förklaringar till avvikelser mellan budget och/eller föregående räkenskapsår avseende hela verksamheten. Finns dock upplysningar för den "egna" verksamheten.

Vid granskningen av resultaträkningen för verksamheten har följande väsentliga avvikelser noterats:

- I balansräkningen fanns föregående år en skuld avseende förutbetalda intäkter på 11 283 tkr. Då återbetalningskrav inte finns för dessa erhållna projektmedel ska intäkten redovisas för det år de erhålls. Detta år har återföring genomförts med positiv resultatpåverkan om 8 447 tkr.

Felet ovan bedöms som materiellt och påverkar periodens resultat i väsentlig omfattning med 8 447 tkr.

#### 2.1.4. Revisionell bedömning

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt inte är rättvisande och upprättade enligt god redovisningssed.

## 2.2. Verksamhetsberättelse

Enligt anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021 ska verksamhetsberättelsen innehålla följande sex avsnitt:

- Sammanfattande analys
- Covid-19 sammanfattning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultaträkning

### 2.2.1. Iakttagelser och revisionell bedömning

Vid genomläsning av upprättad verksamhetsberättelse noteras att samtliga avsnitt finns med.

Den revisionella bedömningen är att verksamhetsberättelsen i allt väsentligt är upprättad enligt anvisningarna.

## 3. Granskningsresultat FoU i Sörmland

### 3.1. Rättvisande räkenskaper

#### 3.1.1. Resultaträkning

Årets resultat är ett överskott på 12 006 tkr att jämföra med föregående års underskott på 2 510 tkr och budgeterat underskott på 1 400 tkr, se även nedan.

(Tkr)	Bokslut 2021	Bokslut 2020	Förändring
Intäkter	21 799	7 195	14 604
Övriga intäkter	3 796	2 048	1 748
Personalkostnader	- 11 198	- 9 542	- 1 656
Övriga främmande tjänster	- 1 214	- 576	- 638
Övriga kostnader	- 1 177	- 1 634	457
Resultat från finansiella poster	0	- 1	1
<b>Årets resultat</b>	<b>12 006</b>	<b>-2 510</b>	<b>14 516</b>

#### 3.1.2. Finansiella mål

Verksamhetens mål är att vara en länsgemensam resurs med stabil ekonomi. Det finns inga indikatorer kopplat till målet varför bedömning om målet uppnås inte kan genomföras.

#### 3.1.3. Iakttagelser

I verksamhetsberättelsen framgår att budgetavvikelsen till största beror på erhållna statsbidrag. Det saknas upplysningar eller förklaringar till avvikelser mellan utfall och föregående räkenskapsår.

Vid granskningen har följande väsentliga avvikelser noterats:

- Fakturering av intäkter på 190 tkr i januari 2021 som avser år 2020 har inte periodiserats och ingår därför i utfallet för år 2021.
- Kostnad för tjänster har inte periodiserats korrekt då 476 tkr avser nästa räkenskapsår.

Felen ovan som bedöms som materiella men påverkar inte periodens resultat i väsentlig omfattning med 286 tkr.

#### 3.1.4. Revisionell bedömning

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande. Räkenskaperna är upprättade enligt god redovisningssed.

### 3.2. Verksamhetsberättelse

Enligt anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021 ska verksamhetsberättelsen innehålla följande sex avsnitt:

- Sammanfattande analys
- Covid-19 sammanfattning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultaträkning

I anvisningarna inför upprättande av verksamhetsberättelse framgår att utöver ovanstående punkter ska även nedan ingå.

- Anställningsstopp för administratörer.

### *3.2.1. Iakttagelser och revisionell bedömning*

Vid genomläsning av upprättad verksamhetsberättelse noteras att samtliga sex avsnitt ingår men att information om anställningsstopp för administratörer saknas.

Den revisionella bedömningen är att verksamhetsberättelsen i all väsentligt är upprättad enligt anvisningar och ger en rättvisande bild av årets verksamhet.

## 4. Granskningsresultat Hjälpmiddelscentralen

### 4.1. Rättvisande räkenskaper

#### 4.1.1. Resultaträkning

Årets resultat är ett överskott på 3 179 tkr att jämföra med föregående års underskott på 5 865 tkr och budgeterat nollresultat.

Verksamhetsberättelsen innehåller likt tidigare år bra en beskrivning av årets utfall avseende dess intäkter och kostnader.

(Tkr)	Bokslut 2021	Bokslut 2020	Förändring
Intäkter	201 310	192 303	9 007
Personal	-41 289	- 42 320	1 031
Lokal	- 10 524	- 10 192	-332
Övriga kostnader	-112 571	- 110 704	-1 867
Avskrivningar	- 33 699	- 34 739	1 040
<i>Summa</i>	3 227	-5 653	8 880
Fin intäkter	435	271	164
Fin kostnader	- 483	- 483	0
<b>Årets resultat</b>	<b>3 179</b>	<b>- 5 865</b>	<b>9 044</b>

Intäkterna för Hjälpmiddelscentralen (HMC) har ökat med 9 007 tkr vilket till största del beror på prishöjning och ökad volym av inkontinenshjälpmedel.

I kostnaderna ingår kassationskostnader med 7 205 tkr, en minskning med 2 252 tkr vilket är rimligt då det föregående år togs beslut om att minska antalet artiklar i ersättningsgrupper till endast två.

#### 4.1.2. Balansräkning

Avstämningsansvaret för balansräkningen delas mellan *Samlad Redovisning* och verksamheten. Vår rekommendation är likt tidigare att verksamheten bör stämma av samtliga poster för att få ett samlat grepp över verksamheten och därmed en kvalitetskontroll av bokslutsprocessen.

Vid granskningen av balansräkningen har följande väsentliga avvikelser noterats:

- I balansräkningen finns upplupna kostnader med ett positivt belopp på 1 762 tkr att jämföra med föregående års negativa belopp på 2 589 tkr som avser avstämning för mottagna varor och erhållna leverantörsfakturor baserat på försystemet SESAM. Vad posterna respektive år består av har inte kunnat följas upp då förteckning på vilka poster som är öppna vid årsskiftet inte kan presenteras. Anledningen till detta är att affärssystemet är uppbyggt så att endast förteckningar med årets samtliga transaktioner erhålls.

- Utöver ovan finns även en manuellt uppbokad skuldpost om 4 866 tkr i upplupna kostnader att jämföra med föregående år på 608 tkr. Detta avser uppbokning av leverantörsfakturer ankomna efter årsskiftet men som avser år 2021. Då inte ovanstående post om 1 762 tkr kan fastställas kan inte med säkerhet posten om 4 866 tkr fastställas.

Enligt uppgift från kund kommer utredning att genomföras under år 2022 för att klargöra om det finns information mellan försystemet och ekonomisystemet som inte överensstämmer. Bakgrunden till detta är bl a att det vid filöverföringar har uppstått problem som orsakat differenser anskaffningsvärden mellan systemen.

#### 4.1.3. *Finansiella mål*

HMC har till som finansiellt mål att verksamhetens resurser används på rätt sätt för en långsiktig ekonomi i balans. Till detta mål finns nedanstående fyra indikatorer:

	<b>Utfall</b>	<b>Målvärde</b>
<b>1)</b> Avvikelse mot budgeterat resultat i tkr	3 179 tkr	Noll
<b>2)</b> Nyttjandegrad	92,5 %	90 %
<b>3)</b> Andel indirekta kostnader i förhållande till intäkter	32,6 %	40 %
<b>4)</b> Lageromsättningshastighet	3,3 ggr	4,5 ggr

#### 4.1.4. *lakttagelser*

Av verksamhetsberättelsen framgår ingen bedömning om verksamheten uppfyller målet. Då tre av fyra indikatorer inte har uppnåtts är vår bedömning att målet inte är uppfyllt. Verksamheten bedömer dock att indikator nummer tre är uppfyllt.

#### 4.1.5. *Revisionell bedömning*

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande. Räkenskaperna är upprättade enligt god redovisningssed.

## 4.2. **Verksamhetsberättelse**

Enligt anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021 ska verksamhetsberättelsen innehålla nedanstående sex avsnitt:

- Sammanfattande analys
- Covid-19 sammanfattning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultaträkning

I anvisningarna inför upprättande av verksamhetsberättelse framgår att utöver ovanstående punkter ska även nedan ingå.

- Anställningsstopp för administratörer.

#### *4.2.1. Iakttagelser och revisionell bedömning*

Vid genomläsning av upprättad verksamhetsberättelse noteras att samtliga sex avsnitt ingår men att information om anställningsstopp för administratörer saknas vilket beror på att ett dispensförfarande finns för samtliga personalgrupper.

Den revisionella bedömningen är att verksamhetsberättelsen är upprättad enligt anvisningarna och ger en rättvisande bild av årets verksamhet.



# 5. Granskningsresultat Vård- och omsorgscollege

## 5.1. Rättvisande räkenskaper

### 5.1.1. Resultaträkning

Årets resultat uppgår till + 35 tkr att jämföra med budget på noll kronor och föregående års resultat om +173 tkr.

### 5.1.1. Finansiella mål

Verksamhetens mål är att ha en stark ekonomi i balans. Det finns en indikator som visar ett målvärde på 0 tkr i ekonomiskt resultat. Indikatorn är grön som om den har uppnåtts men kommentar eller bedömning framgår inte.

### 5.1.2. Iakttagelser

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

- Köp av skylt med ny logotype inköpt i januari 2021 för 28 tkr har felaktigt redovisats som kostnad föregående år på grund av att den var budgeterad på år 2020.
- Kostnad för hosting-avgift har inte periodiserats vilket innebär att årets resultat är 12 tkr för lågt redovisat.

Felen ovan bedöms som materiella och påverkar periodens resultat i väsentlig omfattning.

### 5.1.3. Revisionell bedömning

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt inte är rättvisande. Räkenskaperna är upprättade enligt god redovisningssed.

## 5.2. Verksamhetsberättelse

Enligt anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021 ska verksamhetsberättelsen innehålla följande sex avsnitt:

- Sammanfattande ananlys
- Covid-19 sammanfattning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultaträkning

### 5.2.1. Iakttagelser och revisionell bedömning

Vid genomläsning av upprättad verksamhetsberättelse noteras att samtliga tillämpliga avsnitt finns med.

Den revisionella bedömningen är att verksamhetsberättelsen är upprättad enligt anvisningar och ger en rättvisande bild av årets verksamhet.

## 6. Grundläggande granskning

### 6.1. Bakgrund

Av kommunallagen och god revisions sed 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.

### 6.2. Genomförande

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

- Säkerställer NSV 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)?

#### 6.2.1. 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).

#### 6.2.2. Genomförd prövning av kontrollmål

Genomförd prövning av kontrollmålen visar att nämnden har tio gröna, fyra gula, två röda samt en ej tillämplig. Gula och röda presenteras nedan:

- 1) Finns mätbara/uppföljningsbara mål för nämndens/styrelsens verksamhet? *Delvis. Saknar indikatorer med måtvärden på flera av målen för verksamheten.*
- 2) Används måtetal för ekonomi, prestationer och kvalitet vid rapporteringen? *Delvis då måtetal inte alltid finns.*
- 3) När nämnden uppsatta mål för verksamheten? *Delvis. Tydlig måluppfyllelse görs ej på nämndnivå. Mer beskrivande vad som genomförts under året för respektive verksamhet och mål. HMC redovisar tydligare måluppfyllelse med fler indikatorer och målvärden. HMC redovisar god måluppfyllelse.*
- 4) När nämnden uppsatta mål för ekonomin? *Nej. Tydlig måluppfyllelse görs ej på nämndnivå. Totalt resultat för nämnden uppgår till +22,8 mkr att jämföra med bud-*

geterat resultat om -1,4 mkr. HMC har tre indikatorer utöver budgeterat nollresultat varav två inte uppfylls.

- 5) Sker en strukturerad värdering av resultat och måluppfyllelse (efter lämnad rapportering)? *Nej Struktur finns då mall för upprättande används och i verksamhetsberättelsen redogörs för vad respektive verksamhet har gjort under målen men mätbarhet saknas och därmed värderingen. Gemensam måluppfyllelse för nämnden saknas.*
- 6) Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem? *Delvis. Särskilda åtgärdsplaner har ej framkommit på nämndnivå, dock beskrivs orsaker och ibland åtgärder men inte alltid tydlig bedömning av måluppfyllelse och därmed svårt att bedöma behov av åtgärdsplaner*

### 6.2.3. *laktagelser och revisionell bedömning*

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en god intern kontroll och styrning samt god uppföljning dock med rapportering per verksamhet. Bedömning av måluppfyllelse görs ej på nämndnivå utan är mer av beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Målen bör kompletteras med mätbarhet där detta saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och om åtgärder är nödvändiga.

2022-03-01

---

*Susanne Lindberg*  
Uppdragsledare

---

*Casper Wessén*  
Medarbetare

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 27 juli 2021. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# 7. Bilagor

Bilaga 1: Kontrollmål i översiktlig grundläggande granskning NSV

www.pwc.se

# *Översiktlig grundläggande granskning 2021*

NSV  
Mars 2022

---

# 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 NSV, nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård.

## 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 17 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 NSV utifrån våra revisionsfrågor är att:

- Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden likt föregående år har en god intern kontroll och styrning samt god uppföljning dock med rapportering per verksamhet. Bedömning av måluppfyllelse görs ej på nämndnivå utan är mer av beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Målen bör kompletteras med mätbarhet där detta saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och om åtgärder är nödvändiga.

Mål och styrning 2021				Eventuella kommentarer/noteringar
1) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet i enlighet med fullmäktiges uppdrag?	X			Ja, i protokoll 2020-12-11 § 29/20 antas verksamhetsplan med budget för 2021 - 2023. Nämndens fyra verksamheter redovisas i egna avsnitt med inledning, perspektiv och resultat-räkning.  Ja, ingår i verksamhetsplanen. En IK-plan för Hjälpmedelscentralen och en gemensam för övriga tre verksamheter.
2) Har nämnden antagit en intern-kontrollplan?	X			Bedöms vara så.
3) Är planen heltäckande, d v s omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	X			Bedöms vara så.
4) Har nämnden antagit en internbudget för sin verksamhet som motsvarar fullmäktiges ram?	X			Finns rambudget då nämnden använder sitt egna kapitel, i övrigt intäktsfinansierad. Finns även investeringsram. Internbudget överensstämmer med ram. Ej gemensam resultatbudget för hela nämnden. Inga investeringar upptagna i budget 2021 för HMC (Hjälpmedelscentralen).
5) Är budgeten heltäckande, d v s omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	X			Ja
6) Finns mätbara/uppfoljningsbara mål för nämndens verksamhet?		X		Saknar indikatorer med mätvärden på flera av målen för vissa verksamheter. För nämndens gemensamma mål saknas mätvärden/indikatorer.
7) Finns mätbara/uppfoljningsbara mål för nämndens ekonomi?	X			Ekonomisk budget finns för samtliga verksamheter men indikatorer finns endast avseende ekonomi för HMC.
8) Har nämnden fångat upp och verkställt eventuella särskilda uppdrag från fullmäktige?				E t



Uppföljning och rapportering 2021				Eventuella kommentarer/noteringar
9) Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller verksamhet?	X			Ja, sex sammanträden har genomförts under år 2021 då rapportering och information erhålls från de olika verksamheterna.
10) Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller ekonomi?	X			Uppföljning av ekonomin sker vid tre av sex sammanträden enligt nedan: 1) Årsbokslut 2020 antas 2) Kvartalsrapport för nämnden samt för respektive verksamhet godkänns 2021-05-28 § 13/21. Budgetunderlag 2022 för nämnden samt respektive verksamhet 2021-05-28 § 14/21. 3) Delårsrapport för nämnden godkänns 2021-09-10 § 18/21.
11) Fokuserar rapporteringen på måluppfyllelse, resultat och effekter?	X			Ja, men olika mellan verksamheterna då vissa saknar mätetal och indikatorer.
12) Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet vid rapporteringen?		X		Delvis då indikatorer inte alltid finns.
13) Får nämnden återrapportering av beslut som fattats på delegation?	X			Görs vid sammanträde 2021-04-09 § 7/21 och 2021-10-29 § 26/21.

<b>Resultat, aktiva åtgärder och återrapportering 2021</b>				<b>Eventuella kommentarer/noteringar</b>
14) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?		X		Tydlig måluppfyllelse görs ej på nämndnivå. Mer beskrivande vad som genomförts under året för respektive verksamhet och mål. HMC redovisar tydligare måluppfyllelse med fler indikatorer och målvärden. För övriga tre enheter finns totalt två indikatorer. HMC bedöms redovisa en god måluppfyllelse.
15) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?			X	Tydlig måluppfyllelse görs ej på nämndnivå. Totalt resultat för nämnden uppgår till 22,8 mkr att jämföra med budgeterat resultat om – 1,4 mkr. HMC har tre indikatorer utöver budgeterat nollresultat varav två inte uppfylls.
16) Sker en strukturerad värdering av resultat och måluppfyllelse (efter lämnad rapportering)?			X	Struktur finns då mall för upprättande används och i verksamhetsberättelsen redogörs för vad respektive verksamhet har gjort under målen men mätbarhet saknas och därmed värderingen. Gemensam måluppfyllelse för nämnden saknas.
17) Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?		X		Särskilda åtgärdsplaner har ej framkommit, dock beskrivs orsaker och ibland åtgärder men inte alltid tydlig bedömning av måluppfyllelse och därmed svårt att bedöma behov av åtgärdsplaner.

#### **Kommentar/sammanfattande bedömning:**

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en god intern kontroll och styrning samt god uppföljning dock med rapportering per verksamhet. Bedömning av måluppfyllelse görs ej på nämndnivå utan är mer av beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Målen bör kompletteras med mätbarhet där detta saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och om åtgärder är nödvändiga.

För kännedom

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

Gemensamma patientnämnden

## Granskningsrapport för patientnämnden år 2021

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av patientnämnden 2021. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden den 28 april 2022.

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 2021

### Sammanfattning

Bedömningen 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 2021. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande.

### Rekommendationer

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

- ✓ Komplettera målen med mätbara indikatorer för en tydligare uppföljning av verksamhetsresultat.

### Bakgrund

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

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

### Iakttagelser i 2020 års granskning

Bedömningen var att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att nämnden hade genomfört endast tre sammanträden och reglementet anger minst fyra. Detta fick effekten att kvartalsrapporten för mars inte beslutades av nämnden. Vi bedömde att nämnden, trots detta, hade en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Räkenskaperna bedömdes inte som helt rättvisande för nämnden. Felen berodde i huvudsak på fel från 2019.

Revisorerna deltog i nämndens sammanträde den 29 april 2021 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2020.

## 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 2021.

## 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 2021. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

Revisorerna har under året tagit del av den oberoende utvärdering av Region Sörmlands arbete under covid-19-pandemin som behandlats av regionstyrelsen (RS april § 63/21). Vi har inte funnit skäl att göra någon fördjupad granskning kring regionens ledning och styrning utifrån det vi tagit del av.

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.

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 som redovisas under Revisionens granskningar avseende 2021.

## Fullmäktiges uppdrag till nämnden

Av regionens Mål och budget för 2021-2023<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.

---

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

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

Det reviderade reglemente för gemensam patientnämnd i Sörmlands län beslutades i regionfullmäktige i april 2021 och börjar gälla den 1 januari 2022<sup>2</sup>. Länets kommuner rekommenderas att fatta likalydande beslut om revidering av reglementet. Förändringen avser former för digitala sammanträden.

Tilldelad budgetram är 3,7 mnkr och ingen investeringsram framgår av Mål och budget 2021-2023.

Vi kan inte finna att fullmäktige har beslutat om några ytterligare uppgifter till nämnden under 2021.

### **Nämndens verksamhet under år 2021**

#### **Nämndens styrdokument och protokoll**

Nämnden har haft fyra sammanträden under 2021.

Nämnden godkänt två rapporter från patientnämndens kansli, *Klagomål på vården som avser barn - analys av klagomål inkomna till patientnämnden i Region Sörmland under 2020* och *Patienters och närståendes upplevelser av den kommunala hälso-och sjukvården*.

Nämnden har bland annat beslutat om teman för rapporter från patientnämndens kansli för 2022.

Anmälningssärenden förekommer på samtliga sammanträden och ingen återrapporering av delegationsbeslut har gjorts.

#### **Vår kommentar**

Av bilagan 1 *Granskning årsbokslut och översiktlig grundläggande granskning 2021* framgår de iakttagelser som gjorts.

#### **Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2021**

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 2021 i kvartals- och delårsrapportering samt verksamhetsberättelse.

---

<sup>2</sup> Regionfullmäktige § 14/21, Digitala sammanträden i fullmäktige, styrelsen och nämnder

Ekonomisk rapportering	Akkumulerat avvikelse utfall/budget	Årsprognos	Akkumulerad budget
Kvartalsrapport i mars	398 tkr	3 660 tkr	935 tkr
Delårsrapport i juli	755 tkr	2 660 tkr	2 125 tkr
Slutligt utfall i december	1 453 tkr		3 660 tkr

Vid kvartalsrapporten redovisades en positiv budgetavvikelse med 537 tkr. Överskottet har främst uppkommit på grund av lägre personalkostnader. I personalbudget finns medel för vakant som inte tillsatts därför att behovet inte finns.

En positiv budgetavvikelse uppgår till 1 370 tkr vid delårsrapportering. Prognosen har sänkts med 1 000 tkr vilket framförallt beror på vakant tjänst.

Årets resultat blev 1 453 tkr och en positiv budgetavvikelse på 2 207 tkr. Personalkostnaderna blev 1 770 tkr lägre än budget. Detta beror på vakant tjänst som inte tillsatts och vakant för två månader på grund av pensionsavgång.

#### Vår kommentar

Nämnden har under året följt regionens reglemente för planering och uppföljning. Granskning av nämndens protokoll visar att nämnden har beslutat om kvartals- och delårsrapporter samt verksamhetsberättelsen för 2021.

#### Revisionsdialog

Nämndens arbetsutskott och revisorerna träffades den 15 oktober 2021 för dialog. Vid dialogen diskuterades bland annat granskningen *Analys och åtgärder till följd av inkomna klagomål och synpunkter* och nämndens svar samt arbete med digitalisering.

#### Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse

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

#### Vår kommentar

Nämnden beslutade om patientnämndens delårsrapport vid sammanträdet i september 2021. Nämndens rapportering följer utgivna anvisningar väl.

Den verksamhetsberättelse vi har granskat är den som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde den 17 februari 2022. Verksamhetsberättelsen är strukturerad och följer anvisningen väl. Analys av avvikelser mot budget redovisas men inte mot föregående år.



Av bilagan 1 *Granskning årsbokslut och översiktlig grundläggande granskning 2021* framgår de iakttagelser som gjorts.

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

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

#### **Vår kommentar**

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2021 utan dokumenterad riskbedömning och planen har följts upp både i delårsrapport och verksamhetsberättelse. En dokumenterad riskbedömning bör framgå av planen enligt internkontrollreglementet. Internkontrollplan följer perspektiven i regionens styrmodell.

En av kontrollerna under medborgarperspektivet *Säkerställa att inkommit svar från vården skickas till patienter/närstående inom rimlig tid* rapporteras endast vid delår.

## Revisionens granskningar avseende 2021

Nedan görs en kort sammanfattning av de granskningar som revisorerna genomfört och avrapporterat avseende 2021. 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 2021, RS	Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning.	Inget svar begärt – dialogmöten med samtliga nämnder under hösten.
Patientnämndens bidrag till vårdens kvalitetsutveckling, gemensam patientnämnd	<p>Syftet med granskningen är att ge underlag för att bedöma om den gemensamma patientnämnden tillhandahåller ett bidrag till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården i enlighet med lagstiftningens intentioner. Den sammanfattande bedömningen är att nämnden, som är gemensam med länets kommuner, tillhandahåller ett bidrag till kvalitetsutveckling. De svar som ges från vårdenheter till följd av inkomna synpunkter innehåller i flera fall exempel på åtgärder som bidrar till kvalitetsutveckling.</p> <p>Av granskningen framgår att det främst är ärenden gällande bemötande och kommunikation som bidrar. Ärenden kring bristande tillgänglighet bedöms inte bidra på samma sätt. De utvecklingsmöjligheter som anges i rapporten avser arbetet med att systematisera återrapporteringen till hälso- och sjukvården för att kunna se mönster i om någon typ av ärenden ökar eller minskar.</p>	Inget svar begärt.

## Granskningar där svar är begärt under 2022

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

<p>Regionens patientsäkerhetsarbete, RS m fl</p> <p>Svar begärt till 4 maj från RS – förlängd svarstid till 7 juni</p> <p>(även nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, nämnden för kultur, utbildning och friluftsvksamhet, nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård samt den gemensamma patientnämnden omfattas av granskningen)</p>	<p>Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen och nämnderna har säkerställt förutsättningar för ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.</p> <p>Granskningen visar att det finns förutsättningar för hantering av anmälningsärenden, informationsskyldighet samt klagomål och synpunkter. Det finns också förutsättningar för uppföljning hos annan vårdgivare vilka hanteras av Hälsovalsstaben.</p> <p>Hanteringen av patientsäkerhetsberättelserna är inte helt tillfredsställande. Det saknas beskrivning av organisation för patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården utifrån vårdgivaransvaret och en övergripande beskrivning av regionens samlade organisation för Region Sörmlands patientsäkerhetsarbete. Även huvudmannaansvaret är otydligt. Regionstyrelsen har både vårdgivar- och huvudmannaansvaret. Detta kan leda till otydligheter både inom och utom organisationen samt mot medborgare och myndigheter.</p> <p>En av de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhetsarbetet är att vårdgivaren har ett ledningssystem. Därför är det viktigt att det pågående arbetet med ledningssystemet färdigställs och att det också löpande förvaltas.</p> <p>Vår sammanfattande bedömning är att regionens hälso- och sjukvård har förutsättningar för ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Genom införandet av och arbetet med den nationella handlingsplanen kan regionen stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.</p>
<p>Arbetslivsinriktad rehabilitering för medarbetare i Region Sörmland, RS och samtliga nämnder</p> <p>Svar begärt från RS till 10 juni</p>	<p>Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen och nämnderna säkerställer arbetsgivaransvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering för medarbetare i Region Sörmland.</p> <p>Den sammanfattande bedömningen är att regionstyrelsen och nämnderna i stort säkerställer arbetsgivaransvaret och att arbetet sker systematiskt. Granskningen visar att HR-specialister finns som professionellt stöd till cheferna. Det finns styrande dokument, arbetsätt, IT-stöd och utbildningar på området. Samarbete finns med företagshälsovården och Försäkringskassan.</p> <p>Bedömningen är att den interna styrningen och kontrollen kan utvecklas då granskningen visar att det saknas systematisk uppföljning om rehabiliteringsarbetet påbörjats och om dokumentationen görs i IT-stödet på det sätt som det styrande dokumentet anger.</p>

Revisionen

	<p>Det är positivt att utvecklingsarbete pågår med att utveckla statistiken och att planer finns som handlar om att utveckla uppföljningen av sjukfrånvaron, rehabiliteringsprocessen och det systematiska arbetsmiljöarbetet.</p>
<p>IT/informationssäkerhet, RS</p> <p>Nämnderna får rapporten för kännedom med rekommendationen att stärka den interna kontrollen i sina respektive verksamheter</p> <p>Svar begärt till 23 juni från regionstyrelsen</p>	<p>Syftet med granskningen är att ge ett underlag för att bedöma om regionstyrelsen säkerställer en god intern styrning och kontroll som leder till en ändamålsenlig informationssäkerhet med god uppfyllelse av målen i policyn för informationssäkerhet.</p> <p>Den sammanfattande bedömningen är att regionstyrelsen delvis säkerställer en god intern styrning och kontroll av IT /informationssäkerhetsarbetet.</p> <p>I rapporten lämnas ett antal rekommendationer för att stärka den interna styrningen och kontrollen och i högre grad säkerställa ändamålsenligheten i informationssäkerhetsarbetet och god uppfyllelse av informationssäkerhetspolicyns mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utvärdera om befintliga resurser för informationssäkerhetsarbetet är tillräckliga för att möta nya hot och risker samt de interna krav och lagkrav som finns</li> <li>✓ Stärka den interna kontrollen avseende efterlevnad av styrande dokument inom informationssäkerhet. Samt säkerställa att informationssäkerhetschef har mandat att genomföra interna revisioner där brister kan identifieras och påtalas för ansvariga</li> <li>✓ Fastställa styrande dokument för IT-säkerhetsarbetet som bland annat kan tydliggöra ansvar, krav på åtgärder samt uppföljning av vidtagna åtgärder</li> <li>✓ Säkerställa att de obligatoriska utbildningarna inom informationssäkerhet genomförs regelbundet och för samtlig personal och förtroendevalda</li> <li>✓ Skyndsamt upprätta kontinuitetsplaner och regelbundet testa rutiner så att verksamheter, IT-infrastruktur och kommunikation kan fortgå/återgå med minimerad skadeverkan i händelse av avbrott eller allvarlig störning inom IT.</li> </ul>

## Revisionens uppföljning av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen en strukturerad uppföljning av granskningar som genomförts tidigare år.

Följande bedömningar har gjorts efter det att uppföljning skett via skriftliga frågor ut i verksamheterna under året för nedanstående granskningar:

Granskning (genomförd år)	Bedömning efter uppföljning
Intern kontroll avseende hantering av löner m m (2018)	Vår bedömning är att arbetet med kartläggning av löneprocessen har pågått länge och att mycket arbetet är genomfört, men att man inte är "i mål". Dokumenterade delprocesser finns på intranätet. Kartläggning av pensionsprocessen saknas vid tillfället för vår uppföljning men ska göras under 2021. Vi följer det regiongemensamma arbete som pågår med internkontroll. Löneprocessens områden bör finnas med i regionstyrelsens interna kontrollplan för att man ska kunna följa utvecklingen, t ex för signering av utanordningslistor. I uppföljningen framkom att 5% av utanordningslistorna inte signerats i april 2021. Vi föreslår inte någon ytterligare granskning för tillfället utan följer utvecklingen och området.

Revisionen

Tiina Olofsson  
Sakkunnig revisor

Bilaga 1	Granskning årsbokslut av årsbokslut 2021- Patientnämnden, PwC
Bilaga 1.1	Översiktlig grundläggande granskning 2021- Patientnämnden, PwC

# Granskning av års- bokslut 2021

## Patientnämnden

Region Sörmland

*Projektledare: Susanne Lindberg*

*Projektmedarbetare: Casper Wessén*

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>3</b>
1.1.	Bakgrund	3
1.2.	Syfte	3
1.3.	Revisionskriterier	4
1.4.	Avgränsning och metod	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.	Revisionell bedömning	5
2.2.	Verksamhetsberättelse	5
2.2.1.	laktagelser 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.	laktagelser och revisionell bedömning	8
<b>4.</b>	<b>Bilagor</b>	<b>10</b>

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Sörmlands förtroendevalda revisorer granskat patientnämndens årsbokslut och verksamhetsberättelse för räkenskapsåret 2021 samt genomfört en översiktlig grundläggande granskning.

Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett underlag för sin bedömning av om årsbokslutet är upprättat 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:

- Har årsbokslutet upprättats enligt de anvisningar och rapportmall som tagits fram av regionstyrelsen?

Vi bedömer att årsbokslutet, i allt väsentligt, upprättats enligt de anvisningar och rapportmall som tagits fram.

- Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

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

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering.

- Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att nå fastställda mål avseende verksamhet och ekonomi (måluppfyllelse – ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet)?

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden bör komplettera målen med mätbarhet för en tydligare uppföljning av verksamhetsresultat samt att avvikelser mot budget analyseras och baserat på analysen vidtas åtgärder för att nå målvärdet för ekonomin.



# 1. Inledning

I lag om kommunal redovisning regleras externredovisningen för kommuner och regioner. 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:

- Har årsbokslutet upprättats enligt de anvisningar och rapportmall framtagen av Regionstyrelsen?
- Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Granskningen av Patientnämnden omfattar:

- Verksamhetsberättelse inkl resultaträkning
- Översiktlig grundläggande granskning

Granskningen har utförts enligt god revisions sed för kommuner och regioner. 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 revisions sed 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:

- Lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR)
- Fullmäktiges beslutade mål om god ekonomisk hushållning
- Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021
- Kommunallagen (KL)

### **1.4. Avgränsning och metod**

Den granskade verksamhetsberättelsen fastställdes av nämnden den 17 februari 2022.

Rapportens innehåll har sakgranskats av redovisningsansvarig och verksamhetschef.

## 2. Granskningsresultat

### 2.1. Rättvisande räkenskaper

#### 2.1.1. Resultaträkning

Årets utfall uppgår till -1 453 tkr att jämföra med budgeterat resultat på -3 660 tkr. Den positiva avvikelser på 2 207 tkr avser i huvudsak lägre personalkostnader än budgeterat om 1 770 tkr samt lägre övriga kostnader än budgeterat om 455 tkr. Lokalkostnader översteg budget med 49 tkr.

Personalkostnaderna har ökat jämfört med föregående år men är lägre än budgeterat. Att de har ökat jämfört med föregående år beror att enhetschefstjänsten var vakant under del av 2020. Att de är lägre än budgeterat beror på att budgeterade medel för vakant tjänstetrymme inte har nyttjats då det ej funnits behov. Ytterligare en anledning är lägre omkostnader för stödpersoners resor vilket är en konsekvens av pandemin.

Övriga kostnader är lägre än budgeterat då det inte varit möjligt att genomföra utbildningsinsatser och konferens för stödpersoner. Lokalkostnaderna är högre än budgeterat på grund av att budgetposten är underbudgeterad.

Föregående år uppgick resultatet till – 1 054 tkr att jämföra med årets utfall på -1 453 tkr.

#### 2.1.2. Finansiella mål

Politikens mål är att Region Sörmland har en stark ekonomi i balans. Patientnämnden har som indikator till detta finansiella mål att avvikelse mot budgeterat resultat ska vara noll. Nämnden bedömer detta mål som uppfyllt men utfallet är högre än noll då nämnden redovisar är en positiv avvikelse på 2 207 tkr.

#### 2.1.3. Revisionell bedömning

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

### 2.2. Verksamhetsberättelse

Enligt anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2021 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.

Nämnden har beslutat om en internkontrollplan avseende år 2021, vilken följs upp under avsnittet Intern kontroll.

Den revisionella bedömningen är att verksamhetsberättelsen är upprättad enligt anvisningar och ger en rättvisande bild av årets verksamhet.

## 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 tio gröna, fyra gula, en röd, och två e t (ej tillämpliga), varav gula och röda presenteras nedan: I bilaga 1 redovisas samtliga kontrollmål.

1. Finns mätbara/uppföljningsbara mål för nämndens verksamhet? *Strategiska mål och planeringskommentar finns men mätbarhet saknas p g a avsaknad av indikatorer.*
2. Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller verksamhet? *Information om verksamheten sker på sammanträden. Under år 2021 har fyra sammanträden hållits. Kvartalsrapport beslutas 2021-04-29 §7/21. Delårsrapport beslutas 2021-09-16 §13/21. Verksamhetsberättelse beslutas i februari.*
3. Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet vid rapporteringen? *För ekonomin finns indikator och uppföljning av dessa i rapporteringen men indikatorer för uppföljning saknas i verksamhetens mål.*

4. När nämnden uppsatta mål för verksamheten? *Redogörelse för vad som gjorts under respektive mål finns i verksamhetsberättelse för 2021. 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, resultatet uppgår till + 2 207 tkr. Målvärde är 0 tkr i avvikelse mellan budget och utfall.*

### **3.2.3.      *lakttagelser och revisionell bedömning***

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering men bör komplettera målen med mätbarhet för en tydligare uppföljning av verksamhetsresultat samt att avvikelse mot budget analyseras och baserat på analysen vidtas åtgärder för att nå målvärdet för ekonomin.

2022-02-24

---

*Susanne Lindberg*  
Auktoriserad revisor  
Uppdragsledare

---

*Casper Wessén*  
Projektmedarbetare

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 8 juli 2021. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# 4. Bilagor

Bilaga 1 Översiktlig grundläggande granskning 2021



# *Översiktlig grundläggande granskning 2021*

Patientnämnden  
Mars 2022

---

# 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 17 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 god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering men bör komplettera målen med mätbarhet samt att avvikelser mot budget analyseras och baserat på analysen åtgärder vidtas för att nå målvärdet för ekonomin.

Mål och styrning 2021				Eventuella kommentarer/noteringar
1) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet i enlighet med fullmäktiges uppdrag?	X			Ja, i protokoll 2020-11-13 §12/20 antas en verksamhetsplan med budget 2021.
2) Har nämnden antagit en internkontrollplan?	X			Internkontrollplan finns integrerad i eget avsnitt i verksamhetsplanen. Avrapportering sker i delårsrapport för januari-juli 2021 samt i årsrapport.
3) Är planen heltäckande, d v s omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?	X			Verksamhetsplan 2021 bedöms vara så.
4) Har nämnden antagit en internbudget för sin verksamhet som motsvarar fullmäktiges ram?	X			Ja, vilken stämmer med budgetram från fullmäktige.
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 planeringskommentar 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 2021				Eventuella kommentarer/noteringar
9) Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller verksamhet?	X			Information om verksamheten sker på sammanträden. Under år 2021 har fyra sammanträden hållits. Kvartalsrapport beslutas 2021-04-29 §7/21. Delårsrapport beslutas 2021-09-16 §13/21. Verksamhetsberättelse beslutas i februari.
10) Sker regelbunden och heltäckande rapportering vad gäller ekonomi?		X		Kvartalsrapport, delårsrapport och verksamhetsberättelse 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 vid sammanträden.

<b>Resultat, aktiva åtgärder och återrapportering till fullmäktige 2021</b>				<b>Eventuella kommentarer/noteringar</b>
14) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?		X		Redogörelse för vad som gjorts under resp mål finns i verksamhetsberättelse för 2021. 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 +2 207 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 verksamhetsberättelse 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 ekonomisk avvikelse mot budget som dock bör analyseras och åtgärder vidtas.

#### **Kommentar/sammanfattande bedömning:**

Vår bedömning, utifrån vår översiktliga granskning, är att nämnden har en god intern kontroll och styrning samt god uppföljning och rapportering men bör komplettera målen med mätbarhet för en tydligare uppföljning av verksamhetsresultat samt att avvikelse mot budget analyseras och baserat på analysen åtgärder vidtas för att nå målvärdet för ekonomin.

Revisionen

Datum  
2022-03-03

Dokumentnummer  
RE-REV22-0009

För kännedom  
Enligt sändlista

NSV, Nämnden för samverkan  
kring socialtjänst och vård

### **Styrning och uppföljning av verksamheten Forskning och Utveckling i Sörmland**

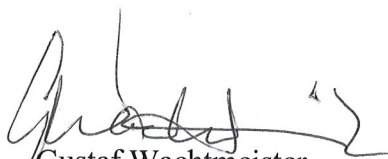
Regionens revisorer har låtit PwC genomföra en granskning i syfte att ge underlag för att bedöma om NSV-nämnden har tillräcklig styrning och uppföljning av den verksamhet som bedrivs inom enheten för Forskning och Utveckling i Sörmland, FoUiS.

Den sammanfattande bedömningen är att nämndens delvis har en tillräcklig styrning och uppföljning av verksamheten. Styrnings- och uppföljningsstrukturer finns i allt väsentligt men en ökad mätbarhet bör eftersträvas för tydliggörande av verksamhetsresultat. Dessutom kan arbetet med riskbedömningar inför arbetet med interna kontrollplaner utvecklas. Vad vi erfar pågår också ett regionövergripande arbete inom området.


Av granskningen framgår att den framtida finansieringen inte är löst för FoUiS verksamhet och för 2022 kommer tidigare balanserade överskott att användas. Vi förstår att förankring avseende verksamhet med flera huvudmän kan ta tid. Att beslut om framtida uppdrag och finansiering kommer på plats är av stor vikt.

Revisorerna ställer sig bakom de rekommendationer som framförs i rapporten.

Vi begär svar från NSV-nämnden med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder senast den 30 juni 2022.



Gustaf Wachtmeister  
Ordförande



Torgerd Jansson  
Vice ordförande

Revisionen

Datum  
2022-03-03

Dokumentnummer  
RE-REV22-0009

Sändlista

Regionstyrelsen

Jan Grönlund, regiondirektör

Titti Kendall, verksamhetschef läns gemensamt regionalt stöd

Marina Arkkukangas, FOU-chef

Samtliga kommunrevisioner i Sörmland





# Styrning och uppföljning av verksamheten Forskning och Utveckling i Sörmland

Region Sörmland

Mars 2022

*Matti Leskelä*


*Linn Bergman*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Sörmlands genomfört en granskning av nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds styrning och uppföljning av verksamheten "Forskning och Utveckling i Sörmland".

Granskningens syfte är att bidra till revisorernas underlag för att bedöma om Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård bedriver en ändamålsenlig verksamhet.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att nämndens styrning av verksamheten "Forskning och Utveckling i Sörmland" inte är fullt ut tillräcklig. Styrnings- och uppföljningsstrukturer finns i allt väsentligt. Ökad mätbarhet bör dock eftersträvas för tydliggörande av verksamhetsresultat.

Revisionsfråga	Bedömning
Har nämnden en tillräcklig styrning och uppföljning av den verksamhet som bedrivs inom enheten "Forskning och Utveckling i Sörmland"?	Delvis 

## Rekommendationer

- Nämnden rekommenderas verka för ökad mätbarhet vilket exempelvis kan ske genom införande av ytterligare måltal och indikatorer.
- Intern kontroll kan stärkas genom införande av kontrollmoment avseende FoUIS-verksamheten.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	1
<b>Inledning</b>	3
<b>Bakgrund</b>	5
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	5
<b>Revisionskriterier</b>	5
<b>Avgränsning</b>	5
<b>Metod</b>	3
<b>Granskningsresultat</b>	5
<b>Styrning och uppföljning av FoUIS</b>	5
<b>Iakttagelser</b>	5
<b>Bedömning</b>	8
<b>Rekommendation</b>	8

# Inledning

## Bakgrund

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård ansvarar bland annat för verksamheten i "Forskning och Utveckling i Sörmland" (FoUiS). Enligt nämndens reglemente omfattar verksamheten inom FoUiS forskning och utveckling avseende socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor inom Sörmland.

Av särskild bilaga till nämndens reglemente framgår att Länsstyrgruppen för Närvård är styrgrupp för FoUiS. Länsstyrgruppen utser representanter till styrelse för FoUiS. Det framgår också av uppgift från FoUiS webbsida att styrelsen för FoUiS består av representanter utvalda från Länsgrupp Närvård.

Av den särskilda bilagan till reglementet framgår också övergripande mål för verksamheten i FoUiS. Ett av målen är att "FoUiS's arbete sprider kunskap och erfarenheter mellan verksamheter inom och mellan kommuner och region".

Det är väsentligt att nämnden har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll utifrån uppdragen från fullmäktige. Revisorerna har i sin revisionsplan beslutat att granska nämndens styrning och uppföljning av verksamheten inom FoUiS.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bidra till revisorernas underlag för att bedöma om Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård bedriver en ändamålsenlig verksamhet genom att besvara följande revisionsfråga:

- Har nämnden en tillräcklig styrning och uppföljning av den verksamhet som bedrivs inom enheten "Forskning och Utveckling i Sörmland"?

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Nämndens reglemente
- Fullmäktiges mål- och budgetdokument

## Avgränsning

Granskningen avser revisionsobjektet Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård utifrån ovanstående revisionsfråga.

## Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning. Intervju har genomförts med ansvarig FoU-chef inom FoUiS. Vidare har två regionföreträdare för länsstyrgruppen för närvård som är styrgrupp för FoUiS intervjuats. Denna styrgrupp består av tjänstepersoner från regionen och Sörmlands kommuner.

Dokumentgranskning har skett av styrande dokument inom FoUiS såsom verksamhetsplaner och dokument där uppföljning av verksamheten sker.

Nämndens protokoll och underlagen till ärenden avseende FoUiS har reviderats. Vi har också tagit del av dokument från FoUiS styrgrupp samt från FoUiS styrelse.

Granskningen har skett utifrån syftet att bedöma om det finns en välfungerande och sammanhängande styrning och uppföljning utifrån verksamhetens mål.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Styrning och uppföljning av FoUiS

*Revisionsfråga 1:* Har nämnden en tillräcklig styrning och uppföljning av den verksamhet som bedrivs inom enheten "Forskning och Utveckling i Sörmland"?

### *lakttagelser*

Av intervjuer med företrädare för styrgruppen för FoUiS framkommer att enheten varit organiserad under Region Sörmland sedan år 2015. Uppdraget uppfattas som brett mot såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg. Uppdraget anpassas enligt intervjuade till vad som är relevant vid respektive tidpunkt och vad Regionen och kommunerna vill satsa på. Verksamheten har enligt intervjuade funnits i cirka 20 år och den har i princip bedrivits med nuvarande arbetssätt sedan cirka 10 år. Verksamheten uppges hänga samman med närvårdsstrukturen. FoUiS uppges ha en viktig roll i denna struktur. Vidare betonas FoUiS bidrag till utveckling i den kommunala vården. I intervjuer lyfts att Region Sörmland ligger väl till när det gäller samverkan.

Den kliniska forskning som bedrivs i Region Sörmland är inte organiserad i enheten FoUiS som organisatoriskt är en del av Region Sörmland.

Styrningen mot FoUiS utgår från nämnden. Nämnden har i sin tur, i enlighet med reglementet, den läns gemensamma styrgruppen för närvård som styrgrupp för verksamheten inom FoUiS.

Den läns gemensamma styrgruppen består av 22 tjänstepersoner varav 7 representerar Region Sörmland. I övrigt ingår representanter från länets kommuner samt den FoU-chef som leder FoUiS i denna styrgrupp.

Den läns gemensamma styrgruppen har, i enlighet med reglementet, utsett 7 ledamöter som styrelse för FoUiS. Dessa ledamöter tillhör också den läns gemensamma styrgruppen.

I FoUiS styrelse ingår FoU-chefen samt ytterligare 3 ledamöter från Region Sörmland. Styrelsen i FoUiS är, enligt FoUiS webbplats, utvalda för att representera de områden FoUiS har i uppdrag att arbeta med. De uppges företräda hela länet i styrelsen.

De övergripande mål som anges i reglementet kring bland annat kunskapsstyrning i samverkan framgår också av FoUiS-enhetens webbsida. De övergripande målformuleringarna för FoUiS beskrivs i reglementet enligt nedanstående bild:

- FoUiS's övergripande mål är att FoUiS's arbete främjar en hållbar utveckling och förbättring i verksamheter baserad på evidens från forskning, praktik och brukar-/patienterfarenhet.
- FoUiS's arbete leder till individers egna, verksamheters och samhällets effektiva och hållbara resursanvändning.
- FoUiS's arbete stärker tvärvetenskaplig och tvärssektoriell vardagsnära kunskapsutveckling för vård och omsorg och hälso- och sjukvården.
- FoUiS's arbete sprider kunskap och erfarenheter mellan verksamheter inom och mellan kommuner och region.
- FoUiS's arbete med berörda huvudmän leder till god hälsa och full delaktighet för målgrupperna.
- FoUiS är en lärande organisation som kontinuerligt lär av sina erfarenheter i syfte att lösa sina uppgifter på ett bättre sätt.
- FoUiS har resurser och kompetens så att ovanstående mål kan uppnås.

Målen är som de beskrivs i reglementet inriktade på kunskapsutveckling utifrån evidens inom hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg. Aktiviteterna ska bidra till att främja hälsa och delaktighet.

Av granskningen framgår att den verksamhetsplan som enheten FoUiS använder sig av är den som gäller för NSV som helhet. Mål och inriktning för FoUiS godkänns av den egna styrelsen och länsstyrgruppen innan FoUiS delar inarbetas i verksamhetsplanen som beslutas av NSV. Således har nämnden genom detta beslutsrådighet över mål och inriktning för FoUiS.

I "Verksamhetsplan med budget - NSV 2021-2023" redovisas FoU i Sörmland som en av nämndens fyra verksamheter. Det uppdrag och fokusområden som anges hänger väl samman med den målinriktning som anges i reglementet. Bland målen i verksamhetsplanen nämns bland annat kunskapsstyrning men även digitalisering och miljöarbete. I intervjuerna anges att de prioriterade områdena för framtiden bland annat är "Tillsammans för barnens bästa", Nära Vård och Digitalisering.

Bland mycket annat framgår också av verksamhetsplanen att FoUiS processleder de fem samverkansråden. Dessa är Fallpreventionsrådet, Palliativa rådet, Rådet för vård och omsorg vid demenssjukdom, Nutritionsrådet och Rådet för barns rätt som anhöriga/närstående. Av intervjuer framgår att det utvecklingsledarna inom FoUiS har en koppling till de nationella RSS-nätverken. RSS står för regional stöd- och samverkansstruktur.

Målen som anges i verksamhetsplanen är till stor del relativt övergripande till sin karaktär och därmed också svåra att följa upp. Uppdraget som FoUiS har kring kunskapsstyrning och samverkan är också svårt att följa upp eftersom resultat av då det sannolikt finns indirekta positiva effekter i regionen och kommunerna som är svåra att kvantifiera och konkretisera. De målområden som finns är dock relevanta utifrån de övergripande RF-målen. I intervjuer anges att det också sker ett arbete för att se till att målen för enheten hänger ihop med övergripande nivåer.

I "Verksamhetsplan med budget - NSV 2021-2023" saknas indikatorer helt för de delar som avser FoU i Sörmland. Detta kan bero på att det vid framtagande av verksamhetsplanen har setts som svårt att hitta mätbarhet utifrån uppdragets art med

inriktningen att samverka, processleda och stödja verksamheterna i Regionen och kommunerna.

Av Region Sörmlands övergripande dokument "Mål och budget planperioden 2021-2023" framgår att indikatorer ska användas. Vi har noterat att NSV i verksamhetsplanen för 2021 beslutat om indikatorer för andra verksamheter än FoUiS. I "Verksamhetsplan med budget - NSV 2022-2024" finns indikator avseende sjukfrånvaro för FoUiS. I 2022 års verksamhetsplan anges att indikatorer ska tas fram inom området Nära Vård under året.

Det finns förutsättningar att öka styrningen och mätbarheten genom att ta fram fler indikatorer inom några områden. I verksamhetsplanen under målområdet "Region Sörmland har en hållbar produktion och konsumtion" bör exempelvis kostnader för bilresor respektive kollektivtrafikresor kunna hämtas från den ekonomiska redovisningen. Antal genomförda utbildningar fysiskt respektive digitalt är annat exempel på mått som kan övervägas.

Vi har i granskningen sett att nämnden följer upp verksamheten i FoUiS genom de ordinarie delårsrapporter samt bokslut där FoUiS ingår som en del. I dessa delrapporter ges en form av statusuppdatering kring de mål och det uppdrag som beslutats.

Av granskningen framgår också att verksamheten berörts i nämnden vid ett antal andra tillfällen. Under 2020 beslutades om en verksamhetsöversyn omfattande uppdrag, mål, organisation, samverkansmöjligheter och långsiktig finansiering. Detta uppdrag återredovisades till nämnden i mars 2021 genom underlaget "FoUiS - framtida uppdrag och finansiering" som utarbetats av FoUiS styrelse. Ärendet var uppe i både FoUiS styrelse och i Länsstyrgruppen i sin helhet innan nämndsbehandling.

Av protokoll från september 2021 framgår följande:

"Nämnden har under våren fått återkoppling på uppdraget att utreda FOU: s framtida uppdrag och finansiering. Nämnden har godkänt utredningen och beslutat att senast inför budget 2022 ta ställning till hur den framtida finansieringen av Forskning och Utveckling i Sörmland ska lösas."

Av "Verksamhetsplan med budget - NSV 2022-2024" framgår att "fortsatt hållbar lösning på finansiering krävs om verksamheten fortsatt ska kunna utgöra ett stöd".

Den verksamhetsöversyn som nämnden beslutade genomföra under 2020 har ännu inte inneburit något nämndbeslut utifrån hur uppdraget formulerades. Samtidigt framgår att tidigare balanserade överskott kommer att användas för att finansiera verksamheten under 2022. Enligt uppgift från intervjuade har det funnits tveksamheter från vissa kommuner till förslaget om framtida uppdrag och finansiering. Ändringar av medlemsavgiften ska, i enlighet med NSV:s reglemente, beslutas av respektive huvudman. Detta kan vara anledningen till att beslut inte kunnat fattas av nämnden.

De intervjuade uppfattar att det finns en löpande redovisning till nämnden kring enhetens kvartalsrapporter, bokslut och budgetförslag. Detta bekräftas av vår genomgång av nämndsärenden som samlat visar att väsentliga ärenden rörande enheten behandlas.



FoU-chef deltar på nämndens sammanträden och informerar gällande aktuella frågor. Nämnden upplevs av de intervjuade ha ett stort intresse och engagemang kring verksamheten.

Vi har i granskningen också tagit del av FoUiS separata budgetunderlag och uppföljningsrapporter. Detta visar att verksamheten styrs och följs upp också på enhetsnivån inom FoUiS.

Till nämndens verksamhetsplan finns en internkontrollplan bifogad för nämndens ansvarsområde. Det finns i denna plan ett antal generella områden där kontroller ska ske. Exempel på område som finns med är "Uppföljning av verkställighet av NSV:s beslut". Specifika kontrollmoment avseende just FoUiS finns inte med i planen.

### *Bedömning*

Har nämnden en tillräcklig styrning och uppföljning av den verksamhet som bedrivs inom enheten "Forskning och Utveckling i Sörmland"?



**Delvis.** Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att nämndens styrning av verksamheten "Forskning och Utveckling i Sörmland" inte är fullt ut tillräcklig. En styrnings- och uppföljningsstruktur finns i allt väsentligt. Ökad mätbarhet bör dock eftersträvas för tydliggörande av verksamhetsresultat. Att FoUiS-verksamhetens framtida finansiering inte lösts är inte optimalt. Samtidigt har vi förståelse för att förankring avseende verksamhet med flera huvudmän kan ta tid.

### *Rekommendationer*

- Styrning och uppföljning kan stärkas genom att ytterligare måltal och indikatorer som mäter verksamhetens måluppfyllelse utarbetas.
- I nämndens internkontrollplan kan införande av moment avseende FoUiS-verksamheten övervägas för stärkt kontroll.

2022-03-03

Susanne Lindberg

Matti Leskelä

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

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 2021-10-07. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

För kännedom  
Enligt sändlista

Gemensamma patientnämnden

### **Patientnämndens bidrag till vårdens kvalitetsutveckling**

Regionens revisorer har låtit PwC genomföra en granskning i syfte att ge underlag för att bedöma om den gemensamma patientnämnden tillhandahåller ett bidrag till kvalitetsutveckling i enlighet med lagstiftningens intentioner. Detta kopplat till hur svaren från hälso- och sjukvården ser ut.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden tillhandahåller ett bidrag till kvalitetsutveckling. De svar som ges från vårdenheter till följd av inkomna synpunkter innehåller i flera fall exempel på åtgärder som bidrar till kvalitetsutveckling.

Av granskningen framgår att det främst är ärenden gällande bemötande och kommunikation som bidrar till kvalitetsutveckling. Ärenden kring bristande tillgänglighet bedöms inte bidra på samma sätt.

De utvecklingsmöjligheter som anges i rapporten avser arbetet med att systematisera återrapporeringen till hälso- och sjukvården för att kunna se mönster i om någon typ av ärenden ökar eller minskar.

Vi ser positivt på att nämnden planerar att genomföra en undersökning om i vilken omfattning klagomål och synpunkter används och tas i beaktande i kvalitets- och förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården.

Vi begär inte svar från den gemensamma patientnämnden på rapporten.



Gustaf Wachtmeister  
Ordförande



Torgerd Jansson  
Vice ordförande

Sändlista

Regionstyrelsen

Jan Grönlund, regiondirektör

Carolina Sandberg, enhetschef patientnämndens kansli

Monika Samuelsson, hälso- och sjukvårdsdirektör

Marie Bennermo, verksamhetschef patientsäkerhetsenheten

Samtliga kommunrevisioner i Sörmland

# Patientnämndens bidrag till vårdens kvalitetsutveckling

Region Sörmland

Mars 2022

*Projektledare Matti Leskelä*

*Projektmedarbetare Linn Bergman*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Sörmland genomfört en granskning av Patientnämndens bidrag till vårdens kvalitetsutveckling. Granskningens syfte är att bidra till revisorernas underlag för att bedöma om Patientnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att nämnden tillhandahåller ett bidrag till kvalitetsutveckling. De svar som ges från vårdenheter till följd av inkomna synpunkter innehåller i flera fall exempel på åtgärder som bidrar till kvalitetsutveckling.

Nedan framgår bedömning av revisionsfrågan. Fullständig bedömning framgår avslutningsvis i rapporten.

Revisionsfrågor	Bedömning
Tillhandahåller nämnden ett bidrag till kvalitetsutveckling i enlighet med lagstiftningens intentioner kopplat till hur svaren från vården ser ut?	Ja 

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	1
<b>Inledning</b>	3
<b>Bakgrund</b>	5
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	5
<b>Revisionskriterier</b>	5
<b>Avgränsning</b>	5
<b>Metod</b>	3
<b>Granskningsresultat</b>	5
<b>Patientnämndens bidrag till kvalitetsutveckling</b>	5
<b>lakttagelser</b>	5
<b>Bedömning</b>	8

# Inledning

## Bakgrund

Den gemensamma patientnämnden i Region Sörmland är en gemensam nämnd för regionen och länets nio kommuner.

Av Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården framgår bland annat följande:

3 § Patientnämnderna ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.

6 § Regionerna och kommunerna ska organisera sin verksamhet så att slutsatser av de analyser som patientnämnderna gör i enlighet med 3 § tas om hand och bidrar till hälso- och sjukvårdens utveckling.

I reglementet för den gemensamma patientnämnden framgår bland annat att:

“Nämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma Region Sörmland eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.”

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bidra till revisorernas underlag för att bedöma om Patientnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet genom att besvara följande revisionsfråga.

- Tillhandahåller nämnden ett bidrag till kvalitetsutveckling i enlighet med lagstiftningens intentioner kopplat till hur svaren från vården ser ut?

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Nämndens reglemente
- Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

## Avgränsning

Granskningen avser revisionsobjektet Patientnämnden utifrån ovanstående revisionsfråga. Nämndens rutiner för att säkerställa kvalitet i verksamheternas svar på inkomna klagomål är av särskild vikt i granskningen.

## Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning. Intervjuer har genomförts med tjänstepersoner inom patientnämndens kansli. Intervjuer har även genomförts med företrädare för patientsäkerhetsenheten inom den gemensamma hälso-

och sjukvårdsledningen. Vidare har vi intervjuat verksamhetsansvariga inom ett urval av regionens verksamheter som varit föremål för inkomna synpunkter till Patientnämnden. Totalt har sex verksamhetsföreträdare intervjuats inom en vårdcentral samt två kliniker.

Dokumentgranskning har skett av styrande dokument inom Patientnämndens verksamhet, såsom verksamhetsplaner, protokoll och dokument där uppföljning av verksamheten sker.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.



# Granskningsresultat

## Patientnämndens bidrag till kvalitetsutveckling

*Revisionsfråga: Tillhandahåller nämnden ett bidrag till kvalitetsutveckling i enlighet med lagstiftningens intentioner kopplat till hur svaren från vården ser ut?*

### *lakttagelser*

Av patientnämndens reglemente framgår att nämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter. Patientnämnden har enligt intervju inget tillsynsuppdrag att se över vilka åtgärder som vidtas till följd av inkomna synpunkter utan deras uppdrag avslutas då patient eller närstående erhållit svar. Något tillsynsansvar för patientnämndernas del finns inte heller direkt uttalat i lagstiftningen.

Av intervjuer framgår att samtliga ärenden som inkommer till patientnämndens kansli alltid överlämnas till berörd vårdenhet för kännedom. Enligt intervju är det ungefär hälften av de inkomna ärendena som skickas tillbaka till vårdgivaren med begäran om svar. Handläggare på patientnämndens kansli bedömer utifrån klagomålets art om svar från vården ska begäras.

Det beskrivs att flera av patienterna som kontaktar patientnämnden inte önskar svar av vården utan vill rapportera händelsen för kännedom. När svar önskas bifogar patientnämnden skrivstöd till handlingarna för att underlätta för vården att svara enkelt och tydligt.

Synpunkter som inkommer från patientnämnden där svar begärs från vården synliggörs hos Region Sörmlands vårdenheter i avvikelssystemet Synergi Life. Syftet med att rapportera i systemet är att vårdenheten på ett effektivt sätt kan fånga upp patientnämndsärenden i det egna utvecklingsarbetet. Kommunärenden hanteras på samma vis med begäran om svar men med traditionell postgång.

Intervjuade från verksamheter som varit föremål för inkomna synpunkter beskriver att de tar emot ärenden från patientnämnden löpande. När ärende inkommer får berörd personal ta del av synpunkten i sin helhet och ge sin bild av händelsen. Inom vissa verksamheter får berörd personal skriva svar till patienten och verksamhetschef vidimerar det innan det skickas iväg. I andra verksamheter skriver verksamhetschef svaret. Hur många inom vården som blir inblandade i handläggningen av ett ärende beror också på ärendets art.

Det finns en rutin för hur patientnämnden handlägger de svar som inkommer från vården. När svar mottas ser handläggare över att svaret stämmer överens med vad patienten önskade få svar på och i annat fall tas åter kontakt med verksamhetschef. Samverkan mellan vården och patientnämnden beskrivs av intervjuade som positiv till denna del och även generellt.

De intervjuade beskriver i huvudsak dialogen som väl fungerande.

Vissa inkomna synpunkter kan besvaras direkt av patientnämnden eller efter kontakt med berörd verksamhetschef och blir således inte så administrativt omfattande.

Patientnämndens uppdrag är att patienten ska erhålla svar inom fyra veckor, med undantag för ärenden som eventuellt kräver mer omfattande utredning. Om ärendet gäller ett barn är svarstiden istället två veckor. I nämndens internkontrollplan för 2021 finns målet "*Säkerställa att vården inkommer med svar till patientnämnden inom angiven/begärd svarstid.*" I delårsrapporten per augusti 2021 framgår att patientnämnden genomfört flertalet avstämningsmöten med en klinik och att en åtgärdsplan avseende att få ärenden besvarade i tid har upprättats.

Pandemin uppges ha gjort att svarstiderna från vården blivit längre. De intervjuade från verksamheterna beskriver att dialogen med patientnämnden och dess kansli fungerat bra även under pandemin. Kansliet har varit behjälpliga med att kommunicera fördröjningen till patienterna.

Vid intervju med företrädare för vården beskrivs att de synpunkter som kommer via patientnämnden främst bidrar till kvalitetsutveckling av vården gällande bemötande och kommunikation. De inkomna ärendena används i verksamheterna för att diskutera hur mötet med patienten ska gå till och utvecklas. Exempel som lyfts är att en verksamhet kunnat fånga upp bristande bemötande hos personal till följd av synpunkter och kunnat vidta åtgärder utifrån detta.

Vidare beskrivs att synpunkterna fungerar som ett sätt att fånga upp bristande rutiner och att skapa dialog kring arbetssätt som behöver förändras. Intervjuade från vårdverksamheterna anger att de upplever möjligheten att svara på och bemöta synpunkterna som ett bra sätt att kommunicera med patienterna.

I en sammanställning som patientnämnden gjort för 2021 framgår exempel på åtgärder som vården beskrivit i svaren till patienter och närstående. I enlighet med vad de intervjuade beskrivit visar sammanställningen att de vidtagna åtgärderna har varit till exempel:

- Utbildningsinsatser i bemötande för personal
- Upprättande av nya rutiner
- Samtal i arbetsgrupper med lärandesyfte
- Handledning av personal
- Dialogskapande mellan specialistvård och kommun

Exempel på åtgärder som framgår från svar till patienter är följande:

"För att detta inte ska hända någon annan patient är checklista under framtagande för att säkerställa att ordination och behandling stämmer överens."

"Hennes situation har redan lett till att vi har gjort flera ändringar av våra rutiner och även handledning av våra läkare som är under utbildning."

“Vi tar också med oss detta exempel (givetvis utan personuppgifter och namn) för att påvisa brister och vad de medfört samt för att kunna hitta alternativa, bättre sätt att samverka. Vi ser ett behov av tidigare kommunikation mellan oss”

“Vi har beslutat ett uppdrag åt en grupp med representanter för våra tre kliniker att ta fram en rutin och plan för hur samordning av X-injektioner ska ske i vår region.”

I intervju framförs synpunkt från verksamheterna att det är viktigt att patientnämnden tillser att urvalet ärenden som går till vården med begäran om svar begränsas i de fall det är möjligt och lämpligt. Detta för att en större andel av de svar som ges ska kunna bidra till kvalitetsutveckling av vården. Samtidigt uppges att är det svårt utifrån hur uppdraget ser ut att begränsa antalet ärenden.

Vi kan utifrån både genomförda intervjuer och den dokumentation vi tagit del av konstatera att flera av de ärenden som kommer in via patientnämnden ger ett bidrag till kvalitetsutvecklingen av vården.

Vissa ärenden bidrar samtidigt inte till kvalitetsutveckling. Är det en bristande tillgänglighet med långa vårdköer kan det vara svårt för vården att införa en åtgärd till följd av klagomålet. Synpunkter på vårdanställdas bemötande kan ibland sannolikt bero på exempelvis patientens oro och stress i samband med kontakten med vården.

Utvecklingsmöjlighet anges finnas i arbetet med systematiskt kvalitetsarbete och i systematiseringen kring återrapporteringen till hälso- och sjukvården. Som exempel lyfts att verksamheterna och patientsäkerhetsenheten önskar ta del av en samlad bild kring om det är någon typ av synpunkt som tydligt ökar eller minskar, och om det går att se liknande mönster för de olika verksamheterna. Ovanstående beskrivs kunna skapa möjlighet till ökad samverkan och gemensamt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården inom områden som är föremål för synpunkter.

Patientnämnden samverkar enligt intervju regelbundet med patientsäkerhetsenheten genom återkommande möten där inkomna patientklagomål diskuteras och analyseras tillsammans med chefsläkare. Detta beskrivs ge en återkoppling till vårdgivarna som skapar förutsättningar till åtgärder.

Analys kring kommunärenden har enligt uppgift genomförts. Resultatet av analysen har skickats till kommunerna vilket kan bidra i patientsäkerhetsarbetet. Representanter för länets MAS-nätverk har även fått rapporten presenterad på nämndsammanträde.

Patientnämndens kansli rapporterar löpande statistik till patientnämnden om antal inkomna ärenden samt de områden ärenden gäller. Man rapporterar också de analyser som görs.

Utifrån de synpunkter som lämnades i en revisionsrapport från våren 2021 har följande noterats i nämndens svar från september 2021:

“Patientnämnden planerar att tillsammans med regionens patientsäkerhetsenhet att genomföra en undersökning om i vilken omfattning klagomål och synpunkter används och tas i beaktande i kvalitets- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Syftet är även att få en bild av vårdens kännedom om patientnämndens årliga rapporter.”

De synpunkter som inkommer ger redan i nuläget, enligt intervjuer och angivna svar, ett bidrag till kvalitetsutvecklingen. Den planerade undersökningen kan bidra till att fortsatt klargöra bilden kring i vilken omfattning klagomål och synpunkter ger kvalitetsutveckling.

### *Bedömning*

*Tillhandahåller nämnden ett bidrag till kvalitetsutveckling i enlighet med lagstiftningens intentioner kopplat till hur svaren från vården ser ut?*



Ja. Vi bedömer att nämnden tillhandahåller ett bidrag till kvalitetsutveckling. De svar som ges från vårdenheter till följd av inkomna synpunkter innehåller i flera fall exempel på åtgärder som bidrar till kvalitetsutveckling.

2022-03-03

Susanne Lindberg

Matti Leskelä

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

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 2021-10-07. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.