

# Årsrapport 2021

## Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden

Revisionskontoret

*Årsrapporten är ett utkast och inte en offentlig handling fram till dess att revisorskollegiet beslutar om revisionsberättelsen 2021. Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.*



# Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning</b> .....	2
<b>Revisionskontorets årsrapport</b> .....	3
<b>Revisionskriterier</b> .....	4
<b>Bedömningsskala</b> .....	4
<b>Sammanfattning</b> .....	5
<b>Nämndens ansvarsområden</b> .....	7
<b>Granskning av nämndens interna kontroll</b> .....	8
<b>Bedömning</b> .....	11
<b>Granskning av nämndens verksamhet</b> .....	11
<b>Bedömning</b> .....	17
<b>Granskning av nämndens ekonomi</b> .....	17
<b>Bedömning</b> .....	18
<b>Granskning av räkenskaper</b> .....	19
<b>Delårsbokslut</b> .....	19
<b>Årsbokslut</b> .....	19

## Revisionskontorets årsrapport

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. I 12 kap 1 § kommunallagen (2017:725) anges att revisorernas uppgift är att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

I Revisionskontorets årsrapport sammanfattar yrkesrevisorn det gångna årets granskning av respektive nämnd. Syftet med rapporten är att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för sin lagstadgade prövning. Följande granskningsinsatser ligger till grund för upprättad årsrapport

- löpande genomgång av nämndens beslut och beslutsunderlag
- dialog med Region Skånes revisorer, nämndens presidium och berörd förvaltning;
- fördjupade granskningar och förstudier som genomförts under året
- analys och bedömning av granskningsresultat i förhållande till revisionskriterier

Fördjupade granskningar rapporteras i sin helhet i enskilda rapporter. Alla publikationer finns på Region Skånes revisorers hemsida <https://www.skane.se/politik-och-demokrati/revision/>.

Granskningen har utförts av Åsa Nilsson, certifierad kommunal revisor. Yrkesrevisorn har prövat sitt oberoende i enlighet med SKYREV:s rekommendation R2 och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen. George Smidlund, revisionsdirektör och certifierad kommunal revisor, har kvalitetssäkrat rapporten.

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar av granskningsresultatet. Revisionskriterier utgörs exempelvis av lagstiftning samt mål och andra beslut av fullmäktige. Nedan anges aktuella revisionskriterier per granskningsområde som tillämpas i denna rapport.

Intern kontroll:

- 6 kap. 6 § Kommunallag (2017:25)
- Reglemente för god hushållning och intern kontroll inklusive tillämpningsanvisningar
- Regionfullmäktiges anvisningar för intern kontroll (Verksamhetsplan och budget 2021, bilaga 8)

Verksamhet och ekonomi:

- 6 kap. Kommunallag (2017:25)
- Regionfullmäktiges mål, uppdrag och regionbidrag (Verksamhetsplan och budget 2021)
- Regionfullmäktiges uppföljning- och rapporteringsanvisningar (Verksamhetsplan och budget 2021, bilaga 8)
- Nämndens verksamhetsplan och internbudget 2021

Räkenskaper:

- Kommunallag (2017:25) och Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning (RKR) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

## Bedömningsskala

Nedan anges den bedömningsskala som används för att tydliggöra granskningsresultatet i förhållande till angivna revisionskriterier. Begreppen (tillräcklig, ändamålsenlig och tillfredställande) är hämtade från kommunallagens 12:e kapitel där det anges vad revisorerna ska ta ställning till. Identifierade avvikelser anges i rapporten som *förbättringsområden* (att åtgärda). Vid väsentliga avvikelser kan revisorerna besluta om att skicka årsrapporten till nämnden för svar om hur åtgärder ska vidtas.

Tillräcklig intern kontroll  
Ändamålsenlig verksamhet  
Tillfredsställande ekonomi } Kriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Ingen/mindre avvikelser

Inte helt tillräcklig intern kontroll  
Inte helt ändamålsenlig verksamhet  
Inte helt tillfredsställande ekonomi } Kriterierna inte helt uppfyllda. Avvikelser förekommer

Inte tillräcklig intern kontroll  
Inte ändamålsenlig verksamhet  
Inte tillfredsställande ekonomi } Kriterierna inte uppfyllda. Väsentliga avvikelser

Räkenskaperna bedöms som i allt väsentligt rättvisande eller ej rättvisande.

# Sammanfattning

## INTERN KONTROLL

**Nämndens interna kontroll bedöms sammanfattningsvis som tillräcklig. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Nämnden har genomfört en riskbedömning som grund för den interna kontrollen och antagit en plan som även innefattar specifika kontrollområden. Uppföljning av kontrollområden har genomförts och rapporterats i enlighet med krav. Genomförda kontroller vid helår 2021 har till viss del visat på avvikelser. Förbättringsområden och åtgärder finns angivna i uppföljningen, vilket krävs enligt reglementet för intern kontroll. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens interna kontroll har granskats fördjupat inom ett område 2021. Genomförd granskning visar att nämnden till stor del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll. Granskningen visar också att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, att nämnden involveras i riskhanteringen via workshops och att uppföljningen av den interna kontrollen innehåller en utförlig beskrivning över genomförda åtgärder. Det noteras att arbetet kan utvecklas vad gäller att upprätta en bruttorisklista som innehåller samtliga identifierade risker.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Upprätta en dokumenterad bruttorisklista över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.

## VERKSAMHET

**Sammanfattningsvis bedöms nämnden ha bedrivit verksamheten på ett inte helt ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har antagit verksamhetsplan för 2021 i enlighet med regionfullmäktiges krav. Nämndens verksamhetsplan 2021 med tillhörande målkort har utgångspunkt i Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021, hälso- och sjukvårdsuppdraget och övriga relevanta styrande dokument. Koppling finns till regionfullmäktiges övergripande mål. Verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar som nämnden har fått från regionfullmäktige i reglementet. Nämnden har löpande följt upp verksamheten och vidtagit åtgärder vid identifierade avvikelser. Handlingsplan för en ekonomi i balans har uppdaterats under året. I samband med genomgång av kvalitetsuppföljningsbilagan och nämndens verksamhetsberättelse noteras avvikelser inom bland annat områdena Förstärkt vårdgaranti i primärvården (inom 3 dagar), Vårdgaranti - väntande inom 90 dagar första besök och Tillgänglighet BUP - genomförda förstabetesök inom 30 dagar som visar att det finns målnivåer som har försämrats jämfört med föregående år samt att målnivåerna inte uppnås. Bedömningen är att psykiatri, habilitering- och hjälpmedelsnämnden inte har bedrivit verksamheten på ett helt ändamålsenligt sätt. Verksamheten bedöms dock till viss del ha påverkats av rådande pandemi.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Ökad måluppfyllelse
- ✓ Granskning av Vård som skjutits upp med anledning av pandemin (se ovan och separat fördjupad granskning)

## **EKONOMI**

**Sammanfattningsvis bedöms nämnden ha bedrivit verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har följt upp ekonomin under året i samband med månadsrapporter, delårsrapport samt årsredovisning. Nämnden har även fått återsrapportering av beslutade åtgärder för en ekonomi i balans. Nämndens resultat per 2021-12-31 uppgår till 38,8 mnkr och är därmed i enlighet med beslutad budget. Resultatet av nämndens verksamhet bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål om en långsiktigt stark ekonomi.

## **RÄKENSKAPER**

**Sammanfattningsvis bedöms räkenskaperna i allt väsentlig som rättvisande.**

## Nämndens ansvarsområden

Nämnden ansvarar för följande områden (urval):

- Nämnden är driftsledningsnämnd för ansvarsområdet. Inom ansvarsområdet ingår psykiatri, habilitering och hjälpmedel.
- Nämnden ska utifrån lämnat regionbidrag fastställa en verksamhetsplan och internbudget.
- Nämnden har ett övergripande ansvar för att verksamhetens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet, och ansvarar direkt inför fullmäktige.
- Nämnden ska också utöva ledningen av Region Skånes verksamhet enligt 22 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, samt fatta regionens myndighetsbeslut om insatser enligt denna lag.
- Nämnden beslutar om förfrågningsunderlag och om ersättningar kopplade till valfrihetssystem inom habilitering- och hjälpmedelsområdet. Nämnden ingår avtal och vårdöverenskommelser med vårdgivare inom ramen för valfrihetssystem för vilka nämnden fastställer förfrågningsunderlag.
- Nämnden ska följa upp sådan verksamhet som bedrivs av privata utförare i enlighet med lag, avtal och av fullmäktige fastställda program och direktiv.
- Nämnden fastställer regelverk för hjälpmedelshandboken. Nämnden bereder ärenden om egenavgifter för hjälpmedel till regionfullmäktige.
- Nämnden har ett tvärsektorieellt samordningsansvar för att främja ett strategiskt och effektivt genomförande av det funktionshinderspolutiska programmet.
- Nämnden ska fastställa och följa upp en årlig internkontrollplan och rapportera till regionstyrelsen.
- Nämnden fastställer delårs- och verksamhetsberättelse för den egna verksamheten.
- Det ankommer på nämnden att föra Region Skånes talan i mål och ärenden avseende LSS.
- Nämnden ska arbeta med att utveckla medborgarkontakterna genom olika former av medborgardialog.

## Granskning av nämndens interna kontroll

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *intern kontroll*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Riskhantering	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har som grund för sin styrning och kontroll genomfört en riskbedömning av verksamheten. Riskbedömningen är dokumenterad som en integrerad del av den interna kontrollplanen 2021 och verifierar att risker analyserats som ett underlag för den interna kontrollen. Det framgår dock inte om det finns någon separat bruttorisklista som innehåller samtliga framtagna riskområden inför framtagandet av planen. Den interna kontrollplanen innehåller totalt 27 identifierade risker för 2021. För samtliga risker har nämnden beslutat om åtgärd, det vill säga vidare kontroll i enlighet med planen. I arbetet med intern kontroll har även intern kontrollplan för verksamhetsområde hjälpmedel tagits fram.
---------------	-----------------	---

Riskvärdering	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har gjort riskinventeringar avseende interna och externa risker. Beredningsutskottet har gjort en prioritering och valt ut fem delkontrollområden. Dessa områden presenterades på nämndens sammanträde 2020-10-28. Av Beredningsutskottets protokoll från sammanträdet 2020-10-16 § 14 framgår: ”Genomgång och genomförande av riskanalys till nämndens interna kontrollplan 2021”. Av nämndens protokoll från sammanträdet 2020-10-28 § 44 framgår att: ”Genomgång av riskområden intern kontrollplan 2021”. I protokollet nämns också att det vid sammanträdet gavs möjlighet att lämna synpunkter vad gäller val av områden samt beskrivning och bedömning av risk.
---------------	-----------------	--

I nämndens interna kontrollplan anges att samtliga riskområden som ingår i planen ska följas upp. Särskilt noteras att 2 riskområden som ingår i den interna kontrollplanen 2021 har bedömd risknivå 16 (risknivå 16 är max). För övriga riskområden är bedömningen att 12 riskområden har bedömd risknivå 12, 8 riskområden har bedömd risknivå 9, 3 riskområden har bedömd risknivå 8 och 2 riskområden har bedömd risknivå 6.



I verksamhetsområde Hjälpmedels interna kontrollplan för utökade uppdrag finns 17 kontrollområden. Det finns ingen bedömning om dessa kontrollområden ska följas upp eller inte. Dock finns riskvärdering både vid delår och vid helår. Vid framtagandet av planen anges att 5 riskområden har bedömd risknivå 6, 4 riskområden har bedömd risknivå 8, 6 kontrollområden har bedömd risknivå 9 och 2 kontrollområden har bedömd risknivå 12.

Förbättringsområde:

- Upprätta en dokumenterad bruttorisklista över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.

Kontrollaktiviteter **Uppfyllt**

Nämnden har antagit en intern kontrollplan för 2021 (beslutad av nämnden 2020-12-04 § 58). Den interna kontrollplanen innefattar fem specifika kontrollområden som i den interna kontrollplanen motsvaras av delkontrollområden under de övergripande kontrollområdena. En komplettering av intern kontrollplanen gjordes 2021-02-18 § 7 där planen kompletterades med utökade områden hjälpmedel PPHN.

Nämndens interna kontrollplan utgår från Region Skånes verksamhetsplan och budget, förvaltningens verksamhetsplan med tillhörande målkort, hälso- och sjukvårdsuppdraget och övriga styrande dokument.

Uppföljning

**Uppfyllt**

Uppföljning av den interna kontrollplanen har rapporterats till nämnden i samband med:

- Komplettering av intern kontrollplan 2021 - utökade områden hjälpmedel (februari 2021)
- Uppföljning av 6 delkontrollområden i samband med punkten Förvaltningschefen informerar (juni 2021)
- Delårsrapportering - Uppföljning av intern kontrollplan 2021 (september 2021)  
Årsrapportering (februari 2022)

Genomförande	<b>Inte helt uppfyllt</b>	Kontrollmomenten som anges i respektive plan har genomförts enligt plan. Någon mindre avvikelse noteras där kontrollområdet har flyttats till våren 2022.
Åtgärder	<b>Uppfyllt</b>	<p>Vid uppföljningen per helår noteras att uppföljning har skett för samtliga kontrollområden.</p> <p>I nämndens uppföljning noteras särskilt att en avvikelse inom området Kompetensförsörjning och Bisysslor har bedömts med röd färg och risknivå 16 som är den högsta risknivån. Sju av 27 kontrollområden har förbättrats jämfört med delårsuppföljningen. Förbättringsområden har angetts för kontrollområden med bedömd röd, orange och gul färg.</p> <p>En rödmarkerad avvikelse finns också i Hjälpmedels uppföljning gällande utökade uppdrag där ett område har erhållit risknivå 16. Området avser Sesam 2 Medicinska behandlingshjälpmedel - Ortopedtekniska hjälpmedel och gäller andningshjälpmedel. Förbättringsområde har angetts i den interna kontrollplanen till denna avvikelse. För övriga kontrollområden noteras att 5 av 17 kontrollområden har förbättrats. Det noteras också att för flera kontrollområden med gul och orange färg anges bland annat ”Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande” och ”Vi följer de rutiner som finns för resp. område”. Till dessa kontrollområden finns inga identifierade förbättringsområden.</p>

**Nämndens interna kontroll har granskats fördjupat inom ett område 2021.**

Intern kontroll (rapport 12-2021)	<b>Uppfyllt</b>	<p>Bedömningen för psykiatri- rehabilitering- och hjälpmedelsnämnden är att nämnden till stor del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.</p> <p>Bedömningen görs mot bakgrund av att nämnden involveras i riskhanteringen via workshops och att det finns former för att inkludera iakttagelser från andra system och processer i arbetet med intern kontroll. Vidare görs bedömningen att uppföljningen av den interna kontrollen innehåller en utförlig beskrivning över</p>
-----------------------------------	-----------------	--

genomförda åtgärder. Det noteras att arbetet kan utvecklas vad gäller att upprätta en bruttorisklista som innehåller samtliga identifierade risker.

I granskningen framgår inga förbättringsåtgärder som kopplas till nämnden.

## Bedömning

**Nämndens interna kontroll bedöms sammanfattningsvis som tillräcklig. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Nämnden har genomfört en riskbedömning som grund för den interna kontrollen och antagit en plan som även innefattar specifika kontrollområden. Uppföljning av kontrollområden har genomförts och rapporterats i enlighet med krav. Genomförda kontroller vid helår 2021 har till viss del visat på avvikelser. Förbättringsområden och åtgärder finns angivna i uppföljningen, vilket krävs enligt reglementet för intern kontroll. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens interna kontroll har granskats fördjupat inom ett område 2021. Genomförd granskning visar att nämnden till stor del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll. Granskningen visar också att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, att nämnden involveras i riskhanteringen via workshops och att uppföljningen av den interna kontrollen innehåller en utförlig beskrivning över genomförda åtgärder. Det noteras att arbetet kan utvecklas vad gäller att upprätta en bruttorisklista som innehåller samtliga identifierade risker.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Upprätta en dokumenterad bruttorisklista över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.

## Granskning av nämndens verksamhet

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *verksamhet*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelse), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Verksamhetsplan

**Uppfyllt**

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har på sammanträdet 2020-12-04 § 58 antagit en verksamhetsplan för 2021 i enlighet med regionfullmäktiges krav.

Nämndens verksamhetsplan 2021 med tillhörande målkort har utgångspunkt i Region Skånes verksamhetsplan och

budget 2021, hälso- och sjukvårdsuppdraget och övriga relevanta styrande dokument. Koppling finns till regionfullmäktiges övergripande mål.

Uppföljning	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har följt upp verksamheten genom: <ul style="list-style-type: none"><li>- Verksamhetsinformation, återrapporteringar</li><li>- Fördjupade månadsrapporteringar (mars, maj och oktober)</li><li>- Delårsrapportering (september 2021)</li><li>- Årsrapportering (februari 2022)</li></ul>
Åtgärder	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har vidtagit åtgärder för att korrigera eventuella avvikelser i verksamheten genom: <ul style="list-style-type: none"><li>- Komplettering av intern kontrollplan - avseende VO Hjälpmedel</li><li>- Återrapportering av åtgärder för en ekonomi i balans</li></ul>
Uppdrag	<b>Uppfyllt</b>	<p>I Region Skånes Verksamhetsplan och budget för 2021 anges att ”Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021 beskriver mål, inriktning och prioriterade områden. Alla verksamheter ska arbeta i enlighet med uppdraget 2021 och i övrigt fortsatt bedriva verksamhet enligt tidigare uppdrag eller beslut”. Vidare anges att ”De skånska habiliterings- och hjälpmedelsverksamheternas uppdrag är att bidra till hög livskvalitet och ”göra livet mer möjligt” för personer bosatta i Skåne som har en varaktig funktionsnedsättning. Verksamheterna erbjuder rehabilitering, hjälpmedel samt tolktjänst för teckenspråks-tolkning, dövblindtolkning, skrivtolkning och tecken som stöd för denna målgrupp. Den höga kvaliteten i dessa verksamheter ska bibehållas och utvecklas.”</p> <p>Uppdrag till sjukhusstyrelser och nämnder finns också angivna i ett separat dokument - Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021. Dokumentet är hälso- och sjukvårdsnämndens nedbrytning av regionfullmäktiges beslut om budget och verksamhetsplan för 2021.</p>
Reglemente	<b>Uppfyllt</b>	Granskning av nämndens handlingar visar att verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar och uppdrag som nämnden har fått från fullmäktige i reglementet.
Måluppfyllelse RF mål	<b>Inte helt uppfyllt</b>	Resultatet av nämndens verksamhet bedöms inte helt vara i enlighet med den inriktning som anges i fullmäktiges övergripande mål. Nämndens måluppfyllelse bedöms i

fortsatt ha påverkats av rådande pandemi. Nämndens resultat i förhållande till inriktningen i respektive fullmäktigemål beskrivs kortfattat nedan.

Förbättringsområde:

- Ökad måluppfyllelse

*- Bättre liv och hälsa för fler*

**Inte helt uppfyllt**

Den nationella Patientenkäten (NPE) genomförs i SKR:s regi. De indikatorer som ingår i undersökningen är Helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap och tillgänglighet. Enkäten har inte genomförts under 2021. Habiliteringen och syn-, hörsel- och dövverksamheten har arbetat utifrån resultatet av tidigare genomförd enkät.

När det gäller området hälsoinriktad hälso- och sjukvård framgår det av verksamhetsberättelsen att förvaltningen har fortsatt att fokusera på insatser i syfte att förhindra insjuknande respektive återinsjuknande i psykiatrisk sjukdom. I kvalitetsuppföljningsbilagan presenteras inget utfall för denna indikator. Det anges att ingen enkät (NPE) har genomförts under 2021.

*- Tillgänglighet och kvalitet*

**Inte helt uppfyllt**

För indikatorn alla kvalitetsområden ska ha en positiv utveckling framgår det av kvalitetsuppföljningsbilagan att tio indikatorer är relevanta för förvaltningen 2021 och att sex av dessa indikatorer når målnivån. Målnivån är 50 procent och utfallet för 2021 är 60 procent. Av verksamhetsberättelsen framgår att anledningen till att antalet indikatorer inte är fler beror på att det inte genomförts någon nationell patientenkät 2021. Det anges också att målet om att samtliga relevanta kvalitetsindikatorer ska ha en positiv utveckling jämfört med året innan nås inte.

När det gäller tillgängligheten framgår det av kvalitetsuppföljningsbilagan att utfallet 2021 för målet förstärkt vårdgaranti i primärvården (inom 3 dagar) har försämrats till 79 procent 2021 jämfört med motsvarande utfall för 2020 som var 92 procent. Utfallet för målet följsamhet till vårdgarantin, väntande inom 90 dagar till första besök 2021 har blivit något sämre 2021 (78 procent) jämfört med 2020 (82 procent) medan utfallet för väntande inom 90 dagar till operation/åtgärd har förbättrats till 95 procent för 2021

jämfört med 90 procent 2020. Målnivån för dessa indikatorer ska vara mer än 95 procent.

För det prioriterade området Psykisk hälsa finns totalt 6 indikatorer angivna i kvalitetsuppföljningsbilagan. Målen för fyra av dessa indikatorer uppnås. Indikatorn Tillgänglighet BUP Fördjupad utredning visar ett utfall på 99,7 procent för 2021 jämfört med 96 procent för 2020 och indikatorn Tillgänglighet BUP Start av behandling har ett utfall 2021 på 99,6 procent jämfört med 2020 då utfallet var 99,5 procent. Målnivån för båda dessa indikatorer ska vara mer än eller lika med 80 procent. Målnivån för indikatorn Samordnad individuell plan vid psykisk sjukdom ska vara mer än eller lika med 10 procent ökning och utfallet för denna indikator 2021 är 39 procent i jämförelse med 2020 då utfallet var -17,9 procent.

Indikatorn Tillgänglighet BUP, genomförda förstabesök inom 30 dagar visar ett utfall på 72 procent 2021 i jämförelse med 2020 då utfallet var 79 procent. Målnivån för denna indikator är mer än eller lika med 95 procent. För den sista indikatorn inom detta område anges att ingen enkät har genomförts. Området gäller Information och kunskap (NPE).

För målet om att minska överbeläggning, utlokalisering samt överflyttning av patienter uppnås inte målnivån om mindre än eller lika med 1/100 vårdplatser. Utfallet för 2021 är 2,0 jämfört med 2020 då utfallet var 1,3.

När det gäller målet Suicid ska minska uppnås målnivån om mer än eller lika med 55 procent. Utfallet för 2021 uppgår till 61 procent jämfört med 2020 då utfallet var 59 procent.

*- Hållbar  
utveckling i hela  
Skåne*

#### **Uppfyllt**

I verksamhetsberättelsen redogörs bland annat för delmålet att den kliniska forskningen ska öka. Inom förvaltningen finns 7 professorer och 10 docenter som delar forskningsuppgiften med kliniskt arbete. Utöver detta är 50 medarbetare disputerade, men ännu inte docentkompetenta. Under 2021 har tre medarbetare disputerat. Vidare framgår det bland annat att FoUU-enheten under hösten presenterade en rapport om Intern kompetensutveckling

och fortbildning med syftet att kartlägga och öka kunskap om kompetensutvecklingsinsatser.

När det gäller området Nationell högspecialiserad vård framgår det i verksamhetsberättelsen att Region Skåne ansökt i september 2021 om att vuxenpsykiatri i Lund ska få bedriva nationell högspecialiserad vård inom tillståndsområdena svårbehandlade ätstörningar, svårbehandlat självskadebeteende och könsdysfori. Beslut om beviljande av tillståndsområdena beräknas offentliggöras i mars 2022.

*- Attraktiv  
arbetsgivare,  
professionell  
verksamhet*

### **Uppfyllt**

I oktober 2021 genomfördes Region Skånes medarbetarundersökning. Enkäten bestod av frågor om hållbart medarbetarengagemang (HME), hållbart säkerhetsengagemang (HSE), regiongemensamma frågor och förvaltnings specifika frågor. Svarsfrekvensen inom förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel var 78,2 procent jämfört med 2020 då svarsfrekvensen var 74 procent.

När det gäller området Trygga anställningar arbetar förvaltningen med utgångspunkten att medarbetaren har rätt till heltid, men möjlighet till deltid. Enligt verksamhetsberättelsen har antalet tillsvidareanställda och antalet heltidsanställda 2021 ökat jämfört med 2020.

Sjukfrånvaron 2021 i procent av ordinarie arbetstid uppgår till 7,0 procent. Jämfört med samma period 2020 är det en liten minskning då sjukfrånvaron låg på 7,91 procent. Av verksamhetsberättelsen framgår att den har minskat för både kvinnor och män inom alla åldersgrupper. Långtids-sjukfrånvaron har däremot ökat under 2021 och uppgår till 43,48 procent jämfört med samma period 2020 då långtidssjukfrånvaron låg på 39,33 procent.

När det gäller området Kompetensförsörjning framgår det i verksamhetsberättelsen att förvaltningen arbetar strukturerat med kompetensförsörjningsplaner och att det i utvärderingen av 2021 års kompetensförsörjningsplan konstateras att några aktiviteter/projekt är pågående medan andra har fått stå tillbaka bland annat på grund av pandemin.

Av verksamhetsberättelsen framgår också att förvaltningens arbete med målet Attraktiv arbetsgivare till viss del har gått enligt plan men att det finns avvikelser främst inom arbetet med kompetensförsörjning. Det finns stora utmaningar, som har förstärkts av pandemin och ett omfattande arbete pågår bland annat för att säkra kompetensförsörjningen.

Nämndens mål	<b>Inte helt uppfyllt</b>	Nämnden bedöms inte ha uppnått samtliga antagna mål för 2021. Verksamheten bedöms dock till viss del ha påverkats av rådande pandemi. Tillgängligt underlag visar bland annat att det finns mål inom området tillgänglighet som har försämrats i jämförelse med föregående år.
--------------	---------------------------	--

### **Nämndens verksamhet har granskats fördjupat inom ett område 2021.**

Vård som skjutits upp med anledning av pandemin (rapport nr 16-2021)

#### **Inte helt uppfyllt**

Den samlade bedömningen är att den rådande styrningen av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården inte är ändamålsenlig och effektiv för att tillgodose befolkningens behov. I granskningen framkommer bland annat att planeringsarbetet för återhämtning av den undanträngning av vård som uppstått med anledning av Covid-19 resulterade i ett antal förslag, som på olika sätt syftade till att öka effektiviteten i vårdsystemet. Pandemins omfattning och långa tidsförlopp medförde dock stora begränsningar i den ökning av vårdproduktionen som planerades. Den "vårdskuld" som byggts upp under 2020-21 är störst inom verksamhetsområdena ortopedi, ögon, öron-näsa-hals samt allmän kirurgi och avser längre prioriterad vård.

#### Förbättringsområden:

- Utifrån rapportens iakttagelser och bedömningar rekommenderas regionstyrelsen att vidta åtgärder som skapar förutsättningar för att verksamhetsstyrningen tydligare ska harmoniera med pågående strävanden mot en mer regiongemensam verksamhetsplanering, produktionsstyrning och uppföljning.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att i samråd med regionstyrelsen utforma en tydligare strategi/åtgärdsplan för att inventera och åtgärda de uppskjutna vårdinsatserna som är kopplade till pandemin, inkluderande regionövergripande produktionsplanering.
- Regionstyrelsen och personalnämnden rekommenderas att vidta ytterligare åtgärder för att intensifiera arbetet såväl kortsiktig som långsiktig kompetensförsörjning, med särskilt fokus på de personalgrupper som visat sig vara kritiska för att upprätthålla vårdproduktionen inom verksamhetsområden med bestående eller kring återkommande tillgänglighetsproblem.



Rapporten översändes för kännedom och beaktande till bland annat psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden.

## Bedömning

**Sammanfattningsvis bedöms nämnden ha bedrivit verksamheten på ett inte helt ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har antagit verksamhetsplan för 2021 i enlighet med regionfullmäktiges krav. Nämndens verksamhetsplan 2021 med tillhörande målkort har utgångspunkt i Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021, hälso- och sjukvårdsuppdraget och övriga relevanta styrande dokument. Koppling finns till regionfullmäktiges övergripande mål. Verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar som nämnden har fått från regionfullmäktige i reglementet. Nämnden har löpande följt upp verksamheten och vidtagit åtgärder vid identifierade avvikelser. Handlingsplan för en ekonomi i balans har uppdaterats under året. I samband med genomgång av kvalitetsuppföljningsbilagan och nämndens verksamhetsberättelse noteras avvikelser inom bland annat områdena Förstärkt vårdgaranti i primärvården (inom 3 dagar), Vårdgaranti - väntande inom 90 dagar första besök och Tillgänglighet BUP - genomförda förstabetesök inom 30 dagar som visar att det finns målnivåer som har försämrats jämfört med föregående år samt att målnivåerna inte uppnås. Bedömningen är att psykiatri, habilitering- och hjälpmedelsnämnden inte har bedrivit verksamheten på ett helt ändamålsenligt sätt. Verksamheten bedöms dock till viss del ha påverkats av rådande pandemi.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Ökad måluppfyllelse
- ✓ Granskning av Vård som skjutits upp med anledning av pandemin (se ovan och separat fördjupad granskning)

## Granskning av nämndens ekonomi

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *ekonomi*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelse), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Internbudget	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har antagit en internbudget för 2021 (2020-12-04 § 58) och som är i enlighet med regionfullmäktiges verksamhetsplan och budget.
--------------	-----------------	---

Uppföljning	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har följt upp ekonomin i samband med: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verksamhetsinformation</li> <li>- Ekonomisk redogörelse rättspsykiatri (juni)</li> <li>- Fördjupade månadsrapporteringar (mars, maj och oktober)</li> <li>- Delårsrapportering per augusti (september)</li> <li>- Årsrapportering (februari 2022)</li> </ul>
Åtgärder	<b>Uppfyllt</b>	Nämnden har vidtagit åtgärder för att korrigera eventuella avvikelser i ekonomin genom: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Återrapportering av åtgärder för en ekonomi i balans (juni 2021)</li> </ul>
Budgetföljsamhet	<b>Uppfyllt</b>	Nämndens resultat per 2021-12-31 uppgår till 38,8 mnkr och är därmed i enlighet med beslutad budget.
Måluppfyllelse RF mål <i>- en långsiktigt stark ekonomi</i>	<b>Uppfyllt</b>	Resultatet av nämndens verksamhet bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål, en långsiktig stark ekonomi.

## Bedömning

**Sammanfattningsvis bedöms nämnden ha bedrivit verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har följt upp ekonomin under året i samband med månadsrapporter, delårsrapport samt årsredovisning. Nämnden har även fått återrapportering av beslutade åtgärder för en ekonomi i balans. Nämndens resultat per 2021-12-31 uppgår till 38,8 mnkr och är därmed i enlighet med beslutad budget. Resultatet av nämndens verksamhet bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål om en långsiktigt stark ekonomi.

## Granskning av räkenskaper

Redovisningsrevisionen har utförts av KPMG AB på uppdrag av revisorerna.

### Delårsbokslut

Baserat på den utförda granskningen gör KPMG bedömningen att:

- Periodens resultatutfall är 49 mnkr bättre än budgeterat.
- Det har inte identifierats några väsentliga felaktigheter i periodbokslutet.
- Grundat på den översiktliga granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger KPMG anledning att anse att den bifogade resultat- och balansräkningen inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

### Årsbokslut

Baserat på den utförda granskningen gör KPMG bedömningen att:

- Bokslutsprocessen fungerar tillfredsställande.
- Lag om kommunal bokföring och redovisning samt Region Skånes anvisningar har i allt väsentligt efterlevts.
- Det har inte identifierats några väsentliga avvikelser från god redovisningssed.
- Periodens resultatutfall är 38,8 mnkr bättre än budgeterat.
- Grundat på den översiktliga granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger KPMG anledning att anse att styrelsens resultat- och balansräkning inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.