Årsrapport 2022
Patientnämnden

Revisionskontoret

Årsrapporten är ett utkast och inte en offentlig handling fram till dess att revisorskollegiet beslutar om revisionsberättelsen 2022. Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

REGION SKÅNE

Innehållsförteckning

Revisionskontorets årsrapport 3
Revisionskriterier 4
Bedömningsskala 5
Sammanfattning 6
INTERN KONTROLL 6
VERKSAMHET 6
EKONOMI 6
RÄKENSKAPER 6
Nämndens ansvarsområden 7
Granskning av nämndens interna kontroll 8
Granskning av nämndens verksamhet 10
Granskning av nämndens ekonomi 13
Granskning av räkenskaper 14

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 2022, bilaga 9)

Verksamhet och ekonomi:

- 6 kap. Kommunallag (2017:25)
- Regionfullmäktiges mål, uppdrag och regionbidrag (Verksamhetsplan och budget 2022)
- Regionfullmäktiges uppföljning- och rapporteringsanvisningar (Verksamhetsplan och budget 2022, bilaga 9)
- Nämndens verksamhetsplan och internbudget 2022

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 tillfredställande ekonomi

} Kriterierna inte helt uppfyllda. Avvikelser förekommer

Inte tillräcklig intern kontroll
Inte ändamålsenlig verksamhet
Inte tillfredställande ekonomi

} Kriterierna inte uppfyllda. Väsentliga avvikelser

Räkenskaperna bedöms som i allt väsentligt rättvisande eller ej rättvisande.

Sammanfattning

INTERN KONTROLL

Sammanfattningsvis bedöms patientnämndens interna kontroll som tillräcklig. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Patientnämnden har genomfört en riskbedömning som grund för den interna kontrollen. Riskbedömningen ingår som en integrerad del av den interna kontrollplanen. Nämnden har antagit en intern kontrollplan som innefattar specifika kontrollområden. Totalt ingår 27 kontrollområden i den interna kontrollplanen för 2022. Uppföljning av kontrollområden har genomförts och rapporterats i samband med delårs- och årsrapportering.

VERKSAMHET

Sammanfattningsvis bedöms patientnämnden ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar som patientnämnden har erhållit från regionfullmäktige i reglementet. Nämnden har löpande följt upp verksamheten genom information på nämndssammanträdena samt genom verksamhetsberättelser vid delår- och helår. Tillgängligt underlag visar att verksamheten har arbetat i den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål.

EKONOMI

Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms patientnämnden ha bedrivit verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Patientnämnden har löpande följt upp verksamheten genom månadsuppföljningar, delårs-rapportering och årsrapportering. Resultatet av nämndens ekonomi bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål - Långsiktigt stark ekonomi.

Patientnämnden redovisar ett resultat på 1,8 mkr för år 2022.

RÄKENSKAPER

Sammanfattningsvis bedöms räkenskaperna i allt väsentlig som rättvisande.

Nämndens ansvarsområden

Nämnden ansvarar för följande områden (urval):

Patientnämndens uppdrag regleras av Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården samt fullmäktiges reglemente. I uppdraget ingår även att utse stödpersoner för tvångsvårdade patienter enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), Lag om rättspsykiatrisk tvångsvård (1991:1129) och Smittskyddslagen (2004:168).

Patientnämndens ansvar avseende klagomål och synpunkter omfattar:

- hälso- och sjukvård som bedrivs av Region Skåne eller i enlighet med avtal med Region Skåne
- hälso- och sjukvård som bedrivs av Skånes 33 kommuner eller i enlighet med avtal med kommunerna, och den allmänna omvårdnad som ges i samband med denna, och
- tandvård som bedrivs av Folktandvården Skåne AB eller är helt eller delvis finansierad av Region Skåne.

Patientnämndens uppdrag består huvudsakligen i att:

- på ett lämpligt sätt hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomålen besvarade,
- tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet,
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter,
- informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet,
- 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,
- uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården,
- göra Inspektionen för vård och omsorg uppmärksam på förhållanden av relevans för myndighetens tillsyn,
- samverka med Inspektionen för vård och omsorg så att myndigheten kan fullgöra sina skyldigheter enligt 7 kap 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), samt
- tillgodose tvångsvårdade patienters behov av stödperson.

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 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.

Riskhantering	**Uppfyllt**	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 2022.
Riskvärdering	**Uppfyllt**	Av nämndens riskbedömning framgår att kontroller prioriteras utifrån områden där det finns sannolikhet att det uppstår fel och brister. Av de 27 delkontrollområdena som finns i den interna kontrollplanen 2022 görs bedömningen att 25 av dessa inte har behov av åtgärder och kontroller, men som ändå ingår i den interna kontrollplanen och följs upp. Av de 3 riskområden som bedöms med Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplanen har 1 område erhållit risk-bedömning 4 och 2 områden har erhållit riskbedömning 6. Samtliga riskområden har erhållit gul färg.
Kontrollaktiviteter	**Uppfyllt**	Nämnden har antagit en intern kontrollplan för 2022. Den interna kontrollplanen har innefattat specifika kontrollområden som har utgått från Region Skånes verksamhetsplan och budget 2022.
Uppföljning	**Uppfyllt**	Uppföljning av den interna kontrollplanen har rapporterats till nämnden i samband med: - Delårsrapportering (september 2022) - Årsrapportering (februari 2022)
Genomförande	**Uppfyllt**	Kontrollmomenten som anges i den interna kontroll-planen har genomförts som planerat och samtliga kontrollmoment har följts upp under året.
Åtgärder	**Uppfyllt**	För varje kontrollområde anges en rapportering/avvikelse av att åtgärder/kontroller genomförts. Av uppföljningen vid helår framgår att 19 kontrollområden har samma färg som vid framtagandet av planen, 4 områden har förbättrats och 4 områden har försämrats.

Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms patientnämndens interna kontroll som tillräcklig. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Patientnämnden har genomfört en riskbedömning som grund för den interna kontrollen. Riskbedömningen ingår som en integrerad del av den interna kontrollplanen. Nämnden har antagit en intern kontrollplan som innefattar specifika kontrollområden. Totalt ingår 27 kontrollområden i den interna kontrollplanen för 2022. Uppföljning av kontrollområden har genomförts och rapporterats i samband med delårs- och årsrapportering.

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.

Verksamhets-plan	Uppfyllt	Nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2022. Nämndens verksamhetsplan är upprättad i enlighet med angiven inriktning i regionfullmäktiges verksamhetsplan och budget.
Uppföljning	Uppfyllt	Nämnden har följt upp verksamheten genom: - Information genom förvaltningschefens månadsrapporter - Delårsrapportering (september 2022) - Årsrapportering (februari 2023)
Åtgärder	Uppfyllt	Nämnden vidtar åtgärder för att korrigera eventuella avvikelser i verksamheten.
Uppdrag	Uppfyllt	Granskning av nämndens handlingar visar att verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar och uppdrag som nämnden har erhållit från regionfullmäktige i reglementet.
Reglemente	Uppfyllt	Granskning av nämndens handlingar visar att verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar och uppdrag som nämnden har erhållit från regionfullmäktige i reglementet.
Måluppfyllelse RF mål	Uppfyllt	Resultatet av nämndens verksamhet bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål. Nämndens resultat i förhållande till inriktning i respektive regionfullmäktigemål beskrivs kortfattat nedan.
- Bättre liv och hälsa för fler	Uppfyllt	Av verksamhetsberättelsen per helår 2022 framgår att antalet klagomål och synpunkter har ökat något under 2022 jämfört med 2021. Antal registrerade patientärenden har uppgått till 5 857, vilket är en ökning med 3,1 procent. Utöver dessa tillkommer 1 243 informationsärenden. När det gäller stödpersonsuppdrag har totalt 66 uppdrag, under längre eller kortare tid, varit pågående under året.

		Av protokollsgenomgången framgår att ett antal analyser har tagits fram under året. Information av analyserna har skett på sammanträdena och i vissa fall har dessa fastställts av nämnden.
- Tillgänglighet och kvalitet	Uppfyllt	Av verksamhetsberättelsen framgår att en förändring i förvaltningens hantering av klagomål och synpunkter har skett och att den kopplas till återrapportering till vårdgivarna vad avser den manuella redovisningen av avidentifierade patientärenden. I stället för varannan månad görs denna från och med november via Qlickview och statistik och ärenden uppdateras i samband med varje månadsskifte.
- Hållbar utveckling i hela Skåne	Uppfyllt	Av nämndens verksamhetsplan och budget framgår att klagomål och synpunkter ska hanteras lika oavsett vilken verksamhet det berör. Av verksamhetsberättelsen framgår att för att säkerställa likabehandling har processer och faktiskt ärendehantering varit ett återkommande tema, att diskussionen ökar medvetenheten och säkerställer att både patienter och vårdgivare hanteras lika i hela Skåne. Vid genomgång av den interna kontrollplanen för delkontroll-området Klagomål och synpunkter ska hanteras lika oavsett vilken verksamhet de avser finns identifierade förbättrings-områden vad avser att handläggarträffarna har fått förnyat uppdrag att diskutera och forma rutiner som göra att handläggningen blir enhetlig.
- Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	Uppfyllt	Av nämndens verksamhetsberättelse framgår att medarbetarenkäten genomfördes i oktober/november 2022. Svarsfrekvensen var 100 procent. I jämförelse med medarbetarenkäten från 2021 har index sjunkit vad avser alla fokusområdena (motivation, ledarskap och styrning). Medarbetarenkäten har hanterats med en handlingsplan, en extra enkät samt att ytterligare en handlingsplan tagits fram efter den genomförda extra enkäten. När det gäller sjukfrånvaron har den sjunkit med 0,47 procentenheter jämfört med 2021. När det gäller hållbar och långsiktig kompetensförsörjning har förvaltningen beslutat om en kompetensförsörjnings-plan för 2022.

Nämndens mål	Uppfyllt	Resultatet av nämndens verksamhet bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i nämndens verksamhetsplan och internbudget 2022.

Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms patientnämnden ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar som patientnämnden har erhållit från regionfullmäktige i reglementet. Nämnden har löpande följt upp verksamheten genom information på nämndssammanträdena samt genom verksamhetsberättelser vid delår- och helår. Tillgängligt underlag visar att verksamheten har arbetat i den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål.

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	**Uppfyllt**	Nämnden har erhållit ett regionbidrag på 18 mkr, som blir nämndens budget. Nämnden åläggs ett generellt besparingskrav på 1 procent som uppgår till 0,2 mkr. Nämnden har beslutat om en internbudget för 2022.
Uppföljning	**Uppfyllt**	Nämnden har följt upp ekonomin i samband med: - Information genom förvaltningschefens månadsrapporter - Delårsrapportering (september 2021) - Årsrapportering (februari 2023)
Åtgärder	**Uppfyllt**	Nämndens ekonomi är i balans varpå inga åtgärder har bedömts vara nödvändiga.
Budgetföljsamhet	**Uppfyllt**	Nämndens resultat per 2022-12-31 uppgår till 1,8 miljoner kronor bättre än budget. Budgetavvikelsen avser främst lägre kostnadsutfall kopplat till personal (1, 7 mkr).
Måluppfyllelse RF mål *- en långsiktigt stark ekonomi*	**Uppfyllt**	Resultatet av nämndens ekonomi bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål - Långsiktigt stark ekonomi.

Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms patientnämnden ha bedrivit verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Patientnämnden har löpande följt upp verksamheten genom månadsuppföljningar, delårs-rapportering och årsrapportering. Resultatet av nämndens ekonomi bedöms vara i enlighet med den inriktning som anges i regionfullmäktiges övergripande mål - Långsiktigt stark ekonomi.

Patientnämnden redovisar ett resultat på 1,8 mkr för år 2022.

Granskning av räkenskaper

Redovisningsrevisionen har utförts av KPMG AB på uppdrag av revisorerna.

Delårsbokslut

Inte aktuellt för patientnämnden. Revisionen träffar patientnämnden en gång per år.

Årsbokslut

Baserat på den utförda granskningen gör KPMG bedömningen att:

- Periodens resultatutfall är 1 799 tkr högre än budgeterat.
- Det har inte identifierats några väsentliga felaktigheter i årsbokslutet.
- Grundat på KPMGs granskning har det inte kommit fram några omständigheter som ger KPMG anledning att anse att nämndens resultat- och balansräkningen inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.