

**Tillkommande ärenden/kompletterade ärenden del 2 till
kommunfullmäktiges sammanträde 2018-04-16**

	Ärende	Beteckning	
1.	Entledigande och val av ersättare i bildningsnämnden	KS/2018:196	2
2.	Entledigande och val av ledamot i Viadidaknämnden	KS/2018:197	3
3.	Revisionsberättelse för Katrineholms kommun 2017 med ansvarsprövning	KS/2018:174	4
4.	Svar på interpellation om förskolans lokaler	KS/2018:161	66
5.	Svar på interpellation om antalet tillbud inom förskolan	KS/2018:162	68
6.	Svar på interpellation om barngruppens storlek i Katrineholm mars/april 2018	KS/2018:163	70
	Torgerd Jansson <i>Ordförande</i>	Marie Sandström Koski <i>sekreterare</i>	



KOMMUNLEDNINGSFÖRVALTNINGEN
Kommunstyrelsens kansli

Vår handläggare
Karin Österman Sundell

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum
2018-04-13

Vår beteckning
KS/2018:196 - 111

Ert datum

Er beteckning

Kommunfullmäktige

Entledigande och val av ledamot i bildningsnämnden

Förslag till beslut

1. Kommunfullmäktige entledigar Jesper Ek (L) från uppdraget som ledamot i bildningsnämnden.
2. Kommunfullmäktige utser John-Erik Nyman (L) som ledamot i bildningsnämnden för tiden till och med den 31 december 2018.

Sammanfattning av ärendet

Jesper Ek (L) har i skrivelse daterad 2018-04-05 begärt att få bli entledigad från sitt uppdrag som ledamot i bildningsnämnden. Liberalerna nominerar nu John-Erik Nyman (L) som ny ledamot i bildningsnämnden.

Karin Österman Sundell
Registrator

Beslutet skickas till:

*Jesper Ek
John-Erik Nyman
Bildningsnämnden
Löneenheten
Troman
Lex
Akten*



KOMMUNLEDNINGSFÖRVALTNINGEN
Kommunstyrelsens kansli

Vår handläggare
Karin Österman Sundell

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum
2018-04-13

Vår beteckning
KS/2018:197 - 111

Ert datum

Er beteckning

Kommunfullmäktige

Entledigande och val av ledamot i Viadidaktnämnden

Förslag till beslut

1. Kommunfullmäktige entledigar John-Erik Nyman (L) från uppdraget som ledamot i Viadidaktnämnden.
2. Kommunfullmäktige utser Jesper Ek (L) som ledamot i Viadidaktnämnden för tiden till och med den 31 december 2018.

Sammanfattning av ärendet

John-Erik Nyman (L) har i skrivelse daterad 2018-04-05 begärt att få bli entledigad från sitt uppdrag som ledamot Viadidaktnämnden. Liberalerna nominerar nu Jesper Ek (L) som ny ledamot i Viadidaktnämnden.

Karin Österman Sundell
Registrator

Beslutet skickas till:

John-Erik Nyman

Jesper Ek

Viadidaktnämnden

Löneenheten

Troman

Lex

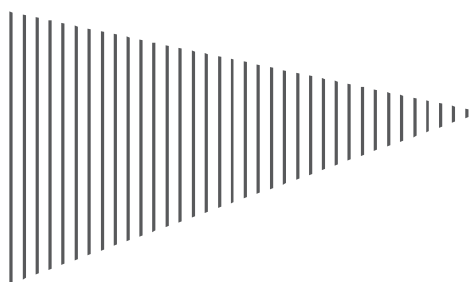
Akten

Revisionsrapport 2017

Landstinget Sörmland

Granskning av Hjälpmedelscentralen
- *Årsbokslut 2017*

Sörmlands läns landstings revisorer
januari 2018



Innehåll

1	Inledning	2
2	Årsbokslut	2
2.1	Bokslutsprocessen.....	2
2.1.1	Kommentar:	2
2.2	Metod	2
2.3	Resultaträkning.....	2
2.3.1	Årets resultat jämfört med föregående år	2
2.3.2	Årets resultat jämfört med budget.....	2
2.3.3	Granskning.....	2
2.4	Balansräkning.....	3
2.4.1	Granskning.....	3
3	Verksamhetsberättelse	4
3.1	Innehåll.....	4
3.1.1	Kommentar:	4
4	Finansiella mål	4
5	Slutsats	5
6	Bilagor	5

1 Inledning

På uppdrag av landstingsrevisionen i Sörmland har vi granskat årsbokslut och verksamhetsberättelse 2017 för Hjälpmedelscentralen (HMC).

2 Årsbokslut

2.1 Bokslutsprocessen

Avstämningsansvar och upprättande av specifikationer fördelas mellan verksamheten och Samlad Redovisning (SR) varav sistnämnda har ansvar för flertalet av balansräkningens konton.

2.1.1 Kommentar:

Rekommendationen är likt tidigare att samtliga bilagor och underlag finns hos enheten oavsett vem som upprättar och eller har ansvaret.

2.2 Metod

Årsbokslut 2017 har granskats enligt god revisionssed. Kontroll har också skett av att verksamheten har följt "Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2017 " från landstingets ledningsstab. Denna rapport har faktakontrollerats av berörd personal.

2.3 Resultaträkning

2.3.1 Årets resultat jämfört med föregående år

Årets resultat är ett överskott på 2 521 tkr att jämföra med föregående års överskott på 225 tkr. Den största delen av skillnaden avser ökade intäkter med 14 170 tkr och ökade kostnader för hjälpmedel på 8 373 tkr. För ytterligare analys av resultatet hänvisas också till bilaga ett och två.

2.3.2 Årets resultat jämfört med budget

Överskottet för år 2017 uppgår till 2 521 tkr att jämföra med budgeterat nollresultat. Avvikelsen avser till största del ökad omsättning och ökad kostnad för sålda varor samt minskade personalkostnader.

Prognosen för årets utfall uppgick i delårsbokslutet per 31 juli till noll kronor.

2.3.3 Granskning

För intäkter och kostnader har analys skett mot föregående år och budget för att bedöma rimligheten. Större konton har analyserats för kontroll av dess innehåll och periodisering samt genom stickprov mot underlag. Granskning av resultaträkningen har utförts utan kommentarer

och bedöms ge en rättvisande bild av årets verksamhet. Resultatanalys för 2015 – 2017 framgår av bilaga ett.

2.4 Balansräkning

Vilket nämnts ovan har Samlad Redovisning avstämningsansvar för flertalet av de väsentliga balansposterna. Vår rekommendation är likt tidigare att verksamheten bör stämma av samtliga möjliga poster för att få ett samlat grepp över verksamheten och en kvalitetskontroll av resultatet.

Vid granskning av balansräkningen har en jämförande analys gjorts mellan år 2017 och 2016, se bilaga tre. Tre poster har förändring > 3 mkr.

- 1) *Kommunala hjälpmedel* har ökat med 5 890 tkr vilket till största del beror på ökad efterfrågan.
- 2) *Förutbetalda kostnader och intäkter (interima fordringar)* har ökat med 3 011 tkr vilket beror på att 2 596 tkr föregående år borde ha redovisats som upplupna kostnader och förutbetalda intäkter (interima skulder). Om denna justering görs blir förändringen av interima fordringar endast 415 tkr och förändringen av interima skulder 549 tkr i stället för 2 047 tkr, se även bilaga 3.
- 3) *Leverantörsskulder* har ökat med 6 615 tkr. Denna balanspost har Samlad Redovisning avstämningsansvar för.

2.4.1 Granskning

Kontroll har skett av att det för samtliga balansposter som enheten har ansvar finns en upprättad bokslutsbilaga som är avstämd mot huvudbok. Väsentligaste posterna har granskats mot underlag. Egna beräkningar har också genomförts för att bedöma rimligheten.

Lager:

Bokfört lager uppgår till 21 583 tkr (20 259 tkr) efter ett inkuransavdrag på 668 tkr (700 tkr). I samband med revisionen togs en sammanställning fram som visade att artiklar som inte rört sig de senaste tolv månaderna uppgår till 1 000 tkr (1 440 tkr). En anledning till detta är att det finns krav på att ha vissa artiklar i lager trots en låg omsättningshastighet.

Av totala lagret avser kundlager 1 506 tkr (1 799 tkr) varav vissa inte har inventerats till bokslutet. Bedömningen av personal på Hjälpmedelscentralen är att dessa lager kan innehålla ett nedskrivningsbehov ca 53 tkr.

Det inkuransavdrag som används avseende varulager och tillbehör uppgår till 3 % av anskaffningsvärdet. Detta motsvarar Bokföringsnämndens U 92:1 Redovisning av varulager vid tillämpning av den s k 97-procentsregeln.

Kommentarer:

Likt tidigare år kan risk finnas för att artikel ersätts med ny version och den tidigare versionen ligger kvar i lagret utan att användas eller utrangeras.

Användningen av ovanstående modell för inkurans är kopplad till BFN U 92.1 vilken avser bolag som också måste ta hänsyn till skattemässiga regler. Rekommendationen är att i stället använda någon form av inkuransstrappa t ex bokföringsnämndens "BFNAR 2001:4 Tillämpning

av s k inkuranstrappa”. Detta skulle minska risken för ett övervärderat lager samtidigt som produkter skulle värdemässigt anpassas efter hur länge artikeln legat orörlig i lagret (alternativt baserat på en snittförbrukning under en tidsperiod). Detta, bedömer vi, skulle ge en mer konsekvent och rättvisande bild av lagrets verkliga värde.

Granskning av balansräkningen har utförts utan anmärkning och bedöms ge en rättvisande bild av verksamheten. I verksamhetsberättelsens avsnitt om ekonomi finns ingen uppgift om att balansräkningen ska ingå vilket skulle kunna ge ytterligare information. Detta är dock inget krav enligt *Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2017*.

3 Verksamhetsberättelse

3.1 Innehåll

Enligt *Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2017* ska verksamhetsberättelsen innehålla följande sju avsnitt:

- 1) Inledning
- 2) Medborgarperspektivet
- 3) Personalperspektivet
- 4) Process- och förnyelseperspektivet
- 5) Miljöperspektivet
- 6) Ekonomiperspektivet
- 7) Intern kontroll

3.1.1 Kommentarer:

Vid genomläsning av upprättad verksamhetsberättelse noteras att avsnittet *Intern kontroll* saknas samt att det i personalperspektivet saknas uppgift om antal arbetade timmar och frånvarotimmar.

4 Finansiella mål

Hjälpmiddelscentralen har följande fyra finansiella mål för räkenskapsåret 2017.

	Målvärde	Utfall
Avvikelse mot budgeterat resultat i tkr	Noll	2 521 tkr
Soliditet	19 %	15,6 %
Nyttjandegrad	90 %	92,5 %
Resultatmarginal	40 %	33,7 %

Vilket framgår av ovan och i verksamhetsberättelsen uppfylls likt föregående år två av fyra mål.

5 Slutsats

Slutsatsen efter genomförd granskning är att enhetens redovisade resultaträkning samt verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av räkenskapsåret 2017.

6 Bilagor

- Bilaga 1: Resultatanalys tre år
- Bilaga 2: Jämförande Resultaträkning
- Bilaga 3: Jämförande Balansräkning

Norrköping 2018-02-28

Susanne Lindberg
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Johannes Karlsson
Auktoriserad revisor

Resultatanalys

Landstinget Sörmland - Hjälpmedelscentralen

	2017-01-01		2016-01-01		2015-01-01	
	<u>- 2017-12-31</u>	%	<u>- 2016-12-31</u>	%	<u>- 2015-12-31</u>	%
Rörelsens intäkter						
Nettoomsättning	16 392	8,1%	14 982	8,0%	14 435	8,7%
Uthyrning hjälpmedel	105 590	52,5%	109 768	58,7%	95 206	57,4%
Försäljning hjälpmedel	47 323	23,5%	30 836	16,5%	23 520	14,2%
Inkontinenshjälpmedel	31 951	15,9%	31 501	16,8%	32 794	19,8%
Summa intäkter	201 256	100,0%	187 086	100,0%	165 955	100,0%
Rörelsens kostnader						
Löner och arvoden	-27 198	-13,5%	-26 160	-14,0%	-26 150	-15,8%
Sociala avgifter	-11 982	-6,0%	-11 351	-6,1%	-11 380	-6,9%
Övr personalkostnader	-521	-0,3%	-555	-0,3%	-413	-0,2%
Summa materialkostnader	-39 701	-19,7%	-38 066	-20,3%	-37 942	-22,9%
TB 1	161 555	80,3%	149 021	79,7%	128 013	77,1%
Lokalkostnader	-10 284	-5,1%	-8 961	-4,8%	-9 172	-5,5%
Övr kostnader	-600	-0,3%	-950	-0,5%	-460	-0,3%
Hjälpmedel	-63 961	-31,8%	-55 588	-29,7%	-42 685	-25,7%
Inkontinensartiklar	-31 718	-15,8%	-31 455	-16,8%	-32 881	-19,8%
Adm. kostnader	-4 153	-2,1%	-4 120	-2,2%	-3 728	-2,2%
Övriga externa kostnader	-6 238	-3,1%	-6 380	-3,4%	-6 427	-3,9%
Konsultarvoden o övr fr tjänster + inkl C	-2 764	-1,4%	-2 649	-1,4%	-2 566	-1,5%
Telefon och porto m m	-729	-0,4%	-803	-0,4%	-714	-0,4%
Applikation och IT	-3 598	-1,8%	-4 365	-2,3%	-3 190	-1,9%
Resultat sålda o utr M & I	-2 574	-1,3%	-2 532	-1,4%	-2 048	-1,2%
Avskrivningar och nedskrivningar	-32 429	-16,1%	-31 002	-16,6%	-28 527	-17,2%
Summa rörelsens kostnader	-159 047	-79,0%	-148 806	-79,5%	-132 398	-79,8%
Rörelseresultat	2 508	1,2%	215	0,1%	-4 386	-2,6%
Finansiella poster						
Ränteintäkter och liknande	272	0,1%	367	0,2%	502	0,3%
Räntekostnader och liknande	-258	-0,1%	-357	-0,2%	-387	-0,2%
Summa finansiella poster	14	0,0%	10	0,0%	115	0,1%
Res. e. finansiella poster	2 521	1,3%	225	0,1%	-4 271	-2,6%
Årets resultat före skatt	2 521	1,3%	225	0,1%	-4 271	-2,6%

Landstinget Sörmland - Hjälpmedelscentralen

Resultaträkning	2017-12-31	2016-12-31	Avvikelse	i %	Kommentar
Nettoomsättning	16 397 819	14 981 621	1 416 198	9,5%	
Uthyrning hjälpmedel	105 590 018	109 767 861	-4 177 843	-3,8%	1)
Försäljning hjälpmedel	47 322 534	30 836 045	16 486 489	53,5%	2)
Inkontinenshjälpmedel	31 945 576	31 500 862	444 714	1,4%	
Löner och arvoden	-27 198 333	-26 159 803	-1 038 530	4,0%	
Sociala avgifter	-11 981 507	-11 350 731	-630 776	5,6%	
Övr personalkostnader	-521 396	-555 353	33 957	-6,1%	
Lokalkostnader	-10 283 778	-8 960 653	-1 323 125	14,8%	
Övr kostnader	-599 640	-950 493	350 853	-36,9%	3)
Hjälpmedel	-63 960 719	-55 588 444	-8 372 276	15,1%	4)
Inkontinensartiklar	-31 717 722	-31 455 492	-262 230	0,8%	
Adm. kostnader	-4 152 597	-4 119 706	-32 891	0,8%	
Övriga externa kostnader	-6 237 860	-6 379 729	141 869	-2,2%	
Konsultarvoden o övr fr tjänster + inkl OH	-2 763 808	-2 648 960	-114 848	4,3%	
Telefon och porto m m	-729 494	-802 634	73 139	-9,1%	
Applikation och IT	-3 598 477	-4 365 401	766 924	-17,6%	
Resultat sålda o utr M & I	-2 574 266	-2 532 010	-42 256	1,7%	
Avskrivningar och nedskrivningar	-32 428 781	-31 002 152	-1 426 629	4,6%	
Ränteintäkter och liknande	271 775	367 080	-95 305	-26,0%	
Räntekostnader och liknande	-257 974	-357 355	99 381	-27,8%	
Årets redovisade resultat	-2 521 369	-224 554	-2 296 815	1022,8%	5)
Summa	0	0	0		

1) Av ökningen avser en mkt stor del försäljning av diabeteshjälpmedel och framför allt "Freestyle Libre"

2) Har minskat ngt vilket även framgick av delårsbokslutet 31 juli 2017.

3) Posterna är inte väsentliga något av åren varför avvikelsen lämnas utan uppföljning.

4) Har ökat vilket är rimligt med hänsyn till ökning av intäkterna.

5) Avser skillnaden på resultatet för 2017 respektive 2016.

Landstinget Sörmland - Hjälpmedelscentralen

Balansräkning	2017-12-31	2016-12-31	Avvikelse	i %
Inventarier i annans fastighet	355 589	372 572	-16 983	-4,6%
Kommunala hjälpmedel	31 893 751	26 003 862	5 889 890	22,7%
Landstingshjälpmedel	56 971 186	58 608 305	-1 637 119	-2,8%
Övriga maskiner och inventarier + fordon	1 566 268	1 680 242	-113 974	-6,8%
Lager hjälpmedel	21 583 068	20 259 072	1 323 996	6,5%
Pågående arbeten mask och inv	0	373 711	-373 711	-100,0%
Kundfordringar	-359 903	0	-359 903	0,0%
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	3 755 795	744 552	3 011 243	404,4%
Balanserat resultat	-15 529 840	-15 305 286	-224 554	1,5%
Årets resultat	-2 521 369	-224 554	-2 296 816	1022,8%
Övriga långfristiga skulder	-32 197 000	-32 197 000	0	0,0%
Leverantörsskulder	-22 509 296	-15 894 482	-6 614 814	41,6%
Upplupna lönekostnader och semester	-2 593 708	-2 238 589	-355 118	15,9%
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	-42 333	-2 089 706	2 047 372	-98,0%
Summa	40 372 208	40 092 697	279 510	

Revisionsrapport 2017

Landstinget Sörmland

Granskning av FoU i Sörmland

- Årsbokslut 2017

Sörmlands läns landstings revisorer

Februari 2018



Innehåll

1	Inledning	2
2	Årsbokslut	2
2.1	Bokslutsprocessen.....	2
2.2	Metod	2
2.3	Resultaträkning.....	2
2.3.1	Årets resultat jämfört med föregående år	2
2.3.2	Årets resultat jämfört med budget.....	2
2.3.3	Granskning.....	2
3	Slutsats	3
4	Bilagor	3

1 Inledning

På uppdrag av landstingsrevisionen i Sörmland har vi granskat årsbokslut och verksamhetsberättelse 2017 för FoU i Sörmland (FoUiS). Driftansvaret för FoUiS har nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV).

2 Årsbokslut

2.1 Bokslutsprocessen

Verksamheten har ingen egen balansräkning och därmed finns inget avstämningsansvar mellan Samlad Redovisning och FoUiS.

2.2 Metod

Årsbokslutet 2017 har granskats enligt god revisionsred. Granskning av årsbokslutet omfattar nedan och har genomförts i februari och mars 2018. Samtliga intervjuade personer har beretts tillfälle att faktagranska rapporten. Rekommendationer har även framförts direkt till ekonomiansvarig avseende mindre frågor m m.

2.3 Resultaträkning

2.3.1 Årets resultat jämfört med föregående år

Årets resultat är ett överskott på 2 640 tkr att jämföra med föregående års nollresultat. Förklaringen till avvikelsen mot föregående år bland annat att kostnader för konsultarvoden till kommuner m fl har minskat med 1 791 tkr. Kostnaderna för personal har ökat med 3 104 tkr samtidigt som intäkterna har ökat med 3 587 tkr. För ytterligare analys av resultatet hänvisas till bifogade bilagor.

Kommentarer:

Av ökade intäkter på 3 104 tkr avser 4 472 tkr återföring av balanserade vinstmedel och tidigare års resultat. En återföring av detta slag är inte god redovisningsred. Se även kommentar för granskning av årsbokslut 2016.

I verksamhetsberättelsen finns ingen jämförelse med föregående år vilket vi rekommenderar att ha med framöver.

2.3.2 Årets resultat jämfört med budget

Budgeterat resultat uppgår till noll att jämföra med årets överskott på 2 640 tkr. Avvikelsen avser intäkter med 3 890 tkr och kostnader med 1 250 tkr.

2.3.3 Granskning

För intäkter och kostnader har analys skett mot föregående år och budget för att bedöma rimligheten. Större konton har analyserats för kontroll av dess innehåll samt periodisering

och genom stickprov mot underlag. Granskning av resultaträkningen har utförts med ovanstående kommentarer.

3 Slutsats

Slutsatsen efter genomförd granskning är att enhetens redovisade årsbokslut samt verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av 2017 med undantag av återföring av intäkter från tidigare år, se även avsnitt 2.3.1 ovan.

4 Bilagor

Bilaga 1: Resultatanalys två år

Bilaga 2: Jämförande resultaträkningar

Norrköping 2018-03-01

Susanne Lindberg

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Resultatanalys

Landstinget Sörmland FoUis

	2017-01-01		2016-01-01		2015-01-01	
	<u>- 2017-12-31</u>	%	<u>- 2016-12-31</u>	%	<u>- 2015-12-31</u>	%
Rörelsens intäkter						
Nettoomsättning	6 905 197	51,1%	6 565 840	66,1%	10 134 332	87,1%
Övriga statsbidrag + bidrag persc	6 614 698	48,9%	3 367 123	33,9%	1 500 000	12,9%
Summa intäkter	13 519 895	100,0%	9 932 963	100,0%	11 634 332	100,0%
Rörelsens kostnader						
Löner och arvoden	-4 920 637	-36,4%	-2 831 648	-28,5%	-2 815 984	-24,2%
Sociala avgifter	-2 104 311	-15,6%	-1 245 613	-12,5%	-1 236 100	-10,6%
Övr personalkostnader	-696 114	-5,1%	-539 976	-5,4%	-280 473	-2,4%
Summa	-7 721 062	-57,1%	-4 617 237	-46,5%	-4 332 557	-37,2%
TB 1	5 798 833	42,9%	5 315 726	53,5%	7 301 775	62,8%
Lokalkostnader	-357 042	-2,6%	-162 308	-1,6%	-200 448	-1,7%
Övr kostnader	-95	0,0%	-48 463	-0,5%	-255 567	-2,2%
Inhyrd personal	-1 108 762	-8,2%	-484 343	-4,9%	-41 040	-0,4%
Verksamhetsknutna tjänster	0		-372 329	-3,7%	-339 197	-2,9%
Adm. kostnader	-354 227	-2,6%	-564 603	-5,7%	-370 262	-3,2%
Övriga externa kostnader	-467 454	-3,5%	-933 561	-9,4%	-3 531 930	-30,4%
Konsultarvoden o övr fr tjänster +	-679 567	-5,0%	-2 496 567	-25,1%	-2 435 687	-20,9%
Telefon och porto	-153 740	-1,1%	-102 628	-1,0%	-105 132	-0,9%
Applikation och IT	-15 647	-0,1%	0		-699	0,0%
Tidningar o facklitteratur m m	-22 780	-0,2%	-150 924	-1,5%	-21 692	-0,2%
Summa rörelsens kostnader	-3 159 314	-23,4%	-5 315 726	-53,5%	-7 301 653	-62,8%
Rörelseresultat	2 639 519	19,5%	0	0,0%	121	0,0%
Finansiella poster						
Räntekostnader och liknande	0		0		-126	0,0%
Summa finansiella poster	0		0		-126	0,0%
Res. e. finansiella poster	2 639 519	19,5%	0	0,0%	-5	0,0%
Årets resultat före skatt	2 639 519	19,5%	0	0,0%	-5	0,0%

Landstinget Sörmland FoUis

<u>Resultaträkning</u>	<u>2017-12-31</u>	<u>2016-12-31</u>	<u>Avvikelse</u>	<u>i %</u>	<u>Notering</u>
Nettoomsättning	6 905 197	6 565 840	339 356	5,2%	
Övriga statsbidrag + bidrag personal	6 614 698	3 367 123	3 247 575	96,4% 1)	
Löner och arvoden	-4 920 637	-2 831 648	-2 088 989	73,8% 2)	
Sociala avgifter	-2 104 311	-1 245 613	-858 698	68,9%	
Övr personalkostnader	-696 114	-539 976	-156 138	28,9%	
Lokalkostnader	-357 042	-162 308	-194 734	120,0% 3)	
Övr kostnader	-95	-48 463	48 368	-99,8%	
Inhyrd personal	-1 108 762	-484 343	-624 419	128,9% 4)	
Verksamhetsknutna tjänster	0	-372 329	372 329	-100,0%	
Adm. kostnader	-354 227	-564 603	210 376	-37,3%	
Övriga externa kostnader	-467 454	-933 561	466 107	-49,9%	
Konsultarvoden o övr fr tjänster + overhead	-679 567	-2 496 567	1 817 000	-72,8%	
Telefon och porto	-153 740	-102 628	-51 112	49,8%	
Applikation och IT	-15 647	0	-15 647	0,0%	
Tidningar o facklitteratur m m	-22 780	-150 924	128 144	-84,9%	
Årets redovisade resultat	-2 639 519	0	-2 639 519	2199598750,0% 5)	
Summa	0	0	0		

1) Av årets intäkter avser 4,5 mkr återföring av tidigare resultat och balanserade vinstmedel vilket gör att jämförelse ej är tillämplig. Denna återföring är inte god redovisningssed och därmed inte en intäkt som avser år 2017.

2) Antal anställda har ökat men uppgift om hur många anställda verksamheten har saknas i VB. Sociala avgifter uppgår till 42,8 % båda åren av bokförda löner vilket är rimligt.

3) Kostnader har ökat då hyresavtalet har blivit dyrare.

4) Kostnaden för inhyrd personal har ökat vilket bedöms som rimligt då verksamheten har ökat.

5) Detta år ett överskott på 2,6 mkr vilket till största del beror på återförda kostnader från tidigare år se punkt 1 ovan.

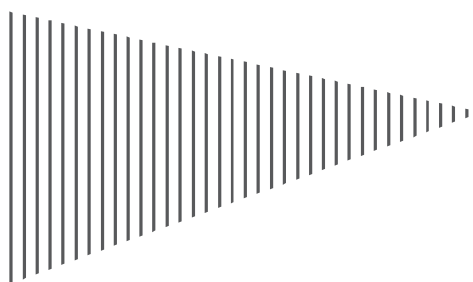
Revisionsrapport 2017

Landstinget Sörmland

Granskning av Vård- och omsorgscollege
- *Årsbokslut 2017*

Sörmlands läns landstings revisorer

Februari 2018



Innehåll

1	Inledning	2
2	Årsbokslut	2
2.1	Bokslutsprocessen.....	2
2.2	Metod	2
2.3	Resultaträkning.....	2
2.3.1	Årets resultat jämfört med föregående år	2
2.3.2	Årets resultat jämfört med budget.....	3
2.3.3	Granskning.....	3
3	Slutsats	3
4	Bilagor	3

1 Inledning

På uppdrag av landstingsrevisionen i Sörmland har vi granskat årsbokslut och verksamhetsberättelse 2017 för Vård- och omsorgscollege (VO-College).

2 Årsbokslut

2.1 Bokslutsprocessen

Verksamheten har ingen egen balansräkning och därmed finns inget avstämningsansvar mellan Samlad Redovisning och VO-College.

2.2 Metod

Årsbokslutet 2017 har granskats enligt god revisionsred.

2.3 Resultaträkning

2.3.1 Årets resultat jämfört med föregående år

Årets resultat uppgår till ett överskott på 21 tkr att jämföra med föregående års nollresultat. Den största avvikelsen mot föregående år är att verksamhetens resultat innehåller återföring av tidigare års överskott med totalt 197 tkr. Kostnaden för inhyrd personal uppgår till 477 tkr att jämföra med föregående års 282 tkr. Avvikelsen beror på att räkenskapsåret 2017 innehåller fem kvartal (kvartal fyra år 2016 t o m kvartal fyra år 2017) samtidigt som det i förra året endast ingick tre kvartal (kvartal ett t o m kvartal tre). I verksamhetsberättelsen finns uppgift om att kostnaden för inhyrd personal har redovisats på fel år. För ytterligare analys av resultatet hänvisas också till bifogade bilagor.

Kommentar:

Tidigare år har verksamheten valt att redovisa överskott som en kostnad vilket inte är en korrekt redovisningsprincip. Dessa "kostnader" har nu återförts och ingår som intäkt med 197 tkr i årets överskott. Nedan presenteras resultat utan dessa intäkter och kvartal fyra år 2016 avseende inhyrd personal.

Årets resultat	+ 21
Kostnad för inhyrd personal kvartal 4 år 2016 (tkr)	+ 96
Intäkt avseende tidigare års kostnadsförda överskott	- 197
Korrekt resultat (tkr)	- 80

I verksamhetsberättelsen saknas jämförelse med föregående vilket vi rekommenderar att ha med framöver.

2.3.2 Årets resultat jämfört med budget

Budgeterat resultat uppgår till noll att jämföra med redovisat resultat på 21 tkr. Verksamhetsberättelsen saknar jämförelse av budgeterade kostnader och utfall vilket bör finnas med framöver.

2.3.3 Granskning

För intäkter och kostnader har analys skett mot föregående år och budget för att bedöma rimligheten. Större konton har analyserats för kontroll av innehåll och periodisering samt följts upp mot underlag. Granskning av resultaträkningen har utförts med ovanstående kommentarer.

3 **Slutsats**

Slutsatsen efter genomförd granskning är att verksamhetens redovisade resultaträkning inte ger en rättvisande bild av år 2017.

4 **Bilagor**

- Bilaga 1: Resultatanalys tre år
- Bilaga 2: Jämförande resultaträkning

Norrköping 2018-02-28

Susanne Lindberg

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Resultatanalys

Landstinget Sörmland Vård och omsorgscollege

	2017-01-01		2016-01-01		2015-01-01	
	<u>- 2017-12-31</u>	%	<u>- 2016-12-31</u>	%	<u>- 2015-12-31</u>	%
Rörelsens intäkter						
Nettoomsättning	500 000	100,0%	500 000	100,0%	500 000	100,0%
Summa intäkter	500 000	100,0%	500 000	100,0%	500 000	100,0%
Konsultarvode	-100 000	-20,0%	0		-367 668	-73,5%
Summa konsultarvoden	-100 000	-20,0%	0		-367 668	-73,5%
Resultat för övriga kostnader	400 000	80,0%	500 000	100,0%	132 332	26,5%
Hyra/leasing bil korttid	-7 828	-1,6%	-5 738	-1,1%	-4 645	-0,9%
Resekostnader	-292	-0,1%	-2 462	-0,5%	-1 109	-0,2%
Adm. kostnader	0		0		-10 000	-2,0%
Övriga externa kostnader	-75 350	-15,1%	-81 956	-16,4%	-78 368	-15,7%
Inhyrd personal	-476 790	-95,4%	-281 546	-56,3%	0	
Övriga personalkostnader	-15 440	-3,1%	0		-302	-0,1%
Jämförelsestörande intäkter och l	196 754	39,4%	-128 000	-25,6%	-103 259	-20,7%
Summa rörelsens kostnader	-378 946	-75,8%	-499 702	-99,9%	-197 683	-39,5%
Rörelseresultat	21 054	4,2%	298	0,1%	-65 351	-13,1%
Finansiella poster						
Res. e. finansiella poster	21 054	4,2%	298	0,1%	-65 351	-13,1%
Årets resultat före skatt	21 054	4,2%	298	0,1%	-65 351	-13,1%

Jämförande Resultaträkning

Landstinget Sörmland Vård och omsorgscollege

<u>Resultaträkning</u>	<u>2017-12-31</u>	<u>2016-12-31</u>	<u>Avvikelse</u>	<u>i %</u>	<u>Notering</u>
Nettoomsättning	500 000	500 000	0	0,0%	
Konsultarvode	-100 000	0	-100 000	0,0%	1)
Hyra/leasing bil korttid	-7 828	-5 738	-2 090	36,4%	
Resekostnader	-292	-2 462	2 170	-88,1%	2)
Övriga externa kostnader	-75 350	-81 956	6 606	-8,1%	
Inhyrd personal	-476 790	-281 546	-195 244	69,3%	3)
Övriga personalkostnader	-15 440	0	-15 440	0,0%	
Jämförelsestörande intäkter och kostnader	196 754	-128 000	324 754	-253,7%	4)
Årets redovisade resultat	-21 054	-298	-20 756	6957,8%	5)
Summa	0	0	0		

1) Föreläsningsarvode för att ge elever och skolpersonal ökad kunskap om vårdbranschen, dess arbetsmarknad och utbildningar.

2) Oväsentliga belopp som lämnas utan åtgärd.

3) Avser kostnad för inhyrd processledare. Kostnaden för kvartal 4 år 2016 redovisas detta år vilket innebär att 2017 innehåller fem kvartal att jämföra med föregående år som endast innehåller tre kvartal d v s en felperiodisering mellan åren.

4) Föregående år redovisades 128 tkr som kostnad (se granskningsrapport för årsbokslut 2016). Dessa återförs 2017 och ingår därmed i årets saldo på 196 tkr. Skillnaden mellan utfall på 196 tkr och 128 tkr avser återföring av resultat för 2015 respektive 2016. Detta innebär att utfallet för 2017 inte blir rättvisande men framöver finns förutsättningar för att tillämpa en korrekt redovisning.

Landstinget Sörmland

Granskning av Regionalt stöd för samverkan kring
socialtjänst och vård

- Årsbokslut 2017

Sörmlands läns landstings revisorer

Februari 2018



Innehåll

1	Inledning	2
2	Årsbokslut	2
2.1	Bokslutsprocessen.....	2
2.2	Metod	2
2.3	Resultaträkning.....	2
2.3.1	Årets resultat jämfört med föregående år	2
2.3.2	Årets resultat jämfört med budget.....	2
2.3.3	Granskning.....	3
3	Slutsats	3
4	Bilagor	3

1 Inledning

På uppdrag av landstingsrevisionen i Sörmland har vi granskat årsbokslut och verksamhetsberättelse 2017 för Regionalt stöd för samverkan kring socialtjänst och vård.

2 Årsbokslut

2.1 Bokslutsprocessen

Verksamheten har ingen egen balansräkning och därmed finns inget avstämningsansvar mellan Samlad Redovisning och Regionalt stöd för samverkan kring socialtjänst och vård.

2.2 Metod

Årsbokslutet 2017 har granskats enligt god revisionsred.

2.3 Resultaträkning

2.3.1 Årets resultat jämfört med föregående år

Årets resultat är ett överskott på 549 tkr att jämföra med föregående års underskott på 20 tkr. Verksamhetens intäkter har ökat då huvudmännen har gett mer i bidrag samt att statsbidrag har erhållits med 400 tkr. Sistnämnda har erhållits för att stödja arbetet med samverkan vid utskrivning från slutenvård inför den nya lagstiftningen som träder i kraft 1 januari 2108. Lön och sociala avgifter har ökat med 53 tkr vilket är rimligt med hänsyn till viss utökning av verksamheten och nytt löneavtalet. För ytterligare analys av resultatet hänvisas också till bifogade bilagor.

Kommentarer:

I årets överskott finns en intäktspost på 35 tkr vilken enligt uppgift avser återföring av tidigare års överskott. Att redovisa överskott på detta sätt är inte god redovisningsred. Om korrekt redovisning hade tillämpats skulle årets resultat uppgått till 514 tkr.

Verksamhetsberättelsen saknar jämförelse med föregående vilket vi rekommenderar att ha med framöver för att ge mer information samt att det bidrar till en kvalitetssäkring av bokslutet.

2.3.2 Årets resultat jämfört med budget

Budgeterat resultat uppgår till noll att jämföra med årets överskott på 549 tkr.

Kommentar:

I verksamhetsberättelsen saknar jämförelse med budget vilket rekommenderas att ha med framöver.

2.3.3 Granskning

För intäkter och kostnader har analys skett mot föregående år och budget för att bedöma rimligheten. Större konton har analyserats för kontroll av periodisering och innehåll samt mot underlag. Granskning av resultaträkningen har utförts med ovanstående kommentarer. Resultatanalys för 2015 – 2017 framgår av bilaga ett.

3 Slutsats

Slutsatsen efter genomförd granskning är att verksamhetens redovisade resultaträkning ger en rättvisande bild av årsbokslut 2017.

4 Bilagor

Bilaga 1: Resultatanalys tre år

Bilaga 2: Jämförande resultaträkningar

Norrköping 2018-02-28

Susanne Lindberg

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Resultatanalys

Regionalt Stöd för Samverkan kring socialtjänst och vård

	2017-01-01		2016-01-01		2015-01-01	
	<u>- 2017-12-31</u>	%	<u>- 2016-12-31</u>	%	<u>- 2015-12-31</u>	%
Rörelsens intäkter						
Bidrag och tjänster	1 810 874	90,8%	1 163 460	93,2%	1 054 800	100,0%
Övriga rörelseintäkter	183 000	9,2%	85 001	6,8%	1	0,0%
Summa intäkter	1 993 874	100,0%	1 248 461	100,0%	1 054 801	100,0%
Rörelsens kostnader						
TB 1	1 993 874	100,0%	1 248 461	100,0%	1 054 801	100,0%
Hyra leasing bil	0		-1 809	-0,1%	0	
IT och tele	-13 669	-0,7%	-12 388	-1,0%	-11 034	-1,0%
Hotell o logi m m	-55 440	-2,8%	-50 570	-4,1%	-16 416	-1,6%
Adm. kostnader	-419	0,0%	0		-325	0,0%
Övriga externa kostnader	0		0		-180	0,0%
Kurs- och konferensavgifter	-129 104	-6,5%	-38 911	-3,1%	0	
Lönekostnader övriga	-766 425	-38,4%	-788 617	-63,2%	-765 127	-72,5%
Sociala kostnader	-423 431	-21,2%	-347 325	-27,8%	-337 651	-32,0%
Övriga personalkostnader	-47 068	-2,4%	-28 662	-2,3%	-14 207	-1,3%
Extern föredragshållare	-44 000	-2,2%	0		0	
Jämförelsestörande poster	34 505	1,7%	0		0	
Summa rörelsens kostnader	-1 445 051	-72,5%	-1 268 282	-101,6%	-1 144 940	-108,5%
Rörelseresultat	548 823	27,5%	-19 821	-1,6%	-90 139	-8,5%
Finansiella poster						
Res. e. finansiella poster	548 823	27,5%	-19 821	-1,6%	-90 139	-8,5%
Årets resultat före skatt	548 823	27,5%	-19 821	-1,6%	-90 139	-8,5%

Jämförande Resultaträkning

Regionalt Stöd för Samverkan kring socialtjänst och vård

<u>Resultaträkning</u>	<u>2017-12-31</u>	<u>2016-12-31</u>	<u>Avvikelse</u>	<u>i %</u>	<u>Notering</u>
Bidrag och tjänster	1 810 874	1 163 460	647 414	55,6%	1)
Övriga rörelseintäkter	183 000	85 001	97 999	115,3%	2)
Hyra leasing bil	0	-1 809	1 809	-100,0%	
IT och tele	-13 669	-12 388	-1 281	10,3%	
Hotell o logi m m	-55 440	-50 570	-4 870	9,6%	
Adm. kostnader	-419	0	-419	0,0%	
Kurs- och konferensavgifter	-129 104	-38 911	-90 193	231,8%	3)
Lönekostnader övriga	-766 425	-788 617	22 191	-2,8%	
Sociala kostnader	-423 431	-347 325	-76 106	21,9%	
Övriga personalkostnader	-47 068	-28 662	-18 406	64,2%	
Extern föredragshållare	-44 000	0	-44 000	0,0%	
Jämförelsestörande poster	34 505	0	34 505	0,0%	4)
Årets redovisade resultat	-548 823	19 821	-568 644	-2868,8%	5)
Summa	0	0	0		

1) Extra bidrag från SKL på 400 tkr. Ersättning 1 400 tkr från Regionförbundet Sörmland kontrollerad mot faktura

2) Kostnader för detta har ökat vilket är rimligt då ersättning har erhållits med 183 tkr från deltagarna i länsstyrgruppen med 7 tkr vardera för att användas för möten och planeringsdagar.

3) Ökade kostnader vilket till största del beror på interna kurser och personalutbildning.

4) Avser återföring av resultat 2016 - ej korrekt hantering.

5) Avvikelsen motsvaras av skillnaden mellan överskottet år 2017 och underskottet år 2016.

Sörmland läns landsting

Granskning av uppdrag och uppföljning – Nämnden för
Samverkan



EY

Building a better
working world

Sammanfattning

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av Nämnden för samverkan. Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om nämnden utövar en tillräcklig styrning och kontroll för att skapa goda förutsättningar för FoU-verksamheten, Hjälpmedelscentralen och Vård- och omsorgscollege.

Granskningen har genomförts genom intervjuer med ledningsfunktioner och genom dokumentgranskning.

Den sammantagna bedömningen är att nämndens styrning på ett övergripande plan utövar en tillräcklig styrning och uppföljning för att därigenom skapa goda förutsättningar för de granskade verksamheterna. Vi gör bedömningen att de styrningsmässiga förutsättningarna skiljer sig väsentligt mellan de tre verksamheterna och bör därför bedömas utifrån dessa skillnader. Detaljerade bedömningar utifrån revisionsfrågorna återfinns i matriser i respektive verksamhetsavsnitt.

Hjälpmedelscentralen bedöms ha adekvata uppföljningsparametrar och uppföljningsprocedurer. Avvikelser från målen kan identifieras tidigt vilket är en god förutsättning för styrningen. Uppdraget bedöms vara tydligt. Arbete pågår med att minska antalet mål som redovisas för nämnden vilket vi bedömer som positivt.

FoU i Sörmland har ett tillräckligt tydligt uppdrag avpassat för verksamhetens karaktär. Strukturen och processerna för styrning och uppföljning bedöms vara ändamålsenlig.

Vård- och omsorgscollege, som har begränsade personella resurser, har ett för verksamheten tydligt uppdrag men uppföljning av måluppfyllelsen behöver utvecklas. Bland annat bör målformuleringarna ses över vad gäller realismen. Se rekommendationer.

Vi bedömer även att nämnden håller sig tillräckligt informerad om utvecklingen i de tre verksamheterna.

De förbättringsmöjligheter som identifierats i granskningen framgår av följande rekommendationer till nämnden:

- ▶ Vidta åtgärder för att effektivisera beslutsprocessen för införandet av nya hjälpmedel.
- ▶ Ta initiativ till att förbättra uppföljning av målen för vård- och omsorgscollege. Mot bakgrund av att denna verksamhet är svår att följa upp med tydligt mätbara och kvantitativa mått bör den kvalitativa och dialogmässiga uppföljningen vara tillräcklig. Det förutsätter värderingar av måluppfyllelse samt dialog med nämnden.
- ▶ Överväg ett mer realistiskt mål avseende andelen nöjda handledare och elever.

Innehåll

1. Inledning	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Avgränsning	3
1.4. Ansvarig nämnd	3
1.5. Metod	3
1.6. Revisionskriterier.....	4
1.7. Rapportens disposition	4
2. Nämndens reglemente och verksamhetens organisation	4
3. Hjälpmedelscentralen (HMC)	6
4. FoU i Sörmland	8
5. Vård – och omsorgscollege (VO-college)	11
6. Nämndens kunskapsinhämtning	15
7. Svar på revisionsfrågor och samlad bedömning	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Bilagor:

Bilaga 1 Källförteckning

Bilaga 2 Revisionskriterier

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård är gemensam för Landstinget Sörmland och länets nio kommuner, med landstinget som värdkommun. Nämndens uppdrag är att besluta om operativa riktlinjer och att föreslå rekommendationer i principiella frågor samt att följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter. Nämnden är dessutom driftsansvarig för Hjälpmedelscentralen, FoU i Sörmland samt Regionalt Vård- och Omsorgscollege Sörmland.

Nämnden styr via bland annat en gemensam verksamhetsplan för samtliga verksamheter.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om nämnden utövar en tillräcklig styrning och kontroll för att skapa goda förutsättningar för FoU-verksamheten, Hjälpmedelscentralen och Vård- och omsorgscollege.

För att kunna uppnå syftet kommer nedan angivna delfrågor att besvaras inom ramen för granskningen.

- ▶ Har respektive verksamhet fått ett tydligt uppdrag som anger verksamhetens inriktning?
- ▶ Skaffar sig nämnden tillräcklig information om verksamheternas utveckling?
- ▶ Finns det en tydlighet i hur gränsdragningen ska göras för respektive verksamhets omfattning och inriktning?
- ▶ Finns det mätbara, accepterade och uppföljningsbara mål för respektive verksamhet?
- ▶ Finns det fungerande signalsystem till nämnden då avvikelser från mål identifieras och då andra väsentliga problem i verksamheterna uppstår?
- ▶ Är styrningen väl anpassad för de olika verksamheternas skilda verksamhetslogiker?

1.3. Avgränsning

Granskningen avser verksamheterna FoU i Sörmland (FoUiS)-verksamheten, Hjälpmedelscentralen och Vård- och omsorgscollege.

1.4. Ansvarig nämnd

Granskningen avser Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård..

1.5. Metod

Granskningen genomförs genom dokumentstudier och intervjuer. Intervjupersoner är nämndens presidium och chefspersoner vid de granskade verksamheterna.

1.6. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Nämndens reglemente
- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Mål och budget, Landstinget Sörmland

1.7. Rapportens disposition

Rapporten inleds med en kort beskrivning av nämndens reglemente. Därefter är rapporten indelad efter de tre granskade verksamheterna; Hjälpmedelscentralen, FoU-Sörmland och Vård- och omsorgscollege. I respektive avsnitt beskrivs underlag för respektive revisionsfråga.

2. Nämndens reglemente och verksamhetens organisation

Reglementet för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård fastställdes 2016-06-14 av landstingsfullmäktige. Nämnden ansvarar för verksamheterna hjälpmedelsförsörjning, FOU Sörmland samt Vård – och omsorgscollege på lokal och regional nivå.

Nämnden ansvarar för att följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter inom specifika målgrupper såsom barn och unga som behöver särskilt stöd, äldre, personer med psykisk ohälsa och sjukdom, personer med funktionsnedsättning etc.

Nämnden ska föreslå de tre verksamheterna rekommendationer i principiella frågor och ta beslut om operativa riktlinjer. Ordförande för nämnden förtydligar att operativa riktlinjer innebär att nämnden inte bara ska fatta beslut om överenskommelser men även om riktlinjer som verksamheterna ska arbeta efter. Enligt intervjuad ordförande fastställs dock de flesta operativa riktlinjerna i länsstyrgruppen. Riktlinjerna är oftast på en för detaljerad nivå för nämnden. Vid en framtida revidering av reglementet föreslår ordförande att punkten tas bort.

De tre granskade verksamheterna har väsentligt olika verksamhetslogik, organisation och förutsättningar vilket bör beaktas då bedömningar görs av uppdragens utformning och hur verksamheten bör följas upp.

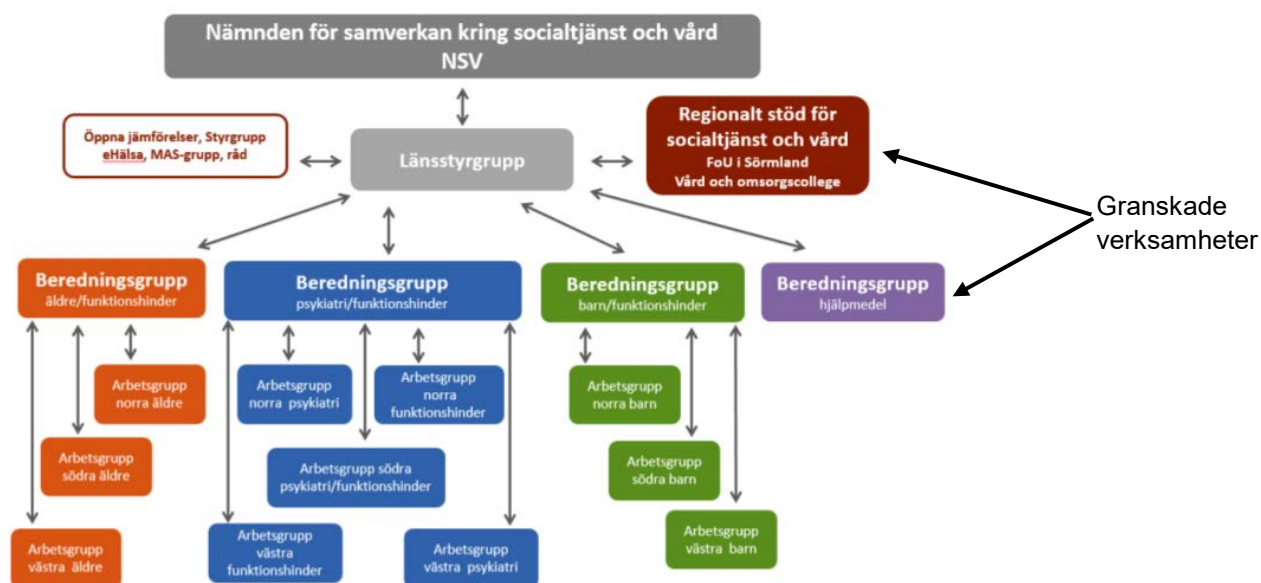
- ▶ Hjälpmedelscentralen bedriver en verksamhet som går att avgränsa och framför allt definiera till sitt innehåll. Det handlar bland annat om att anpassa hjälpmedel och distribuera dem till brukare och patienter med korta ledtider. Dessutom ska hjälpmedel rekonditioneras så att de kan användas igen. Det är med andra ord tydligt vad som ska levereras, när och till vem.

- ▶ Vård- och omsorgscollage ska initiera och verka för samverkan mellan arbetsgivare, utbildningsanordnare och fackliga organisationer i syfte att förse landstingets och kommunernas vård- och omsorgsverksamhet med adekvat kompetens. Detta uppdrag är inte lika enkelt att nagla fast även om det går att avläsa om utbildningar, kompetensutvecklingsinsatser och sökande till tjänster går att analysera.
- ▶ FoU i Sörmland bedriver utvecklingsverksamhet i samverkan. Kunskapsspridning och utveckling av arbetssätt kan ske på många olika sätt och i olika former vilket gör att uppdraget inte bör formuleras alltför detaljerat och med för exakta gränser.

De tre verksamheterna skiljer sig dessutom väsentligt vad gäller personella resurser. Vård- och omsorgscollage bedrivs av en halvtidstjänst, FoUiS har cirka 10 medarbetare plus externa temporära resurser och Hjälpmedelscentrum har en stor organisation med många medarbetare.

Ledningsorganisationen för nämndens ansvarsområden återges i nedanstående organisationsbild.

Samverkanstruktur kommuner och landsting i Sörmland



3. Hjälpmedelscentralen (HMC)

Hjälpmedelscentralen ansvarar för försörjningen till länets invånare beträffande rörelsetekniska hjälpmedel, kognitiva hjälpmedel, kommunikationshjälpmedel, inkontinenshjälpmedel, synhjälpmedel och hörselhjälpmedel i skola och hem. För dessa hjälpmedel ska HMC dessutom svara för:

- ▶ Att följa utvecklingen inom hjälpmedelsområdet
- ▶ Att kvalitetssäkra hjälpmedelsförsörjningen
- ▶ Upphandling och inköp av hjälpmedel
- ▶ Återtagning och rekonditionering
- ▶ Lagerhållning och distribution
- ▶ Konsultation, service och underhåll
- ▶ Anpassning av hjälpmedel efter individuella behov
- ▶ Stöd till förskrivare vid förskrivning av hjälpmedel
- ▶ Information och utbildningar inom hjälpmedelsområdet
- ▶ Samråd med brukarorganisationer

Vidare beskriver verksamhetsplanen de övergripande utmaningar som verksamheten kommer att ha under år 2017. Utmaningarna är bland annat att minska ledtiderna i leveranser för att möta kraven om snabbare utskrivning från slutenvården, utveckla de månatliga nyckeltalen, mätningarna, målen och uppföljningen för en bättre styrning av verksamheten. HMC ska också påbörja en processkartläggning med efterföljande åtgärdsplaner i syfte att optimera de interna arbetsflödena/processerna.

Verksamheten är intäktsfinansierad och ska anpassa organisationen efter den efterfrågan som finns och som styrs av förskrivarna. Enligt intervjuad verksamhetschef ökar efterfrågan. Kompetensförsörjningsmässigt kan de rekrytera för expansion när det gäller alla yrkesgrupper utom arbetsterapeuter (fungerar som hjälpmedelskonsulenter) där det generellt råder brist på sökande. Även lokalerna har blivit en kritisk faktor varför en till- eller nybyggnad utreds.

HMC styrs och följs upp via ett antal (29) nyckeltal som är relaterade till de fem perspektiv som Landstinget i Sörmland använder i sin styrning; Medborgare, process, medarbetare, miljö och ekonomi. Dessa nyckeltal används både i HMC:s egen uppföljning och gentemot nämnden. Vid intervjun med ordförande och 1:e vice ordförande samt med verksamhetschefen framkommer att diskussioner pågår om att minska antalet uppföljningsparametrar till nämnden. Vilka mål som ska prioriteras är ännu inte klart.

En fråga som nämns i intervjuerna angående styrningen är att utvecklingen av digitala hjälpmedel går fort. Ibland kan det vara svårt att avgöra om en förändring är ett nytt hjälpmedel eller bara en utveckling av ett befintligt. Dessutom kan det vara svårt att relatera det nya hjälpmedlet (exempelvis nya appar) till de sektorer som hjälpmedel är indelade i. Dessa frågor behöver ofta nå beredningsgruppen och länsstyrgruppen samt ibland även

nämnden vilket kan ta avsevärd tid. Det finns nu ett förslag om att bilda en specialistgrupp som kan göra dessa bedömningar utifrån existerande evidens för att på så vis snabba upp processen.

Bedömningar utifrån revisionsfrågorna:

REVISIONSFRÅGA	SVAR OCH BEDÖMNING
Har HMC fått ett tydligt uppdrag som anger verksamhetens inriktning?	Ja. Verksamhetens uppdrag är tydligt avseende vad som ska levereras och hur det ska levereras. Bedömningen är att det finns få gråzoner vad gäller vad som ligger inom HMC:s uppdrag. Utöver ovanstående är HMC:s uppdrag vad gäller utveckling, upphandling, logistik och vilket stöd förskrivarna ska ges.
Skaffar sig nämnden tillräcklig information om verksamheternas utveckling?	Bedömningen är att så är fallet. Nyckeltalsuppföljningen består av 29 parametrar. Ambitionen att minska dessa till färre för nämnden bedöms som relevant. Det finns både faktiska mått som exempelvis ledtider och kundupplevda mått. Utöver delårsrapporter och årsredovisning deltar divisionschefen på nämndens sammanträden. Möjligen skulle det vara mer relevant att verksamhetschefen för HMC deltog i sammanträdena.
Finns det en tydlighet i hur gränsdragningen ska göras för HMC:s omfattning och inriktning?	Ja. Dock finns det ett problem med långa beslutsprocesser då nya hjälpmedel ska beslutas ingå i sortimentet.
Finns det mätbara, accepterade och uppföljningsbara mål för HMC?	Ja
Finns det fungerande signalsystem till nämnden då avvikelser från mål identifieras och då andra väsentliga problem i verksamheterna uppstår?	Bedömningen är att det finns ett signalsystem men att det kan finnas risk att avvikelser från mål kan nå nämnden sent eftersom informationen ska passera både beredningsgrupp och länsstyrgrupp. Det senare forumet har många och olika typer av verksamheter som ansvarsområde.
Är styrningen väl avpassad för de olika verksamheternas skilda verksamhetslogiker?	Ja, nyckeltalen bedöms i stort vara väl anpassade till verksamhetens logik. Det avgörande är hur denna information används. Inom HMC får all personal varje månad information om hur organisationen ligger till inom respektive perspektiv.

4. FoU i Sörmland

FoU Sörmland (FoUiS) är en läns gemensam resurs för länets kommuner och landsting. Målgrupp för verksamheten är alla socialtjänstens målgrupper och syftet är att stärka långsiktiga regionala strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och angränsande delar av hälso- och sjukvården i Sörmland. Målgrupperna är:

- ▶ Barn och unga
- ▶ Personer med funktionsnedsättning
- ▶ Personer med missbruk och beroende
- ▶ Äldre personer
- ▶ Anhörigvårdare
- ▶ Brottsoffer och deras anhöriga

Ledningsorganisationen består av en FoU-styrelse som utövar den praktiska styrningen av FoUiS. Ledamöterna utses av länsstyrelsen (se s 5) och representerar landstinget samt de deltagande kommunerna. I FoU-styrelsen finns även representant för landstingets FoU-centrum samt från Mälardalens högskola samt från PRIMUS samt från Mälardalens högskola.

FoUiS ska stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom kommuner och landsting och syftet med det är att erbjuda patienter och brukare insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. FoUiS är en lärande organisation som ska utvärdera och följa upp den egna verksamheten. Den ska bidra till kunskapsutveckling, kunskapsspridning och kunskapsanvändning samt främja former för och utveckla former för delaktighet.

FoUiS arbetar med att skapa former för kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom och mellan kommuner och landstinget. FoUiS erbjuder metodstöd och handledning vid planering, uppföljning och utvärdering av förbättringsområden. Om förfrågan om stöd kommer från en enskild kommun strävar FoUiS efter att bredda projektet så att flera huvudmän deltar och därigenom skapar förutsättningar för att exempelvis nya metoder/arbetsätt implementeras.

När FoUiS stöttar kunskapsspridning av ex nya riktlinjer, evidensbaserade metoder och deltar på olika sätt i implementeringsarbetet i praktiken (kunskapsanvändning). Intervjuad chef beskriver att det kan ta lång tid från att ny kunskap sprids till att arbetssätten är förändrade i praktiken.

FoUiS främjar och utvecklar olika former för delaktighet och stödjer verksamheternas arbete med delaktighet ur ett brett perspektiv med fokus på brukare/patient samt anhöriga. FoUiS skapar olika forum för samverkan för att stimulera och stärka forskning, utveckling och innovationskompetensen i kommuner och landstinget.

Intervjuad chef uppger att hon finns med vid alla nämndsammanträden, ibland även då presidiet sammanträder och där FoU-frågor står på agendan.

Inom FoUiS arbetar cirka 14 medarbetare med olika tjänstgöringsgrad. FoUiS har tjänsteköp med kommuner och landsting utifrån specifika projekt.

När FoUiS var organiserat under Regionförbundet beställdes en extern utvärdering av FoUiS och som genomfördes 2016 för att få svar på i vilken mån FoUiS arbetade i enlighet med sitt uppdrag. Några av resultaten var:

År 2016, då FoUiS var organiserat under Regionförbundet, genomfördes en extern utvärdering av i vilken mån FoUiS arbetade i enlighet med sitt uppdrag. Några av resultaten var:

- ▶ Behovet av verksamheten var tydligt. Kunskapsbasen inom socialtjänsten är utvecklad, kommunerna har inte resurser att bevaka utveckling av nya metoder samt behov av en gemensam plattform för utvecklingsfrågor.
- ▶ FoUiS håller hög nivå och levererar mycket i förhållande till sina resurser
- ▶ Förhållandet mellan uppdragets vidd och resurserna bedömdes inte vara balanserat, d.v.s. resurserna var för små i förhållande till uppdraget.
- ▶ Det är tämligen otydligt vad FoUiS avser att uppnå för resultat och effekter i de olika verksamheterna.
- ▶ Det sker ingen systematiserad uppföljning av vilka effekter FoUiS insatser får ute i verksamheterna

Intervjuad ordförande och vice ordförande beskriver att de uppfattar uppdraget som tydligt men att det pågår diskussioner om att eventuellt avgränsa uppdraget till omfattning samt även minska antalet mål som följs på nämndnivå.

Svar på och bedömningar utifrån revisionsfrågorna.

REVISIONSFRÅGA	SVAR OCH BEDÖMNING
Har FoUiS fått ett tydligt uppdrag som anger verksamhetens inriktning?	Bedömningen är att så är fallet. Vad som ska göras för vilka målgrupper bedöms vara tydligt. Verksamheten är av forsknings- utvecklingskaraktär, och med en brobygggarroll, vilket gör att målsättningarna och uppföljningsparametra inte bör vara alltför instrumentella.
Skaffar sig nämnden tillräcklig information om verksamheternas utveckling?	Utöver delårsrapporter och årsredovisning har nämnden tät kontakt med ledande tjänstepersoner vilket borgar för en god insyn och ett bra underlag för att initiera åtgärder vid avvikelser från målen. 2016 genomfördes på uppdrag Regionförbundets arbetsutskott en utvärdering av verksamheten. Denna utvärdering används fortfarande som grund för förbättringsarbetet.
Finns det en tydlighet i hur gränsdragningen ska göras för FoUiS omfattning och inriktning?	Bedömningen är att gränsdragningen är tillräckligt tydlig med hänsyn till att verksamheten är av utvecklingskaraktär. Det ska finnas ett samverkansmoment i verksamheten och så är fallet. När det gäller omfattning är det efterfrågestyrt. Intervjuad chef beskriver att de sällan måste säga nej till förfrågningar men aktiviteter kan skjutas fram i tiden.

<p>Finns det mätbara, accepterade och uppföljningsbara mål för respektive verksamhet?</p>	<p>Det finns en väl utvecklad målstruktur men de allra flesta redovisningar utifrån respektive mål utgörs av aktivitetsredovisning. Därefter får en bedömning av aktivitetens relevans och effekt bedömas kvalitativt vilket kräver engagemang från styrelse och nämnd.</p>
<p>Finns det fungerande signalsystem till nämnden då avvikelser från mål identifieras och då andra väsentliga problem i verksamheten uppstår?</p>	<p>Ja. Redovisningen till nämnden sker med en regelbundenhet och tätare än delårsrapporterna. FoU-chefen närvarar vid sammanträdena.</p> <p>Utvärdering av deltagarnas synpunkter på aktiviteterna görs systematiskt efter avslutad aktivitet. Det görs också en årlig uppföljning av föregående års aktiviteter för att följa upp effekter av FoUiS insatser.</p>
<p>Är styrningen väl avpassad för de olika verksamheternas skilda verksamhetslogiker?</p>	<p>Bedömningen är att styrning och organisation inte utgör något hinder för att FoUiS ska kunna bedriva en effektiv verksamhet enligt uppdraget. Hela styrkedjan kännetecknas av samverkan och representation från olika samverkansaktörer och de olika huvudmännen deltar frivilligt i de olika projekten. I granskningen har det inte framkommit något som tyder på handlingsförklaring på grund av tröga beslutsprocesser. Det bör dock påpekas att underlaget är för ytligt för att med säkerhet kunna säga att sådana inte förekommer.</p>

5. Vård – och omsorgscollege (VO-college)

Enligt verksamhetsplan för år 2016–2019¹ är syftet med VO-college att samordna och effektivisera samarbetet mellan arbetsgivare och utbildningsanordnare inom området vård- och omsorg. Det sker genom samverkan mellan arbetsgivare, utbildningsanordnare och fackliga organisationer. Samverkansstrukturen styrs från den nationella organisationen för VO - college. Enligt nämndens reglemente är syfte och mål med VO-college:

- ▶ Att parterna arbetar efter samsyn när det gäller vilken baskompetens som erfordras för arbete inom vård och omsorg och att den utbildning som ges för ungdomar och vuxna syftar till att utveckla denna kompetens och att individens förutsättningar tas till vara och bidrar till större mångfald
- ▶ Att definitionen av baskompetens, enligt *”Baskompetens inom vård- och omsorgssektorn”* (SKL 2007) samt att gällande nationella kursplaner i gymnasieskola och vuxenutbildning, ligger till grund för kursutbud, kursinnehåll, spetskompetens- och fördjupningskurser samt vad och hur eleverna lär under APL
- ▶ Att kommunernas vård- och omsorgsverksamheter, Landstinget Sörmland och i förekommande fall privata vårdgivare tillhandahåller VFU/APL/LIA platser för studenternas/elevernas lärande hos arbetsgivarna och att dessa platser kvalitetssäkras i samråd med utbildningsanordnaren
- ▶ Att KliPP (Klinisk Praktikplacering) är ett gemensamt IT-verktyg för hantering av VFU/APL/LIA1 platser mellan berörda parter
- ▶ Att parterna samverkar kring handledarutbildningar, så att dessa kan genomföras i en omfattning så att kvalificerade handledare finns hos arbetsgivaren
- ▶ Att beakta hälsoperspektivets betydelse, både när det gäller fysisk och psykisk hälsa.
- ▶ Att samverka kring marknadsföringsåtgärder

Vidare i reglementet står det att syfte med ett VO-college är att göra utbildningar inom vård- och omsorgsområdet mer attraktiva för de enskilda som utbildar sig och för de olika aktörerna på arbetsmarknaden.

I Sörmland finns en regional styrgrupp för VO-college som ska leda arbetet i länet. Gruppen formulerar uppdrag till de fyra lokala VO-college som finns i Sörmland samt fattar övergripande beslut. Styrgruppen består av tjänstemän från utbildningssidan och arbetsgivarsidan. De fyra lokala collegen i länet har egna lokala styrgrupper. VO-college finansieras genom verksamhetsbidrag från Nämnden för samverkan. Det finns en regional samordnare-/processledare på 50 % (hädanefter kallad samordnare) som också arbetar i Nyköpings kommun. Funktionen som samordnare innebär att samordna det regionala samarbetet och upprätthålla kontakt mellan de lokala, det regionala och nationella VO-

¹ Verksamhetsplan för år 2016-2019 är den aktuella verksamhetsplanen för år 2017.

college. Samordnaren förklarar att det finns beredningsgrupp som ska arbeta inför varje regionalt möte som sker fyra gånger per år exklusive en temadag.

Det finns nationella kriterier vilka reglerar den regionala samverkan som gäller för hur utbildningsanordnare och verksamheter tillsammans ska kunna stärka attraktiviteten och kvalitén inom vård - och omsorgsutbildningarna på gymnasie-, yrkeshögskole- och högskolenivå.

Samordnaren för VO-college i Sörmland beskriver att det finns ett tydligt uppdrag från det nationella vård och omsorgscollegiet att samverka mellan utbildningsanordnare och arbetsgivare samt att ge bästa kvalitet på utbildningar inom vård och omsorg. Det nationella kansliets certifiering av medarbetare uppges skapa en kvalitetssäkring av verksamheten. Verksamhetsplanen är sammanhängd med certifieringsprocessen men det nationella kansliet styr inte de regionala VO-collegen.

VO-college arbetar efter en målmatris på regionnivå som uppdateras löpande allteftersom mål blir uppnådda. I målmatrisen finns det sex huvudmål vilka angavs i ansökan om certifiering för att bli VO-college. Intervjuad samordnare för VO-college förklarar att det är samma mål under planperioden, det vill säga den period som VO-college certifieringen är giltig. Målen utvärderas och kopplas till olika aktiviteter för att nå dom uppsatta målen. Samverkan ska leda till utveckling inom de sex målen. Det ska vara en röd tråd från den regionala målmatrisen till de lokala styrgrupperna, vilka har likartade mål. Den regionala styrgruppen agerar genom egen samverkan och är samordnare i länet för att de lokala VO-college samverkan ska riktas mot de övergripande sex målen. Dessa är:

1. Antal sökande till Vård- och-omsorgsprogrammet ska öka.
2. 90 procent av nyanställd personal uppnår kriterierna för anställningsbarhet till 2019.
3. Öka antal tillsvidareanställda med baskompetens, 100 procent.
4. Upprätta en strategi för ökad attraktivitet i arbetslivet för vård- och omsorgsyret.
5. 100 procent nöjda elever/studeranden och handledare/validerings-handledare till 2019.
6. Garantera tillgången på praktikplatser för utbildningar inom VO-College fram till 2019.

Den regionala samordnaren för VO-college förklarar att det inte är nämnden för samverkan som tar fram målen och uppdragen för VO-college utan det är den regionala styrgruppen som gör det men det är nämnden som fattar beslut. De av den regionala styrgruppen beslutade specifika uppgifterna² är elva i antal och är beskrivna i verksamhetsplanen för år

² 1) Utökning sker av fler kommuner som använder KliPP i APL planering, 2) Inhämta uppgifter till kvalitets- och måluppföljning, 3) Kommunikationsmaterial till handledare att kunna vidareförmedla på APT tas fram , 4) Producera film i marknadsföringssyfte (om det rymms inom budget) , 5) Ha utveckla språkbud på arbetsplatser inom hemtjänst, äldreomsorg och verksamheten för funktionsnedsatta i syfte att främja språkutveckling för anställda som har svenska som andraspråk , 6) Granskning av kvalitet hos utbildare utifrån inkomna påpekande om brister , 7) Planering och genomförande av temadag med fokus på aktuellt tema som bestäms i samverkan , 8) Ny arbetsgrupp-anställningsbar , 9) Plan för nya aktörer till lokal och regional styrgrupp , 10) Uppstart av

2017. VO-colleges uppsatta mål är inte relaterade till landstingsfullmäktiges fastställda perspektiv och målområden. Anledningen är att college inte är landstingsspecifikt utan verksamheten är gemensam för länets kommuner, landstinget och för fackförbund. Vidare anser samordnaren att vissa frågor som hanteras i den regionala styrgruppen egentligen bör hanteras hos de lokala styrgrupperna. Samordnaren tar även med uppdrag från det nationella kansliet.

Ordförande för nämnden för samverkan menar att VO-college uppdrag är tydligt men att nämnden inte äger hela processen då det är ytterligare en beredningsstruktur med de olika lokala VO-collegen. Styrningen blir komplicerad gällande VO-college. Ett problem med styrningen är även hur nämnden ska kunna arbeta för att verksamheten ska fungera bättre när det är en samverkansform samt har en samordnare på 50 %, enligt ordförande.

Nämndledamöterna beskrivs av samordnaren vara intresserade av målen i målmatrisen och verksamhetsberättelsen, vilken de lämnar synpunkter på. Samordnaren förklarar att det är viktigt att politiken är delaktig i deras arbete och har informerat nämnden att verksamheten gärna tar emot uppdrag från nämnden. Samordnaren menar att styrningen mot nämnden har förbättrats och att dialog med verksamhetschefen för regionalt stöd socialtjänst och vård(RSV) fungerar som en länk till politiken. Om avvikelser från mål, viktiga problem i verksamheten uppstår eller något specifikt inträffar sker en dialog med verksamhetschef (RSV) eller med nämnden.

Samordnaren uppger att VO-college skulle kunna bli bättre på att mäta de egna målen. Utbildningsanordnare i länet gör uppföljningar som därefter sammanställs till ett gemensamt dokument för hela VO-college i länet. Uppföljning av kvalitet ska kunna mätas efter sex månader, exempel är om examinerade elever från en vård- och omsorgsutbildning fått jobb. Verksamheten har ett arbetsdokument för uppföljning och kvalitet, vilket de försöker bli bättre med och tydligare gentemot nämnden. VO-college har fått direktiv av det nationella kansliet att självskatta den egna verksamheten vilket redogörs inför nämnden. Självskattningen är enligt samordnaren del i den verksamhetsplan som finns för VO-college nationellt. Nämnden följer upp målen genom VO-college verksamhetsplan. Samordnaren uppger att de till viss del klarar målen som är uppsatta.

Svar och bedömningar utifrån revisionsfrågorna.

<p>Har VO-college fått ett tydligt uppdrag som anger verksamhetens inriktning?</p>	<p>Ja, VO-college har ett tydligt uppdrag från det nationella vård- och omsorgskansliet; att genom samverkan mellan utbildningsanordnare och arbetsgivare ge bästa kvalitet på utbildningar inom vård - och omsorg.</p> <p>Syftet är att samordna och effektivisera samverkan mellan utbildningsanordnare och arbetsgivare.</p>
--	---

<p>Skaffar sig nämnden tillräcklig information om verksamheternas utveckling?</p>	<p>Förutom delårsrapport, verksamhetsberättelse och VO-colleges självskattning får nämnden information vid sammanträden ca två gånger per år samt blir inbjudna till temadagar. Under 2017 ger VO information 1 gång.</p>
<p>Finns det en tydlighet i hur gränsdragningen ska göras för VO-colleges omfattning och inriktning?</p>	<p>Ja. Bedömningen bygger på att uppdragets karaktär gör att inga exakta gränser kan dras för vad som ligger inom eller utanför uppdraget. Bedömning bör göras från fall till fall.</p>
<p>Finns det mätbara, accepterade och uppföljningsbara mål för VO-college?</p>	<p>Ja det finns delvis mätbara, accepterade och uppföljningsbara mål. Nämnden har möjlighet att lämna synpunkt på målen samt colleges uppdrag, varav de får anses vara accepterade. Den regionala samordnaren anser att VO-college kan bli bättre på uppföljning och redovisning till nämnden.</p> <p>Vi bedömer målet att 100 % av eleverna och handledare ska vara nöjda som orealistiskt.</p>
<p>Finns det fungerande signalsystem till nämnden då avvikelser från mål identifieras och då andra väsentliga problem i VO-college uppstår?</p>	<p>Vid behov för samordnare dialog med verksamhetschef för regionalt stöd socialtjänst och vård alternativt med nämnden ifall situation uppstår.</p>
<p>Är styrningen väl avpassad för de olika verksamheternas skilda verksamhetslogiker?</p>	<p>Bedömningen är att styrningen utgör inget hinder för VO-college att utföra sitt uppdrag. Samordnare menar att styrningen mot nämnden har blivit bättre och att dialog med verksamhetschef för RSV fungerar som en länk till politiken och att det är viktigt att politiken är delaktig i deras arbete.</p>

6. Nämndens kunskapsinhämtning

I nämnden för samverkans delårsrapport står att alla nämndens sammanträden innehåller informationspunkter med utrymme för kunskapsutbyte, diskussioner och möjligheter till förslag om stärkt samverkan. De olika verksamheterna inom nämndens ansvarsområde informerar vid nämndens sammanträde under punkten *Information vid nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård*. Nedan beskrivs respektive verksamhets lämnade information till nämnden år 2017.

Vid nämndens sammanträde den 2017-02-17 informerade verksamhetschef för regionalt stöd socialtjänst och vård, verksamhetschef hjälpmedelscentralen och den regionala processledaren/samordnaren för vård- och omsorgscollege om verksamhetsberättelsen för 2016 och verksamhetsplanen för 2017-2019.

Hjälpmiddelscentralen

- ▶ Vid sammanträdet 2017-04-07 gavs information till nämnden från Hjälpmiddelscentralen. Innovationer och ny teknik inom hjälpmedelsområdet presenterades. Även Hjälpmiddelscentrum region Västmanland presenterade sitt arbete. Vidare gavs information om att bedömning i beviljandet av elrullstolsgarage blivit mer restriktivt. Samt gavs information om kostnadsförändring 207 samt information om nya kriterier vid förskrivning av sinnestimulerande hjälpmedel.

FOU

- ▶ Vid sammanträde 2017-02-17 informerade FoUs utvecklingsledare i Sörmland om barns delaktighet inom funktionshinderområdet.
- ▶ Vid sammanträdet 2017-04-07 gavs information till nämnden från FoU om trygg och effektiv utskrivning, i en så kallad lägesrapport. Vidare informerades även om en nationell samverkansmodell för långsiktig kunskapsutveckling och dess förankring i Sörmland.
- ▶ Vid sammanträdet 2017-06-02 gavs information från utvecklingsledare FoU i Sörmland gällande strategi för anhörigstöd.

VO-college

Nämnden blir inbjuden till VO-colleges regionala styrgrupps temadagar. Ordföranden för nämnden har deltagit vid ett sådant tillfälle. Enligt VO-colleges regionala samordnare vill nämnden att college ger information några gånger per år vid nämndens sammanträden och samordnaren ger information till nämnden vid ca två tillfällen per år. Denne person informerar beredningsgruppen ungefär tre – fyra gånger per år.

- ▶ Vid sammanträdet 2017-04-07 gavs en presentation av lokala styrgrupper för vård och omsorgscollege. En presentation av lokalt college Eskilstuna genomfördes samt för lokalt college Södra länsdelen.

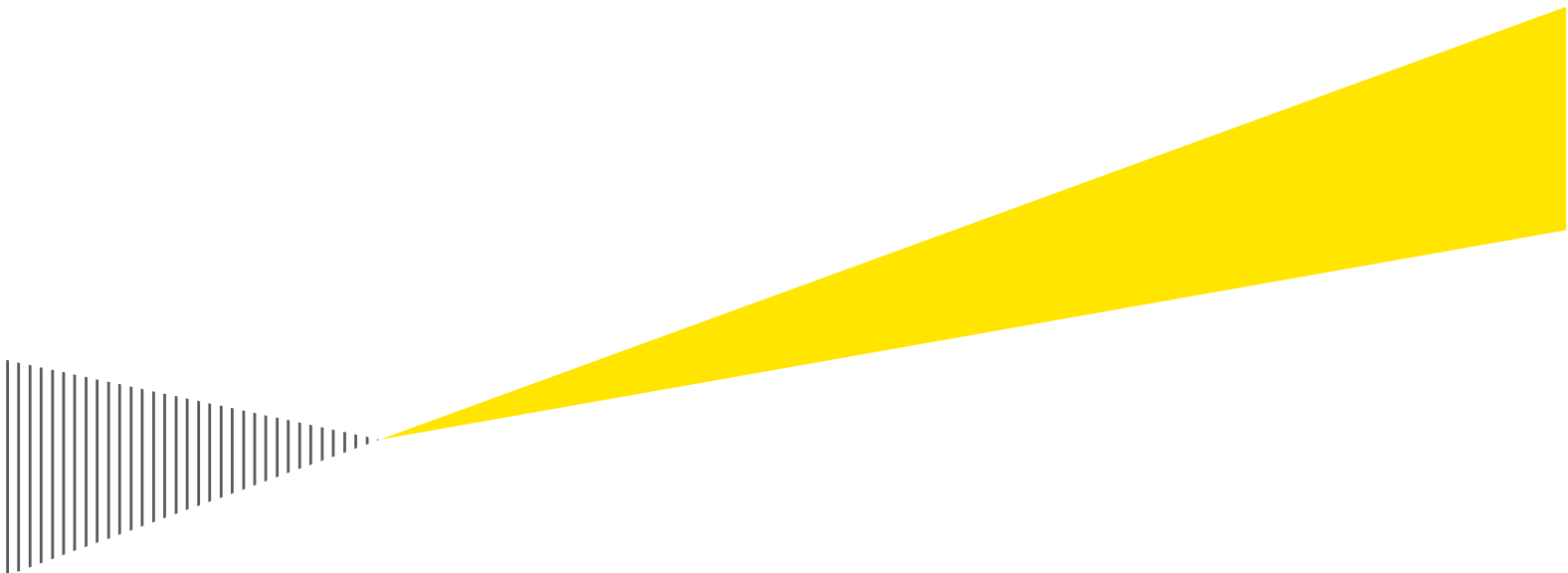
Vi konstaterar att nämnden inte har beslutat om någon internkontrollplan för år 2017.

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
EY

Carl Nilsson
Verksamhetsrevisor
EY

Sörmland läns landsting

Granskning av Patientnämnden



EY

Building a better
working world

Sammanfattning

EY har på uppdrag av Landstingets revisorer genomfört en granskning av den gemensamma patientnämnden. Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Patientnämnden säkerställt kompetensförsörjning och en god tillgänglighet för verksamheten.

Patientnämnden har inte genomfört en riskanalys enligt landstingets internkontrollreglemente inför år 2017 och inför år 2018. Att nämnden saknar en internkontrollplan baserad på en risk- och väsentlighetsanalys är en brist. Internkontrollplanen för 2018 kommer att beakta de kommande ändringarna för patientnämndens verksamhet som träder i kraft 2018.

Handläggningstiderna bedöms som tillfredsställande. Denna bedömning baseras på resultatet från de två uppföljningarna av internkontrollplanen för år 2017. Av de ärenden som slumpmässigt granskades hade samtliga uppnått de egna interna målen. Prioritering av ärenden behöver inte göras då köbildning inte uppstår.

Analys av ärendena och återföring till verksamheterna sker i form av statistik och summeringar. Återkoppling till klinikerna ges även under kansliets handläggningstid. Vidare framställs två temarapporter per år som organisationen och allmänheten kan ta del av.

Patientnämnden har vidtagit åtgärder inför förändringarna som träder i kraft 2018. Nämnden har äskat medel för ytterligare en tjänst och blivit beviljade det. De arbetar med att analysera ärenden och ser över möjlighet att ta del av vårdens avvikelssystem Synergi. Vidare har kansliet informerat om dess roll inom landstinget och har regelbunda träffar med patientstärkerhetsenheten.

Vid granskningen framkom det att den gemensamma patientnämnden inte tagit någon verksamhetsplan för år 2017, vilket är en brist.

Bedömningen är att patientnämnden har säkerställt en god kompetensförsörjning.

Patientnämnden bedöms ha säkerställt en god tillgänglighet för verksamheten. Detta baseras dels på kansliets handläggningstider och tillgängligheten som medborgare har att via mail, brev, telefon och särskild blankett kunna ta kontakt med kansliet och få information eller att lämna klagomål/synpunkt på vården.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till patientnämnden:

- ▶ Att basera internkontrollplanen på en risk- och väsentlighetsanalys.
- ▶ Att säkerställa att verksamhetsplan tas för varje år.

Innehåll

1. Inledning	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Avgränsning	3
1.4. Ansvarig nämnd	3
1.5. Metod.....	4
1.6. Revisionskriterier.....	4
2. Förståelse för verksamheten	5
2.1. Nytt lagrum ändrar förhållande mellan patientnämnden och IVO.....	5
2.2. Handlägningsprocessen av Patientärende	8
3. Granskningsresultat	9
3.1. Patientnämndens kansli och tillgänglighet	9
3.2. Kompetensförsörjning	10
3.3. Nämndens interna kontroll.....	11
3.4. Handläggning	12
3.5. Analys, kunskap och återföring till verksamheterna	13
3.6. Förändringar 2018.....	13
4. Svar på revisionsfrågor	15

Bilagor:

Bilaga 1 Källförteckning

Bilaga 2 Revisionskriterier

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Patientnämnden som finns inom landstingets organisation har som uppdrag att ta emot klagomål och synpunkter som gäller:

- All offentligt finansierad vård; landstingets och kommunens hälso- och sjukvård.
- Privata vårdgivare som har avtal med landstinget eller en kommun.
- Folk tandvården och den tandvård som landstinget finansierar

Patientnämnden ska hjälpa till med att framföra klagomålen till vårdinstansen, förmedla svar eller kontakt så att ett svar på klagomålet kan ges till patienten. Nämnden ska även kunna ge information om hur patienterna kan tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården. För verksamheten finns ett kansli med handläggare dit allmänheten kan vända sig. Nämnden är gemensam för både landsting och länets kommuner men den helt dominerande nämnden klagomål avser landstingets verksamhet.

Tidigare har patienter kunnat vända sig direkt till Inspektionen för vård och omsorg men den möjligheten är begränsad fr.o.m. 2018.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Patientnämnden säkerställt kompetensförsörjning och en god tillgänglighet för verksamheten.

För att kunna uppnå syftet kommer nedan angivna delfrågor att besvaras inom ramen för granskningen.

- ▶ Har riskanalys genomförts enligt internkontrollreglementet och med hänsyn till de nationella förändringarna från och med 2018?
- ▶ Är ledtiderna/handläggningstiderna för inkommande ärenden tillfredsställande?
- ▶ Om inte, hur sker prioritering av ärendena?
- ▶ Sker analys av ärendena och återföring till verksamheterna?
- ▶ Har åtgärder vidtagits för att möta förändringarna 2018?

1.3. Avgränsning

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

1.4. Ansvarig nämnd

Granskningen avser Patientnämnden

1.5. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har genomförts med ordförande i nämnden samt med chefen för patientnämndens kansli. Samtliga intervjuade har tagit del av rapporten för faktagranskning.

1.6. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Nämndens reglemente
- ▶ Lag om patientnämnds verksamhet m.m.
- ▶ Mål och budget, Landstinget Sörmland

2. Förståelse för verksamheten

2.1. Nytt lagrum ändrar förhållande mellan patientnämnden och IVO

Från och med första januari år 2018 begränsas Inspektionen för vård och omsorgs utredningsskyldighet samt tydliggörs patientnämndens verksamhet då ny lag och nytt lagrum trädde i kraft.

2.1.1.1 Lag om patientnämndsverksamhet m.m.

Lag om patientnämndsverksamhet m.m. (1998: 1656) reglerar patientnämnderna i Sveriges verksamheter. Lagen upphörde att gälla den 2018-01-01.

I lagen om patientnämndsverksamhet m.m. står att varje landsting och kommun ska det finnas en eller flera patientnämnder som har till uppgift att stödja och hjälpa patienter inom *hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting, den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård samt den tandvård enligt tandvårdslagen som bedrivs eller helt eller delvis finansieras av landsting.*

Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet. Detta genom:

1. Tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.
2. Främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal
3. Hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet,
4. Rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Patientnämnden ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

Patientnämnden ska uppmärksamma inspektionen för vård och omsorg på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn. Nämnderna ska senast sista februari varje år lämna en redogörelse till Inspektionen för vård och omsorg samt Socialstyrelsen över den egna verksamheten under föregående år.

I lagen finns även föreskrifter om stödpersoner vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande.

2.1.1.2 Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

Lagen om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården trädde i kraft 2018-01-01 och ersätter ovanstående lag. Lagen tydliggör patientnämndernas uppdrag och den ställer krav på samverkan mellan patientnämnderna och IVO.

Den nya lagen beskriver att det i varje kommun och landsting ska finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter samt närstående inom vård (inklusive tandvård) som ges av landsting och kommuner, eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnaden enligt socialtjänstlagen. Vidare beskriver lagen patientnämndens huvudsakliga uppgift som är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomålen besvarade av vårdgivaren.

Patientnämnden ska enligt lagen:

- ▶ 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 kontakter 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

I lagen står det att om en patient är ett barn ska patientnämnder särskilt beakta barnets bästa.

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

Landstingen och kommunerna ska organisera sin verksamhet så att slutsatser av de analyser som patientnämnderna gör tas om hand och bidrar till hälso- och sjukvårdsvårdens utveckling.

Patientnämnden ska uppmärksamma inspektionen för vård och omsorg om förhållanden som är relevanta för myndighetens tillsyn. Nämnden ska även samverka med IVO för att myndigheten kan fullgöra sina skyldigheter.

Lagen skriver även, i likhet med den upphävda lagen, om forskrifter gällande stödpersoner vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande.

2.1.1.3 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja säkerheten inom vården. Lagen har fått korrigerade lagrum där vissa paragrafer upphört att gälla och nya lagrum uppkommit från och med den 1 januari 2018.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren informera en patient som drabbats av vårdskada om vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter. Enligt nytt lagrum är Vårdgivaren också skyldig att informera om patientnämndernas uppgift om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården att hjälpa patienten att föra fram klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren. I lagrum som slutat gälla står enbart att vårdgivaren ska informera om patientnämndernas verksamhet.

Enligt lagrum som trätt i kraft ska Vårdgivaren ta emot klagomål och synpunkter från patienter och deras närstående på den egna verksamheten. I både lagrum som upphört gälla och nytt lagrum står att vårdgivare ska informera om möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg.

Om vårdgivare inte getts möjlighet att fullgöra sina skyldigheter att snarast besvara klagomål från patienter och deras närstående med hänsyn på ett lämpligt vis och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information, får inspektionen för vård och omsorg överlämna klagomålet till vårdgivaren eller patientnämnden.

Enligt nytt lagrum ska Inspektionen för vård och omsorg, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter, utreda klagomål som rör:

- ▶ Kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit,
- ▶ Tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen och
- ▶ Händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

2.2. Handläggningsprocessen av patientärenden

Patientnämndernas nätverk beslutade 2013-11-12 att alla kanslier ska tillämpa ett nytt sätt att registrera ärenden. Detta ledde till en handbok som heter *Handbok för patientnämndernas kanslier i Sverige*. Handboken blev gällande från och med 1 januari 2014 och beskriver patientnämnderna i Sveriges organisation, samarbete med landstingen, ärenderegistrering samt handläggningsprocessen av ett patientärende.

Patientnämndernas handläggning styrs av bland annat reglementen, lokala styrdokument, lagen om patientnämndens verksamhet och andra lagar. Nedan förklaras kort handläggningen utifrån Handboken:

- ▶ Synpunkten/klagomålet inkommer till nämnden skriftligen eller muntligen. Initiativtagaren till synpunkten/klagomålet kan vara vem som helst.
- ▶ Information om personuppgiftslagen ska lämnas
- ▶ Information om patientnämndernas sekretess lämnas
- ▶ Synpunkten/klagomålet dokumenteras och diarieförs
- ▶ Den som vänder sig till patientnämnden informeras om nämndernas uppdrag utifrån gällande lag och vid behov även om andra myndigheter
- ▶ Handläggaren tar ställning till fortsatt handläggning utifrån (NN) önskemål och utifrån patientnämndernas uppdrag.
- ▶ Utifrån ärendets art bistår handläggaren med information för att patienten själv ska kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården alternativt kan kontakt tas med berörd verksamhet. Lagen ställer inte precisa krav på vare sig stödet och hjälpen till patienten eller förfarandet "främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal" varför det enskilda fallet får avgöra hur stödet och hjälpen utformat, inom patientnämndens befogenheter.
- ▶ Svar inhämtas från vården om NN så önskar och återkoppling sker till NN via nämnderna eller direkt från vården till NN. I det senare fallet begär nämnden en kopia av svaret.
- ▶ När svar inhämtas förutsätts att nämnderna ger verksamheterna skälig tid att utreda frågan och svara. Tiden kan variera beroende på frågans komplexitet och omfattning. Tiden kan variera mellan två till fyra veckor.
- ▶ Återkoppling från verksamheten till (NN) alternativ återkoppling från (NN) i de fall verksamheten tagit kontakt med (NN) direkt.
- ▶ Handläggningen kan avslutas.

Denna handbok kommer att bli reviderad 2018 enligt intervjuad enhetschef.

3. Granskningsresultat

3.1. Patientnämndens kansli och dess tillgänglighet

Patientnämndens kansli består av enhetschef och tre medarbetare. De tre medarbetarna är legitimerade sjuksköterskor med olika specialiteter. Enligt enhetschef är det ingen nödvändighet att medarbetare har denna utbildning men det är bra att kunna landstingsorganisationen, sjukvårdsprocessen samt ibland är det även bra att ha medicinsk kunskap. Kansliet ger aldrig medicinska råd eller tar ställning till patientbehandling. Nämnden har under 2017 fått en nämndsekreterare, vilket ökat tillgängligheten rörande publicerade protokoll på hemsidan.

Kansliet tar emot ca 1 500 ärenden, klagomål och synpunkter, per år. Patientnämnden ansvarar även för att förordna stödpersoner som är dömda till rättspsykiatrisk vård inom länet. I januari 2018 fanns det 66 patienter inom länet som hade en förordnad stödperson och det fanns ca 25-27 stödpersoner.

Med anledning av att nämnden har ett informationsuppdrag från lagstiftningen tar kansliet emot samtal för rådgivning gällande patienters rättigheter inom vården. Det inkommer många sådana samtal enligt intervjuad enhetschef.

I delårsrapporten 2017 står det att patientnämnden har åtagit sig att erbjuda kontakt och service med hög tillgänglighet. Samt skapa förutsättningar för samtliga medborgare att ta del av nämndens information och service. Medborgare har möjlighet att lämna synpunkter/klagomål via mail, röstbrevlåda samt via Mina vårdkontakter (1177). Det finns översättningshjälp för de som behöver det och information om nämndens uppdrag finns på flera språk via 1177. På patientnämndens kanslis hemsida finns även information om olika sätt att kontakta kansliet och en blankett för om en person skriftligt vill lämna klagomål/synpunkt.

Patientnämnden har för år 2017 inte fastställt någon verksamhetsplan. De har använt landstingets fem perspektiv och mål utifrån 2016 års verksamhetsplan. En verksamhetsplan ska antas av nämnden för år 2018.

3.2. Kompetensförsörjning

Det är inte svårt för kansliet att rekrytera nya medarbetare, enligt intervjuad enhetschef. Dock har de inte gjort detta i en större utsträckning. Kansliet hade en pensionsavgång i början av 2017.

För att säkerställa personalens kompetensutveckling har medarbetare bland annat gått utbildningar inom HBTQ och psykiatri. Kansliet försöker internutbilda sina medarbetare och landstinget har utbildningar och föreläsningar inom olika områden. Intervjuad enhetschef menar att medarbetare ska kunna vända sig till denne för att berätta vilken utbildning de vill gå och vad de vill bli bättre på. Det är enhetschef som handhar medarbetares kompetensförsörjning.

De deltar vid varje tillfälle på den nationella konferensen för patientnämnder/kanslier som varar två dagar. Fokus vid den nationella konferensen i år har varit på den nya lagen *Stöd vid klagomål mot hälso- och vårdssystemet*. Även några från nämndens presidium deltar vid dessa konferenser. Det uppges att konferensen ett viktigt tillfälle då de bland annat träffar personer med liknande uppdrag.

Patientnämnden arrangerar årligen en utbildning för stödpersoner tillsammans med patientnämnden i Örebro och nämndens ordförande menar att en eller flera ledamöter deltar på konferensen.

Kansliet informerar vid patientnämndens samtliga sammanträden. De informerar bland annat om händelser på kansliet och om den interna kontrollen. Enskilda ärenden diskuteras inte. Vid sammanträdena finns möjlighet för frågor och det finns utrymme för ledamöterna att få förtydliganden. Nämndens ordförande förklarar att nämnden har vid sina sammanträden ett särskilt tema och bjuder ibland in gäster. Det kan bland annat vara patientsäkerhetsenheten som kommer och informerar om sin verksamhet.

Syftet med detta är att få en bredare bild över hur landstingsorganisationen fungerar för att de bättre ska kunna förstå frågorna när det inkommer klagomål. Detta lyfts fram som dels kompetensförsörjning för nämndens ledamöter men även för kansliets medarbetare.

3.3. Nämndens interna kontroll

Landstinget i Sörmlands reglemente för intern kontroll fastslogs 2006-01-10.

I reglementet beskrivs det att landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god intern kontroll. Men det är nämnderna som har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sina respektive verksamhetsområden och att en organisation för internkontroll upprättas.

Nämnderna ska se till att landstingsövergripande reglementen, policys, regler och anvisningar följs. Nämnderna ansvarar även för att regler och anvisningar för den interna kontrollen utformas i enlighet med de lokala förutsättningarna samt att dessa formuleras och antas av nämnden.

Nämnderna ska upprätta särskilda planer för uppföljningen av den interna kontrollen och bör utifrån en väsentlighets- och riskbedömning välja ut olika granskningsområden.

Den gemensamma patientnämnden har fastslagit en internkontrollplan för år 2017. Som grund för nämndens internkontrollplan ligger de fem landstingsövergripande perspektiven¹. Utifrån dessa perspektiv har nämnden valt ut ett aktuellt kontrollområde per perspektiv.

För att prioritera mellan de olika kontrollområdena har nämnden gjort en bedömning av vilka områden som är mest angelägna att ta med i planen. Enligt intervjuade har de inte använt sig av en risk- och väsentlighetsanalys för upprättandet av internkontrollplan för år 2017 och har inte beaktat de nya förhållanden som träder i kraft år 2018.

2018 års internkontrollplan är ännu inte fastställd och arbetet med att ta fram den pågår. Planen ska beslutas 2018-02-15 av nämnden men har inte föregåtts av någon riskanalys. Enligt intervjuade kommer internkontrollplanen beakta de kommande ändringarna för patientnämndens verksamhet som träder i kraft 2018.

¹ Medborgarperspektivet, personalperspektivet, process- och förnyelseperspektivet, miljöperspektivet samt ekonomiperspektivet,

3.4. Handläggning

I delårsrapporten 2017 står det att patientnämnder i hela Sverige arbetar på likartat vis sedan 2014 när det gäller att registrera inkomna synpunkter/klagomål.

Intervjuad enhetschef uppger att kansliet inte äger hela ärendeprocessen. Kansliet tar emot klagomål/synpunkt och registrerar det som ett ärende och ärendet upprättas vid första kontakt. Om det är möjligt ber kansliet att få den klagandes synpunkt/klagomål skriftligt i form av en särskild blankett. När blanketten sedan kommer in till kansliet vidarebefordras den till berörd mottagning som sedan får fyra veckor på sig att återkomma med ett yttrande. Ifall ett yttrande inte inkommer inom fyra veckor skickar kansliet en påminnelse. Det uppges att ibland kan det ta lång tid innan svar från verksamheterna inkommer till kansliet, vilket leder till att de klagande vänder sig till kansliet och frågar varför det tar lång tid. När svar kommer från mottagningen eller kliniken vidaresänds det till den klagande samt en blankett med förbättringsförslag som patienten kan ge till mottagningen. Ibland tar inte ärenden slut vid detta, exempelvis kan ett möte behövas mellan den klagande och vårdgivaren.

Enligt enhetschef har de nästan varje år handläggning som ett kontrollmoment i deras interna kontroll med anledning av att de anser det vara viktigt. I internkontrollplanen för 2017 är ett av kontrollmomenten handläggningstider. Det innebär att när ett skriftligt ärenden inkommer ska mottagningsbekräftelse skickas inom två arbetsdagar till den klagande och en begäran om yttrande skickas inom fem arbetsdagar till verksamheten. Då kansliet inte äger hela processen innefattar kontrollmomentet den del av ärendegången som tillhör kansliet. Enligt uppgift slutar kansliets handläggning när mottagningen ska svara på yttrandet som föranletts av ett klagomål/synpunkt.

Den första rapporteringen av den interna kontrollen var 2017-04-19 och blev godkänd av nämnden. För den avgränsade perioden fram till 2017-04-01 hade 379 ärenden inkommit och 5 % av dessa, det vill säga 19 ärenden, hade slumpmässigt valts ut. Samtliga kontrollerade ärenden uppfyllde kraven.

Den andra uppföljningen av internkontrollen blev godkänd vid nämndens sammanträde 2017-12-04. Kontrollmomentet handläggningstid blev återigen behandlat och det hade då inkommit 765 nya ärenden och perioden för uppföljning var 2017-04-01 till 2017-10-31. I likhet med ovanstående hade 5 % av dessa ärenden valts ut för slumpmässig kontroll vilket är 38 ärenden. Samtliga av dessa kontrollerade ärenden uppfyllde kraven.

Enligt nämndens ordförande och enhetschef prioriteras inte de olika ärendena. Med anledning av det inte är någon köbildning av ärenden.

3.5. Analys, kunskap och återföring till verksamheterna

Patientnämndens kansli analyserar dess ärenden månatligen. De månatliga analyserna innefattar statistik och sammanfattningar av synpunkter/klagomål. De skickas sedan till berörd klinik. Klinikerna får de rapporter som berör den egna verksamheten. Intervjuad enhetschef berättar att de även försöker att återkoppla ärenden under handläggningstiden.

Kansliet skickar en övergripande sammanfattning med statistik till bland annat vård- och omsorgschefer, kvalitetssamordnare och andra kvalitets utvecklare.

Nämnden beslutar två gånger per år om analyserande rapporter med olika teman som kansliet får i uppdrag att ta fram. Utifrån inkomna synpunkter och klagomål ska de belysa aktuella områden inom hälso- och sjukvården. Syftet med dessa rapporter är att de ska vara redskap för hela landstingsorganisationen och bidra till lärande samt utveckling av hälso- och sjukvården. Detta berörs även i patientnämndens delårsrapport för 2017. Enligt intervjuad ordförande för nämnden blir rapporterna också ett verktyg för patientsäkerhetsenhetens arbete. Samt anser patientnämnden att rapporterna är ett bra sätt att stärka vårdkvalitén.

Nämnden och kansliet försöker göra rapporterna synliga inför hela organisationen och för allmänheten. Rapporterna finns på landstingets hemsida och vid varje publiceringstillfälle av en rapport får enhetschefen tid att prata inför fullmäktige om rapporten. Arbetet med de fördjupade rapporterna har pågått i cirka ett och ett halvt år och under 2017 har dessa berört temana *patienters och närståendes upplevelser av bemötande i vården* och *patient och närståendes upplevelser av vård i samband med cancersjukdom*.

I internkontrollplanen för år 2017 finns kontrollmomentet att de månatliga sammanställningarna kommer fram till mottagaren. Vid första avstämningen framkom att på grund av byte av e-postserver fick inte verksamhetscheferna under en period del av sammanställningarna, men genom åtgärder var resultatet vid den andra uppföljningen att samtliga mottagare tog del av sammanställningarna.

3.6. Förändringar 2018

Patientnämnden och dess kansli vet inte än vilka effekterna av ändringarna 2018 kommer att bli, förutom att det är ett utökat uppdrag och att mängden ärenden till kansliet kan komma att öka. Med den nya lagstiftningen har patientnämnderna fått nya krav att analysera de inkomna synpunkterna samt att bereda och påvisa för organisationen där det finns fel och brister. Det ska vara ett underlag för lärande. Vilket innebär ett utökat uppdrag och att patientnämnden samt dess kansli har fått ett ökat arbete med analyser och att hänvisa rätt.

Enhetschef menar att människor generellt inte vet om patientnämnden och dess verksamhet och att de har en rättighet att lämna synpunkter/klagomål gentemot vården. Men att kansliet jobbar med att göra patientlagen känd för medborgare.

Patientnämndens kansli kan, såsom tidigare, hänvisa patienter som inte är nöjda med mottagningarnas svar till IVO. Dock är det inte längre någon självklarhet att myndigheten handlägger ärendet. Intervjuad enhetschef tror att en eventuell effekt av ändringarna blir att när patienterna inte har möjlighet att vända sig till IVO blir de tvingade att framföra sina synpunkter direkt till mottagningen som har behandlat dem. Den nya lagstiftningen innebär

att patienterna ska kontakta vårdgivaren som en första instans för klagomål/synpunkter men patientnämndens kansli kan vara med och stötta samt hjälpa den klagande från början. På kansliets hemsida beskrivs detta och att patientnämndens uppgift är att hjälpa till att framföra klagomålen/synpunkterna till vårdgivare och se till att de blir besvarade. Det står även att ifall en person är under 18 år agerar patientnämnden med hänsyn till dennes ålder.

En av remissinstanserna till den nya lagändringen har varit läkarförbundet som framförde att de befarade att patienter vid en ändring av klagomålssystemet kan välja att vända sig till rättsväsendet istället ifall de inte är nöjda med den vård de har fått. Men det är en gissning från patientnämndens kansli.

Enligt enhetschef arbetar patientnämndens kansli redan mycket med de uppgifter de ska göra i och med de nya lagkraven. Kansliet gjorde även det innan förändringarna trädde i kraft 2018.

3.6.1.1 Åtgärder för att möta förändringar 2018

De intervjuade anser att patientnämnden och dess kansli är förberedda inför de eventuella effekterna av den nya lagstiftningen. Ordförande menar att de har haft ett proaktivt arbete med att anpassa verksamheten till den nya lagen. Nämnden har följt lagstiftningens framväxt under 2017 och enhetschef har informerat om den. Nämnden har varit remissinstans vid två tillfällen. Vidare anser ordförande för nämnden att de har en god följsamhet till den nya lagen och införandet av den. Som exempel finns de fördjupade analysrapporterna. Nämndens ordförande menar att de inte vet vad som krävs av dem i de fördjupade analyserna och ett arbete pågår bland annat nationellt för att se över vad som krävs av patientnämnderna.

Enligt delårsrapport 2017 och information från intervjuade har patientnämnden äskat medel och fått medel för att kunna anställa ytterligare en person till kansliet. Dock har de inte gjort detta än med anledning av att de eventuella effekterna av den nya lagstiftningen är fortsatt okända och de har inte märkt av förändringarna.

Enhetschef informerar att kansliet har arbetat och förberett sig inför de eventuella effekterna. Det har förts många diskussioner kring de eventuella effekterna och kansliet har uppmärksammat landstingsorganisationen. De har träffat sjukhusråden för alla landstingets sjukhus och dess verksamhetschefer för att informera om vad patientnämnden och dess kansli kan hjälpa till med. Patientnämndens kansli träffar patientsäkerhetsenheten var tredje vecka. Vid dessa träffar informerar kansliet bland annat om vilken typ av ärenden de tar emot och vad de ser händer inom vården. Patientsäkerhetsenheten är en enhet bestående av chefsläkare.

Enhetschef uppger att kansliet ser över möjligheten att byta verksamhetssystem till vårdens avvikelseprogram *Synergi*. Vilket skulle möjliggöra snabbare kommunikation mellan vården och kansliet.

4. Svar på revisionsfrågor

Revisionsfråga	Svar
Har riskanalys genomförts enligt internkontrollreglementet och med hänsyn till de nationella förändringarna från och med 2018?	Nej, nämnden har utgått från de landstingsövergripande perspektiven och sedan valt ut relevanta kontrollområden.
Är ledtiderna/handläggningstiderna för inkommande ärenden tillfredsställande? Om inte, hur sker prioritering av ärendena?	Ja, handläggningstiderna bedöms som tillfredsställande. Av de ärenden som slumpmässigt granskats i den interna kontrollen har samtliga uppnått till de egna målen. Det sker ingen prioritering av ärenden eftersom det inte blir någon köbildning.
Skär analys av ärendena och återföring till verksamheterna?	Ja, analys i form av statistik och summeringar ges månatligen till klinikerna. Återkoppling ges även under kansliets handläggningstid. Det genomförs även två temarapporter per år som personal och allmänheten kan ta del av.
Har åtgärder vidtagits för att möta förändringarna 2018?	Ja, patientnämnden har äskat medel för ytterligare en tjänst och blivit beviljade det. De arbetar med att analysera ärenden och kansliet ser över möjlighet att ta del av avvikelssystemet Synergi. Kansliet har informerat om deras roll inom landstinget och de har regelbundna träffar med patientsäkerhetsenheten. Emellertid är det svårt att bedöma hur ärendevolymen kommer att förändras.

Norrköping den 19 februari 2018

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Carl Nilsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Ann-Mari Ek
Certifierad kommunal yrkesrevisor och kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1 - Källförteckning

Intervjuer

Enhetschef

Patientnämndens ordförande

Dokumentation

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Lag om patientnämndsverksamhet m.m. (1998:1656)

Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

Landstinget Sörmland Mål och budget planperioden 2017-2019

Delårsrapport 2017

Uppföljning av internkontrollplan 2017-04-19

Protokoll 2017-04-19

Uppföljning av internkontroll plan 2017-12-04

Protokoll 2017-12-04

Handbok för ärendeprocessen 2014

Reglemente för internkontroll

Patientnämndens reglemente för internkontroll

Patientnämndens internkontrollplan 2017

Patientnämndens reglemente

Landstinget Sörmland Reglemente för planering och uppföljning

Internetbaserade källor

Patientnämndens kansli 2018-01-17 - <https://www.landstingetsormland.se/patientnamnden>

Patientnämndens kansli 2018-02-19 - <https://www.landstingetsormland.se/patientnamnden>

Bilaga 2 - Revisionskriterier

Patientnämndens reglemente § 56/02

Patientnämndens reglemente blev beslutad av landstingsfullmäktige den fjärde juni § 56/02 och är giltig från och med första januari 2003. Patientnämnden har uppgifter enligt speciallagstiftning som avses i lag om patientnämndsverksamhet, lag om psykiatriskt tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård.

I reglementet beskrivs vidare nämndens övriga ansvarsuppgifter, arbetsformer och befogenheter etc. Ansvarsuppgifterna är bland annat att hjälpa patienter inom hälso- och sjukvården samt vårdtagare inom den allmänna omvårdnaden enligt socialtjänstlagen att få den information de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen inom respektive område. Samt ska nämnden främja kontakter mellan patienter/vårdtagare och vårdpersonal och hjälpa patienter/vårdtagare att vända sig till rätt myndighet. Nämnden ska rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna/vårdtagarna till vårdgivare och vårdenheter. Nämnden ska även utse stödpersoner till de personer som behöver en sådan.

Nämnden ska ansvara för allmän och riktad information till huvudmännens personal.

Mål och budget planperioden 2017-2019 Landstinget Sörmland § 153/16

Landstinget Sörmlands mål och budget 2017-2019 beslutades 2016-11-08 av landstingsfullmäktige. Landstingets fem perspektiv bryts i landstingsbudgeten ner till strategiska mål. Dessa är övergripande och gäller landstingets samtliga verksamheter. I budgeten fastställs även övergripande indikatorer. Därutöver beslutar styrelser och nämnder om egna indikatorer vars syfte är att påvisa hur de strategiska målen ska uppnås.

I nämndbudget anges målvärden till indikatorerna för det egna ansvarsområdet. Indikatorer och målvärde ska vara tydliga och mätbara samt möjliga att följa upp. Målvärden bryts i sin tur ner i handlingsplaner och aktiviteter, vilka stödjer de strategiska målen. Måluppfyllelsen ska återrapporteras kontinuerligt i delårsrapport och årsredovisning av styrelser och nämnder. Samtliga verksamheter ska skriva sina budgetar och verksamhetsberättelser enligt strukturen i landstingets styrning.

Svar på interpellation om förskolans lokaler

Undertecknad har fått en interpellation från Ewa Callhammar (L) angående lokalyta i förhållande till antal barn i kommunens förskolor. Nedan följer mitt skriftliga svar.

I inledningen av interpellationen anges att: "Socialstyrelsen rekommenderar 7,5 kvm inomhusyta/barn. I Katrineholm ligger vi långt ifrån dessa rekommendationer." Där kan jag konstatera att interpellanten har *två fel*. Det finns inga rekommendationer från Socialstyrelsen om antalet kvadratmeter lokalyta per barn i förskolan och vi ligger inte långt ifrån 7,5 kvm/barn. Det har funnits rekommendationer, under den tid som Socialstyrelsen hade det statliga ansvaret för barnomsorgen. Dessa rekommendationer försvann i samband med att förskolan blev en del av utbildningssystemet och det statliga ansvaret flyttades från Socialdepartementet till Utbildningsdepartementet och från Socialstyrelsen till Skolverket i slutet på 1990-talet. Nu är det varje huvudman som ansvarar för att ytan är tillräcklig. Jag har lyckats hitta en referens till Socialstyrelsens gamla rekommendation där det citeras: "1989 angav Socialstyrelsen istället ett ytintervall, 8-10 m² bruksarea per barn, vilket ungefär motsvarar att barnens yta skulle vara 6,5 m² till 8 m² per barn."

Däremot finns det lagar som måste följas, som begränsar hur liten yta verksamheten kan ha, bland annat vad gäller brandrisk och ventilation.

Hur ser det ut på Tjäderns respektive Stavstugans förskola när det gäller den rekommenderade inomhusyta/barn?

Det finns som sagt ingen rekommenderad inomhusyta/barn, men de faktiska förhållandena på de två förskolorna är (barnantal per 15/3):

- Stavstugan
 - Totalyta i kvm = 1 088
 - Verksamhetsyta i kvm = 1 008
 - 122 barn inskrivna
 - På verksamhetens yta blir det ca 8,3 kvm/barn
- Tjädern
 - Totalyta i kvm = 577
 - Verksamhetsyta i kvm = 525
 - 63 barn inskrivna
 - På verksamhetens yta blir det ca 8,3 kvm/barn

Här kan vi alltså konstatera att interpellantens påstående om att vi ligger långt ifrån 7,5 kvadratmeter inomhusyta/barn inte stämmer. Det finns en avvikelse, men det är faktiskt en positiv avvikelse.

Tycker du och majoriteten att det är bra arbetsförhållanden/hälsoförhållanden för barn och vuxna?

Jag tycker att det känns bra att vi når högre än den rekommendation som Socialstyrelsen angav för cirka 30 år sedan, eftersom trenden sedan dess tycks ha varit att verksamhetsytan per barn har minskat i Sverige generellt. Dock är målsättningen för oss i majoriteten att minska barngruppernas storlek, så att inomhusytan/barn blir ännu större än så, för att skapa bättre förhållande för såväl barn som pedagoger. Därför pågår sedan tidigare stora insatser för att bygga nya lokaler för förskolan i Katrineholm, och mer därtill är på gång, både i år och kommande år.

Johan Söderberg (S)

Ordförande bildningsnämnden

Svar på interpellation om antalet tillbud i förskolan

Undertecknad har fått en interpellation för besvarande från Ewa Callhammar (L). Nedan följer mitt skriftliga svar.

Interpellanten skriver att: "Många barn på liten yta och till det en personalstyrka som är alldeles för liten sett till antalet barn. Dessutom har det gjort att sjukskrivningstalen gått i höjden 2017 i snitt 12,6% och det har då också fått till följd att det är många vikarier."

I interpellationssvaret om lokalyta/barn i förskolan har samma interpellant felaktigt hävdad att lokalytorna i Katrineholms förskolor ligger långt från Socialstyrelsens rekommendation, en rekommendation som inte finns och som, om den hade funnits, de två efterfrågade exemplen på förskolor överträffar vad gäller faktisk lokalyta/barn. Däremot håller jag med om att vi behöver tillskapa lokaler till förskolan för att få ner barngruppernas storlek och underlätta för pedagoger att utföra sitt uppdrag. Att sjuktalen är alldeles för höga inom förskolan generellt, även om det finns förskolor med väldigt låga sjuktal, är ett stort problem som måste lösas. De höga sjuktalen bidrar förstås till att behoven av vikarier är stort, men även behoven av kompetensförsörjning och svårigheterna att rekrytera pedagoger bidrar till att visstidsanställningar sker i större utsträckning än vad som är önskvärt. Att det är stora barngrupper i våra förskolor kan dock inte ses som den enda förklaringen till de höga sjuktalen, vilket visas av den stora variationen när det gäller sjukskrivningarna i verksamheten. Det är ett komplext problem att lösa sjuktalen, och där pågår ett stort arbete inom förskolan i samarbete med personalavdelningen, med ett fokus på såväl verksamhetens förutsättningar som rehabiliteringsarbetet.

När det gäller frågan om tillbud, så är det viktigt att komma ihåg att ett tillbud är en händelse som kunde ha lett till en skada, men som slutade väl. De senaste åren har rutinerna för inrapportering av tillbud skärpts, och gått från pappershantering till att rapportering sker i systemet LISA, samma system som används för rapportering av tillbud bland personalen. Vi vet att det fortfarande finns brister i rapporteringen även efter införandet av systemet, men de utbildningar som personal och, framför allt, chefer ska genomgå i de personalsystem som ska användas ska förbättra tillförlitligheten i de sammanställningar man kan plocka ut ur systemen.

Har antalet anmälda tillbud ökat 2017?

Ja, antalet anmälda tillbud har ökat. Skälen till ökningen är svåra att ange, men eftersom antalet barn i förskolan har ökat så är det ju troligt att det är en orsak till att även antalet tillbud ökar. Att rapporteringsrutinen har ändrats från papper till systemet LISA innebär även att anmälan av tillbud och skador är lättare att få till. Systemet LISA underlättar också jämförelser och sammanställningar över tid nu när systemet ska användas av alla för rapportering. Tillförlitligheten i statistiken blir därför större. Att verksamheterna har blivit bättre på att dokumentera och rapportera anges därför som ytterligare en orsak till ökningen.

Hur många anmälda tillbud var det 2017?

71 stycken anmälda elevtillbud år 2017.

Johan Söderberg (S)

Ordförande bildningsnämnden

Svar på interpellation om barngruppernas storlek i Katrineholm mars/april 2018

Undertecknad har fått en interpellation för besvarande från Ewa Callhammar (L). Nedan följer mitt skriftliga svar.

Katrineholm är en kommun som växer, både i fysisk mening i form av att nya bostäder, nya företagslokaler och nya kommunala fastigheter byggs i en sällan skådad takt, och i form av nya medborgare. Fler och fler väljer att flytta till vår kommun och antalet födda i kommunen har ökat kraftigt de senaste åren. Det ställer stora krav på de kommunala organisationerna för att möta de ökade behoven från medborgarna. Eftersom vi har kunnat se en ökning under flera år av antalet barn i förskolan har mycket arbete lagts ner för att bygga ut förskolans lokaler, i syfte att möta det ökande antalet barn. Dessvärre har det arbetet inte hållit den snabba takt som är önskvärt, samtidigt som antalet nya barn i verksamheten har ökat i en snabbare takt än vad vi tidigare trodde. Därför så gäller det nu att öka takten i nybyggnationen så mycket det bara går, vilket majoriteten också gör.

Det finns även andra bekymmer att ta tag i när det gäller förskolan, framför allt kompetensförsörjningen och sjuktalet. När vi bygger ut förskolan i stor skala så kommer kompetensförsörjningen i ännu större utsträckning att bli problematisk. Det är en jätteutmaning för hela den kommunala organisationen.

Interpellanten skriver att: "Många barn har långa dagar i förskolan, möter ständigt nya vikarier (pga många sjukskrivningar). Alla barn har rätt till uppmärksamhet från pedagogerna som har svårt att hinna med pga att personalstyrkan ligger kvar på samma nivå, men antalet barn ökar." Självklart är det inte så att personalstyrkan ligger kvar på samma nivå när antalet barn ökar, eftersom det med varje barn till verksamheten följer en peng som kan användas till personalförstärkningar om antalet barn ökar. Däremot så är det svårt att rekrytera behöriga förskollärare, på grund av att det råder brist på sådana, och därför bidrar en ökning av antalet barn i verksamheterna till en ökning av antalet och andelen visstidsanställda, som anställs i väntan på att behöriga sökanden kan tillsättas. Att många barn har långa dagar i förskolan kan jag instämma i, men det är ju väldigt svårt att påverka då barnen har rätt att finnas i verksamheten så länge föräldrarna arbetar eller studerar.

Jag vill även, återigen, påpeka att begreppen "barngrupp" och "avdelning" är väldigt problematiska när vi ska jämföra oss med andra kommuner. Vi i Katrineholm har ett stort jobb att göra med att minska barngrupperna i förskolan, ett arbete som har pågått under en lång tid och som nu intensifieras ytterligare genom en kraftig utbyggnation sedan tidigare och ännu mer byggnation som är på gång. När vi jämför oss med andra kommuner så bör vi komma ihåg att de som exempelvis rapporterar att de har småbarnsgrupper i storleksklassen 4 eller 7 barn per grupp, för att ta två verkliga exempel, naturligtvis inte har "avdelningar", så som vi definierar dem, som är så små. De har istället valt andra sätt att organisera och/eller rapportera sin verksamhet. Ett exempel på det är att flera kommuner (och säkert andra huvudmän) organiserar verksamheten i så kallade "tvåpedagoggrupper", vilket exempelvis skulle kunna innebära att två avdelningar med 21 barn och tre pedagoger på varje avdelning, helt plötsligt blir tre grupper med 14 barn och två pedagoger i varje grupp. Detta är bara ett exempel på hur förrädisk statistiken kan vara när vi jämför oss med andra.

Antalet barn i snitt per avdelning i hela kommunen mars/april?

- Antalet **inskrivna** barn i förskolan i Katrineholms kommun var den 15 mars **20 barn** i snitt för hela kommunen.
- Antalet **närvarande** barn per avdelning var samma dag **13 barn** (66 %) i snitt för hela kommunen.

Antalet barn i snitt per avdelning i Katrineholms centralort mars/april?

- Antalet **inskrivna** barn i förskolan i Katrineholms kommun var den 15 mars **20 barn** i snitt för centralorten.
- Antalet **närvarande** barn per avdelning var samma dag **14 barn** (67 %) i snitt för centralorten.

Johan Söderberg (S)

Ordförande bildningsnämnden