REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2025

Patientnämnden

Region Stockholm

Sammanfattning – Patientnämnden

Revisionskontoret bedömer att Patientnämnden uppnår ett tillfredsställande ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat för 2025. Styrning och kontroll bedöms vara tillräcklig och räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Revisorerna prövar årligen om styrelser och nämnder bedrivit sina verksamheter på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om styrningen och kontrollen varit tillräcklig samt om räkenskaperna är rättvisande. Revisionskontoret har tagit fram denna årsrapport som underlag inför revisorernas ansvarsprövning av nämnden. Nedan är revisionskontorets samlade bedömningar.

Bedömning för år 2025

Revisionsfrågor	Tillfreds-ställande	Inte helt tillfredsställande	Inte tillfreds-ställande
Är nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat tillfredsställande?	**X**		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Inte tillräcklig
Har nämnden en tillräcklig styrning och kontroll?		**X**	
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Är räkenskaperna rättvisande?	**X**		

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden redovisar ett positivt resultat om 587 tkr. Detta förklaras främst av lägre personalkostnader, lägre PO-pålägg och lägre it-kostnader än budgeterat. Verksamhetsvolymerna ökade till 8 222 ärenden (+3 %) och stödpersonsverksamheten ökade med 474 nya förordnanden.

Styrning och kontroll

Styrning och kontroll bedöms vara inte helt tillräcklig baserat på brister i delegationsordningen. Internkontrollplanen omfattar 19 risker, varav två höga. De två riskerna som bedöms som höga uppges vara risk för dataintrång samt risk för att stödpersoner erhåller ersättning utan att ha utfört sitt uppdrag. Avseende dataintrång arbetar förvaltningen med obligatorisk informationssäkerhetsutbildning, säkra it-rutiner och kontinuerlig uppföljning av it-säkerhet via Serviceförvaltningen it och informationssäkerhetssamordnare. Åtgärderna syftar till att skydda känsliga personuppgifter och förebygga obehörig åtkomst. Risken att felaktiga utbetalningar sker till stödpersoner hanteras genom månadsvisa rapporter, stickprov, bakgrundskontroller och uppföljning av stödpersonernas arbete innan ersättning betalas ut. Syftet är att säkerställa att stödet

verkligen utförs och att felaktiga utbetalningar undviks. Arbetet har följt plan, regelefterlevnad och upphandling sker enligt regionens riktlinjer.

Räkenskaper

Räkenskaperna framstår som rättvisande. Inga väsentliga avvikelser har identifierats och den finansiella rapporteringen följer god redovisningssed och regionens anvisningar.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund 5
1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning 5
1.2. Syfte och revisionsfrågor 5
1.3. Revisionskriterier 5
1.4. Metod och kvalitetssäkring 6
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 6
2.1. Väsentliga händelser 6
2.2. Patientnämndens redovisning av det ekonomiska resultatet 6
2.3. Patientnämndens redovisning av resultatet för verksamheten 7
3. Styrning och kontroll 8
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning 8
3.2. Granskning av delegationsordning 9
4. Räkenskaper 9
4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen 9

1. Bakgrund

Syftet med den årliga granskningen är att ta fram ett underlag inför revisorernas prövning om patientnämnden säkerställt att nämndens verksamhet är genomförd på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Revisionskontoret har tagit fram denna årsrapport som underlag inför lekmannarevisorernas granskning.

Patientnämnden ansvarar enligt reglementet för att fullgöra Region Stockholms uppgifter enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården samt, enligt avtal med länets kommuner, de uppgifter enligt nämnda lag som ankommer på kommunerna. Nämnden utser stödpersoner till patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt patienter som isolerats enligt smittskyddslagen (2004:168).

1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning

Patientnämnden uppnådde under 2024 ett tillfredsställande ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat. Årets resultat uppgick till 2 mnkr, vilket var 2 mnkr bättre än fullmäktiges resultatkrav, främst till följd av lägre personalkostnader och lägre kostnader för stödpersonsverksamheten. Nämnden bedömde att samtliga fyra fullmäktigemål som berörde verksamheten uppnåddes, och totalt hanterades 7 981 ärenden samt 336 nya stödpersoner förordnades.

Revisionskontoret bedömde att styrning och kontroll var tillräcklig, och räkenskaperna ansågs vara upprättade enligt god redovisningssed och ge en rättvisande bild. Ingen granskning under året gav upphov till rekommendationer.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

För att svara på syftet har revisionskontoret formulerat följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat tillfredsställande?
- Har nämnden tillräcklig styrning och kontroll?
- Är räkenskaperna rättvisande?

1.3. Revisionskriterier

I granskningen används följande revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §
- Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder
- Övriga uppdrag, mål eller direktiv från fullmäktige till nämnden
- Fullmäktiges styrande dokument som berör nämnden
- Regionledningskontorets anvisningar

I granskning av räkenskaperna är utgångspunkterna följande revisionskriterier:

- Standard för kommunal räkenskapsrevision
- Lagen om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)

- Tillämpliga rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR)

1.4. Metod och kvalitetssäkring

Lisa Höglund, sakkunnig på revisionskontoret, har genomfört granskningen. Revisionsbyrå PwC har bistått i granskningen av räkenskaperna.

Under arbetet med granskningar har revisionskontoret genomfört avstämningar med ledningen och andra tjänstepersoner i patientnämndens förvaltning.

Intern kvalitetssäkring har gjorts av enhetschef Joakim Söderberg.

2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt bedömer revisionskontoret om nämnden uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om nämnden genomfört givna uppdrag.

Nämnden redovisar ett positivt resultat om 587 tkr. Detta förklaras främst av lägre personalkostnader, lägre PO-pålägg och lägre it-kostnader än budgeterat. Verksamhetsvolymerna ökade till 8 222 ärenden (+3 %) och stödpersonsverksamheten ökade med 474 nya förordnanden.

2.1. Väsentliga händelser

- 8 222 inkomna ärenden (ökning med 3 procent jämfört med 2024)
- 474 nya stödpersoner förordnades (ökning med 41 procent). Under pandemin hade nämnden svårt att rekrytera stödpersoner men utvecklingen har nu vänt. Nämnden har även justerat ersättningen.
- 238 patienter hade stödperson vid årets slut (ökning med 15 procent)
- Förvaltningen införde digitalt arkiv, direktskanning av post och fortsatte arbetet med AI-baserad automatisering

2.1.1. Revisionskontorets bedömningar

Revisionskontoret bedömer att nämnden redogör för årets väsentliga händelser.

2.2. Patientnämndens redovisning av det ekonomiska resultatet

Verksamhetens intäkter uppgick under 2025 till 38,1 mkr, vilket är +0,2 procent över budget. Verksamhetens kostnader uppgick till 37,7 mkr, vilket är –1,6 procent lägre än budget. Nämnden redovisar ett resultat på 587 tkr (resultatet motsvarar 1,54 procent av intäkterna). Huvudsakliga orsaker till avvikelsen mot budget är lägre personalkostnader (–1,32 procent), lägre PO-pålägg (–7 procent) och lägre it-kostnader (–3,3 procent). Administrativa kostnader uppgår till 1,7 mkr, vilket är +3,5 procent över budget (RF:s mål 1,7 mkr); övriga kostnader (resor, utbildning m.m.) understiger budget med –2,8 procent.

2.2.1. Revisionskontorets bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionskontoret bedömer att det ekonomiska resultatet är tillfredsställande och att avvikelseanalysen är tillräckligt utvecklad.

2.3. Patientnämndens redovisning av resultatet för verksamheten

2.3.1. Fullmäktiges verksamhetsmål

Nämnden berörs av 4 av fullmäktiges mål samt 1 indikator.

Enligt anvisningarna från regionledningskontoret ska nämnder och bolag i sina verksamhetsberättelser följa upp och bedöma fullmäktiges verksamhetsmål enligt följande:

- Ange om Patientnämnden bedömer att målet är uppnått, delvis uppnått eller inte uppnått.
- Bedömningen ska bygga på en samlad helhetsbedömning där både kvantitativa och kvalitativa faktorer vägs in.

Mål	***Indikator***	***Måluppfyllnad***	***Motivering***
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	-	Uppnått	Positivt resultat (+587 tkr), räkenskaper rättvisande, god styrning.
Administrativa kostnader ska minska	-	Uppnått	Adm. kostnader 1,7 mkr (mål 1,7 mkr). Övriga kostnader under budget.
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	-	Uppnått	Låg klimatpåverkan, följer regionens riktlinjer, inga avvikelser.
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	HME-index	Uppnått	HME över målvärde, sjukfrånvaro god nivå, styrning tillräcklig.

2.3.1.1. Patientnämndens redovisning av kvalitativa faktorer och samlad bedömning av målen

Även om vissa mål saknar kvantitativa indikatorer bedömer revisionskontoret att PAN lämnar en tillräckligt utförlig och väl underbyggd redovisning för att möjliggöra en samlad bedömning av måluppfyllelsen. Nämnden beskriver på ett tydligt sätt genomförda aktiviteter, utvecklingsinsatser och resultat kopplade till samtliga målområden, och redovisningen har spårbarhet till verksamhetsberättelsen. Patientnämnden bedömer samtliga mål som uppnådda, och revisionskontoret bedömer denna samlade värdering som rimlig mot bakgrund av redovisade åtgärder och resultat.

De indikatorer som finns (HME-index och sjukfrånvaro samt administrativa kostnader) är uppnådda, och de kvalitativa beskrivningarna för övriga målområden bedöms som tillräckliga för att styrka måluppfyllelsen.

2.3.2. Uppdrag från fullmäktige

Regionfullmäktige har beslutat om ett uppdrag för nämnden för år 2025 att; *arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott*.

Patientnämnden har skapat ett bevakningsområde i ärendehanteringssystemet för att identifiera misstänkta oegentligheter, har regelbundna genomgångar av markerade ärenden och överlämning av avidentifierade sammanställningar till HSF:s funktion mot oegentligheter. Inom stödpersonsverksamheten genomförs bakgrundskontroller, dubbelintervjuer och strukturerad uppföljning. Uppdraget avslutas 2025 då området från 2026 övergår till att vara en obligatorisk regiongemensam risk.

2.3.3. Revisionskontorets bedömning

Patientnämnden anger att den indikator som tilldelats nämnden har nått sitt målvärde. För fullmäktiges mål som saknar indikator har nämnden redovisat måluppfyllnad. Revisionskontoret gör ingen annan bedömning.

Patientnämnden redovisar att de genomfört fullmäktiges uppdrag. Nämnden redogör tydligt för det systematiska arbetet mot oegentligheter och välfärdsbrott samt processutveckling för ökad samordning över förvaltningsgränser.

Revisionskontoret bedömer att nämnden verksamhetsmässiga resultat är tillfredsställande.

3. Styrning och kontroll

Styrning och kontroll bedöms inte helt tillräcklig. Arbetet har följt plan men det krävs en utveckling av delegationsordning.

3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Internkontrollplanen omfattar 19 risker, varav två höga. Arbetet har följt plan och tre personuppgiftsincidenter har hanterats enligt gängse rutin. Regelefterlevnad och upphandling sker enligt regionens riktlinjer, inklusive användning av DIS för it-konsulter. PwC har på uppdrag av revisionskontoret granskat delegationsordning där det framkommit att patientnämnden har brister.

3.1.1. Revisionskontorets bedömning

Styrning och kontroll bedöms inte helt tillräcklig.

3.1.2. Riskanalys och plan för intern kontroll 2025

Den interna kontrollplanen 2025 omfattar 19 risker, varav 2 bedöms som höga. De två riskerna som bedöms som höga uppges vara risk för dataintrång samt risk för att stödpersoner erhåller ersättning utan att ha utfört sitt uppdrag. Avseende dataintrång arbetar förvaltningen med obligatorisk informationssäkerhetsutbildning, säkra it-rutiner och kontinuerlig uppföljning av it-säkerhet via Serviceförvaltningen it- och informationssäkerhetssamordnare. Åtgärderna syftar till att skydda känsliga personuppgifter

och förebygga obehörig åtkomst. Risken att felaktiga utbetalningar sker till stödpersoner hanteras genom månadsvisa rapporter, stickprov, bakgrundskontroller och uppföljning av stödpersonernas arbete innan ersättning betalas ut. Syftet är att säkerställa att stödet verkligen utförs och att felaktiga utbetalningar undviks. Arbetet har följt plan, regelefterlevnad och upphandling sker enligt regionens riktlinjer.

3.1.3. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret bedömer att internkontrollarbetet är tillräckligt.

3.2. Granskning av delegationsordning

PwC har på uppdrag av revisionskontoret granskat patientnämndens delegationsordning samt nämndens kontroll av delegations- och vidaredelegationsbeslut. Granskningen visar att delegationsordningen i huvudsak fungerar som styrdokument, men att den behöver en tydligare struktur. Stickprovskontrollen visar samtidigt att de beslut som fattas sker av behörig beslutsfattare och att anmälan i praktiken fungerar. Revisionskontoret lämnar rekommendation att:

- Delegations- och vidaredelegationsordningarna utvecklas så att verkställighet och ansvar skiljs från delegerade beslut.
- Det tydliggörs när anmälan och rapportering ska ske till nämnden.
- Delegationsbeslut anmälas och anslås inom angivna tidsramar.

3.2.1. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret bedömning är att den praktiska hanteringen i stort är fungerande, men att dokumentationen och de formella ramarna kan utvecklas för att ge nämnden bättre överblick och tydligare styrning.

4. Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och regionens anvisningar så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen

Räkenskaperna framstår som rättvisande. Inga väsentliga avvikelser har identifierats och den finansiella rapporteringen följer god redovisningssed och regionens anvisningar.

4.1.1. Revisionskontorets bedömning

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Stockholm den 01 april 2026

Lisa Höglund	Joakim Söderberg
Sakkunnig	Enhetschef

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.regionstockholm.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-123 100 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm