

Sammanträdesdatum: 2026-04-13
Diarienummer: KS.2026.129

§ 67

Riktlinjer för resultatreserv (RER)

Beslut

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige:

1. Anta riktlinjer för resultatreserv (RER)

Sammanfattning av ärendet

Från och med 2024 finns möjlighet för kommuner att under vissa förutsättningar avsätta medel av ett positivt balanskravsresultat till en resultatreserv (RER).

Syftet med RER är att kunna bidra till en ökad flexibilitet i användningen av tidigare års resultatöverskott och samtidigt bidra till att god ekonomisk hushållning uppnås över tid. Medel från resultatreserven ska kunna användas i en balanskravsutredning när balanskravsresultatet efter kravjusteringar är negativt.

Genom att anta riktlinjer för resultatreserv (RER) ges möjligheten att kunna balansera upp negativa resultat och stärka god ekonomisk hushållning över en längre tidsperiod vilket ger ekonomisk stabilitet.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2026-03-06
2. Riktlinjer för resultatreserv (RER)

Tjänsteförslag

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige:

1. Anta riktlinjer för resultatreserv (RER)

Förslag till beslut på sammanträdet

Ordföranden föreslår att kommunstyrelsen bifaller tjänsteförslaget.

Beslutsgång

Kommunstyrelsen bifaller ordförandens förslag.

Sändlista

- ~ Kommunfullmäktige
- ~ Kommunchef
- ~ Ekonomichef
- ~ Redovisningsansvarig

Sammanträdesdatum: 2026-04-13
Diarienummer: KS.2026.3

§ 68

Årsredovisning Gnesta kommun 2025

Beslut

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige godkänner avsättning till resultatreserv (RER) med 9 miljoner kronor. Efter avsättning kvarstår 18,3 miljoner kronor av balanskravsresultatet vilket motsvarar 2,0 procent av skatter och bidrag.
2. Kommunfullmäktige beslutar att 2025 års överskott inom Renhållning om 0,2 miljoner kronor ska minska det ackumulerade underskottet inom Renhållning och återställs till kommunen.
3. Kommunfullmäktige beslutar att 2025 års överskott inom VA-enheten om 1,5 miljoner kronor ska minska det ackumulerade underskottet inom VA-enheten och återställs kommunen.
4. Kommunfullmäktige godkänner Årsredovisning 2025 för Gnesta kommun.

Sammanfattning av ärendet

Kommunen ska efter ett genomfört verksamhetsår upprätta en årsredovisning. Årsredovisningens syfte är att ge en bild över hela kommunens samlade finansiella ställning och utveckling, samt utgöra underlag för kommunfullmäktiges beslut om hur nämndernas resultat skall regleras. I årsredovisningen redogörs för kommunens samlade arbete och måluppfyllelse i förhållande till de av kommunfullmäktige i Framtidsplanen beslutade inriktningsmålen och ekonomiska ramarna.

Bedömningen är att kommunen delvis uppnår god ekonomisk hushållning där verksamhets- och resultatmålen är delvis uppfyllda

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2026-03-26
2. Årsredovisning för Gnesta kommun 2025

Tjänsteförslag

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige:

1. Kommunfullmäktige godkänner avsättning till resultatreserv (RER) med 9 miljoner kronor. Efter avsättning kvarstår 18,3 miljoner kronor av balanskravsresultatet vilket motsvarar 2,0 procent av skatter och bidrag.
2. Kommunfullmäktige beslutar att 2025 års överskott inom Renhållning om 0,2 miljoner kronor ska minska det ackumulerade underskottet inom Renhållning och återställs till kommunen.
3. Kommunfullmäktige beslutar att 2025 års överskott inom VA-enheten om 1,5 miljoner kronor ska minska det ackumulerade underskottet inom VA-enheten och återställs kommunen.
4. Kommunfullmäktige godkänner Årsredovisning 2025 för Gnesta kommun.

Förslag till beslut på sammanträdet

Ordföranden föreslår att kommunstyrelsen bifaller tjänsteförslaget.

Beslutsgång

Kommunstyrelsen bifaller ordförandens förslag.

Sändlista

- ~ Kommunchef
- ~ Stabschef
- ~ Ekonomichef
- ~ Redovisningsansvarig
- ~ Förvaltningsekonomer
- ~ Förvaltningschefer
- ~ Verksamhetscontroller

Till revisorerna i Gnesta kommun (Org.nr 212000-2965)

Vi har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gnesta kommun utfört revision och granskning av årsredovisningen enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision* för år 2025-01-01–2025-12-31.

Våra uttalanden i detta yttrande är förenliga med innehållet i den revisionsrapport som har överlämnats till kommunens förtroendevalda revisorer 2026-04-13.

Yttrande om årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter

Uttalande med avvikande mening respektive uttalanden

Vi har utfört en revision av årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision* för Gnesta kommun för år 2025-01-01–2025-12-31 avgiven av kommunstyrelsen den 2026-04-13. Vi har granskat förvaltningsberättelsen, de sammanställda räkenskaperna samt drift- och investeringsredovisningen enligt särskilda instruktioner i *Standard för kommunal räkenskapsrevision*.

Enligt vår bedömning har årsredovisningens balansräkning, på grund av hur betydelsefullt det förhållande som beskrivs i avsnittet Grund för uttalanden är, inte upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) och ger inte en rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025. Enligt vår bedömning har årsredovisningen i övrigt, resultaträkning, kassaflödesanalys samt noter upprättats i enlighet med LKBR och ger en i alla väsentliga avseende rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året.

Grund för uttalanden

Kommunen har ett koncernkonto i banken som används av både kommunen och dess dotterföretag. Saldot på koncernkontot ska redovisas som likvida medel och de tillgodohavanden som avser kommunens dotterföretag ska redovisas som kortfristig skuld. Saldot på koncernkontot och som avser skuld respektive fordran till dotterföretaget uppgår netto till 69,5 mkr men har inte redovisats i kommunens balansräkning.

Under året har kommunen ändrat sin redovisningsprincip och redovisar numera ett antal avtal som finansiell leasing. Vid beräkning av finansiell leasing har dock i vissa fall felaktiga bashyror samt nyttjandeperioder använts. Denna avvikelse har kunnat kvantifieras till 22,5 miljoner kronor och borde ha redovisats som en ökning av anläggningstillgång respektive ökning av skuld.



Vi har utfört uppdraget enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision*. Vårt ansvar enligt denna standard beskrivs närmare i avsnittet *Det sakkunniga biträdets ansvar*. Uppdraget är utfört utifrån opartiskhet och självständighet i förhållande till kommunen.

Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för våra uttalanden.

Annan information

Årsredovisningen innehåller också annan information än resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter och denna andra information återfinns på sidorna 1-3. Det är styrelsen som har ansvaret för denna andra information. Sådan information som granskas enligt särskilda instruktioner utgör inte annan information.

Vårt uttalande avseende årsredovisningen omfattar inte denna andra information och i vårt uppdrag ingår inte att genomföra en revision av denna information, men det är vårt ansvar att läsa den och överväga om den i väsentlig utsträckning är oförenlig med årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter. Vid denna genomgång beaktar vi även den kunskap vi i övrigt inhämtat under revisionen och bedömer om den andra informationen verkar innehålla väsentliga felaktigheter.

Om vi drar slutsatsen att den andra informationen innehåller en väsentlig felaktighet, är vi skyldig att rapportera detta. Vi har inget att rapportera i det avseendet.

Styrelsens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för att årsredovisningen upprättas och att den ger en rättvisande bild enligt LKBR. Styrelsen ansvarar även för den interna kontroll som den bedömer är nödvändig för att upprätta en årsredovisning som inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag.

Det sakkunniga biträdets ansvar

Vårt mål är att uppnå en rimlig grad av säkerhet om huruvida årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, och att lämna ett yttrande som en del av en revisionsrapport till de förtroendevalda revisorerna. Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men är ingen garanti för att en revision som utförs enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision* alltid kommer att upptäcka en väsentlig felaktighet om en sådan finns. Felaktigheter kan uppstå på grund av oegentligheter eller misstag och anses vara väsentliga om de enskilt eller tillsammans rimligen kan förväntas påverka de ekonomiska beslut som användare fattar med grund i ovan nämnda delar.

Som del av en revision enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision* använder vi professionellt omdöme och har en professionellt skeptisk inställning under hela revisionen. Dessutom:

1. Identifierar och bedömer vi riskerna för väsentliga felaktigheter i årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, utformar och utför granskningsåtgärder bland annat utifrån dessa risker och inhämtar revisionsbevis som är tillräckliga och

ändamålsenliga för att utgöra en grund för våra uttalanden. Risken för att inte upptäcka en väsentlig felaktighet till följd av oegentligheter är högre än för en väsentlig felaktighet som beror på misstag,

2. Skaffar vi oss en förståelse av den del av kommunens interna kontroll som har betydelse för vår revision för att utforma granskningsåtgärder som är lämpliga med hänsyn till omständigheterna, men inte för att uttala oss om effektiviteten i den interna kontrollen.
3. Utvärderar vi lämpligheten i de redovisningsprinciper som används och rimligheten i styrelsens uppskattningar i redovisningen och tillhörande upplysningar.
4. Utvärderar vi den övergripande presentationen, strukturen och innehållet i årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter, däribland upplysningarna, och om årsredovisningen återger de underliggande transaktionerna och händelserna på ett sätt som ger en rättvisande bild.
5. Måste vi informera de förtroendevalda revisorerna om bland annat revisionens planerade omfattning och inriktning samt tidpunkten för den. Vi måste också informera om betydelsefulla iakttagelser under revisionen, däribland de eventuella betydande brister i den interna kontrollen som vi identifierat.

Det sakkunniga bitrådets granskning av förvaltningsberättelsen, de sammanställda räkenskaperna samt drift- och investeringsredovisningen

Det är styrelsen som har ansvaret för förvaltningsberättelsen, de sammanställda räkenskaperna samt drift- och investeringsredovisningen och att dessa upprättas i enlighet med LKBR. Vår granskning har skett enligt "Instruktion för granskning av förvaltningsberättelse", "Instruktion för granskning av sammanställda räkenskaper" samt "Instruktion för granskning av drift- och investeringsredovisning" i *Standard för kommunal räkenskapsrevision*. Detta innebär att vår granskning av förvaltningsberättelsen, de sammanställda räkenskaperna och drift- och investeringsredovisningen har en annan inriktning och mindre omfattning jämfört med den inriktning och omfattning som en revision enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision* har. Vi anser att denna granskning ger oss tillräcklig grund för våra uttalanden.

Förvaltningsberättelse har upprättats i enlighet med LKBR.

Sammanställda räkenskaper har upprättats i enlighet med LKBR.

Drift- och investeringsredovisning har upprättats i enlighet med LKBR.

Datum den dag som framgår av vår elektroniska signatur

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB

Elisabeth Husdal

Ansvarigt sakkunnigt biträde

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

<i>Signerat med Svenskt BankID</i>	<i>2026-04-13 15:13:31 UTC</i>
Undertecknare	Datum
Namn returnerat från Svenskt BankID: Elisabeth Husdal	
Elisabeth Husdal Senior Manager	
	Leveranskanal: E-post

God ekonomisk hushållning 2025

Gnesta kommun

April 2026



Inledning

Bakgrund

Enligt kommunallagen ska kommunal verksamhet kännetecknas av god ekonomisk hushållning. En del i den ekonomiska förvaltningen är att fullmäktige ska besluta om verksamhetsmässiga och finansiella mål för god ekonomisk hushållning. Dessa mål ska sedan följas upp i årsredovisning. Årsredovisning ska lämna information om följsamhet till det lagstadgade balanskravet.

Revisorerna ska enligt kommunallagen 12 kap. 2 § bedöma om resultaten i årsredovisning är förenligt med beslutade mål inom området. Uppdraget ingår som en obligatorisk del i årets revisionsplan. Kommunstyrelsen är ansvarig för upprättandet av årsredovisning. Revisionsobjekt i granskningen är kommunstyrelsen.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge kommunens revisorer ett underlag för sin skriftliga bedömning, vilken skall biläggas årsredovisning i samband med fullmäktiges behandling av rapporten. Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

1. Är resultat i årsredovisning förenligt med beslutade mål för god ekonomisk hushållning?
2. Är redovisat balanskravsresultat förenligt med balanskravet?

Det sker även en översiktlig granskning av årsredovisning som primärt fokuserar på följande delar:

- a) Tidpunkt för överlämning av årsredovisning till revisorer,
- b) Följsamhet till driftbudget,
- c) Följsamhet till investeringsbudget,
- d) Finansiell ställning samt
- e) Sjukfrånvaro

Revisionskriterier

Revisionskriterier i granskningen utgörs av:

- Lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR), kap 11:8, 11:10, 13:2
- Kommunallag (KL), kap 11:1, 11:20
- Rådet för kommunal redovisnings rekommendation 15, Förvaltningsberättelse
- Fullmäktiges beslut avseende god ekonomisk hushållning

Granskning av god ekonomisk hushållning per 2025-12-31

Avgränsning

Granskningen avser årsredovisning 2025. Övrig avgränsning, se avsnitt "Syfte och revisionsfrågor".

Metod

Granskningen har skett genom analys av för granskningen relevant dokumentation.

Granskningsresultatet har bedömts med hjälp av signalsystem: grön (uppfyllt), gult (delvis) och röd (ej uppfyllt). Rapportens innehåll har faktakontrollerats av ekonomichef och redovisningsansvarig.

Granskningsresultat

God ekonomisk hushållning

Iakttagelser

I Framtidsplanen 2025–2027 har fullmäktige fastställt tre (3) finansiella mål samt verksamhetsmässiga mål genom fem (5) målområden med tillhörande inriktningsmål.

I nuvarande riktlinjer för god ekonomisk hushållning omfattar dessa ett finansiellt perspektiv, men ingen koppling till verksamhetsmässiga mål.

Finansiella mål för god ekonomisk hushållning:

1. Årets resultat i förhållande till skatter och statsbidrag, minst 2 %.
 - Resultat 2025: Årets resultat uppgår till 2,5% av skatter och statsbidrag. **Målet uppnås** för året.
Under innevarande mandatperiod (2023–2025) uppgår genomsnittet till 2,3 %, vilket innebär att målet också uppnås för perioden.
2. Verksamhetens nettokostnad, högst 100 %.
 - Resultat 2025: Nettokostandsandelen uppgår till 96,2%. **Målet uppnås** för året.
3. Soliditet exkl. pensionsförpliktelser, minst 30 %.
 - Resultat 2025: Soliditeten exklusive pensionsförpliktelser uppgår till 25,5 %. **Målet uppnås inte.**
Av årsredovisningen framgår att soliditetsutfallet påverkas av ändrad redovisningsprincip för finansiell leasing. Mot denna bakgrund uppnås inte soliditetsmålet. När soliditeten beräknas exklusive finansiell leasing uppnås dock målet. Vidare framgår att soliditeten exklusive pensionsförpliktelser och exklusive finansiell leasing uppgår till 45 procent år 2025.

Utvärdering av de finansiella målen presenteras i avsnitt "finansiella mål". Målen ingår i bedömningen av god ekonomisk hushållning. I årsredovisningen framgår att två av tre finansiella mål uppnås. Vi noterar att det inte görs en bedömning på målet avseende soliditet.

Verksamhetsmål – målområden med tillhörande inriktningsmål:

Nedan redovisas resultatet för måluppfyllelse för inriktningsmålen (verksamhetsspecifika målen).

1. En attraktiv kommun. **Delvis uppfyllt.**
2. Fler välmående och växande företag. **Delvis uppfyllt.**
3. En utbildning med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat. **Delvis uppfyllt.**
4. En trygg vård och omsorg av hög kvalitet. **Delvis uppfyllt.**
5. En effektiv och proaktiv organisation. **Delvis uppfyllt.**

I årsredovisningen ingår verksamhetsmålen i den samlade bedömningen av god ekonomisk hushållning. Samtliga verksamhetsmål bedöms som delvis uppnådda. Den sammanlagda bedömningen är att kommunen delvis uppnår god ekonomisk hushållning. Bedömningen grundas dels på i vilken utsträckning det genomförda arbetet har fört kommunen mot inriktningsmålens målbild, dels på hur väl indikatorerna kopplade till inriktningsmålen har uppnått Framtidsplanens målsättningar.

Det noteras att vissa indikatorer ännu inte har kunnat följas upp, då mätvärden inte varit tillgängliga vid tidpunkten för årsredovisningens upprättande. Dessa indikatorer kommer enligt årsredovisningen att redovisas under 2026.

Samtliga av dessa mål återfinns samlat i ett särskilt avsnitt i förvaltningsberättelsen avseende god ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning.

Balanskravsresultat

Iakttagelser

- I förvaltningsberättelsen återfinns ett avsnitt benämnt "Balanskravsresultat". Avsnittet innehåller en balanskravsutredning.
- Årets resultat för kommunen enligt resultaträkningen uppgår till 22,7 mnkr, jämfört med budget 25,9 mnkr, vilket innebär en negativ avvikelse om 3,2 mnkr. Den negativa avvikelsen förklaras främst av lägre skatteintäkter och generella statsbidrag än budgeterat.
- Balanskravsresultatet är positivt på 27,3 mnkr, vilket är 13,2 mnkr bättre än föregående år (2024). Justering har gjorts för orealiserade förluster i värdepapper om -4,5 mnkr. I balanskravsutredningen framgår att årets resultat inte innehåller några realisationsvinster eller realisationsförluster. Det positiva balanskravsresultatet innebär att det inte finns något krav på återbetalning av underskott.
- Kommunen har inga ackumulerade balanskravsunderskott från tidigare år.
- Kommunen har inte gjort någon reservering till RUR eller RER tidigare år. I balanskravsutredningen för 2025 anges att det finns möjlighet att avsätta 9 mnkr till resultatreserv (RER).

Övrigt

lakttagelser

Granskningen avser årsredovisning som upprättats för år 2025 och som behandlats av kommunstyrelsen 2026-04-13. Styrelsen har därmed överlämnat årsredovisningen till fullmäktige och revisorer inom föreskriven tid enligt kommunallagen (senast 15 april).

Årsredovisningen ska innehålla upplysningar om förhållande som är viktiga för kommunens verksamhet, resultat och ekonomiska ställning. Granskning av årsredovisning 2025 visar följande:

- Den innehåller en driftredovisning. Av denna framgår att styrelse och nämnder under 2025 bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Det finns utmaningar inom driftsverksamheten. Barn- och utbildningsnämnden redovisar en negativ budgetavvikelse till följd av höga personalkostnader, köpta platser och ersättning till friskolor. Detta indikerar behov av fortsatta åtgärder för att stärka budgetföljsamheten. Därtill avviker befolkningsutfallet från plan, vilket påverkar skatteintäkterna negativt. Frågan hanteras i kommande budgetberedning.
- Den innehåller en investeringsredovisning. Investeringarna för år 2025 har uppgått till 21,7 miljoner kr. Delar av projekten har slutförts under året och dessa har sammantaget bedrivits inom tilldelad budgetram. Redovisningen saknar ekonomisk prognos för pågående projekt, vilket kan ses som ett utvecklingsområde till kommande år.
- Den innehåller redovisning av ett antal finansiella nyckeltal, däribland soliditet. Soliditet ger en indikation om kommunens finansiella stabilitet. Av flerårsöversikten framgår att soliditeten har ökat över tid. Soliditet (inklusive pensionsåtagande) per 2025-12-31 uppgår till 16 procent. Nyckeltalssammanställningen saknar information om hur kommunens soliditet förhåller sig till andra likartade kommuner.
- Den innehåller upplysningar avseende väsentliga personalförhållanden. Av redovisningen framgår att den totala sjukfrånvaron bland anställda uppgått till 7,7 procent under året. Här lämnas även information hur sjukfrånvaron förändrats jämfört med föregående år.

Samlad bedömning

Revisionsfråga 1: Är resultat i årsredovisning förenligt med beslutade mål för god ekonomisk hushållning?

Finansiella mål:

Delvis.



Verksamhetsmål:

Delvis.



Revisionsfråga 2: Är redovisat balanskravresultat förenligt med balanskravet?

Följsamhet till balanskravsresultatet: **Ja.**



Rekommendationer

För att utveckla granskningsområdet lämnas följande rekommendationer:

- Att styrelsen vidtar tydligare åtgärder i syfte att stärka måluppfyllelse för de verksamhetsmässiga målen med betydelse för god ekonomisk hushållning.

2026-04-01

Carin Hultgren

Uppdragsledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gnesta kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 18 juni 2025. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

<i>Signerat med Svenskt BankID</i>	<i>2026-04-13 07:38:29 UTC</i>
Undertecknare	Datum
Namn returnerat från Svenskt BankID: Carin Hultgren	
Carin Hultgren	
Director	
	Leveranskanal: E-post



Grundläggande granskning 2025

Gnesta kommun

April 2026



Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gnesta kommun genomfört grundläggande granskning av styrelse och nämnder. Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett underlag inför uttalande i revisionsberättelse.

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

Fråga 1: Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Fråga 2: Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Fråga 3: Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Nedan ses bedömning för respektive revisionsfråga.

Fråga	Kommunstyrelsen	Barn- och utbildningsnämnden	Samhällsbyggnadsnämnden	Socialnämnden	Överförmyndarnämnden
1	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Ja
3	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja

Fråga	Lönenämnd Sörmland	Patientnämnden	Gemensamma växelnämnden
1	Delvis	Ja	Ja
2	Ja	Ja	Ja
3	E/T	Ja	Ja

För fullständiga bedömningar se respektive delavsnitt i rapporten.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	4
Avgränsning	5
Metod	5
Granskningsresultat	6
Kommunstyrelsen	6
Barn- och utbildningsnämnden	9
Samhällsbyggnadsnämnden	11
Socialnämnden	13
Överförmyndarnämnden	15
Lönenämnd Sörmland	17
Patientnämnden	19
Gemensamma växelnsämnden	21
Valnämnden	23
Rekommendationer	25
Bilagor	27

Inledning

Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser, nämnder och fasta fullmäktigeberedningar.

Kommunstyrelsen, nämnder och fasta beredningar ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget måste respektive organ bygga upp system och rutiner för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa rutiner tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

Revisionsobjekt i granskningen är Kommunstyrelsen, Barn- och utbildningsnämnden, Samhällsbyggnadsnämnden, Socialnämnden, Överförmyndarnämnden, Lönenämnd Sörmland, Patientnämnden och Gemensamma växelnsnämnden.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med den översiktliga granskningen är att ge kommunens revisorer ett underlag till uttalande i revisionsberättelse. I dess uppdrag ingår att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Följande övergripande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?
2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?
3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Kommunallagen 6:1, 6:6
- Följsamhet till fullmäktiges uppdrag i form av mål och budget för år 2025

- I övrigt se avsnitt "syfte och revisionsfrågor".

Avgränsning

I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2025. I övrigt se avsnitt "syfte och revisionsfrågor".

Metod

Analys för granskningen relevant dokumentation, främst mötesprotokoll, delårsrapport samt årsrapport/årsbokslut.

Revisionell bedömning av respektive revisionsfråga sker utifrån en tregradig skala: ja/uppfyllt (grön); delvis uppfyllt (gul); nej/ej uppfyllt (röd).

Rapportens innehåll har faktakontrollerats av företrädare för granskade organ.

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring.

Granskningsresultat

Kommunstyrelsen

Iakttagelser

Kommunstyrelsen beslutade 2024-12-02 § 172 om verksamhetsplan 2025–2027 med driftbudget. Styrelsen arbetar utifrån tre av kommunfullmäktiges fem inriktningsmål, vilka är gemensamma för hela kommunen och styr verksamhetens prioriteringar och insatser: En attraktiv kommun, Fler välmående och växande företag och En proaktiv och effektiv organisation. Utifrån inriktningsmålen har styrelsen antagit 24 uppdrag till den egna förvaltningen. För respektive inriktningsmål finns indikatorer framtagna som används vid uppföljning tillsammans med en samlad bedömning av genomförda insatser. För indikatorerna anges målsättning för året.

Antagen budget är att betrakta som styrelsens mål för ekonomi. Ett av inriktningsmålen, En proaktiv och effektiv organisation, har också bäring på ekonomin. Målet avser att ge kommuninvånarna, näringslivet och föreningslivet en god service med ett bra bemötande, att ta till sig nya arbetssätt, handskas varsamt med kommunens ekonomi och utveckla sin kompetens över tid. På kommunövergripande nivå innehåller framtidsplanen ett avsnitt benämnt "Kommunens finansiella mål", under avsnittet redovisas fullmäktiges tre finansiella mål.

Enligt de ekonomistyrningsregler som gällde fram till november 2025 ska varje nämnd lämna ekonomiska rapporter för februari, april, juni (i förenklad form) och oktober. Utöver detta följs nämndernas verksamhetsplaner, mål och budget upp i april, augusti (delårsrapport) samt december, där prognoser om måluppfyllelse redovisas i verksamhetsberättelsen för delåret. Kommunfullmäktige beslutade den 24 november 2025 om att revidera Gnesta kommuns ekonomistyrningsregler.

Vi noterar att kommunen och styrelsen tar del av uppföljningen enligt ekonomistyrningsreglerna. I verksamhetsuppföljning per april, augusti samt verksamhetsberättelse är fokus på måluppfyllelse avseende verksamhetsmässiga mål. I ekonomisk uppföljning per april, per augusti samt verksamhetsberättelse är fokus på måluppfyllelse avseende ekonomin. Utöver detta erhåller styrelsen månadsvisa ekonomiska uppföljningar.

I kommunstyrelsens delårsrapport bedöms tre av tre inriktningsmål vara delvis uppfyllda. Vi noterar att det i delårsrapporten för majoriteten av indikatorerna saknas utfall. Kommunstyrelsen skriver i sin delårsrapport att i och med att det saknas uppgifter på flera indikatorer på delårsbasis försvårar detta bedömningen av prognostiserade måluppfyllelsen. Av dokumentation och protokoll framgår att styrelsen under året fattat beslut i ärenden som knyter an till framtagna mått. Styrelsen beslutade den 17 juni 2025

§ 127 om nya slutdatum för flera prioriterade uppdrag. Dessa inkluderar bland annat upprättandet av en vattentjänstplan samt en energiplan utifrån gällande lagstiftning, och att utreda samt presentera ett förslag till en ny resursfördelningsmodell senast den 31 december 2025. Kommunstyrelsen redovisar i delårsrapport en positiv prognos om 2 mnkr för helår. Mot bakgrund av att kommunstyrelsen i delårsrapport och ekonomiska uppföljningar redovisar god måluppfyllelse för ekonomin samt prognos i balans, bedöms inga särskilda åtgärder krävas från styrelsens sida. Måluppfyllelsen för inriktningsmålen kvarstår oförändrad mellan delårsrapport och årsredovisningen.

I delårsrapporten för kommunen prognostiseras att samtliga inriktningsmålen delvis kommer uppnås. När det gäller den ekonomiska hushållningen visar prognosen att två mål beräknas uppnås, medan ett mål inte kommer att nås under innevarande år. Det framgår att inriktningsmålen förväntas nås över mandatperioden. Kommunens resultat per augusti uppgår till positivt resultat 32,7 mnkr, vilket är plus 20,3 mnkr bättre än budget. Prognosen för helåret 2025 är däremot plus 15,5 mnkr, en avvikelse på minus 10,4 mnkr jämfört med budget. Då kommunen prognostiserar ett positivt ekonomiskt resultat är bedömningen att Gnesta kommun kommer ha en god ekonomisk hushållning.

I kommunstyrelsens verksamhetsberättelse framgår att tre inriktningsmål bedöms som delvis uppfyllda. Kommunstyrelsen inklusive taxekollektiven redovisar en positiv avvikelse mot budget om 3,55 mnkr. Skattekollektivet redovisar en positiv avvikelse mot budget om 0,5 mnkr och taxekollektiven redovisar en positiv avvikelse mot budget om 3,0 mnkr.

I kommunens årsredovisning bedöms samtliga fem inriktningsmål som delvis uppnådda. Årets resultat för kommunen enligt resultaträkningen uppgår till 22,7 mnkr, jämfört med budget 25,9 mnkr, vilket innebär en negativ avvikelse om 3,2 mnkr. Den negativa avvikelsen förklaras främst av lägre skatteintäkter och generella statsbidrag än budgeterat. Av de tre (3) finansiella mål bedöms två (2) som uppnådda. Vi noterar att det inte görs en bedömning på målet avseende soliditet. Den sammanlagda bedömningen är att kommunen delvis uppnår god ekonomisk hushållning.

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Kommunstyrelsen

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Delvis.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Ja.



Kommunfullmäktige (kommunen som helhet)

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Delvis.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Delvis.



Barn- och utbildningsnämnden

Iakttagelser

Barn- och utbildningsnämnden beslutade 2024-12-16 § 117 om verksamhetsplan 2025–2027 med driftbudget. Nämnden arbetar utifrån fyra av fullmäktiges fem inriktningsmål: En utbildning med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat, En attraktiv kommun, Fler välmående och växande företag och En proaktiv och effektiv organisation. Antagen budget är att betrakta som nämndens mål för ekonomi. Utifrån inriktningsmålen har nämnden antagit 14 uppdrag till den egna förvaltningen. För respektive inriktningsmål finns indikatorer framtagna som används vid uppföljning tillsammans med en samlad bedömning av genomförda insatser. Målsättning framgår för majoriteten av indikatorerna. Instruktion för rapportering framgår av kommunens ekonomistyrningsregler.

Barn- och utbildningsnämnden följer upp verksamhetsmålen i samband med ekonomi- och verksamhetsuppföljning per april, augusti (delår) samt i verksamhetsberättelsen. Rapporterna ger en bild av nämndens arbete och arbetsprocess samt innehåller en prognostiserad bedömning av den förväntade måluppfyllelsen vid årets slut. I nämndens delårsrapport bedöms ett av fyra mål vara helt uppfyllt. Tre mål bedöms vara delvis uppfyllda: Fler välmående och växande företag, En utbildning med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat samt En effektiv och proaktiv organisation. Vi noterar att det i delårsrapporten för majoriteten av indikatorerna saknas utfall. En genomgång av dokumentation och protokoll visar att nämnden under året har fattat beslut i ärenden som knyter an till inriktningsmålen. Bland annat beslutade nämnden vid sammanträdet den 2025-01-20 § 4 om fördelning av statsbidrag för stärkt kunskapsutveckling samt vid sammanträdet den 2025-04-07 § 32 om fördelning av ytterligare medel som tillkommit under året för stärkt kunskapsutveckling 2025.

Barn- och utbildningsnämnden tar del av ekonomisk rapportering per februari, april, juni, augusti (delårsrapport), oktober samt i verksamhetsberättelsen. I ekonomirapporten per februari prognostiserar nämnden ett helårsresultat som avviker negativt mot budget med 5,3 mnkr. Enligt kommunens ekonomistyrningsregler är nämnden skyldig att besluta om åtgärder inom ramen för sina befogenheter så att budget kan hållas. Vid väsentliga negativa avvikelser ska förvaltningen ge förslag till hantering av underskottet till nämnden på nästkommande möte. Vid sammanträdet 2025-05-12 § 40 behandlar nämnden ärendet Handlingsplan för budget i balans men återremitterar ärendet för komplettering med konsekvensanalys. Vid sammanträdet 2025-06-16 § 50 beslutar barn- och utbildningsnämnden att godkänna förvaltningens redogörelse för de planerade åtgärderna i handlingsplanen för budget i balans. Vid årets slut redovisar nämnden ett förbättrat ekonomiskt utfall vilket indikerar att åtgärder vidtagits. Dock indikerar det negativa resultatet att tillräckliga åtgärder inte helt har vidtagits.

Måluppfyllelsen för inriktningsmålen kvarstår oförändrad mellan delårsrapport och årsredovisningen. I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden ett mål som uppnått och tre mål bedöms som delvis uppfyllda. Målen som bedöms som delvis uppfyllda är: Fler välmående och växande företag, En utbildning med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat samt En effektiv och proaktiv organisation. I verksamhetsberättelsen redovisar styrelsen en negativ avvikelse mot budget på 4,4 mnkr, vilket motsvarar 1,19 % av budgeten. Resultatet är en förbättring mot delårsrapporten. Underskottet härleds till höga personalkostnader, fler köpta platser inom förskolan men även ersättning till fristående vid redovisat underskott i kommunens egna verksamheter.

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Delvis.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Delvis.



Samhällsbyggnadsnämnden

Iakttagelser

Samhällsbyggnadsnämnden beslutade 2024-12-11 § 79 om verksamhetsplan för 2025–2027 med driftbudget. Nämnden arbetar utifrån tre av fullmäktiges fem inriktningsmål: En attraktiv kommun, Fler välmående och växande företag och En proaktiv och effektiv organisation. Antagen budget är att betrakta som nämndens mål för ekonomi. Utifrån inriktningsmålen har nämnden antagit 15 uppdrag till den egna förvaltningen. För respektive inriktningsmål finns indikatorer framtagna som används vid uppföljning tillsammans med en samlad bedömning av genomförda insatser. Några målvärden anges dock inte i verksamhetsplanen. Instruktion för rapportering framgår av kommunens ekonomistyrningsregler.

Samhällsbyggnadsnämnden följer upp verksamhetsmålen i samband med ekonomi- och verksamhetsuppföljning per april, augusti (delår) samt i verksamhetsberättelsen. Rapporterna ger en bild av nämndens arbete och arbetsprocess samt innehåller en prognostiserad bedömning av den förväntade måluppfyllelsen vid årets slut. I nämndens delårsrapport per 2025-08-31 bedöms samtliga tre mål som delvis uppfyllda: Fler välmående och växande företag, En utbildning med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat samt En effektiv och proaktiv organisation. Vi noterar att det i delårsrapporten för majoriteten av indikatorerna saknas utfall. En genomgång av dokumentation och protokoll visar att nämnden under året har fattat beslut i ärenden som knyter an till inriktningsmålen. Nämnden har bland annat den 2025-09-03 § 39 beslutat att ge förvaltningen i uppdrag att påbörja projektering av en ny kajlösning vid Rallarkajen i Gnesta samt att utreda möjligheten att samordna dagvattenhantering i samband med åtgärden. I ärendet framgår att Rallarkajens västra och östra bryggor har inspekterats och att inspektionerna visar på allvarliga skador, särskilt på den västra bryggan, med kraftigt nedsatt bärförmåga.

Samhällsbyggnadsnämnden tar del av ekonomisk rapportering per februari, april, juni, augusti (delårsrapport), oktober samt i verksamhetsberättelsen. Nämnden redovisar löpande under året positivt resultat i förhållande till budget, vilket indikerar att nämnden vidtar tillräckliga åtgärder för att nå mål för ekonomin. I delårsrapporten framgår att samhällsbyggnadsnämnden prognostiserar redovisa ett noll resultat.

I verksamhetsberättelsen framgår att samhällsbyggnadsnämnden redovisar ett överskott om 0,6 mnkr. Verksamhetens överskott kommer från lägre personalkostnader till följd av vakanta tjänster samt från lägre kostnader för vinterväghållning vilket är en följd av en mildare vintersäsong.

Samhällsbyggnadsnämnden bedömer samtliga tre inriktningsmålen som delvis uppfyllda.

Måluppfyllelsen av inriktningsmålen förblir oförändrad mellan delårsrapporten och årsredovisningen.

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Delvis.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Ja.



Socialnämnden

Iakttagelser

Socialnämnden beslutade 2024-12-11 § 99 om verksamhetsplan för 2025–2027 med driftbudget.

Nämnden arbetar utifrån fyra av fullmäktiges fem inriktningsmål: En attraktiv kommun, En trygg vård och omsorg av hög kvalitet och En proaktiv och effektiv organisation. Antagen budget är att betrakta som nämndens mål för ekonomi. Utifrån inriktningsmålen har nämnden brutit ned målen till 34 fokusområden till den egna förvaltningen. För respektive inriktningsmål finns indikatorer framtagna som används vid uppföljning tillsammans med en samlad bedömning av genomförda insatser. För indikatorerna anges målsättning för året. Instruktion för rapportering framgår av kommunens ekonomistyrningsregler.

Socialnämnden följer upp verksamhetsmålen i samband med ekonomi- och verksamhetsuppföljning per april, augusti (delår) samt i verksamhetsberättelsen. Rapporterna ger en bild av nämndens arbete och arbetsprocess samt innehåller en prognostiserad bedömning av den förväntade måluppfyllelsen vid årets slut. I nämndens delårsrapport per 2025-08-31 bedöms ett av fyra mål vara helt uppfyllt. Tre mål bedöms vara delvis uppfyllda: Attraktiv kommun, Trygg vård och omsorg samt En effektiv och proaktiv kommun. Vi noterar att det i delårsrapporten för majoriteten av indikatorerna saknas utfall. En genomgång av dokumentation och protokoll visar att nämnden under året har fattat beslut med anledning av att förbättra måluppfyllelsen av inriktningsmålen. Vid sammanträdet 2025-10-01 § 86 beslutar nämnden godkänna delårsrapporten. Nämnden uppdrar också till förvaltningen att fortsätta arbetet med analys och åtgärder av aktiviteter för att nå måluppfyllelsen.

Socialnämnden tar del av ekonomisk rapportering per februari, april, juni, augusti (delårsrapport), oktober samt i verksamhetsberättelsen. I ekonomirapporten per februari prognostiserar nämnden ett helårsresultat som avviker negativt mot budget med 0,8 mnkr. Enligt kommunens ekonomistyrningsregler är nämnden skyldig att besluta om åtgärder inom ramen för sina befogenheter så att budget kan hållas. Vid väsentliga negativa avvikelser ska förvaltningen ge förslag till hantering av underskottet till nämnden på nästkommande möte. Vid sammanträdet 2025-05-14 § 45 beslutade nämnden att godkänna handlingsplan för att uppnå en ekonomi i balans. I delårsrapporten per 2025-08-31 prognostiserar nämnden ett underskott om cirka 0,8 mnkr. Vid fastställande fastställandet av delårsrapporten 2025-10-01 § 86 beslutade nämnden att uppdra åt förvaltningen att säkerställa en budget i balans genom fortsatt arbete med handlingsplanen samt genom identifiering av ytterligare åtgärder. Mot bakgrund av att nämnden per oktober prognostiserar ett överskott om 3,5 mnkr indikerar det att nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

I verksamhetsberättelsen framgår att socialnämnden redovisar ett överskott om 1,4 mnkr. Överskottet beror på högre bidrag för flyktingmottagande och statsbidrag samt lägre kostnader för externa

placeringar. Samtidigt har personalkostnader ökat inom Ekshagens boende, hemtjänst och personlig assistans. Kostnaden för färdtjänst har stigit kraftigt och negativa resultat ses även inom bilpoolen, sjukvårdsartiklar och inhyrd personal. Socialnämnden bedömer samtliga fyra inriktningsmålen som delvis uppfyllda. Måluppfyllelsen av inriktningsmålen har blivit försämrade mellan delårsrapporten och årsredovisningen.

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Delvis.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Ja.



Överförmyndarnämnden

Gemensam med Flen och Vingåkers kommuner.

Lakttagelser

Av nämndens reglemente (antaget av de samverkande kommunerna i december 2018 och senast reviderat av Flens kommunfullmäktige 202-03-26 § 14) framgår att överförmyndarnämnden i Gnesta ska bestå av en ledamot och en ersättare. Ordinarie ledamot från Flen utses till ordförande. Ordinarie ledamot från övriga kommuner är förste respektive andra vice ordförande. För att beslutsföra krävs att någon av ordförande eller vice ordförande och ytterligare en övrig ledamot samtidigt är närvarande.

Ordförande samt 1:e vice ordförande har under år 2025 deltagit vid samtliga elva sammanträden. 2:e vice ordförande har deltagit vid sju sammanträden. I övrigt har ersättare deltagit. Gnesta kommun har, bland annat genom vice ordförande, varit representerad vid samtliga sammanträden under året.

Nämnden antog 2024-12-10 § 65 nämndplan 2024-2027 med budget 2025. Med utgångspunkt i fullmäktiges mål har nämnden formulerat totalt fem nämndmål med tillhörande indikatorer för mätning av måluppfyllelse. Under 2025 har nämnden även antagit en nämndplan med budget avseende år 2026 (2025-12-16 § 70). Vi noterar att nämndplan 2024-027 med budget 2025 omfattar Gnesta kommuns verksamhet.

I nämndplanen framgår att uppföljning sker genom månadsrapport och tre nämndrapporter, utöver delårsredovisning och årsredovisning.

Nämndrapport 3 per augusti innehåller måluppföljning inklusive helårsprognos. Tre mål bedöms kunna uppfyllas helt och två mål bedöms uppfyllas delvis. Måluppföljningen innehåller särskilda avsnitt rörande insatser som genomförts för att nå målen, inklusive vilken effekt insatserna fått eller när de förväntas ge effekt. Nämnden bedömer för helåret samtliga fem mål som uppfyllda. Det är en förbättring jämfört med den prognos som lämnades per augusti.

Nämnden prognostiserar i nämndrapport 3 per augusti en positiv budgetavvikelse om 100 tkr för helåret. I rapporten framgår dock att kostnaderna för ställföreträdare har ökat generellt då prisbasbeloppet höjts. Nämndrapport 3 innehåller ett särskilt avsnitt för *Åtgärdsplan för att återställa underskott 2025*. Mot bakgrund av att fastställd budget förväntas hållas för året, redovisas ingen åtgärdsplan för budget i balans i nämndrapporten.

Nämnden redovisar en positiv budgetavvikelse om 0,8 mnkr för helåret, vilket motsvarar 9,6 % av den totala budgeten. För Gnesta kommun är budgetavvikelsen positivt om 0,5 mnkr. Överskottet är i större omfattning än den prognos som lämnades per augusti. Avvikelsen beror till stor del på lägre

personalkostnader då inga vikarier har använts men även på grund av lägre arvoden för ställföreträdare och att andel huvudmän som kan bära sina egna kostnader har ökat. Vad gäller kommunvisa arvoden har kostnader för ställföreträdare ökat generellt på grund av att prisbasbeloppet har höjts kraftigt. Antalet ärenden har ökat vilket medfört flera arvodesbeslut och högre arvoden. Dock har antalet huvudmän som kan betala arvoden själva ökat, olika mycket i de olika kommunerna, vilket medför en positiv budgetavvikelse totalt.

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Ja.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Ja.



Lönenämnd Sörmland

Gemensam med Katrineholms kommun

Iakttagelser

Av reglementet för gemensam lönenämnd (antaget av kommunfullmäktige 2011-10-17 § 279) framgår att nämnden ska bedriva en ekonomisk effektiv verksamhet inom löneområdet i enlighet med gällande lagar och avtal enligt vad som åvilar var och en av kommunerna samt samnyttja och säkra kompetens inom nämndens verksamhetsområde. Ambitionsnivån ska vara samma lönerutiner i båda kommunerna. Den gemensamma nämnden har ansvar för de samverkande kommunernas uppgifter inom drift, utveckling och uppföljning av löneadministrationen. Verksamheten omfattar dock inte pensions- eller försäkringsadministration.

Av gemensam lönenämnds reglemente framgår att lönenämnden ska från Gnesta kommun bestå av en ledamot och en ersättare. Den ordinarie ledamoten från Gnesta kommun innehar posten som vice ordförande i nämnden. Ordförande samt 1:e vice ordförande har under år 2025 deltagit i samtliga två sammanträden. I övrigt har ersättare deltagit. Gnesta kommun har, bland annat genom vice ordförande, varit representerad vid samtliga sammanträden under året. Vi noterar att en representant från förvaltningen för Gnesta kommun har deltagit vid samtliga sammanträden under år 2025.

Lönenämnd Sörmland får vid sammanträdet 2024-10-24 § 7 information om de planerade aktiviteterna för 2025. Det framgår inte att nämnden fattar beslut om aktiviteterna. Vi kan inte se att nämnden har tilldelats någon budget från fullmäktige, och vi ser inte heller att nämnden har beslutat om budget för verksamheten för 2025. Budget i balans är att anse som ekonomiskt mål för nämnden.

Det noteras i protokollet att det finns en fastställd struktur för rapportering vid sammanträden, men att nämnden ännu inte har upprättat en egen instruktion.

Vid varje möte får nämnden aktuell information om verksamheten från lönechefen. Under informationspunkten yttrar sig också representanten från förvaltningen för Gnesta kommun. Vid sammanträdet i juni får nämnden en ekonomisk rapport som inkluderar löneenhetens resultat för 2024 och uppskattade kostnader för 2025. Vid sammanträdet i oktober redovisas nuläge och kommande prognos gällande ekonomi. Nämndens resultat för ekonomi framgår inte av nämndens protokoll eller kommunens delårsrapport eller årsredovisning. Vi kan därmed inte uttala oss om nämnden bedrivit sin verksamhet inom tilldelad budget.

Nämnden får löpande uppföljning av aktiviteterna. Då ingen bedömning av aktiviteterna görs går därmed inte att bedöma om nämnden vidtagit tillräckliga åtgärder för verksamheten.

Direktiv för uppföljning till respektive fullmäktige finns beskrivet i nämndens reglemente. I reglementet framgår att nämnden ska till kommunerna rapportera hur verksamheten per delår och helår utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är. Utifrån protokoll går inte att utläsa att fullmäktige för Gnesta kommun tar del av rapportering för hur verksamheten utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är.

Nämnden har under 2025 hållit två sammanträden: ett i juni och ett i oktober. I enlighet med tidigare år har årets första möte vanligtvis ägt rum i maj eller juni. För år 2024 genomfördes det första sammanträdet den 25 april. Sammanträdena har ägt rum efter att årsredovisningen behandlats av fullmäktige.

Bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Delvis.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Ja.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

E/T.

Patientnämnden

Gemensam med Region Sörmland, Eskilstuna, Flen, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåkers kommuner.

Iakttagelser

Av nämndens reglemente (fastställt 22-33 november 2023 av regionfullmäktige och fullmäktige hos respektive kommun) framgår att Patientnämnden i Gnesta ska bestå av en ledamot och en ersättare. Vidare framgår att det inom patientnämnden ska utses ett arbetsutskott. Arbetsutskottet ska bestå av ordföranden, två vice ordföranden samt ytterligare en ledamot från Region Sörmland och en ledamot från kommunerna. Enligt reglementet ska nämnden och dess arbetsutskott hålla minst fyra sammanträden per år vardera.

Ordförande samt 1:e vice ordförande har under år 2025 deltagit vid tre av fyra sammanträden. 2:e vice ordförande har deltagit vid två sammanträden. Vi noterar att Gnesta kommun har varit representerad tre av fyra sammanträden under året.

Nämnden antog 2024-12-04 § 19/24 verksamhetsplan med budget 2025-2027. Med utgångspunkt i regionfullmäktiges målområden har nämnden formulerat tre nämndmål. För respektive nämndmål finns indikatorer framtagna med fastställda och långsiktiga målvärden. Under 2025 har nämnden även antagit en verksamhetsplan med budget avseende år 2026 (2025-12-11 § 21/25).

Nämndens delårsrapport 2025 innehåller uppföljning av nämndens tre mål. För varje mål redovisas genomförda aktiviteter samt utfall och analys av tillhörande indikatorer, tillsammans med en sammanfattande bedömning av måluppfyllelsen för perioden. I delårsrapporten anges att samtliga tre mål går enligt plan och bedöms vara uppnådda för perioden. I verksamhetsberättelse 2025, antaget 2026-02-27 §3/26 bedöms samtliga tre nämndmål som uppfyllda.

I delårsrapport 2025 prognostiseras helårsutfallet bli i nivå med budget. Rapporten redovisar dock avvikelser i personalkostnader jämfört med föregående år, vilket enligt rapporten beror på höjt arvode för stödpersoner samt en högre lönerevision än budgeterat. Mot bakgrund av att helårsprognosen bedöms visa ett utfall i enlighet med budget, framgår att ingen åtgärdsplan är aktuell. I övrigt tar nämnden del av månads- och kvartalsrapporter avseende nämndens ekonomi.

I årsredovisningen redovisar nämnden ett budgetöverskott om 1,1 mnkr för 2025. Överskottet förklaras främst av att medel för personalkostnader avsatta för stödpersoner inte har använts i nivå med budget.

I bilaga redovisas underliggande revisionsfrågor.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Ja.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Ja.



Gemensamma växelnämnden

Gemensam med Trosa och Oxelösunds kommuner.

Iakttagelser

Av nämndens reglemente (antaget av fullmäktige i Trosa 2020-06-10 § 57, Gnesta 2020-06-15 § 19, och Oxelösund 2020-09-16 § 59) framgår att Gemensamma växelnämnden för Gnesta ska bestå av en ledamot och en ersättare. Posten som 1:e vice ordföranden ska innehas av ledamoten från Gnesta kommun. Gnesta kommun har varit representerad av beslutande ledamot vid samtliga två sammanträden under året. Enligt reglementet ska nämnden sammanträda minst en gång per år. Vi noterar att representanter från förvaltningen närvara vid båda sammanträdena.

Växelnämnden beslutar vid sammanträdet 2024-04-25 § 5 om budget samt kostnadsfördelningen mellan kommunerna Trosa, Gnesta och Oxelösund. Vidare beslutar nämnden om att beställning av konsultstöd och materialinköp samordnas av IT-chef i Trosa kommun. Kostnaderna fördelas mellan kommunerna med invånarantal som fördelningsnyckel. I bilaga för budget framgår nämndens två mål men tillhörande mätetal. Målen omfattar den samtliga medverkande kommuner. Vid sammanträdet den 7 november 2024 § 24 fattar nämnden beslut om internkontrollplanen för 2025. Planen innehåller fyra olika kontroller och omfattar även Gnesta kommun.

Direktiv för uppföljning finns beskriver i reglementet. Nämnden ska till respektive kommunfullmäktige i de samverkande kommunerna i samband med årsredovisning rapportera hur verksamheten utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är. Utifrån protokoll går inte att utläsa att fullmäktige för Gnesta kommun tar del av rapportering för hur verksamheten utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är.

Vid sammanträdet 2025-11-06 § 11 beslutar nämnden godkänna den ekonomisk uppföljning per augusti 2025. För den ekonomiska uppföljningen framgår att nämnden prognostiserar ett nollresultat. För verksamhetsmålen prognostiseras att båda målen kommer uppfyllas. Mot bakgrund av att nämnden vid sammanträdet i november redovisar god måluppfyllelse för ekonomin och verksamhetsmålen, bedöms inga särskilda åtgärder krävas från nämndens sida. Vid sammanträdet § 12 beslutade nämnden att godkänna genomförd internkontroll för år 2025. Uppföljningen av kontrollen visar att inga anmärkningar eller brister har identifierats.

Bedömning

Revisionsfråga: 1. Utövar och vidtar revisionsobjektet tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?

Styrning, kontroll och åtgärder

Ja.



Revisionsfråga: 2. Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse verksamhet

Ja.



Revisionsfråga: 3. Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Måluppfyllelse ekonomi

Ja.



Valnämnden

Iakttagelser

Reglementet för valnämnden, beslutat av kommunfullmäktige 2023-03-06, reglerar nämndens ansvar, uppgifter och arbetsformer. Valnämnden ansvarar för kommunens uppgifter i samband med val till riksdagen, regionfullmäktige, kommunfullmäktige och Europaparlamentet samt vid nationella och kommunala folkomröstningar. I reglementet anges att valnämnden fortlöpande ska följa upp sin verksamhet och säkerställa att nämndens beslut verkställs. Nämnden ska även två gånger per år redovisa till kommunfullmäktige hur de uppdrag som fullmäktige har lämnat har fullgjorts, i enlighet med reglementet och genom givna finansbemyndiganden. Enligt reglementet omfattar valnämndens ansvar även hanteringen av kommunens uppgifter vid valet till Europaparlamentet.

Under år 2025 har inte det genomförts denna typ av val.

Internkontroll

I kommunens ekonomistyrningsregler finns ett särskilt avsnitt rörande intern kontroll. Av detta framgår att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen inom hela kommunen. Det framgår även att fullmäktiges reglemente för internkontroll fungerar som utgångspunkt för hela den kommunala koncernen.

Kommunstyrelsen har två huvudsakliga roller i arbetet med intern kontroll, vilka är att driva det koncernövergripande internkontrollarbetet samt att följa upp den interna kontrollen inom den kommunala koncernen. I dokumentet anges dock inte när eller på vilket sätt denna uppföljning ska ske.

Som framgår ovan hänvisas i ekonomistyrningsreglerna till ett reglemente för intern kontroll. Vid genomförandet av granskningen har vi erfarit att ett sådant reglemente saknas för granskningsperioden. Vi noterar dock att kommunstyrelsen den 2026-02-03 § 9 har föreslagit kommunfullmäktige att anta ett reglemente för internkontroll.

Kommunstyrelsen beslutade 2025-04-10 § 75 om internkontrollplan för 2025. Vid sammanträdet 2025-12-02 § 280 sker en uppföljning av planen. Av uppföljningen framgår att av totalt 27 kontroller är 22 genomförda enligt plan, två är delvis genomförda och två är ej genomförda. För 22 kontrollområden bedöms risken i nuläget som hanterbar. För fyra områden har risken identifierats som kvarstående men åtgärder är redan inplanerade för att hantera risken. För ett område kvarstår risken och åtgärder är ännu ej inplanerade.

Barn- och utbildningsnämnden beslutade 2024-12-16 § 118 om internkontrollplan för 2025. Vid sammanträdet 2025-09-29 § 74 sker en uppföljning av planen. Av uppföljningen framgår att tre av fem riskområden bedöms som hanterbara, medan två områden har fortsatt behov av åtgärder. Samtliga nämndspecifika kontroller har genomförts enligt plan. Av dessa bedöms två av fem riskområden som hanterbara, medan tre områden kräver fortsatta åtgärder.

Socialnämnden har i samband med verksamhetsplanen 2024-12-11 § 100 antagit internkontrollplan för 2025. Vid sammanträdet 2025-10-01 § 87 sker en uppföljning av planen. Av uppföljningen framgår att tolv kontroller är genomförda enligt plan, tre är delvis genomförda och sex bedöms som ej aktuella.

Vad gäller samhällsbyggnadsnämnden saknas spårbarhet till att nämnden arbetat med riskanalyser eller internkontrollplan avseende år 2025 eller inför kommande år (2026).

Rekommendationer

För framtiden lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Vidta tydligare åtgärder för att uppnå verksamhetens mål

För framtiden lämnas följande rekommendationer till barn- och utbildningsnämnden:

- Vidta tydligare åtgärder för att uppnå verksamhetens mål och ekonomiska mål.
- Ange målvärden för samtliga antagna indikatorer

För framtiden lämnas följande rekommendationer till samhällsbyggnadsnämnden:

- Vidta tydliga åtgärder för att uppnå verksamhetens mål
- Ange målvärden för samtliga antagna indikatorer

För framtiden lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- Vidta tydliga åtgärder för att uppnå verksamhetens mål

För framtiden lämnas följande rekommendationer till Lönenämnd Sörmland:

- Säkerställa att budget beslutas
- Utveckla en tydlig och systematisk utvärdering av verksamhetens mål och måluppfyllelse
- Fastställa en sammanträdesplan samt tydliggöra när och hur avrapportering ska ske under året

För framtiden lämnas följande rekommendationer till Gemensamma växelnsämnden:

- Säkerställa att återrapportering sker enligt reglemente

2026-04-08

Carin Hultgren

Uppdragsledare

Isabelle Panasco

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av förtroendevalda revisorerna i Gnesta kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av avtal. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Bilagor

Styrelse och nämnder		Kommunstyrelsen	Barn- och utbildningsnämnden	Samhällsbyggnadsnämnden	Socialnämnden
1	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?				
2	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Grön	Grön	Grön
3	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön
4	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön
5	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?		Gul	Gul	
6	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	Grön	Grön	Grön
7	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön
8	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön
9	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	Gul	Gul	Gul
10	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Gul	Grön	Grön
11	Når nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Gul	Gul	Gul
12	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	Gul	Grön	Grön

Gemensam nämnder		Överförmyndarnämnden	Lönenämnd Sörmland	Patientnämnden	Växelnämnden
1	Har ledamot/ersättare medverkat på nämndens sammanträden?	Grön	Grön	Grön	Grön
2	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Gul	Grön	Grön
3	Omfattar plan den verksamhet som sköts inom samverkande kommuns geografiska område?	Grön	Grön	Grön	Grön
4	Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Röd	Grön	Grön
5	Omfattar budget den verksamhet som sköts i samverkande kommuns geografiska område?	Grön	Ej tillämpligt	Grön	Grön
6	Omfattar rapportering till nämnd den verksamhet som sköts i samverkande kommuns geografiska område?	Grön	Grön	Grön	Grön
7	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	Gul	Grön	Grön
8	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för ekonomi?	Grön	Gul	Grön	Grön
9	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	Grön	Grön	Grön
10	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Ej tillämpligt	Grön	Grön
11	Når nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	Grön	Grön	Grön
12	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Ej tillämpligt	Grön	Grön

För kännedom

Verksamhetschef Carolina Sandberg
Regiondirektör Magnus Johansson
Ekonomidirektör Nicholas Prigorowsky
HR-direktör Kajsa Fisk
Samtliga kommunrevisioner i Sörmland

Gemensamma patientnämnden

Granskningsrapport för gemensamma patientnämnden år 2025

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

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

Vår sammanfattande bedömning för gemensamma patientnämnden är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Vi bedömer att nämnden delvis har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten. Strukturer för riskhantering och övervakning och uppföljning av intern kontroll behöver stärkas och integreras i ordinarie strukturer för styrning och uppföljning av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse ger i allt väsentligt en rättvisande bild av verksamhet, resultat och ställning per 31 december 2025. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter. Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande.

Vår samlade bedömning delges regionfullmäktige inför deras beslut i ansvarsfrågan i samband med att regionens samlade årsredovisning behandlas.

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av patientnämnden 2025. Revisorerna kommer att

redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämndens arbetsutskott 23 april 2026.

Revisorerna begär inget svar på rapporten, utan redovisningen för nämnden ska ge svar på eventuella frågor.

Vid genomgången kommer revisorerna även att ta upp Revisionsdialog, som planeras äga rum kommande höst.

Catharina Fredriksson
ordförande

Gustaf Wachtmeister
vice ordförande

UNDERSKRIFTSSIDA

**Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska
underskrifter:**

Årsgranskning för den gemensamma patientnämnden år 2025

Sammanfattning

Grundat på vår översiktliga granskning av verksamhetens måluppfyllelse har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att ifrågasätta verksamhetens återrappporterade resultat. Vår bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Vi bedömer att ekonomistyrningen under året varit tillräcklig och att verksamhetsmålen i stort har uppnåtts. Nämnden bedöms ha följt det ekonomiska utfallet löpande och styrningen och uppföljningen bedöms i detta sammanhang ha varit tillräcklig. Vi bedömer därutöver att den gemensamma patientnämnden delvis har en tillräcklig intern styrning och kontroll i verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse bedöms i allt väsentligt ge en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2025. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter. Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt som rättvisande.

Grunden för vår bedömning om delvis tillräcklig intern kontroll är följande. Riskanalysen bedöms sammantaget vara ofullständig, dels bör den innehålla de riskområden som fullmäktige lyfter upp, dels bör den innehålla fler risker kopplade till verksamhetens mål och även beakta aspekter av effektiv verksamhet, regelefterlevnad och tillförlitlig återrappportering. Vi kan också konstatera det saknas dokumentation som stödjer en ändamålsenlig riskhantering.

Effektiv riskhantering förutsätter systematisk och regelbunden uppföljning och nämnden bör hålla sig informerad om progress i riskhanteringen oftare än en gång per år¹.

Vi bedömer att nämnden inte kan dra slutsatsen att den interna kontroll är tillräcklig på grundval av uppföljning av dessa tre risker som inte täcker nämndens samlade verksamhetsansvar². För att nämnden ska kunna ta sitt verksamhetsansvar för intern kontroll och med rimlig säkerhet försäkra sig om att den interna kontrollen varit tillräcklig³ krävs det mer omfattande uppföljning som innefattar säkerställande att dess kärnprocesser efterlevs, är effektiva och leder till önskade resultat inklusive regelefterlevnad och en tillförlitlig återrappportering. Med hänsyn till att nämndens verksamhet är

¹ Eftersom uppföljningstillfälle nr 2 är efter verksamhetsårets slut så tjänar det uppföljningstillfället inte till att omhänderta eventuella risker under innevarande verksamhetsår utan kan i bästa fall hantera tidigare identifierade risker inför kommande verksamhetsår.

² En ändamålsenlig internkontroll ska med rimlig säkerhet ge försäkran om effektiv verksamhet (att verksamhet uppfyller sitt syfte och levererar tjänster till rätt kvalitet), regelefterlevnad och en tillförlitlig återrappportering.

³ Kommunallagen 6 kap 6 §.

tämligen begränsad till omfattning torde omfattningen på övervakningen och uppföljningen bli mer begränsad än i mer omfattande verksamheter. Hur som helst bör det upprättas en dokumentation över hur den typen av ställningstagande har gjorts.

Revisionen bedömer att nämnden har utvecklat och stärkt sitt arbete med intern kontroll under 2025 men bedömer att det fortsatt finns skäl att stärka riskhanteringen generellt och även strukturerna för fastställande och uppföljning av internkontrollplanen. Revisionen bedömer även att det finns skäl att stärka strukturerna för uppföljning och övervakning av tillräcklig internkontroll. Sammantaget bedöms nämnden endast delvis har säkerställt en tillräcklig internkontroll.

Rekommendationer

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

- Fortsatt utveckla arbetet med riskanalys inför framtagandet av internkontrollplan
- Nämnden bör utveckla strukturerna för uppföljning och övervakning av den interna kontrollen.

Vi ser positivt på att det i verksamhetsberättelsen görs ett samlat uttalande kring varje mål.

Iakttagelser i 2024 års granskning

Bedömningen var att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Vi bedömde att nämnden hade en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten. Nämnden verksamhetsberättelse gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande.

Revisorerna deltog i nämndens sammanträde den 27 april 2025 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2024.

Syfte och revisionsfrågor

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

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

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

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

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

Ansvarig nämnd och avgränsning

Granskningen avser patientnämndens verksamhet under 2025.

Revisionskriterier

Vår bedömning av nämndens ansvarsutövande utgår bland annat från:

- Kommunallagen
- Lagen om kommunal bokföring och redovisning
- Fullmäktiges reglemente för nämnden
- Fullmäktiges reglemente för intern kontroll
- Fullmäktiges reglemente för planering och uppföljning
- Övriga uppdrag, mål eller direktiv från fullmäktige till nämnden
- Regionstyrelsens anvisningar
- Regionens interna regler

Metod

Den grundläggande granskningen har genomförts som en löpande insamling av fakta och iakttagelser. Revisionen tar löpande del av verksamhetsplaner, samtliga månadsrapporter och protokoll från respektive nämnd. Bevakning sker också av eventuella förändringar i nämndens styrande dokument, följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll, följsamhet till regler och rutiner och uppföljning av tidigare års granskningar. Dessutom summerar vi iakttagelser från eventuella fördjupade granskningar och uppföljningar av tidigare granskningar som genomförts inom nämndens ansvarsområde under året.

Granskningen omfattar också om nämnden säkerställt att räkenskaperna är rättvisande. Denna del granskas i samband med granskning av regionens delårs- och årsbokslut. Granskningen syftar till att pröva om nämndens verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av ställning och resultat 31

december 2025. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

Qualitarium AB har på uppdrag av revisorerna utfört stora delar av den grundläggande granskningen och granskningen av räkenskaper. Årets granskning har inriktats på områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. Qualitarium ABs rapport finns som bilaga till denna årsgranskningsrapport.

Revisorerna träffar samtliga nämnder i Region Sörmland två gånger per år. En träff på våren då vi går igenom slutrapporten över granskningen föregående år. På hösten genomförs sedan Revisionsdialog med samtliga nämnder i anslutning till delårsrapporteringen.

Granskningsanteckningar har överlämnats till verksamhetschefen vid PN för avstämning och kontroll och synpunkter har beaktats. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig revisor inom revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden

Av regionens *Mål och budget för 2025-2027*⁴ framgår att nämnden, som är gemensam för Region Sörmland och länets nio kommuner, ingår i Region Sörmlands politiska organisation. Nämndens uppgifter regleras av lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

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

Tilldelad budgetram för år 2025 är 3,9 mnkr och inget eget kapital får användas under året. Verksamhetens saknar också investeringsram enligt Mål och budget 2025-2027.

Nämndens verksamhet under år 2025

Vår kommentar

Av bilaga 1 framgår de iakttagelser som gjorts.

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2025

Vi har granskat formerna för nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning mot reglemente för planering och uppföljning och nämndens protokoll. Nämnden redovisar vid årets slut en positiv avvikelse mot budget.

⁴ Regionfullmäktige § 126/24, Mål och budget 2025-2027

Granskning av nämndens protokoll, månadsrapporter, kvartalsrapport, delårsrapport och verksamhetsberättelse visar att nämnden under året har följt regionens reglemente för planering och uppföljning och beslutat om kvartalsrapporten per mars, delårsrapporten per juli och verksamhetsberättelsen per december.

Nämnden har under året beslutat om mål för 9 indikatorer⁵ och utfallet vid årets slut visar måluppfyllelse för 8.

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut. Vi bedömer att ekonomistyrningen under året varit tillräcklig och att verksamhetsmålen har uppnåtts. Nämnden bedöms ha följt det ekonomiska utfallet löpande och styrningen och uppföljningen bedöms i detta sammanhang ha varit tillräcklig.

Bedömning

Nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll bedöms ha säkerställt en ändamålsenlig och ekonomiskt effektiv verksamhet för år 2025.

Revisionsdialog

Nämndens arbetsutskott och revisorerna träffades den 27 november för dialog. Vid dialogen diskuterades bland annat:

- Utfall från delårsuppföljningen och utfall på indikatorer. Till exempel berördes ökningen av antal ärenden och att uppdra till verksamhetschefen att ta fram en djupare analys av det ökade antalet anmälda synpunkter och klagomål.
- Avslutad implementering av nytt IT-stöd för ärendehantering,
- Inleda översyn av arbetsordningen under 2025 och ändra så att analysrapporter blir beslutsärenden i nämnden i stället för informationsärende för tydligare uppföljning,
- Diskussion om hur nämnden har börjat implementera riktlinje för att motverka välfärdsbrott och otillbörlig påverkan,
- Hantering av etikfrågor.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse

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

Övergripande bedömning

Nämnden beslutade om patientnämndens delårsrapport vid sammanträdet i september 2025. Nämndens rapportering bedöms följa utgivna anvisningar väl.

Av bilagan 1 framgår de iakttagelser som gjorts vid granskning av

⁵ Egentligen 11 indikatorer men två har utgått som avser personalen eftersom de är för få anställda för att redovisa utfall för nämnden.

nämndens verksamhetsberättelse och årsbokslut 2025.

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

Granskning har skett av verksamhetsplanens riskanalys och tillhörande internkontrollplan, rapportering och uppföljning av internkontrollplan vid delår och i verksamhetsberättelse för bedömning av följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll och de anvisningar som finns till verksamhetsberättelsen.

Enligt 6 Kap 6 § i Kommunallagen har lagstiftaren under 2025 förtydligat att nämnders och styrelses ansvar för internkontroll utöver tillräcklig också ska tillse att den interna kontrollen ska förebygga fel och oegentligheter i verksamheten.

Enligt reglemente för internkontroll anges att målsättningen med riskelimineringsarbetet är att samtliga verksamheter inom Region Sörmland rapporterar och konsekvent följer upp... risker... Kontrollerna kopplade till de högst prioriterade riskerna planeras och följs upp enligt kontrollplan i verksamhetsplanen. Åtgärder för eliminering eller minimering av identifierade risker prioriteras, planeras och verkställs. Det kallas riskhantering. För att det interna kontrollsystemet skall kunna fungera ... fordras en kontinuerlig uppföljningsprocess.⁶

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2025. I samband därmed antogs även en riskanalys. Enligt fullmäktiges mål och budget 2025-2027 har ett antal övergripande riskområden identifierats. Dessa riskområden ska nämnderna särskilt beakta vid framtagande av internkontrollplanerna. Riskområden som fullmäktige identifierat är ekonomi, hållbar kompetens- och personalförsörjning, informationssäkerhet, välfärdsbrottslighet och korruption, allmänhetens förtroende och införande av nytt vårdsystem. Nämndens interkontrollplan innehåller tre risker och det framgår därutöver inte hur nämnden har beaktat fullmäktiges riskområden.

Vi kan inte se att internkontrollplanen har följts upp regelbundet under året utan endast vid två tillfällen, vid delårsuppföljningen och efter verksamhetsårets slut. I verksamhetsberättelsen uppges att alla tre risker har följts upp utan avvikelse under året. Utifrån uppföljningen dras slutsatsen att riskhanteringen varit god under året och att den interna kontrollen har fungerat väl under året.

Vad vi även har kunnat notera är att PN:s arbete med internkontroll har utvecklats och stärkts under året. Till exempel har nämndens arbetsutskott

⁶ Reglemente för internkontroll. Dnr: RS-LED19-2068-4.

under 2024 tagit fram anvisningar för den interna kontrollen. Anvisningarna beskriver hur arbetet med framtagandet av den interna kontrollplanen ska involvera nämnden. Rutinerna har införts i samband med framtagandet av 2026 års interna kontrollplan. Nämnden har även enligt uppgift varit mer delaktig i arbetet med att ta fram en riskanalys och prioritera risker till internkontrollplanen för 2026.

Bedömning

Av bilagan 1 framgår de iakttagelser som gjorts vid granskning av nämndens verksamhetsberättelse och årsbokslut 2025.

Nämndens riskanalys **innehåller tre av de** risker som innefattas i fullmäktiges riskanalys. I frånvaro av ytterligare förtydliganden förefaller nämnden inte ha följt fullmäktiges styrning enligt mål och budget 2025-2027 avseende internkontrollarbete och riskhantering för 2025. Vi kan konstatera det saknas dokumentation som stödjer en ändamålsenlig riskhantering.

Riskanalysen bedöms sammantaget vara ofullständig, dels bör den innehålla de riskområden som fullmäktige lyfter upp, dels bör samtliga identifierade risker värderas, och dels bör den innehålla fler risker kopplade till verksamhetens mål och även beakta aspekter av effektiv verksamhet, regelefterlevnad och tillförlitlig återrapporering.

Effektiv riskhantering förutsätter systematisk och regelbunden uppföljning och nämnden bör hålla sig informerad om progress i riskhanteringen oftare än en gång per år⁷.

Vi bedömer att nämnden inte kan dra slutsatsen att den interna kontroll är tillräcklig på grundval av uppföljning av dessa tre risker som inte täcker nämndens samlade verksamhetsansvar⁸. För att nämnden ska kunna ta sitt verksamhetsansvar för intern kontroll och med rimlig säkerhet försäkra sig om att den interna kontrollen varit tillräcklig⁹ krävs det mer omfattande uppföljning som innefattar säkerställande att dess kärnprocesser efterlevs, är effektiva och leder till önskade resultat inklusive regelefterlevnad och en tillförlitlig återrapporering. Med hänsyn till att nämndens verksamhet är tämligen begränsad till omfattning torde omfattningen på övervakningen och uppföljningen bli mer begränsad än i mer omfattande verksamheter. Hur som helst bör det upprättas en dokumentation över hur den typen av ställningstagande har gjorts.

Revisionen bedömer att nämnden har utvecklat och stärkt sitt arbete med

⁷ Eftersom uppföljningstillfälle nr 2 är efter verksamhetsårets slut så tjänar det uppföljningstillfället inte till att omhänderta eventuella risker under innevarande verksamhetsår utan kan i bästa fall hantera tidigare identifierade risker inför kommande verksamhetsår.

⁸ En ändamålsenlig internkontroll ska med rimlig säkerhet ge försäkran om effektiv verksamhet (att verksamhet uppfyller sitt syfte och levererar tjänster till rätt kvalitet), regelefterlevnad och en tillförlitlig återrapporering.

⁹ Kommunallagen 6 kap 6 §.

intern kontroll under 2025 men bedömer att det fortsatt finns skäl att stärka riskhanteringen generellt och även strukturerna för fastställande och uppföljning av internkontrollplanen. Revisionen bedömer även att det finns skäl att stärka strukturerna för uppföljning och övervakning av tillräcklig internkontroll. Sammantaget bedöms nämnden endast delvis har säkerställt en tillräcklig internkontroll.

Revisionens granskningar avseende 2025

Rapporterna och de svar som lämnats av nämnd/verksamhet finns tillgängliga på revisionens hemsida.

www.regionsormland.se/revisionen

Granskningar där svar kommit, alternativt inte begärts

Nedan redovisas de granskningar där svar har kommit före det att revisionsberättelsen avlämnas. Respektive granskning presenteras med syfte och iakttagelser i korthet. I kolumnen längst till höger redovisas erhållet svar i korthet.

Revisorernas bedömning av delårsrapport 2025, RS	Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning.
Internkontrollgranskning av administrativa system och rutiner, RS Leverantörs-fakturaproessen (från inkommen faktura till betalning)	Syftet med granskningen var att bedöma om regionstyrelsen säkerställer en god intern styrning och kontroll i hanteringen av processen. Den sammanfattande bedömningen är regionstyrelsen till stor del säkerställer detta. Granskningen visar att dokumenterade rutiner finns och följs i stor utsträckning. Information och e-utbildningar har utvecklats och behörigheter är styrda. Tvåhandsprincipen gäller i hela processen och ingen medarbetare, chef eller förtroendevald kan ensam hantera en transaktion. Granskningen visar att det saknas en samlad systemdokumentation för ekonomisystemet, enligt lagen om kommunal bokföring och redovisnings krav. En dokumenterad riskanalys för processen behöver också upprättas. Ett kvarstående riskområde är om en person har egna kostnader och inte anger så kallat "eget köp" vid attestering, så att eskalering sker till överordnad person i attesthierarkin. I granskningen har det beskrivits att det finns en medvetenhet om detta och att stickprov görs. Ett arbete har påbörjats i enlighet med den riktlinje för välfärdsbrottslighet och otillbörlig påverkan som antogs av regionfullmäktige i april 2025.

Revisionen

Internkontroll i processen för löner, arvoden och ersättningar, RS Svar begärt från RS till 7 april	Granskningen visar att det fortfarande finns brister i intern kontroll och riskhantering, vilket kan påverka både ekonomi och förtroende negativt. Det saknas en riskanalys över både löne- och arvodesprocessen. Exempel på iakttagelser: ✓ Processerna i Heroma innehåller många manuella moment vilket ökar risken för fel. ✓ Rutiner för arvodeshantering behöver vara på plats innan ny mandatperiod börjar. ✓ Ansvar är decentraliserat och utanordningslistor signeras inte alltid av chefer, vilket försvårar uppföljningen av lönekostnader på verksamhetsnivå.
---	---

Revisionens uppföljning av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen en strukturerad uppföljning av tidigare genomförda granskningar. Inga uppföljningar finns som bedöms beröra Gemensamma patientnämnden.

Revisionen

Niklas Grönlund
Revisionschef

Bilaga 1

Revisionsrapport, Grundläggande granskning samt granskning av årsbokslut 2025 – Gemensamma patientnämnden i Region Sörmland, Qualitarium AB



Qualitarium
ett signum för kvalitet

Grundläggande granskning samt granskning av årsbokslut 2025

*Gemensamma patientnämnden i Region
Sörmland*

Februari 2026



Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Nämndens arbete under året	5
3. Återrapportering av måluppfyllelse och intern kontroll	6
4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen	9
5. Svar på den grundläggande granskningens frågeställningar	12
6. Granskning av årsbokslutet	12
Bilaga 1 – Återrapportering av måluppfyllelse.....	14



1. Inledning

1.1 Bakgrund

Kommunallagen (2017:725 12 kap 1 §) stadgar att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom styrelsens och nämndernas verksamhetsområde.

Revisorernas årliga granskning består av tre delar:

- Grundläggande granskning
- Granskning av delårsrapport och årsredovisning
- Fördjupade granskningar

Den grundläggande granskningen och granskningen av årsbokslutet ingår således som en del av den totala revisionsinsatsen som ger revisorernas underlag för deras bedömning i ansvarsfrågan.

Den grundläggande granskningen består av två delar:

- Granskning av måluppfyllelse
- Granskning av styrning och intern kontroll

Granskningen grundas på den genomförda risk- och väsentlighetsanalysen samt på revisorerna antagna revisionsplan för 2025.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningens övergripande syfte är att bedöma om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att bedöma om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Granskningen av måluppfyllelse syftar till att översiktligt bedöma om

- verksamhetens resultat lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten,
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser,
- nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Granskningen av styrning och intern kontroll syftar till att bedöma om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att

- verksamheten lever upp till målen och är effektiv,
- informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

För att ge svar på granskningens övergripande syfte har följande kontrollfrågor besvarats:



- 1 Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?
 - 1.2 Om ja, följer planen regionens beslutade mål och visioner?
- 2 Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?
 - 2.2 Om ja, följer budgeten de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade?
- 3 Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?
- 4 Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?
- 5 Är målen mätbara och uppföljningsbara?
- 6 Finns det rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske?
- 7 Belyser rapporteringen till nämnden måluppfyllelse och resultat?
- 8 När nämnden uppsatta mål inom verksamheten?
- 9 När nämnden uppsatta mål inom ekonomi?
- 10 Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder vid signaler om avvikelse i måluppfyllelse?
- 11 Har nämnden antagit en intern kontrollplan?
 - 11.2 Om ja, baseras den interna kontrollen på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet?
 - 11.3 Innehåller den interna kontrollplanen rutiner för åtgärder vid avvikelser?

Granskning av årsbokslut

Syftet med granskningen av årsbokslutet är att ge regionens revisorer underlag för att bedöma om årsbokslutet är upprättat i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

Inom ramen för denna granskning besvaras följande kontrollfrågor:

- 1 Har verksamhetsberättelsen upprättats enligt de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen?
- 2 Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?
- 3 Är årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed?

1.3 Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd är Gemensamma patientnämnden.

1.4 Metoder och avgränsningar

Granskningen avser 2025 års verksamhet.

Under granskningen användes följande metoder:

- Dokumentstudier av bland annat reglemente, regionplan, budget, verksamhetsplan, kvartalsrapport, delårsrapport, verksamhetsberättelse, intern kontrollplan och därtill hörande dokumentation, sammanträdesprotokoll från nämndens möten, mm.
- Maildialog med verksamhetschefen och med verksamhetens controller.

Granskningen har skett i den omfattning som följer av god revisionssed i kommunal verksamhet och tillämpliga delar av Skyrevs standard för räkenskapsrevision.

Granskningen har omfattat utkast till "Verksamhetsberättelse 2025, Gemensamma patientnämnden, December 2025". Nämnden förväntas fastställa verksamhetsberättelsen den 27 februari 2026.



Vi har granskat sådan information som är av finansiell natur och eller som har direkt koppling till den finansiella redovisningen i verksamhetsberättelsen. Övriga delar har endast granskats utifrån om informationen är förenlig med de finansiella delarna och de mål som fullmäktige fastställt.

Granskningen är baserad på en risk- och väsentlighetsanalys och har genomförts genom:

- Granskning av bokslutsdokumentation inklusive huvudböcker, verksamhetsberättelse och räkenskapsmaterial.
- Dialog med berörda tjänstemän.
- Analys av indikatorer för verksamhet och ekonomi i den omfattning som krävs för att bedöma om resultatet är förenligt med de av fullmäktige beslutade målen.
- Avstämning av väsentliga poster i resultaträkning mot erforderliga underlag. Översiktlig analys av övriga poster.
- Avstämning av väsentliga balanskonton.

1.5 Revisionskriterier

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap 6 §
- Lag om kommunal redovisning och bokföring (LKBR)
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning, RKR, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR
- Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2025
- Fullmäktiges beslutade mål
- Regionens relevanta styrdokument

1.6 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring har skett genom Qualitariums interna kvalitetssäkringssystem. Rapporten har även varit föremål för faktagranskning utförd av kanslichefen.

2. Nämndens arbete under året

Nämnden hade fyra protokollförda sammanträden under året.

Nämnden fattade beslut om sin verksamhetsplan och budget för 2025 den 4 december 2024. Den interna kontrollplanen är en del av den antagna verksamhetsplanen.

Nämnden fick rapport om ekonomin genom månadsrapporter som föredrogs vid nämndens sammanträden samt vid kvartalsrapport som föredrogs den 15 maj 2025. Nämnden fick rapport om ekonomi och måluppfyllelse i verksamheten i delårsrapporten den 4 september 2025. Nämnden beslutade i samtliga fall att godkänna redovisningen utan vidare åtgärd. Verksamhetsberättelsen för året kommer att behandlas av nämnden i februari 2026.

Det nya reglementet för planering och uppföljning som regionfullmäktige beslutade om i september 2024 föreskriver att nämnderna ska besluta om månadsrapporter, med undantag för januari och juni. Vi noterar att gemensamma patientnämnden har löpande fått presenterat månadsrapporter under 2025.



Nämnden fick löpande information om verksamheten och om kansliets arbete vid sina sammanträden. Under året har ett nytt verksamhetssystem implementerats (SynKla), vilket påverkar positivt kansliets effektivitet och kvaliteten i ärendehantering.

Nämnden genomförde en workshop om nämndens mål och indikatorer för 2026 vid sitt sammanträde i september 2025. Nämnden har också haft dialog kring risker och riskhantering inför verksamhetsplanering för 2026.

Nämnden initierade ett ärende under 2024 för att se över nämndens reglemente och den gällande överenskommelsen med Sörmlands kommuner. Arbetet med det nya reglementet och med att se över överenskommelsen med kommunerna har pågått under året och ett beslut förväntas fattas under våren 2026.

Kansliet har en rutin för hantering av delegationsbeslut som förtecknas i en lista. Under året har nämnden löpande fått återrapportering om fattade delegationsbeslut.

3. Återrapportering av måluppfyllelse och intern kontroll

3.1 Regionfullmäktiges målområden och regionstyrelsens instruktioner

Inför 2025 har Region Sörmland infört en ny styrmodell, där tre övergripande målområden fastställts av regionfullmäktige. Regionfullmäktige beslutade om följande tre målområden:

- Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet
- Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande
- Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt

Enligt regionstyrelsens anvisningar ska verksamhetsberättelsen vara en uppföljning av nämndens verksamhetsplan. Verksamhetsberättelsen ska vara ett stöd för politiken att förstå vad som har hänt i verksamheten under året, vilka avvikelser som har uppstått och vad de beror på.

3.2 Återrapportering av måluppfyllelse

Gemensamma patientnämnden har beslutat om tre egna mål i verksamhetsplanen för 2025, i linje med regionfullmäktiges övergripande målområden:

- Patientnämnden har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet
- Patientnämnden arbetar för ökad patientsäkerhet och att vården utvecklas utifrån patientens behov
- Patientnämnden använder sina resurser hållbart och effektivt

För samtliga mål har det beslutats om indikatorer.

I verksamhetsberättelsen återrapporteras alla tre mål. Verksamhetsberättelsen innehåller ett uttalande om måluppfyllelsen, en redogörelse av genomförda aktiviteter och en sammanfattning av varje mål, vilket ger bra vägledning för nämnden att kunna bedöma om målen har uppnåtts. Samtliga tre beslutade



verksamhetsmålen uppges i verksamhetsberättelsen vara uppfyllda ("går enligt plan"). De beslutade indikatorerna återrapporteras också i verksamhetsberättelsen och uppföljningen visar att fem utav sex indikatorvärden uppnås. En avvikelse redovisas, för *"Andel telefontillgänglighet under telefontid"*, där målvärdet är 95% och verksamheten uppnådde 94%. Indikatorerna *"Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid"* har tagits bort i rapporten, på grund av att verksamheten har för få medarbetare. Även indikatorn *"Andelen engagerade medarbetare (HME-index)"* har utgått ur rapporten, då verksamheten inte kan få ett resultat på grund av det få antalet medarbetare.

Enligt anvisningarna till verksamhetsberättelsen för 2025 ska planen för uppföljning av privata utförare följas upp. Uppföljning av privata utförare är obligatoriskt för de verksamheter som har upphandlade privata utförare. Verksamhetsberättelsen saknar en sådan uppföljning, vilket motiveras av att verksamheten inte har några upphandlade privata utförare.

Bedömningar

Efter genomförd granskning gör vi den sammanfattande bedömningen att nämndens arbete med att utforma mål och indikatorer följer reglementet. Vi bedömer vidare att målstyrningen har förbättrats jämfört med tidigare år. Samtliga mål har nu indikatorer och verksamhetsberättelsen innehåller uttalanden om måluppfyllelse, vilket ger nämnden förutsättningar för en ändamålsenlig uppföljning.

3.3 Intern kontroll

Enligt kommunallagen ansvarar nämnden för att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande mål, riktlinjer och lagstiftning, samt för att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter. Regionstyrelsens anvisningar till verksamhetsberättelsen anger att nämndens plan för intern kontroll ska följas upp.

Under 2024 togs anvisningar fram för gemensamma patientnämndens arbete med den interna kontrollen. Anvisningen anger rutiner för riskhantering, utformning av den interna kontrollplanen, genomförande av kontroller, återrapportering till nämnden samt hantering av avvikelser. Rutinerna har börjat implementeras under 2025 i samband med framtagandet av 2026 års interna kontrollplan.

Patientnämnden har fastställt en internkontrollplan för 2025 som en del av verksamhetsplanen. Av planen framgår att den bygger på en genomförd riskanalys. Den beslutade interna kontrollplanen innehåller en beskrivning av risk, hantering av risk samt metod och typ av hantering. I verksamhetsberättelsen återrapporteras även resultatet av genomförda kontrollmoment, vilket ger en tydlig bild av kontrollernas utfall. Kontrollplanens struktur skapar förutsättningar för att följa upp risker, genomförda kontroller och åtgärder, men det framgår inte hur riskerna är kopplade till nämndens strategiska mål. Detta är ett område där fortsatt utveckling kan stärka nämndens interna kontrollarbete.

Internkontrollplanen för 2025 innehåller tre kontrollmoment, som samtliga rör verksamhetens arbete med stödpersoner samt hantering av känsliga personuppgifter.

I verksamhetsberättelsens avsnitt om intern kontroll (3.1) återrapporteras uppföljningen av kontrollplanen. Det anges att samtliga kontrollmoment har utförts och att inga avvikelser har noterats.

Samtidigt visar vår granskning att den genomförda riskanalysen inte fullt ut täcker de riskområden som regionfullmäktige beslutade om för nämnderna att ta i särskilt beaktande i årets regionplan.



I verksamhetsberättelsen lämnas även en samlad bedömning av nämndens arbete med intern kontroll. Nämnden bedömer att åtgärder har vidtagits för att förebygga identifierade risker, och att internkontrollarbetet har fungerat väl under perioden.

Bedömningar

Nämndens interna kontrollsystem innehåller en fastställd kontrollplan och en återrapportering av genomförda kontroller i både delårsrapporten och verksamhetsberättelsen. Strukturen i internkontrollsystemet har förbättrats genom att dokumenterade rutiner har tagits fram och delvis implementerats, vilket skapar bättre förutsättningar för systematisk uppföljning.

Eftersom den genomförda riskanalysen inte fullt ut behandlar samtliga de riskområden som regionfullmäktige beslutade om för nämnderna att ta i särskilt beaktande, bedömer vi att det finns en risk för att kontrollerna inte täcker hela verksamheten.

Det kvarstår också några brister som påverkar internkontrollens strategiska inriktning:

- Det saknas dokumentation om hela nämndens involvering i framtagandet av den interna kontrollplanen för 2025, vilket innebär en risk att de områden som kontrollerades inte är de mest relevanta för nämnden eller för att uppnå nämndens och regionens mål.
- De kontrollområden som nämnden har beslutat om saknar en tydlig beskrivning av hur identifierade risker är kopplade till nämndens strategiska mål. Sammantaget bedömer vi att den interna kontrollen kan utvecklas genom att kontrollerna ges ett tydligare syfte i förhållande till de mål som nämnden har beslutat om.

Mot ovan bakgrund bedömer vi att nämndens arbete med den interna kontrollen är delvis ändamålsenligt och effektivt. Vi bedömer att den interna kontrollens relevans och strategiska inriktning kan stärkas genom en tydligare koppling mellan identifierade risker, kontroller och nämndens ansvar och mål.

3.4 Verksamhetsberättelsen

lakttagelser

Nämndens verksamhetsberättelse för 2025 följer regionstyrelsens anvisningar och innehåller först en sammanfattning till fullmäktige och sedan en mer detaljerad rapport till nämnden med uppföljning av verksamhetsplanen.

Den sammanfattande analysen innehåller beskrivningar för de värdeord som fullmäktige har pekat ut.

Uppföljningen av mål, indikatorer och handlingsplaner återrapporterar om nämndens beslutade mål, om de beslutade indikatorerna samt om verksamhetens större aktiviteter. En sammantagen bedömning om måluppfyllelse finns för varje beslutat verksamhetsmål. I verksamhetsberättelsen återrapporteras inga större negativa avvikelser.

I regionstyrelsens anvisningar till verksamhetsberättelsen framgår att *”planen för uppföljning av privata utförare ska följas upp i verksamhetsberättelsen. Uppföljning av privata utförare är obligatoriskt för de verksamheter som har upphandlade privata utförare.”* Gemensamma patientnämnden har inga upphandlade privata utförare varför någon återrapportering inte har skett.



Bedömningar

Vår bedömning är att verksamhetsberättelsen i allt väsentligt följer de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen. Verksamhetsberättelsen bedöms ge en rättvisande bild av årets verksamhet.

4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen

	Kontrollfråga	Iakttagelse	Bedömning	Svar på frågan
1.	Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen för 2025-2027 beslutades på nämndens sammanträde den 4 december 2024.	Nämnden har antagit en plan för sin verksamhet.	Ja.
1.1	Om ja, följer planen regionens beslutade mål och visioner?	Verksamhetsplanen baseras på de mål som beslutades av Region Sörmlands fullmäktige.	Planen följer regionens beslutade mål i de delar som är väsentliga för verksamheten.	Ja.
2.	Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen med budget för 2025-2027 beslutades på nämndens sammanträde den 4 december 2024.	Nämnden har antagit en budget för sin verksamhet.	Ja.
2.1	Om ja, följer budgeten de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade?	Fullmäktige beslutade om en ekonomisk ram för Patientnämndens verksamhet som uppgår till 3,9 mnkr.	Nämndens interna budget följer de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade.	Ja.
3.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan i december 2024. Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens verksamhet. I bilaga 1 framgår en sammanställning av nämndens mål och måluppfyllelse.	Det finns mål formulerade för nämndens verksamhet.	Ja.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan i december 2024. Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens ekonomi. Målet är att	Det finns mål formulerade för nämndens ekonomi.	Ja.



		avvikelse till budget ska vara 0 kr.		
5.	Är målen mätbara och uppföljningsbara?	Nämndens verksamhetsmål är mätbara och uppföljningsbara.	Samtliga tre beslutade målen har mätbara indikatorer. Samtliga mål har ett uttalande om måluppfyllelse i verksamhetsberättelsen, vilket stärker transparensen.	Ja.
6.	Finns det rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske?	Rapportering till nämnden sker enligt den av fullmäktige beslutade styrmodellen. Enligt reglementet ska all planering och uppföljning i Region Sörmland ske utifrån den gemensamma styrmodellen. Rapportering till nämnden har skett enligt fastställd struktur genom månadsrapporter, delårsrapport och verksamhetsberättelse.	Rapportering till nämnden följer den av fullmäktige beslutade styrmodellen.	Ja.
7.	Belyser rapporteringen till nämnden måluppfyllelse och resultat?	Delårsrapporten innehåller uppföljning av målen och indikatorerna och har ett tydligt uttalande om måluppfyllelse för samtliga beslutade mål. Verksamhetsberättelsen följer upp samtliga verksamhetsmål och innehåller ett tydligt uttalande om måluppfyllelse. Nämnden har också fått månadsrapporter.	Delårsrapporten och verksamhetsberättelsen belyser måluppfyllelse och resultat. Verksamhetsberättelsen innehåller en samlad bedömning av måluppfyllelse.	Ja.
8.	När nämnden uppsatta mål inom verksamheten?	Verksamhetsberättelsen redovisar måluppfyllelse för samtliga beslutade verksamhetsmål. För de mål där indikatorer finns redovisas dessa. En samlad bedömning av måluppfyllelse görs för varje beslutade mål. Enligt	Enligt verksamhetsberättelsen nås nämndens tre mål.	Ja.



		verksamhetsberättelsen nås nämndens tre mål.		
9.	Når nämnden uppsatta mål inom ekonomi?	Nämndens mål är en budget i balans. Årets resultat visar ett budgetöverskott om 1,1 mnkr.	Verksamhetsberättelsen visar en positiv avvikelse gentemot budget om 1,1 mnkr.	Ja.
10.	Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder vid signaler om avvikelse i måluppfyllelse?	Delårsrapporten innehåller ingen rapporterad avvikelse i måluppfyllelse som skulle kräva åtgärd från nämnden. I verksamhetsberättelsen redovisas inga avvikelser gentemot de beslutade målen.	Ingen avvikelse i måluppfyllelse har identifierats i delårsrapporten, vilket gör att inga åtgärder har varit aktuella.	Ja.
11.	Har nämnden antagit en intern kontrollplan?	Den interna kontrollplanen är en del av nämndens verksamhetsplan som nämnden beslutade i december 2024.	Nämnden har antagit en intern kontrollplan.	Ja.
11.1	Om ja, baseras den interna kontrollen på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet?	En riskanalys finns dokumenterad i verksamhetsplanen och ligger till grund för den interna kontrollplanen. Nämndens arbetsutskott har under 2024 tagit fram egna anvisningar för den interna kontrollen. Anvisningarna beskriver hur arbetet med framtagandet av den interna kontrollplanen ska involvera nämnden. Rutinerna har införts i samband med framtagandet av 2026 års interna kontrollplan. Riskanalysen behandlar inte samtliga av fullmäktige utpekade riskområden.	Riskanalysen är dokumenterad i verksamhetsplanen. Nya rutiner har införts inför 2026 års interna kontrollplan. Riskanalysen behandlar inte samtliga av fullmäktige utpekade riskområden.	Delvis.
11.2	Innehåller den interna kontrollplanen rutiner	Anvisningarna som togs fram 2024 innehåller rutiner för åtgärder vid avvikelse.	Det finns rutiner inom den interna kontrollen för åtgärder vid avvikelser.	Ja.



	för åtgärder vid avvikelser?			
--	------------------------------	--	--	--

5. Svar på den grundläggande granskningens frågeställningar

Efter genomförd granskning gör vi bedömningen att gemensamma patientnämndens verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner i tillräcklig grad.

Vår granskning av måluppfyllelse leder till bedömningen att

- verksamhetens resultat lever upp till fullmäktiges mål och lever upp till beslut och riktlinjer samt lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser,
- nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Vår granskning av nämndens styrning och interna kontroll visar att gemensamma patientnämndens interna kontrollsystem är i allt väsentligt ändamålsenlig och effektiv. Vi bedömer att de befintliga kontrollerna på en rimlig nivå tillgodoser att:

- informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig, ändamålsenlig och tillräcklig.
- de regler och riktlinjer som gäller för verksamheten efterlevs.

6. Granskning av årsbokslutet

6.1 Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande och årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed?

lakttagelser

Nämndens resultaträkning visar en avvikelse mot budget med 1 136 tkr. Avvikelsen beror på lägre personalkostnader än budgeterat samt på lägre kostnader för anskaffningsprocessen av nytt IT-stöd.

Jämfört med ackumulerat resultat för föregående år uppvisar patientnämnden minskade kostnader med 589 tkr (ack 2025: -2 764 tkr, ack 2024: -3 353 tkr). Förändringen kan främst hänföras till minskade kostnader för införande av nytt IT-stöd.

Utöver resultatkravet har nämnden inga beslutade mål kopplade till resursperspektivet.



Bedömningar

Enligt vår bedömning har resultaträkningen i nämndens verksamhetsberättelse upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av nämndens finansiella resultat för året.

Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning och de brister som framkom rekommenderar vi Gemensamma patientnämnden följande:

- Att ytterligare förbättra arbetet med den interna kontrollen genom
 - att vid utformning av det interna kontrollsystemet strategiskt arbeta med att knyta risker och kontroller till nämndens mål och därigenom ytterligare förbättra systemets styrkraft.

Malmö, 2026-02-16

Teodora Heim
Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor

Mattias Holmetun
Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor



Bilaga 1 – Återrapportering av måluppfyllelse

Regionfullmäktiges mål

Regionfullmäktiges målområde	Återrapportering i verksamhetsberättelsen
Jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet	Återrapporteringen innehåller beskrivningar av ärendestatistik, inkomna synpunkter och klagomål, kontaktvägar samt genomfört utvecklingsarbete kopplat till tillgänglighet, kvalitet och rättssäkerhet. Uppföljningen bygger i huvudsak på volymer, fördelningar och redovisning av genomförda aktiviteter.
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	Återrapporteringen beskriver nämndens roll i det förebyggande arbetet genom analys och återföring av patienters synpunkter och klagomål till vårdgivare. Redovisningen fokuserar på kunskapsbidrag och återkoppling snarare än på konkreta hälsofrämjande insatser riktade till invånare.
Hållbar och effektiv resursanvändning	Återrapporteringen innehåller kommentarer om effektivisering av arbetssätt, digitalisering, minskat resande samt handläggning av ärenden. Redovisningen är övergripande och innehåller begränsad kvantifiering av resursanvändning utöver budgetutfall.

Nämndens och verksamhetens mål

Nämndens mål	Bedömning i verksamhetsberättelsen	Kommentar
Patientnämnden har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet	Går enligt plan	Återrapporteringen innehåller beskrivningar av tillgänglighet, kontaktvägar, språkstöd och ärendestatistik. Indikatorer redovisas och följs upp, där vissa indikatorer avser helårsutfall.
Patientnämnden arbetar för ökad patientsäkerhet och att vården utvecklas utifrån patientens behov	Går enligt plan	Återrapporteringen beskriver nämndens arbete med analys och återföring av synpunkter och klagomål till vårdgivare samt identifiering av återkommande mönster och trender. Statistik redovisas avseende ärenden, huvudkategorier och delproblem.
Patientnämnden använder sina resurser hållbart och effektivt 3	Går enligt plan	Återrapporteringen innehåller uppföljning av budgetutfall samt beskrivningar av åtgärder kopplade till digitalisering, minskat resande och effektivare arbetssätt. Klimataspekter och resursanvändning berörs främst genom beskrivning av genomförda aktiviteter.

Detta dokument har upprättats uteslutande för vår uppdragsgivares räkning. All information och alla slutsatser i dokumentet baseras på det underlag och de uppgifter som gjorts tillgängliga för Qualitarium, inklusive material från uppdragsgivaren eller den upphandlande myndigheten. Informationen får inte spridas eller användas av tredje part utan skriftligt medgivande från Qualitarium. Qualitarium tar inget ansvar gentemot tredje part för eventuella skador eller förluster som kan uppstå vid användning av dokumentets innehåll utan föregående samtycke.

Allt innehåll i dokumentet, inklusive text, grafik och layout, skyddas av upphovsrätt och tillhör Qualitarium AB om inget annat anges. Grafik som eventuellt förekommer i detta dokument är nedladdad från Pixabay.com och rättigheterna ägs av konstnären Jozef Mikulcik. Otillåten användning eller spridning av innehållet kan medföra rättsliga åtgärder. Dokumentet och dess innehåll ska hanteras konfidentiellt och får inte spridas utanför den aktuella upphandlingen eller uppdraget utan skriftligt godkännande från Qualitarium.

© 2026 Qualitarium AB. Alla rättigheter förbehållna.

För kännedom
Enligt sändlista

NSV, Nämnden för samverkan kring
socialtjänst och vård

Nära vård

Regionens revisorer har låtit Qualitarium AB genomföra en granskning i syfte att ge underlag för att bedöma om NSV-nämnden bedriver ett ändamålsenligt och effektivt arbete för att skapa förutsättningar för att omställningen till Nära vård i Sörmland ska bedrivas samordnat, långsiktigt och med ett gott resultat.

Granskningen har omfattat tre områden: styrning och strategiskt stöd, konkreta insatser och stöd samt uppföljning och resultat. Den sammanfattande bedömningen är att nämnden till viss del bedriver ett ändamålsenligt och effektivt arbete för att stödja omställningen till Nära vård.

Det finns en politiskt beslutad målbild och etablerade samverkansstrukturer mellan region och kommuner. Nätverk och arbetsgrupper har bidragit till bättre kontaktvägar, ökad förståelse och vissa förbättringar i samverkan, exempelvis kring utskrivning, Samordnad individuell planering (SIP) och äldreomsorg.

Samtidigt saknas en konkret strategi med uppföljningsbara mål och indikatorer. Länsstyrgruppen, som består av tjänstepersoner, har fått en central roll i att tolka målbilden, formulera prioriteringar och leda arbetet, vilket innebär att viktiga vägval görs utan nämndens direkta inblandning. Strukturer för behovsinhämtning och återföring till politisk nivå saknas, och flera av de som intervjuats efterfrågar tydligare styrning och proaktivitet från nämnden.

Uppföljningen är begränsad till aktivitetsbeskrivningar snarare än effektanalys. Det finns inga fastställda indikatorer, och befintliga nationella mått används inte i styrningen. Följeforskning ger värdefulla insikter men används inte systematiskt. Budget och resursuppföljning är otydlig för Nära vård.

NSV har inte agerat tillräckligt proaktivt gentemot andra politiska organ, och det saknas en regionövergripande plan för omställningen inom egna verksamheter.

Revisorerna ställer sig bakom rapportens rekommendationer och begär svar från NSV-nämnden om verkställda och planerade åtgärder senast 4 maj 2026.

Catharina Fredriksson
ordförande

Gustaf Wachtmeister
vice ordförande

MISSIV

Sändlista

Regionstyrelsen

Magnus Johansson, regiondirektör

Titti Kendall, verksamhetschef läns gemensamt regionalt stöd

Anna Ormegård, divisionschef division primärvård

Magnus Johansson, hälso- och sjukvårdsdirektör

Samtliga kommunrevisioner i Sörmland

UNDERSKRIFTSSIDA

**Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska
underskrifter:**



Qualitarium
ett signum för kvalitet

Granskning av arbetet med Nära vård

Region Sörmland, Nämnden för samverkan
kring socialtjänst och vård

Teodora Heim

November 2025



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Inledning.....	5
2. Svar på kontrollfrågor.....	7
3. Svar på granskningens syfte och rekommendationer	20



Sammanfattning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) bedriver ett ändamålsenligt och effektivt arbete för att skapa förutsättningar för att omställningen till Nära vård i Sörmland ska bedrivas samordnat, långsiktigt och med gott resultat. Granskningen har omfattat tre områden: styrning och strategiskt stöd, konkreta insatser och stöd samt uppföljning och resultat.

Vår samlade bedömning är att NSV till viss del bedriver ett ändamålsenligt och effektivt arbete för att stödja omställningen till Nära vård.

Granskningen visar att det finns en politiskt beslutad målbild och att samverkan mellan regionen och kommunerna sker inom ramen för etablerade strukturer. Det länsgemensamma nätverket för Nära vård samt andra arbetsgrupper och beredningar beskrivs som en viktig arena för erfarenhetsutbyte, dialog och gemensamt lärande. Nätverken har bidragit till bättre kontaktvägar, ökad förståelse för huvudmännens olika förutsättningar samt vissa förbättringar i samverkan kring t.ex. utskrivning, SIP och äldreomsorg. NSV:s stöd har därmed skapat organisatoriska förutsättningar för samverkan och samsyn.

Samtidigt saknas en konkret strategi eller handlingsplan som operationaliserar målbilden. Det finns inga uppföljningsbara mål eller indikatorer som visar om insatserna leder till önskat resultat. I praktiken har Länsstyrgruppen (LSG), som är ett tjänstemannanätverk, fått en central roll i att tolka målbilden, formulera prioriteringar och leda arbetet. Detta har medfört att viktiga vägval görs utan nämndens inblandning. Det saknas också strukturer för att samla in behov från verksamheterna eller för att återföra lärdomar till den politiska styrningen. Flera intervjupersoner efterfrågar tydligare styrsignaler, bättre förankring och mer proaktivitet från nämndens sida.

Inom området uppföljning och resultat visar granskningen att det saknas en sammanhållen modell för att följa upp arbetet med Nära vård. Återrapporteringen består i stor utsträckning av beskrivningar av genomförda aktiviteter, snarare än analyser av effekter eller måluppfyllelse. Det finns inga fastställda indikatorer kopplade till målet, och indikatorer som kommunerna och regionen redan rapporterar till nationella aktörer används inte i NSV:s styrning. Följeforskningen som drivs inom ramen för FoU i Sörmland är ett värdefullt bidrag, men resultaten används inte systematiskt som ett verktyg i nämndens uppföljning. Arbetet finansieras delvis genom nämndens eget kapital, men det saknas en särskild budgetpost eller struktur för att följa upp resursanvändningen kopplat till Nära vård.

Granskningen visar vidare att NSV inte i tillräcklig grad har agerat proaktivt gentemot andra politiska organ i regionen, såsom regionstyrelsen. Det finns inte någon tydlig regionövergripande plan eller agenda för hur omställningen till Nära vård ska genomföras inom regionens egna verksamheter, vilket försvårar en samlad utveckling.

Mot ovan rekommenderar vi nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård att:

- konkretisera målbilden och därigenom ge tydligare styrsignaler om förväntningar och önskat resultat,
- ta fram indikatorer kopplade till målet för att säkerställa att det pågående arbetet bidrar till faktisk måluppfyllelse,
- inta en mer proaktiv roll gentemot regionstyrelsen för att stödja dess ansvar att leda arbetet med Nära vård på en regionövergripande nivå,



- säkerställa att det finns strukturer för att samla in och analysera behov från regionens verksamheter och kommunerna, samt
- tydliggöra roller och ansvar mellan NSV och Länsstyrgruppen i det strategiska och operativa arbetet med Nära vård.



1. Inledning

1.1 Bakgrund

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har ett samlat ansvar för att främja samverkan mellan Region Sörmland och länets kommuner inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. En av de mest omfattande förändringarna inom svensk välfärd de senaste åren är omställningen till en nära vård – en nationell reform som syftar till att vård och omsorg i högre grad ska organiseras med individens behov i centrum. Omställningen innebär att insatser ska ges närmare individen, både fysiskt och relationellt, och att samverkan mellan olika huvudmän behöver utvecklas och fördjupas. I detta arbete har regioner och kommuner ett gemensamt ansvar, där tydlig samordning mellan huvudmännen är en avgörande framgångsfaktor.

För att ge gemensam riktning åt arbetet med omställningen antog Region Sörmland och länets kommuner år 2022 en gemensam målbild för Nära vård. Målbilden uttrycker en långsiktig ambition att individens behov ska stå i centrum och att vård och omsorg ska ske nära, vara jämlik, sammanhållen och präglas av tillit, samverkan och kunskapsstyrning. Den utgör en strategisk grund för utvecklingsarbetet i hela länet och konkretiserar hur de nationella målen ska omsättas i det sörmländska sammanhanget. Länsstyrgruppen beslutade vidare om en färdplan för Nära vård i Sörmland, som konkretiserar inriktningen för arbetet under perioden 2024–2027.

NSV har därmed en nyckelroll i att stödja, samordna och skapa förutsättningar för omställningen till nära vård. Nämnden ansvarar både för att främja samordning på strategisk nivå och för att stödja det konkreta utvecklingsarbetet inom regionen och kommunerna.

Mot denna bakgrund har revisorerna bedömt att en fördjupad granskning bör genomföras för att belysa hur NSV arbetar med att stödja kommunerna och regionen i omställningen till nära vård, särskilt med fokus på samordning mellan huvudmännen, samt i vilken mån detta arbete bidrar till att nå såväl de nationella målen som den gemensamt antagna målbilden i Sörmland.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att ge Region Sörmlands revisorer underlag för att bedöma om nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) bedriver ett ändamålsenligt och effektivt arbete för att skapa förutsättningar för att omställningen till Nära vård ska bedrivas samordnat, långsiktigt och med gott resultat.

För att ge svar på granskningens övergripande syfte kommer följande revisionsfrågor att besvaras:

1. *Styrning och strategiskt stöd för insatser*

- Har NSV en tydlig strategi eller handlingsplan för att stödja både kommunerna och regionen i omställningen till Nära vård?
- Är NSV:s arbete med att samordna initiativ och insatser mellan regionens verksamheter och kommunernas socialtjänst effektivt för att nå målbilden?
- Säkerställer NSV att både kommunernas och regionens behov och förutsättningar beaktas i den övergripande planeringen för Nära vård?



2. Konkreta insatser och stöd till kommunerna och regionen

- Vilka stödinsatser har NSV erbjudit kommunerna och regionen (exempelvis utbildningar, metodstöd, nätverk eller resurser)?
- Arbetar NSV på ett effektivt sätt med kunskapsöverföring och spridning av goda exempel till både kommunala och regionala verksamheter?
- Har NSV tagit initiativ till samverkan mellan kommunerna för att underlätta omställningen till Nära vård?

3. Uppföljning och resultat av insatser

- Finns det någon systematisk uppföljning av hur NSV:s stöd har påverkat kommunernas och regionens arbete med Nära vård?
- Mäter NSV effekten av sina insatser på ett relevant sätt?
- Finns det brister eller utmaningar i samverkan som kommunernas och/eller regionens verksamheter har påtalat, och hur hanteras dessa?

1.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har hållits med ledamöter i nämnden, med representanter för Länsstyrgruppen samt med medarbetare som arbetar med frågor kopplade till Nära vård – både inom nämndens egna verksamheter och inom regionens hälso- och sjukvård.

För att även fånga kommunernas perspektiv har granskningen inkluderat deltagande vid en nätverksträff med representanter från samtliga kommuner i länet. Inför denna träff skickades även skriftliga frågor ut via e-post för att ge deltagarna möjlighet att förbereda sig och bidra skriftligt.

1.4 Avgränsningar

Granskningen avser 2025 års verksamhet inom nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds (NSV) ansvarsområde. Granskningen omfattar endast NSV:s insatser med att stödja och samordna omställningen till Nära vård. Kommunernas och regionens egna insatser inom Nära vård ingår inte i granskningen, utöver hur dessa relaterar till NSV:s stöd och samordning.

Granskningen genomfördes under perioden juni – oktober 2025.

1.5 Revisionskriterier

- Kommunallagen (2017:725)
- Propositionen "God och nära vård" (Prop. 2019/20:164)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Förordning (2018:151) om statlig medfinansiering av vissa kostnader inom hälso- och sjukvården
- Avtalet mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om gemensam utveckling av Nära vård



- Nationella riktlinjer och stödmaterial från Socialstyrelsen och SKR
- Regionens och NSV:s egna styrdokument, inklusive målbilden för Nära vård i Sörmland (2022)

1.6 Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd är nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård i Region Sörmland.

1.7 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring har skett genom Qualitariums interna kvalitetssäkringssystem. Rapporten har även varit föremål för faktagranskning utförd av de intervjuade personerna.

2. Svar på kontrollfrågor

Utifrån det granskade materialet och de genomförda intervjuerna redovisas svaren på granskningens kontrollfrågor i detta kapitel. Granskningens iakttagelser presenteras under tre tematiska frågeområden som motsvarar granskningens huvudinriktning. Inom varje område redovisas först iakttagelserna i samlad form, följt av bedömningar utifrån de enskilda revisionsfrågorna. Denna struktur har valts för att ge en samlad bild av nuläget och undvika upprepningar i rapporten.

Svaren på kontrollfrågorna ligger till grund för våra bedömningar kopplade till granskningens huvudfråga och syfte samt till de rekommendationer som lämnas.

2.1 Styrning och strategiskt stöd för insatser

- *Har NSV en tydlig strategi eller handlingsplan för att stödja både kommunerna och regionen i omställningen till Nära vård?*
- *Är NSV:s arbete med att samordna initiativ och insatser mellan regionens verksamheter och kommunernas socialtjänst effektivt för att nå målbilden?*
- *Säkerställer NSV att både kommunernas och regionens behov och förutsättningar beaktas i den övergripande planeringen för Nära vård?*

Iakttagelser

Organisering och samverkansstruktur

Arbetet med Nära vård i Sörmland bedrivs inom ramen för flera olika samverkansstrukturer. Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har ett övergripande ansvar att stödja och samordna utvecklingen inom området. Det operativa arbetet leds till stor del av Länsstyrgruppen (LSG), som består av representanter från både kommuner och region. LSG ansvarar för att ta fram gemensamma planeringsdokument, såsom färdplanen för Nära vård, samt för att följa upp utvecklingen genom arbetsgrupper och dialogmöten. Enligt NSV:s protokoll redovisas minnesanteckningar från LSG löpande till nämnden som anmälningsärenden.

Länsstyrgruppen har under våren 2025 arbetat med Nära vård med fokus på att utveckla systemledarskapet och konkretisera arbetet inom detta område. Ett annat centralt forum är det länsgemensamma nätverket för Nära vård, där verksamhetsrepresentanter från regionens primärvård,



specialistvård och kommunernas socialtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård deltar. Nätverket används för att utbyta erfarenheter, samordna initiativ och diskutera gemensamma utmaningar men involveras även i följeforskningen som forskningspersoner.

Länsgemensamt stöd (LRS) samordnar det administrativa och processrelaterade arbetet inom nämndens ansvarsområde. Detta omfattar bland annat planering, samverkansstöd, processledning och uppföljning. Under 2025 har delar av arbetet finansierats genom en särskild processledartjänst. Därutöver medverkar LRS genom praktikinära forskning och stöd till utvecklingsinsatser. FoU stödjer arbete med indikatorer och följeforskning.

Sammantaget bygger organiseringen kring Nära vård i Sörmland på flera parallella strukturer där olika aktörer bidrar i planering och genomförande. NSV:s roll är att samordna och stödja dessa insatser i enlighet med sitt reglemente.

Styrande dokument

Det finns en gemensam Målbild för Nära vård i Sörmland som anger att arbetet ska ske:

- tillsammans (genom delaktighet och samordning med individens fokus)
- nära (genom tillgänglighet och kontinuitet)
- med fokus på god hälsa, vård och omsorg (genom hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser).

Den gemensamma Målbilden är beslutad av nämnden, av länets kommuner och av Region Sörmlands fullmäktige och utgör den övergripande inriktningen för arbetet med Nära vård i länet.

LSG har beslutat om en Färdplan för omställningen för perioden 2024–2027. Färdplanen beskriver fem fokusområden för arbetet:

1. Digitalisering och personcentrering
2. Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande
3. Primärvård som nav
4. Kompetensförsörjning
5. Digitalisering

Det lyfts också fram att digitalisering och kompetensförsörjning ska genomsyra allt arbete med Nära vård.

Varje område innehåller ett antal prioriterade inriktningar. Färdplanen används som ett vägledande dokument inom länets samverkansstruktur. Enligt intervjuer med både NSV och LSG har kommunerna varit delaktiga i framtagandet och det finns en samsyn kring dokumentets innehåll.

Strategisk inriktning

NSV har i sin verksamhetsplan för 2025 beslutat om ett mål kopplat till Nära vård:

“NSV ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande genom omställning till en nära vård, hälsa och omsorg.”



Delårsrapporten för 2025 anger att arbetet fortlöper enligt plan, men någon bedömning av faktisk måluppfyllelse görs inte. Uppföljningen består i huvudsak av beskrivningar av insatser såsom stöd till nätverk, FoU-uppdrag och aktionsforskning.

Det finns ingen ytterligare dokumenterad strategi eller handlingsplan som beskriver hur nämnden ska genomföra sitt uppdrag inom Nära vård. Planering och prioritering sker i stället inom ramen för länets befintliga gemensamma strukturer. Enligt intervjuaren är detta ett medvetet arbetssätt som bygger på delat ägarskap. Samtidigt framkommer i intervjuer att det saknas dokumentation eller strukturer som tydliggör vilka insatser som drivs av NSV, hur dessa följs upp, eller hur nämndens roll skiljer sig från övriga aktörers.

Begreppet systemledarskap lyfts i intervjuer som en viktig del av utvecklingsarbetet. Systemledarskapet beskrivs som en viktig satsning med potential att utveckla samverkan och gemensam riktning, även om det ännu är i ett tidigt skede. Syftet är att utforma gemensamma strukturer och kommunikationsvägar mellan region och kommuner. Arbetet leds av LSG, som under våren 2025 har hållit dialogmöten för att konkretisera vad systemledarskap innebär. Enligt intervjuerna handlar det om att bygga samsyn och struktur för samverkan där beslutsmandat och roller tydliggörs. Samtidigt finns det signaler som tyder på att det saknas en politisk ledning i denna fråga.

Behovsinventering och planeringsunderlag

Det finns i dag ingen gemensam struktur för att analysera och väga samman behov inför beslut om gemensamma satsningar på länsnivå. I intervjuer framgår att prioriteringar ofta sker utifrån tillgängliga resurser snarare än från en samlad behovsanalys. Enligt flera aktörer lyfts behov i nätverk och arbetsgrupper, men det finns ingen systematik för att omvandla dessa till ett gemensamt kunskapsunderlag. Det framgår inte heller att NSV använder statistik eller uppföljningsdata aktivt i sin planering, även om sådana underlag finns tillgängliga via exempelvis FoU:s indikatorrapporter och följeforskning.

Ekonomisk styrning

Arbetet med Nära vård finansieras delvis med medel från nämndens eget kapital genom finansiering av en halv processledartjänst. NSV hade tidigare en samordnande roll för det statliga stimulansbidraget för Nära vård, vilket då kanaliserades via regionen. Dessa medel användes till gemensamma satsningar som FoU-projekt, uppföljningssystem och kompetensstöd.

Inför 2025 förändrades de nationella rutinerna, och medlen tilldelas nu direkt till kommunerna. Det innebär att det inte längre finns något regionalt ramanslag att samordna, vilket enligt flera intervjupersoner har försvårat gemensam prioritering och uppföljning. Det framgår inte av dokumentationen att NSV har tagit fram någon strategi för hur denna förändring ska hanteras framöver, och det har inte heller redovisats att nämnden inte tilldelats några statliga medel för 2025.



Svar på revisionsfrågor och analyser

2.1.1 Har NSV en tydlig strategi eller handlingsplan för att stödja både kommunerna och regionen i omställningen till Nära vård?

Bedömning

Vår bedömning är att NSV **till stor del** har en tydlig strategi eller handlingsplan för att stödja både kommunerna och regionen i omställningen till Nära vård.

Analys

Det finns en beslutad Målbild för Nära vård i Sörmland som är gemensam för länets huvudmän. Målbilden är antagen av NSV och uttrycker tre övergripande principer: att arbeta tillsammans, nära och med fokus på god hälsa, vård och omsorg. Det finns också ett mål i nämndens verksamhetsplan för 2025 som kopplar till denna inriktning.

Samtidigt visar granskningen att målbilden är formulerad på en hög abstraktionsnivå och att nämnden inte har brutit ner den till en konkret strategi eller handlingsplan. I praktiken är det Länsstyrgruppen som har tagit ansvar för att tolka målbilden genom färdplanen 2024–2027. Denna konkretiserar målområden och beskriver exempel på aktiviteter, men är inte beslutad av NSV och saknar tydliga ansvarsangivelser.

Vi bedömer att detta innebär en begränsning i NSV:s strategiska styrning. När målbilden är visionär snarare än operativ samtidigt som ansvaret för tolkning och vägval i praktiken lämnas till ett tjänstemannaforum, riskerar styrningen att förflyttas från politisk nivå. Vår granskning visar att LSG i dag inte bara leder det operativa genomförandet, utan också den taktiska ledningen av arbetet genom att göra prioriteringar som rör arbetets strategiska inriktning. Det finns därmed ett glapp mellan nämndens formella ansvar och det faktiska genomförandet.

Denna risk förstärks av att nämndens uppföljning inte är systematiskt kopplad till målbilden eller till någon konkret plan. Uppföljningen består i stället av beskrivningar av genomförda aktiviteter, utan samlad analys av deras relevans, effekt eller avvikelser från önskad utveckling. Det gör det svårt för nämnden att ta ansvar för styrning, följa upp måluppfyllelse eller justera inriktningen vid behov.

Granskningen visar att samspelet mellan NSV och LSG har utvecklats vidare under 2025, bland annat genom gemensamma dialogmöten. Flera aktörer beskriver detta som ett steg mot en mer strukturerad samverkan mellan politisk och tjänstemannadriven nivå.

Parallellt pågår ett arbete med att utveckla ett länsgemensamt systemledarskap. Detta arbete sker i länsstyrgruppen och syftar till att skapa gemensamma strukturer för ledning och ansvar över huvudmannagränserna. Även om systemledarskapet lyfts fram som ett viktigt verktyg för omställningen till Nära vård, framgår det inte hur nämnden ska förhålla sig till det i sin egen styrning eller hur det ska användas som ett stöd för politiska prioriteringar och uppföljning.

Vi bedömer att NSV, inom ramen för sitt ansvar för samordning, bör agera mer proaktivt och strategiskt. Omställningen till Nära vård kräver samlade prioriteringar på länsnivå, särskilt vad gäller resursfördelning, förändringsstöd och uppdrag till verksamheter. Nämnden bör därför i högre utsträckning använda sin position för att lyfta behov och föreslå inriktning gentemot Regionstyrelsen och motsvarande nivåer i kommunerna.



Sammantaget visar granskningen att det finns en strategisk riktning i form av Målbild och Färdplan, men nämndens roll i genomförandet är otillräckligt konkretiserad. Den strategiska styrningen försvagas ytterligare av brister i uppföljning och ett otydligt förhållande till andra aktörer. Det är dessa faktorer som sammantaget begränsar nämndens förmåga att styra utvecklingen på ett effektivt sätt.

2.1.2 Är NSV:s arbete med att samordna initiativ och insatser mellan regionens verksamheter och kommunernas socialtjänst effektivt för att nå målbilden?

Bedömning

Vår bedömning är att NSV till stor del arbetar effektivt med att samordna initiativ och insatser mellan regionens verksamheter och kommunernas socialtjänst för att nå målbilden för Nära vård.

Analys

Även om målbilden för Nära vård inte är konkretiserad i termer av mätbara mål eller specificerade insatser, finns det flera strukturer och arbetssätt som i praktiken stärker samordningen mellan regionens och kommunernas verksamheter.

Det länsgemensamma nätverket för Nära vård har etablerats som en gemensam arena där företrädare för primärvård, specialistvård och kommunal socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård möts för att diskutera gemensamma utmaningar och samordna initiativ. Enligt flera intervjupersoner har nätverket förbättrat förutsättningarna för samverkan genom att skapa kontaktvägar, sprida goda exempel och erbjuda ett forum där parterna kan mötas på lika villkor. Nätverket lyfts särskilt fram av kommunerna som ett värdefullt stöd i omställningsarbetet, både för inspiration och konkret samverkan.

Vi bedömer vidare att NSV har tagit initiativ till att etablera nätverket och att nämnden har skapat organisatoriska och ekonomiska förutsättningar för dess fortlevnad. Arbetet i nätverket kompletteras av andra samverkansforum såsom LSG och tillfälliga arbetsgrupper, vilket sammantaget ger en bred struktur för dialog och gemensamma initiativ.

Samtidigt finns det begränsningar i hur samordningen utvecklas. Det saknas i dag en gemensam och systematisk behovsanalys som underlag för att identifiera, prioritera och rikta nya initiativ. I intervjuer framgår att idéer och behov ofta lyfts i nätverk eller arbetsgrupper, men att det inte finns någon samlad struktur för att analysera dessa i relation till målbilden eller bedöma deras möjliga effekt. Det innebär en risk att initiativen inte fullt ut möter de mest angelägna behoven eller bidrar till önskad utveckling på länsnivå. Mot ovan bedömer vi att det som i dag begränsar effektiviteten är främst avsaknaden av strukturer för behovsanalys och prioritering, vilket kan försvåra en mer strategisk utveckling av gemensamma initiativ.



2.1.3 Säkerställer NSV att både kommunernas och regionens behov och förutsättningar beaktas i den övergripande planeringen för Nära vård?

Bedömning

Vår bedömning är att NSV **till viss del** säkerställer att både kommunernas och regionens behov och förutsättningar beaktas i den övergripande planeringen för Nära vård.

Analys

Granskningen visar att det finns flera samverkansforum där representanter från kommuner och regionens verksamheter medverkar. Det länsgemensamma nätverket för Nära vård är en sådan arena där behov, utmaningar och erfarenheter kan lyftas och diskuteras. Även färdplanen för Nära vård, som beslutats av Länsstyrgruppen (LSG), har tagits fram i dialog mellan parterna. Flera intervjupersoner framhåller att det finns en gemensam förståelse för inriktningen i arbetet, och att samarbetet i dessa forum underlättar förankring och genomförande.

Samtidigt bedömer vi att det saknas strukturer för att säkerställa att behov och förutsättningar från hela länet – både inom kommunerna och inom regionen – fångas upp, analyseras och vägs samman i planeringen. I intervjuer framgår att signaler om behov ofta uppstår i informella sammanhang eller inom nätverk, men att dessa inte struktureras till ett samlat planeringsunderlag. Det finns ingen dokumenterad process för behovsinventering, och det är oklart hur prioriteringar görs och hur olika **perspektiv beaktas i** helheten. Detta innebär en risk att vissa behov får stort genomslag, medan andra förbises.

Kommunerna i länet har olika förutsättningar när det gäller resurser, demografi och geografi, vilket ställer särskilda krav på att samordningen hanterar variationer på ett transparent sätt. Det är också av vikt att planeringen baseras på en gemensam bild av vilka behov som finns, både nu och framåt. Denna typ av gemensam lägesbild saknas i dag.

Vår bedömning är att det också saknas en intern struktur inom regionens organisation för att fånga upp behov kopplade till omställningen. Exempelvis saknas rutiner och arbetssätt för att på ett strukturerat sätt identifiera och analysera vilken information Region Sörmland behöver på en övergripande nivå, till exempel vilka behov primärvården har i förhållande till omställningen, eller analys av hur specialistvårdens roll och förutsättningar förändras som ett resultat av omställningen. Det saknas också en dedikerad arbetsarena där regionens egna verksamheter kan involveras i den strategiska planeringen för Nära vård. Sammantaget bedömer vi att NSV, inom ramen för sitt ansvar för samordning, bör agera mer proaktivt inom regionen för att understödja omställningen genom att strukturerat och strategiskt hantera nuvarande och framtida behov hos verksamheterna.



2.2 Konkreta insatser och stöd till kommunerna och regionen

- *Vilka stödinsatser har NSV erbjudit kommunerna och regionen (exempelvis utbildningar, metodstöd, nätverk eller resurser)?*
- *Arbetar NSV på ett effektivt sätt med kunskapsöverföring och spridning av goda exempel till både kommunala och regionala verksamheter?*
- *Har NSV tagit initiativ till samverkan mellan kommunerna för att underlätta omställningen till Nära vård?*

lakttagelser

NSV:s stöd till kommuner och regionen består i huvudsak av strukturer och funktioner som möjliggör samverkan mellan huvudmännen. Ett centralt exempel är det länsgemensamma nätverket för Nära vård, där representanter från både regionen och kommunerna deltar. Nätverket framhålls som en värdefull arena för kommunikation, erfarenhetsutbyte och samordning mellan huvudmännen. Nätverket beskrivs ha bidragit till ökad förståelse för varandras förutsättningar och till att det blivit lättare att få kontakt med rätt person i frågor som kräver samverkan. Flera aktörer lyfter att ett konkret resultat är att det nu finns kontaktlistor, direktnummer och tydligare kontaktvägar, vilket har underlättat kommunikationen i konkreta patientärenden.

En del av arbetet med Nära vård sker även i andra etablerade samverkansstrukturer. Det finns arbetsgrupper för äldre, psykisk hälsa, funktionshinder och barn, som finns i varje länsdel och vars arbete bidrar till att få in synpunkter från verksamheterna. Arbetsgrupperna rapporterar till fyra beredningsgrupper som utifrån handlingsplanen för Nära vård ger uppdrag till arbetsgrupperna och följer upp deras genomförande inom ramen för sitt årshjul. Beredningsgruppernas arbete utgör därmed en central del i det operativa genomförandet av Nära vård i regionen.

Ett annat stödjande initiativ är den processledning som erbjudits inom vissa områden, t.ex. genom projektledare på Länsgemensamt regionalt stöd/FoU, även om intervjuerna ger en blandad bild av hur omfattande och tillgängligt detta stöd varit i praktiken.

Flera intervjupersoner betonar att NSV:s arbete inte främst handlar om att sätta egna konkreta projekt eller insatser, utan om att skapa en gemensam struktur, bygga relationer och bidra till samsyn. Ett exempel som lyfts i intervjuer och nätverksträffar är att färdplanen för Nära vård gemensamt tagits fram inom samverkansstrukturen, och att lokala arbetsgrupper, exempelvis basgrupper med MAS, MAR och kommunala chefer, arbetat vidare med att anpassa dokument och arbetssätt utifrån denna.

Vidare framgår att kommunerna upplever att en del överenskommelser och styrdokument inte fått genomslag i praktiken, och att det är svårt att få dem att fungera i vardagen. Samtidigt finns exempel på samverkansvinster, t.ex. inom utskrivningsprocessen, där bättre kommunikation och fasta kontaktvägar bidragit till mer sammanhållen vård. I flera fall nämns också förbättringar i samverkan kring SIP, vård i SÄBO, och tydliggörande av läkarroller, även om insatserna ofta beskrivs som personberoende och svåra att följa upp. I en intervju lyfts även att NSV varit involverade i stöd till processer såsom suicidpreventivt arbete och barnhälsoarbete, även om det saknas detaljerad dokumentation kring dessa initiativ.

Från primärvårdens perspektiv framkommer att färdplanen initialt inte upplevdes som väl förankrad, och att de statliga medel som tillförts inte har nått ut till primärvården i den utsträckning som förväntats. Det



framkommer att representanter för primärvården upplever att verksamheten snarare är en utförare än en del i samverkansstrukturen.

I länsstyrgruppens mötesanteckningar från hösten 2024 och 2025 framgår att gemensamma frågor hanteras löpande, till exempel ansvarsfördelning kring barnboenden enligt LSS, patientsäkerhetsdialoger och behovet av länsövergripande överenskommelser. I dessa dialoger noteras att omvårdnadspersonal på SÄBO blivit mer involverade i rondarbete, vilket i sin tur stärker personcentreringen.

Det framgår av intervjuerna att kunskapsöverföring och spridning av goda exempel främst sker inom ramen för nätverket för Nära vård samt i LSG:s arbetsgrupper. Både kommunala och regionala aktörer beskriver nätverket som ett viktigt forum för att dela erfarenheter, ta del av lösningar från andra kommuner och få inblick i hur andra hanterar gemensamma utmaningar. Exempelvis lyfts förbättrad samverkan kring utskrivning, direktkontakt mellan yrkesgrupper samt nya arbetssätt som inspirerat andra huvudmän.

Det framkommer dock inte att det finns någon strukturerad eller dokumenterad process för att systematiskt samla in, dokumentera och sprida goda exempel mellan kommunerna och regionens verksamheter. Arbetet beskrivs snarare som informellt och personberoende.

I flera intervjuer betonas att förutsättningarna varierar stort mellan kommunerna – både vad gäller resurser, organisation och kapacitet att delta i utvecklingsarbete. Flera små kommuner uttrycker behov av mer operativt stöd och tydligare verktyg för implementering i praktiken.

Svar på revisionsfrågor och analyser

2.2.1 Vilka stödinsatser har NSV erbjudit kommunerna och regionen (exempelvis utbildningar, metodstöd, nätverk eller resurser)?

Analys

NSV:s stöd till kommunerna och regionens verksamheter har främst tagit formen av att etablera och vidmakthålla strukturer för samverkan. Det tydligaste exemplet är det länsgemensamma nätverket för Nära vård, som utgör en viktig arena för kontakt, erfarenhetsutbyte och samordning. Nätverket beskrivs av flera aktörer som ett konkret stöd i vardagen, särskilt genom förbättrade kontaktvägar och ökad förståelse för varandras uppdrag och förutsättningar.

Utöver nätverket har NSV erbjudit process- och projektledarstöd inom vissa områden, exempelvis genom processledare och projektresurser inom FoU i Sörmland. Detta stöd har dock varit varierande i omfattning och tillgänglighet. I vissa fall har det riktats till kommuner i särskilda utvecklingsprojekt, till exempel suicidpreventivt arbete och barnhälsoarbete, även om det saknas sammanställd dokumentation kring dessa insatser.

Stödet från NSV beskrivs generellt som möjliggörande snarare än genomförandeorienterat. Nämnden bygger strukturer och skapar arenor för dialog snarare än att tillhandahålla färdiga metoder eller direktoperativa resurser. Färdplanen för Nära vård har också tagits fram gemensamt inom samverkansstrukturen, och vissa kommuner har därefter anpassat arbetssätt och dokument i lokala arbetsgrupper, vilket tyder på att färdplanen fungerar som ett indirekt stöd.



Samtidigt framkommer att många insatser är personberoende, svåra att följa upp och inte alltid får genomslag i praktiken. Det gäller särskilt överenskommelser och styrdokument som tagits fram i samverkan, men där kommunerna uttryckt svårigheter att omsätta dem i det dagliga arbetet. Variationerna mellan kommunerna är stora, både organisatoriskt och resursmässigt, vilket gör att vissa uttrycker ett behov av mer konkret och riktat stöd än vad som erbjuds i dag.

Från primärvårdens perspektiv lyfts att de statliga medlen för Nära vård inte har nått verksamheten i den utsträckning som förväntats, och att det finns en upplevelse av att primärvården snarare är en utförare än en jämbördig part i samverkan. Det tyder på att NSV:s stöd inte i alla delar har nått ut jämnt eller formats utifrån behov hos samtliga aktörer.

Vi noterar också att det operativa arbetet med Nära vård till stor del bedrivs inom ramen för beredningsgruppernas struktur och årshjul, där arbetsgrupper ges uppdrag och återskärnar sitt arbete. Denna struktur bidrar till kontinuitet och systematik i genomförandet, men bedöms inte förändra den samlade slutsatsen att nämndens strategiska styrning och uppföljning av arbetet behöver utvecklas ytterligare för att säkerställa helhetsperspektiv och måluppfyllelse.

2.2.2 Arbetar NSV på ett effektivt sätt med kunskapsöverföring och spridning av goda exempel till både kommunala och regionala verksamheter?

Bedömning

Vår bedömning är att NSV **till viss del** arbetar effektivt med kunskapsöverföring och spridning av goda exempel till både kommunala och regionala verksamheter.

Analys

Det framgår av granskningen att det finns arenor och funktioner som möjliggör kunskapsöverföring mellan region och kommuner. Det länsgemensamma nätverket för Nära vård lyfts av både kommunala och regionala aktörer som en viktig mötesplats för erfarenhetsutbyte. Deltagare beskriver hur nätverket bidrar till inblick i andra huvudmäns arbetssätt, vilket i sin tur ger inspiration och stärker samsynen i omställningsarbetet. Även LSG:s arbetsgrupper fyller en liknande funktion.

Det saknas dock en systematisk eller dokumenterad process för att samla in, dokumentera och sprida goda exempel. Spridningen sker i dag främst genom muntliga presentationer, dialog och personliga kontakter – vilket gör arbetet sårbart och personberoende. Det framgår exempelvis inte hur lärdomar från lyckade initiativ återförs till NSV, följs upp, eller om de används för att utveckla gemensamma arbetssätt.

Avsaknaden av en tydlig process för kunskapsspridning riskerar att leda till att goda exempel inte når ut eller att lärdomar inte tas tillvara i planeringen. Det försvårar även likvärdig utveckling i länet, då kommuner med mindre resurser eller färre kontaktytor kan ha svårare att ta del av pågående utvecklingsarbete i andra delar av länet.

Sammantaget finns goda förutsättningar i form av nätverk och mötesplatser, men dessa har inte kompletterats med strukturer för systematisk kunskapsspridning. Därmed bedömer vi att nämndens arbete endast till viss del är effektivt i detta avseende.



2.2.3 Har NSV tagit initiativ till samverkan mellan kommunerna för att underlätta omställningen till Nära vård?

Bedömning

Vår bedömning är att NSV **till stor del** har tagit initiativ till samverkan mellan kommunerna för att underlätta omställningen till Nära vård.

Analys

Granskningen visar att NSV har tagit initiativ till att skapa samverkansarenor där kommunerna kan mötas och diskutera gemensamma utmaningar. Det tydligaste exemplet är det länsgemensamma nätverket för Nära vård, som beskrivs som en värdefull plattform för erfarenhetsutbyte, lärande och samsyn. Enligt flera intervjuer har nätverket bidragit till ökad förståelse för andra kommuners förutsättningar, liksom till förbättrad kommunikation och kontaktvägar i konkreta samverkansfrågor.

Genom nätverket skapas även förutsättningar för att utveckla ett gemensamt språk och perspektiv kring Nära vård. Det handlar dels om begrepp och arbetssätt, men också om att bygga en gemensam förståelse av vad omställningen innebär i praktiken. Denna typ av samsyn är viktig för att möjliggöra ett mer samlat och strukturerat utvecklingsarbete mellan kommunerna.

Samtidigt bygger detta arbete i hög grad på personligt engagemang och deltagande i nätverken. Det finns inte någon tydlig struktur för att säkerställa att erfarenheter omsätts i gemensam utveckling eller att initiativ leder till konkreta förändringar i verksamheten. Det finns inte heller exempel på att NSV har tagit initiativ till kommunöverskridande utvecklingsprojekt eller gemensam kapacitetsuppbyggnad som riktar sig till kommunerna i deras omställningsarbete.

Sammantaget bedömer vi att NSV till stor del har tagit initiativ till samverkan, men att arbetet kan stärkas genom tydligare strukturer, mer systematik och ett ökat fokus på gemensam utveckling mellan kommunerna.

2.3 Uppföljning och resultat av insatser

- ***Finns det någon systematisk uppföljning av hur NSV:s stöd har påverkat kommunernas och regionens arbete med Nära vård?***
- ***Mäter NSV effekten av sina insatser på ett relevant sätt?***
- ***Finns det brister eller utmaningar i samverkan som kommunernas och/eller regionens verksamheter har påtalat, och hur hanteras dessa?***

lakttagelser

NSV:s uppföljning av arbetet med Nära vård sker i dag främst genom beskrivningar av genomförda aktiviteter, till exempel i delårsrapporter och dokumentation från LSG. I delårsrapporten för 2025 redovisas exempelvis insatser såsom stöd till nätverk, FoU-projekt och processledning. Måluppfyllelsen för nämndens mål bedöms som delvis uppfylld, men det framgår inte vilka kriterier som ligger till grund för bedömningen eller hur den har gjorts. Det framgår inte av dokumentationen att det finns en struktur för att följa upp hur insatserna kopplar till målbilden eller hur de påverkar kommunernas och regionens verksamheter.



Enligt projektplanen och tillhörande projektdirektiv ska omställningens status följas upp i dialog med Länsstyrgruppen samt genom årlig fördjupning via NSV:s verksamhetsberättelse. Det framgår dock inte hur dessa uppföljningar återförs till nämnden på ett systematiskt sätt eller hur de används i styrningen.

I dokumentationen framgår inte heller att nämnden har fastställt några indikatorer eller mål som följer utvecklingen inom Nära vård. I verksamhetsplanerna för NSV och FoU finns indikatorer kopplade till avgränsade projekt (exempelvis fallprevention och barnhälsoarbete), men inga indikatorer som mäter utvecklingen i relation till Nära vårds målbild eller de tre grundprinciperna: tillsammans, nära och god hälsa, vård och omsorg.

Samtidigt finns flera datakällor där regionen och kommunerna redan i dag rapporterar in statistik till nationella aktörer såsom Socialstyrelsen, SKR och Inera. Exempel på sådana indikatorer är:

- andel invånare med fast vårdkontakt
- återinläggningar inom 30 dagar
- brukar- och patientnöjdhet kopplat till samordning
- omfattning av samordnad individuell planering (SIP)
- andel SÄBO med tillgång till fast läkarkontakt

Granskningen visar att dessa indikatorer inte används strukturerat varken i verksamhetsplaner, återrapportering eller uppföljningsrutiner. Istället används uppgifterna mer informellt, exempelvis i vissa nätverksmöten eller FoU-rapporter, men utan tydlig koppling till styrning eller måluppföljning.

Enligt projektdirektivet bedrivs även ett doktorandprojekt genom FoU i Sörmland med syfte att följa omställningen till Nära vård genom aktionsforskning. Projektet omfattar fyra delstudier med fokus på behovsinventering, implementering, förbättringsbehov och verksamhetsintegrering. Det framgår dock inte hur resultaten från följeforskningen används inom NSV:s uppföljning eller styrning.

När det gäller samverkan och dialog med verksamheterna framkommer i intervjuer att det saknas en gemensam struktur för att samla in erfarenheter, synpunkter eller signaler från verksamhetsnivån. Samverkan sker främst genom nätverk och arbetsgrupper, men det finns inga tydliga forum för att följa upp och analysera brister i samverkan över tid.

Det tidigare statliga bidraget för Nära vård, som tidigare hanterades gemensamt via regionen, från 2025 fördelas direkt till kommunerna. NSV har därmed inte längre någon samordnande roll i hur statsbidraget används. Enligt flera intervjupersoner har detta försvårat möjligheten till gemensam prioritering och en länsgemensam ekonomisk uppföljning. Ekonomin följs genom nämndens månadsuppföljningar, delårsrapport och årsredovisning, men det finns ingen särskild budgetpost eller uppföljningsstruktur som avser arbetet med Nära vård. Detta innebär att nämnden inte får återrapportering om vilka resurser som avsatts för detta ändamål eller hur dessa har använts i förhållande till uppsatta mål.



Svar på revisionsfrågor och analyser

2.3.1 Finns det någon systematisk uppföljning av hur NSV:s stöd har påverkat kommunernas och regionens arbete med Nära vård?

Bedömning

Vår bedömning är att det **till viss del** finns en systematisk uppföljning av hur NSV:s stöd har påverkat kommunernas och regionens arbete med Nära vård.

Analys

Det finns inslag av uppföljning inom ramen för NSV:s arbete, men vi bedömer att det endast till viss del utgör en systematisk uppföljning av hur stödet påverkat utvecklingen i kommuner och region. Projektplan och projektdirektiv anger att omställningens status ska följas upp i Länsstyrgruppen och årligen via verksamhetsberättelsen. Därutöver rapporterar FoU i Sörmland indikatorbaserade underlag och resultat från pågående aktionsforskning till LSG och nätverket för Nära vård.

Samtidigt saknas flera grundläggande komponenter för att uppföljningen ska kunna betraktas som systematisk. Även om målområdet återspeglaras till nämnden i delårsrapport och årsredovisning, saknas relevanta indikatorer som mäter hur arbetet med Nära vård framskrider. Återspeglningen består i stor utsträckning av beskrivningar av genomförda aktiviteter snarare än en analys av måluppfyllelse i förhållande till målbilden. Det finns inte heller någon tydlig struktur för hur data och indikatorer ska användas för att mäta effekter över tid eller hur resultat från exempelvis följeforskningen ska återföras till nämnden.

Det saknas också en sammanhållen struktur för att fånga upp och återkoppla erfarenheter från verksamheterna i region och kommuner. Insatser beskrivs ofta som personberoende och svåra att följa upp, och det framgår inte om eller hur synpunkter och lärdomar från samverkansarenor systematiskt dokumenteras, analyseras eller används i styrningen.

Den data som kommuner och region redan rapporterar till nationella aktörer – såsom andel invånare med fast vårdkontakt, återinläggningar, brukarnöjdhet eller omfattning av SIP – används inte konsekvent eller samlat för att analysera effekterna av NSV:s insatser. Det finns inte heller några indikatorer i nämndens egna verksamhetsplaner som syftar till att följa upp effekter av stödet inom Nära vård.

Sammantaget konstaterar vi att det finns ett antal uppföljningsinslag, men att dessa inte utgör en sammanhållen eller systematisk struktur för att bedöma om stödet leder till de önskade förändringarna i kommunernas och regionens arbete. Det försvårar lärande, prioritering och styrning över tid.



2.3.2 Mäter NSV effekten av sina insatser på ett relevant sätt?

Bedömning

Vår bedömning är att NSV **inte** mäter effekten av sina insatser på ett relevant sätt.

Analys

Granskningen visar att NSV inte mäter effekten av sina insatser på ett sätt som kan betraktas som relevant i förhållande till nämndens mål för Nära vård. Det saknas en struktur för att följa upp vilka resultat eller effekter de olika stödinsatserna lett till i praktiken, både inom kommunerna och i regionens verksamheter.

De indikatorer och uppföljningsinslag som förekommer är i huvudsak generella, till exempel andel invånare med fast vårdkontakt eller antal SIP, och saknar koppling till konkreta insatser som genomförts inom ramen för NSV:s arbete. Det finns inte heller någon etablerad modell för att analysera samband mellan insatser och utfall, eller för att bedöma om genomförda aktiviteter leder till förändring i linje med målbilden.

FoU i Sörmland driver ett doktorandprojekt som form av följeforskning med syfte att följa effekterna av omställningen. Projektet undersöker bland annat behovsinventering, implementering och verksamhetsintegrering i relation till målbilden för Nära vård. Detta är ett värdefullt initiativ för att generera kunskap om hur omställningen sker i praktiken. Samtidigt bedömer vi att det saknas strukturer för att återföra resultaten från följeforskningen till nämndens uppföljning och styrning. Forskningens resultat används i nuläget som fristående kunskapsstöd snarare än som ett aktivt verktyg i nämndens egen effektuppföljning.

En ytterligare utmaning är att det övergripande målet som antagits av NSV är så brett och övergripande att det är svårt att avgöra vad som faktiskt skulle utgöra en effekt. Målet är formulerat som att "NSV ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande genom omställning till en nära vård, hälsa och omsorg". En sådan målsättning omfattar ett stort antal möjliga insatser, vilket innebär att nästan alla aktiviteter som genomförs inom samverkansstrukturen kan hävdas bidra till måluppfyllelsen – oavsett vilken förändring de faktiskt leder till. Vi har i tidigare analys (fråga 1) konstaterat att målbilden inte är tillräckligt konkretiserad för att ge vägledning i styrning och prioritering. Detta påverkar också förutsättningarna för uppföljning. I praktiken följs snarare insatsernas förekomst än deras effekt upp, och bedömningar av måluppfyllelse grundas i stor utsträckning på deskriptiva redovisningar av vad som har genomförts – snarare än på en värdering av målets genomslag eller faktiska resultat för invånare och verksamheter.

Sammantaget bedömer vi att det saknas tillräckliga etablerade metoder eller uppföljningsmodell som säkerställer att insatserna följs upp i relation till målet. Det innebär att nämnden saknar ett centralt verktyg för att värdera om stödet ger önskad förändring.



2.3.3 Finns det brister eller utmaningar i samverkan som kommunernas och/eller regionens verksamheter har påtalat, och hur hanteras dessa?

Analyser

Flera brister och utmaningar i samverkan har påtalats av både kommuner och regionens verksamheter. Ett återkommande tema i intervjuerna är svårigheten att översätta överenskommelser och gemensamma dokument till praktiskt fungerande arbetssätt i vardagen. Flera kommuner beskriver att det är svårt att få genomslag för styrdokument och att arbetet med Nära vård riskerar att bli personberoende snarare än systematiskt förankrat. Detta gäller även insatser inom exempelvis SIP, samverkan vid utskrivning, och tydliggörande av ansvarsfördelning.

Det framkommer också att förutsättningarna för att delta i och dra nytta av samverkan varierar mellan kommunerna. Framför allt mindre kommuner uttrycker behov av mer konkret stöd och verktyg för implementering i den egna verksamheten. Primärvården lyfter att man inte alltid upplever sig som en aktiv part i samverkansarbetet, utan snarare som en mottagare av beslutade inriktningar. Detta skapar en obalans i förutsättningarna att bidra till det gemensamma arbetet.

Även behovet av ett gemensamt språk lyfts av flera intervjupersoner, det vill säga att begrepp och syften behöver förtydligas för att underlätta samsyn och effektiv samverkan mellan huvudmännen. Det är ett pågående arbete inom ramen för nätverket för Nära vård, men ännu inte fullt etablerat.

Sammantaget framkommer att NSV har en viktig roll i att skapa samverkansstrukturer, men att flera praktiska utmaningar kvarstår i genomförandet. Det finns begränsad struktur för att systematiskt samla in och analysera återkoppling från verksamheterna om vad som fungerar och vad som brister. Därmed saknas också en mekanism för lärande och förbättring inom det gemensamma arbetet.

3. Svar på granskningens syfte och rekommendationer

Vår samlade bedömning är att NSV till viss del bedriver ett ändamålsenligt och effektivt arbete för att stödja omställningen till Nära vård.

Granskningen visar att det finns en politiskt beslutad målbild och att samverkan mellan regionen och kommunerna sker inom ramen för etablerade strukturer. Det länsgemensamma nätverket för Nära vård beskrivs som en viktig arena för erfarenhetsutbyte, dialog och gemensamt lärande. Nätverket har bidragit till bättre kontaktvägar, ökad förståelse för huvudmännens olika förutsättningar samt vissa förbättringar i samverkan kring t.ex. utskrivning, SIP och äldreomsorg. NSV:s stöd har därmed skapat organisatoriska förutsättningar för samverkan och samsyn.

Samtidigt saknas en konkret strategi eller handlingsplan som operationaliserar målbilden. Det finns inga uppföljningsbara mål eller indikatorer som visar om insatserna leder till önskat resultat. I praktiken har Länsstyrgruppen (LSG), som är ett tjänstemannanätverk, fått en central roll i att tolka målbilden, formulera prioriteringar och leda arbetet. Detta har medfört att viktiga vägval görs utan nämndens inblandning. Det saknas också strukturer för att samla in behov från verksamheterna eller för att återföra lärdomar till den politiska styrningen. Flera intervjupersoner efterfrågar tydligare styrsignaler, bättre förankring och mer proaktivitet från nämndens sida.



Inom området uppföljning och resultat visar granskningen att det saknas en sammanhållen modell för att följa upp arbetet med Nära vård. Återrapporteringen består i stor utsträckning av beskrivningar av genomförda aktiviteter, snarare än analyser av effekter eller måluppfyllelse. Det finns inga fastställda indikatorer kopplade till målet, och indikatorer som kommunerna och regionen redan rapporterar till nationella aktörer används inte i NSV:s styrning. Följeforskningen som drivs inom ramen för FoU i Sörmland är ett värdefullt bidrag, men resultaten används inte systematiskt som ett verktyg i nämndens uppföljning. Det saknas också särskild budgetpost eller struktur för att följa upp resursanvändningen kopplat till Nära vård.

Granskningen visar vidare att NSV inte i tillräcklig grad har agerat proaktivt gentemot andra politiska organ i regionen, såsom regionstyrelsen. Det finns inte någon tydlig regionövergripande plan eller agenda för hur omställningen till Nära vård ska genomföras inom regionens egna verksamheter, vilket försvårar en samlad utveckling.

Rekommendationer

Mot ovan rekommenderar vi nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård att:

- konkretisera målbilden och därigenom ge tydligare styrsignaler om förväntningar och önskat resultat,
- ta fram indikatorer kopplade till målet för att säkerställa att det pågående arbetet bidrar till faktisk måluppfyllelse,
- inta en mer proaktiv roll gentemot regionstyrelsen för att stödja dess ansvar att leda arbetet med Nära vård på en regionövergripande nivå,
- säkerställa att det finns strukturer för att samla in och analysera behov från regionens verksamheter och kommunerna, samt
- tydliggöra roller och ansvar mellan NSV och Länsstyrgruppen i det strategiska och operativa arbetet med Nära vård.

Sammanfattning av svaren på revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Styrning och strategiskt stöd för insatser		
Har NSV en tydlig strategi eller handlingsplan för att stödja både kommunerna och regionen i omställningen till Nära vård?	Till stor del	Det finns en målbild och en färdplan, men dessa är inte konkretiserade i en styrande handlingsplan. LSG har i praktiken tagit ledarrollen, vilket innebär att den strategiska styrningen förskjutits från NSV till LSG.
Är NSV:s arbete med att samordna initiativ och insatser mellan regionens verksamheter och kommunernas socialtjänst effektivt för att nå målbilden?	Till stor del	Arbetet med nätverket för Nära vård upplevs som meningsfullt och har underlättat samverkan, men det saknas strukturer för att analysera vilka initiativ som ger störst effekt.
Säkerställer NSV att både kommunernas och regionens behov och förutsättningar beaktas i den övergripande planeringen för Nära vård?	Till viss del	Det finns ingen struktur inom regionen för att samla in behov kopplade till omställningen. Primärvården upplever sig som utförare snarare än en aktör i planeringen.



		Kommunerna har olika förutsättningar, vilket inte fångas upp på ett strukturerat sätt.
Konkreta insatser och stöd till kommunerna och regionen		
Vilka stödinsatser har NSV erbjudit kommunerna och regionen (exempelvis utbildningar, metodstöd, nätverk eller resurser)?	-	NSV:s främsta stödinsats är det länsgemensamma nätverket, som har skapat nya kontaktvägar och ökad förståelse. Viss processledning har också erbjudits, men stödet upplevs som varierande.
Arbetar NSV på ett effektivt sätt med kunskapsöverföring och spridning av goda exempel till både kommunala och regionala verksamheter?	Till viss del	Kunskapsöverföring sker framför allt genom nätverket, men det saknas en struktur för att systematiskt samla in, dokumentera och sprida goda exempel. Arbetet är personberoende.
Har NSV tagit initiativ till samverkan mellan kommunerna för att underlätta omställningen till Nära vård?	Till stor del	Det länsgemensamma nätverket är ett viktigt initiativ som möjliggjort erfarenhetsutbyte och gemensamma samtal. Det ses som ett konkret och uppskattat stöd av flera kommuner.
Uppföljning och resultat av insatser		
Finns det någon systematisk uppföljning av hur NSV:s stöd har påverkat kommunernas och regionens arbete med Nära vård?	Till viss del	Det finns beskrivningar av insatser i t.ex. delårsrapporten, men inga indikatorer kopplade till måluppfyllelse och ingen systematik i återföring av resultat till nämnden.
Mäter NSV effekten av sina insatser på ett relevant sätt?	Nej	Det saknas mätningar som visar effekter av insatserna. Uppföljningen är deskriptiv snarare än resultatorienterad, och målet är så brett formulerat att det försvårar effektmätning.
Finns det brister eller utmaningar i samverkan som kommunernas och/eller regionens verksamheter har påtalat, och hur hanteras dessa?	-	Flera utmaningar lyfts, såsom skillnader i kommunernas förutsättningar, primärvårdens begränsade delaktighet och svårigheter att omsätta överenskommelser i praktiken. Det saknas struktur för att samla in och hantera dessa signaler.

Malmö den 5 november 2025

Teodora Heim

Qualitarium erbjuder kvalificerade tjänster inom revision, utvärdering, konsultation och rådgivning till offentliga och privata aktörer. Varje uppdrag utförs med högsta professionalitet och noggrannhet för att säkerställa kvalitet och värde för våra kunder.

Qualitarium AB är ett svenskt aktiebolag. För mer information om vårt företag och våra tjänster vänligen besök vår webbplats på qualitarium.se eller kontakta våra delägare:

Teodora Heim

Delägare

Specialist inom organisation, styrning och ledning av offentliga organisationer

E-post: teodora.heim@qualitarium.se

Telefon: 0733-976304

Mattias Holmetun

Delägare

Specialist inom ledning, styrning och samverkan

E-post: mattias.holmetun@qualitarium.se

Telefon: 0706-946091

Detta dokument har upprättats uteslutande för vår uppdragsgivares räkning. All information och alla slutsatser i dokumentet baseras på det underlag och de uppgifter som gjorts tillgängliga för Qualitarium, inklusive material från uppdragsgivaren eller den upphandlande myndigheten. Informationen får inte spridas eller användas av tredje part utan skriftligt medgivande från Qualitarium. Qualitarium tar inget ansvar gentemot tredje part för eventuella skador eller förluster som kan uppstå vid användning av dokumentets innehåll utan föregående samtycke.

Allt innehåll i dokumentet, inklusive text, grafik och layout, skyddas av upphovsrätt och tillhör Qualitarium AB om inget annat anges. Grafik som eventuellt förekommer i detta dokument är nedladdad från Pixabay.com och rättigheterna ägs av konstnären Jozef Mikulcik. Otillåten användning eller spridning av innehållet kan medföra rättsliga åtgärder. Dokumentet och dess innehåll ska hanteras konfidentiellt och får inte spridas utanför den aktuella upphandlingen eller uppdraget utan skriftligt godkännande från Qualitarium.

© 2025 Qualitarium AB. Alla rättigheter förbehållna.

Lekmannarevisorn i Gnesta Kommunkoncern AB

För kännedom
Fullmäktige i Gnesta kommun

Till årsstämman i
Gnesta Kommunkoncern AB
Org nr 556774-2308

Granskningsrapport för 2025

Jag, av fullmäktige i Gnesta kommun utsedd lekmannarevisor, har granskat bolagets verksamhet för 2025. Bolaget - ska i sin roll som moderbolag - arbeta för att samordna och skapa effektivisering inom bolagskoncernen.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorn ska granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån bolagsordning och av bolagsstämman fastställda ägardirektiv.

Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning. Detta har skett genom grundläggande granskning avseende måluppfyllelse samt styrning och intern kontroll.

Jag anser att de revisionsbevis jag inhämtat är tillräckliga som grund för mina uttalanden nedan. Utifrån genomförd granskning gör jag följande bedömningar avseende revisionsåret 2025:

Att bolagets verksamhet delvis har skötts på ett ändamålsenligt sätt. En brist är att varken moderbolag eller dotterbolag - i samband med årsbokslut - utfört en heltäckande uppföljning/utvärdering av verksamhetens måluppfyllelse för 2025.

Att bolagets verksamhet har bedrivits på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Att bolagets interna kontroll inom granskade områden delvis har varit tillräcklig under år 2025. Utvecklingsområden har noterats i granskningen.

Gnesta, datum den dag som framgår av min elektroniska signatur

Viola Olander

Lekmannarevisor

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-12 15:50:14 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander

Viola Olander

Lekmannarevisor

Leveranskanal: E-post

Lekmannarevisor i Gnestahem AB

För kännedom
Fullmäktige i Gnesta kommun

Till årsstämman i
Gnestahem AB
Org nr 556559-6268

Granskningsrapport för 2025

Jag, av fullmäktige i Gnesta kommun utsedd lekmannarevisor, har granskat Gnestahem AB:s verksamhet för 2025. Granskningen har utförts av sakkunniga som biträder mig i rollen som lekmannarevisor.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorn ska granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån bolagsordning och av bolagsstämman fastställda ägardirektiv.

Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning. Detta har skett genom grundläggande granskning avseende måluppfyllelse samt styrning och intern kontroll.

Jag anser att de revisionsbevis jag inhämtat är tillräckliga som grund för mina uttalanden nedan. Utifrån genomförd granskning gör jag följande bedömningar avseende revisionsåret 2025:

Att bolagets verksamhet sammantaget har skötts på ett ändamålsenligt sätt. Majoriteten av målen i bolagets verksamhetsplan bedöms som klara.

Att bolagets verksamhet i allt väsentligt har bedrivits på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Redovisat resultat 2025 är positivt och soliditetsmål i ägardirektiv nås. Trots det positiva resultatet når bolaget inte fastställt mål för avkastning.

Att bolagets interna kontroll inom granskade områden i huvudsak har varit tillräcklig under året 2025.

Gnesta, datum den dag som framgår av min elektroniska signatur

Viola Olander

Lekmannarevisor

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-12 15:48:36 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander

Viola Olander

Lekmannarevisor

Leveranskanal: E-post

Lekmannarevisorn i Gnesta Förvaltnings AB

För kännedom
Fullmäktige i Gnesta kommun

Till årsstämman i
Gnesta Förvaltnings AB
Org nr 556633-9221

Granskningsrapport för 2025

Jag, av fullmäktige i Gnesta kommun utsedd lekmannarevisor, har granskat Gnesta Förvaltnings AB:s verksamhet för 2025. Granskningen har utförts av sakkunniga som biträder mig i rollen som lekmannarevisor.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorn ska granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån bolagsordning och av bolagsstämman fastställda ägardirektiv.

Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning. Detta har skett genom grundläggande granskning avseende måluppfyllelse samt styrning och intern kontroll.

Jag anser att de revisionsbevis jag inhämtat är tillräckliga som grund för mina uttalanden nedan. Utifrån genomförd granskning gör jag följande bedömningar avseende revisionsåret 2025:

Att bolagets verksamhet sammantaget har skötts på ett ändamålsenligt sätt. Majoriteten av målen i bolagets verksamhetsplan bedöms som klara.

Att bolagets verksamhet har bedrivits på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Redovisat resultat 2025 är positivt och förenligt med mål i såväl ägardirektiv som bolagets verksamhetsplan.

Att bolagets interna kontroll inom granskade områden i huvudsak har varit tillräcklig under året 2025.

Gnesta, datum den dag som framgår av min elektroniska signatur

Viola Olander

Lekmannarevisor

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-12 15:46:58 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander

Viola Olander

Lekmannarevisor

Leveranskanal: E-post

Lekmannarevisorn i Gnesta Centrumfastigheter AB

För kännedom
Fullmäktige i Gnesta kommun

Till årsstämman i
Gnesta Centrumfastigheter AB
Org nr 556859-2843

Granskningsrapport för 2025

Jag, av fullmäktige i Gnesta kommun utsedd lekmannarevisor, har granskat Gnesta Centrumfastigheter AB:s verksamhet för 2025. Granskningen har utförts av sakkunniga som biträder mig i rollen som lekmannarevisor.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorn ska granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån bolagsordning och av bolagsstämman fastställda ägardirektiv.

Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning. Detta har skett genom grundläggande granskning avseende måluppfyllelse samt styrning och intern kontroll.

Jag anser att de revisionsbevis jag inhämtat är tillräckliga som grund för mina uttalanden nedan. Utifrån genomförd granskning gör jag följande bedömningar avseende revisionsåret 2025:

Att bolagets verksamhet sammantaget i allt väsentligt har skötts på ett ändamålsenligt sätt. Bolagets arbete med att utveckla Gnesta Centrum fortskrider.

Att bolagets verksamhet delvis har bedrivits på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bolaget redovisar vid flera tillfällen ett resultat sämre än budget samt att bolagets likviditet är ansträngd. Avkastningsmålet i ägardirektiv nås inte.

Att bolagets interna kontroll inom granskade områden delvis har varit tillräcklig under året 2025.

Gnesta, datum den dag som framgår av min elektroniska signatur

Viola Olander

Lekmannarevisor

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-12 15:44:16 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander

Viola Olander

Lekmannarevisor

Leveranskanal: E-post

Lekmannarevisorn i Gnesta Heureka 32:8 AB

För kännedom
Fullmäktige i Gnesta kommun

Till årsstämman i
Gnesta Heureka 32:8 AB
Org nr 5590500301

Granskningsrapport för 2025

Jag, av fullmäktige i Gnesta kommun utsedd lekmannarevisor, har granskat Gnesta Heureka 32:8 AB:s verksamhet för 2025. Granskningen har utförts av sakkunniga som biträder mig i rollen som lekmannarevisor.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorn ska granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån bolagsordning och av bolagsstämman fastställda ägardirektiv.

Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning. Detta har skett genom grundläggande granskning avseende måluppfyllelse samt styrning och intern kontroll.

Jag anser att de revisionsbevis jag inhämtat är tillräckliga som grund för mina uttalanden nedan. Utifrån genomförd granskning gör jag följande bedömningar avseende revisionsåret 2025:

Att bolagets verksamhet sammantaget har skötts på ett ändamålsenligt sätt.

Att bolagets verksamhet delvis har bedrivits på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Årets resultat är negativt och avkastningsmål i ägardirektiv nås inte. Trots det negativa resultat når bolaget alltså fastställt mål för soliditet.

Att bolagets interna kontroll inom granskade områden i huvudsak har varit tillräcklig under året 2025.

Gnesta, datum den dag som framgår av min elektroniska signatur

Viola Olander

Lekmannarevisor

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

<i>Signerat med Svenskt BankID</i>	<i>2026-04-12 15:41:30 UTC</i>
Undertecknare	Datum
Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander	
Viola Olander	
Lekmannarevisor	
	Leveranskanal: E-post

Revisorernas redogörelse för år 2025

Syfte

Syftet med revisorernas redogörelse är att på ett överskådligt sätt redovisa genomförda granskningsinsatser under året och att följa upp revisionsplanen. Revisorernas redogörelse är ett komplement till revisionsberättelsen.

Den förtroendevalda revisorns uppdrag

Den förtroendevalda revisorns uppdrag regleras i kommunallagens 12 kap. I uppdraget ingår att årligen granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas ansvarsområden i den utsträckning som följer av *God revisionssed*.

Revisorerna har att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om nämndernas och styrelsens interna kontroll är tillräcklig.

Revisorernas uppdrag i kommunala bolag och stiftelser är i stort sett detsamma men den främsta skillnaden är att en lekmannarevisor inte granskar räkenskaperna. Det uppdraget har en auktoriserad revisor. Uppdraget att granska bolagets interna kontroll har såväl lekmannarevisorerna som auktoriserad revisor.

Förtroendevalda revisorer och sakkunniga

Förtroendevalda revisorer för 2025 har varit:

- Viola Olander (ordförande)
- Adam Adobati (vice ordförande)¹
- Kjell Bernhardsson (vice ordförande)²
- Alexandra Hjortswang
- Sten Hovmark
- Charlotta Rosenquist

Revisorerna i kommuner och regioner ska, med stöd av sakkunniga, granska och pröva den kommunala verksamheten, enligt kommunallagen och *god revisionssed*. Vi har anlitat PwC som sakkunnigt biträde under år 2025.

Revisionsinsatser år 2025

Revisionens anslag

För år 2025 var revisionens totala anslag 901 tkr och utfallet blev detsamma.

¹ Från och med 2025-08-25.

² Till och med 2025-08-25.

Koppling till riskanalys

En viktig och grundläggande del i revisionsprocessen är planeringen av årets revisionsinsatser. En utgångspunkt för revisionsplaneringen är bedömning av väsentlighet och risk inom verksamheterna. Revisionsarbetet skall inriktas mot sådana områden där det kan finnas risk för att väsentliga fel uppstår som kan påverka verksamhetens inriktning, förvaltning och redovisning.

Revisorerna har genomfört en väsentlighets- och riskanalys till grund för revisionsplaneringen. 2025 års revisionsinsatser bygger på en dokumenterad riskanalys.

Kommunens verksamhet har utöver nämnda granskningar följts kontinuerligt genom granskning av protokoll och andra handlingar från kommunstyrelsen och nämnderna. Träff har under verksamhetsåret ägt rum med representanter från kommunstyrelsen och samtliga nämnder vid två tillfällen vardera.

Revisorerna har under år 2025 genomfört nedanstående granskningar.

Grundläggande granskning av styrelsens och nämndernas ansvarsutövande 2025 Fördjupad granskning avseende arbetet med intern kontroll
Årsredovisning
Granskning av årsredovisning 2025 – sakkunniges yttrande
Granskning av god ekonomisk hushållning och balanskrav, årsredovisning 2025
Delårsrapport
Granskning av delårsrapport 2025 – sakkunniges yttrande
Granskning av god ekonomisk hushållning och balanskrav, delårsrapport 2025

Nedan lämnas en redogörelse för dessa granskningar.

Redovisning av Årlig granskning

Grundläggande granskning

PwC har på uppdrag av oss förtroendevalda revisorer genomfört en Grundläggande granskning av kommunstyrelse och nämnder.

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om den verksamhet som bedrivs av kommunstyrelsen och nämnderna sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Granskningen har omfattat följande områden:

- Styrning, kontroll och åtgärder
- Måluppfyllelse för verksamheten
- Måluppfyllelse för ekonomin

Den första punkten har utgjort underlag för att bedöma om den interna kontrollen varit tillräcklig medan de två andra punkterna – måluppfyllelsen avseende verksamhet och ekonomi – varit underlag för bedömning av om förvaltningen varit ändamålsenlig och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande.

Respektive granskningsområde bedöms med hjälp av signalsystem: grön (ja/uppfyllt), gult (delvis) och röd (nej/ej uppfyllt). Saknas tillräckliga revisionsbevis markeras detta med grå färg.

Nedan redovisas en sammanställning över granskningens resultat och gjorda bedömningar.

Granskningsområde	Ändamålsenlighet	Ekonomiskt tillfredsställande	Intern kontroll Styrning, kontroll och åtgärder
Kommunstyrelsen			
Barn- och utbildningsnämnden			
Samhällsbyggnadsnämnden			
Socialnämnden			
Valnämnden *			
Jävsnämnd **			

*) Grått = underlag för bedömning saknas.

**) Grått = Nämnden har inte haft några möten under 2025.

Se bilaga 3 Grundläggande granskning, för vidare läsning och fullständig bedömning.

För att utveckla verksamheten rekommenderas Kommunstyrelsen och samtliga nämnder att vidta tydliga åtgärder för att uppnå verksamhetens mål.

Vidare rekommenderas Barn- och utbildningsnämnden samt Samhällsbyggnadsnämnden att även ange målvärden för samtliga antagna indikatorer i syfte att underlätta/möjliggöra en adekvat utvärdering av måluppfyllelsen.

Barn- och utbildningsnämnden även fortsatt arbetar för en budget i balans.

Valnämnden rekommenderas redovisa hur fullmäktiges uppdrag fullgjorts i enlighet med fastställt reglemente. Jävsnämnd har under året inte haft några sammanträden.

Gemensamma nämnder och samverkan

Gemensam Växelnämnd för Trosa, Oxelösund och Gnesta

En grundläggande granskning av Växelnämnden har genomförts. Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna i Gnesta kommun ett underlag inför ansvarsprövning.

Värdkommun för nämnden är Trosa kommun som även har i ansvar att granska nämnden.

Då det historiskt visat sig att den tidplan som gäller för granskningen inte överensstämmer med den som gäller i Gnesta har revisionen i år genomfört en egen grundläggande granskning som grund för sin ansvarsprövning.

Granskningsområde	Ändamålsenlighet	Ekonomiskt tillfredsställande	Intern kontroll
<i>Gemensam Växelnämnd</i>			

Nämnden rekommenderas säkerställa att återrapportering sker i enlighet med fastställt reglemente.

Lönenämnd Sörmland (gemensam med Katrineholms kommun)

En grundläggande granskning av nämnden har genomförts. Syftet med granskningen har varit att ge Gnesta kommuns revisorer ett underlag inför nämndens ansvarsprövning. Granskning har genomförts av PwC, sakkunnigt biträde.

Granskningsområde	Ändamålsenlighet	Ekonomiskt tillfredsställande	Intern kontroll
<i>Lönenämnden</i>			

Nämnden rekommenderas att säkerställa att budget beslutas/fastställs. Vidare rekommenderas nämnden utveckla den utvärdering som görs så att den blir tydlig och systematisk. Därtill bör nämnden fastställa en sammanträdesplan samt tydliggöra när och hur avrapportering ska ske under året.

Gemensamma Överförmyndarnämnden för Flen, Gnesta och Vingåker

En grundläggande granskning av nämnden har genomförts. Syftet med granskningen har varit att ge Gnesta kommuns revisorer ett underlag inför nämndens ansvarsprövning. Granskning har genomförts av PwC, sakkunnigt biträde.

Granskningsområde	Ändamålsenlighet	Ekonomiskt tillfredsställande	Intern kontroll
<i>Överförmyndarnämnden</i>			

Granskningen föranleder ingen rekommendation.

Patientnämnden

Gemensam nämnd med Region Sörmland, Eskilstuna, Flen, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåkers kommuner.

En grundläggande granskning av nämnden har genomförts. Syftet med granskningen har varit att ge Gnesta kommuns revisorer ett underlag inför nämndens ansvarsprövning. Granskning har genomförts av PwC, sakkunnigt biträde.

Granskningsområde	Ändamålsenlighet	Ekonomiskt tillfredsställande	Intern kontroll
<i>Patientnämnden</i>			

Vid granskningen av den gemensamma patientnämnden har revisorerna biträtt av Region Sörmlands revisionskontor. Se bilaga 4.

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV)

Vid granskningen av den gemensamma samverkan har revisorerna biträtt av Region Sörmlands revisionskontor. Se bilaga 5.

Granskning av delårsrapport och årsredovisning

Revisionen granskar och bedömer om räkenskaperna ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomiska ställning samt om delårsrapport och årsredovisning är upprättade i enlighet med Lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) och god redovisningssed i kommunal verksamhet. Granskningen utgår från riskanalysen.

Granskning av delårsrapport 2025-08-31

Vår bedömning baserades på en översiktlig granskning av delårsrapporten. Det innebär att granskningen har varit begränsad i omfattning, inriktad på övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen. Vårt uttalande har överlämnats till Kommunfullmäktige.

Granskning av Årsredovisning 2025

Vårt sakkunniga biträde har granskat kommunens årsboks slut och årsredovisning enligt standard för kommunal räkenskapsrevision. Sakkunniga bitrådets yttrande avseende årsredovisningen, vilken bifogas revisionsberättelsen, är upprättat med en avvikande mening avseende balansräkningen och en bokföringsmässig felaktig hantering av finansiell leasing. Se bilaga 1 för sakkunniges yttrande.

Mål för god ekonomisk hushållning och balanskrav

Syftet med PwC:s granskning är att ge oss revisorer underlag för vår skriftliga bedömning om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat. Nedan redovisas en sammanfattning av resultatet av granskningen av god ekonomisk hushållning.

Granskning har skett, av utfallet avseende fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning, i en särskild rapport som bifogas revisionsberättelsen, se bilaga 2. I nuvarande riktlinje för god ekonomisk hushållning omfattar dessa ett finansiellt perspektiv, men ingen koppling till verksamhetsmässiga mål. Här granskas därför de mål som fullmäktige fastställt för verksamhet och ekonomi.

Resultatet bedöms, utifrån återrapporteringen i årsredovisningen, som delvis förenligt med de finansiella och delvis förenligt med de verksamhetsmässiga målen som fullmäktige fastställt. Det görs dock ingen koppling till god ekonomisk hushållning för verksamhetsmålen.

Årets resultat är positivt och uppgår till 22,7 mnkr, vilket innebär en avvikelse om -3,2 mnkr jämfört med budget. Balanskravsresultatet är även det positivt och uppgår till 27,3 mnkr efter justering för orealiserade förluster i värdepapper med 4,5 mnkr.

Kommunen lever upp till kommunallagens krav på ekonomi i balans. Kommunen har inga negativa balanskravsresultat från tidigare år att återställa.

Fördjupad granskning

Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen visar på stora risker och där revisionen och lekmannarevisionen bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig. Under året har en fördjupad granskning av kommunstyrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll genomförts inom ramen för den grundläggande granskningen.

Arbetet med intern kontroll

Efter genomförd granskning konstateras följande:

I kommunens ekonomistyrningsregler finns ett särskilt avsnitt rörande intern kontroll. Av detta framgår att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen inom hela kommunen. Det framgår även att fullmäktiges reglemente för internkontroll fungerar som utgångspunkt för hela den kommunala koncernen.

Kommunstyrelsen har två huvudsakliga roller i arbetet med intern kontroll, vilka är att driva det koncernövergripande internkontrollarbetet samt att följa upp den interna kontrollen inom den kommunala koncernen. *I dokumentet anges dock inte när eller på vilket sätt denna uppföljning ska ske.*

Som framgår ovan hänvisas i ekonomistyrningsreglerna till ett reglemente för intern kontroll. Vid genomförandet av granskningen har vi erfarit att ett sådant reglemente saknas för granskningsperioden. *Vi noterar dock att kommunstyrelsen den 2026-02-03 § 9 har föreslagit kommunfullmäktige att anta ett reglemente för internkontroll.*

Granskningen visar vidare att beslut om internkontrollplan har fattats styrelse respektive nämnd och uppföljning redovisats för kommunstyrelsen samt barn- och utbildningsnämnden och socialnämnden. Vad gäller samhällsbyggnadsnämnden saknas spårbarhet till att nämnden arbetat med riskanalyser eller internkontrollplan avseende år 2025 eller inför kommande år (2026).

Lekmannarevision - granskning av bolag

Lekmannarevisorerna har uttalat sig i en granskningsrapport om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt sätt, om verksamheten sköts på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Dialog/kommunikation

Under året har revisionen haft 9 sammanträden. Revisorerna har under året deltagit vid fullmäktiges sammanträden och informerat om revisionens arbete och resultat i granskningar.

Kommunstyrelsens presidium och nämndernas presidium har inbjudits vid två tillfällen under året. Vid träffarna, som dokumenterats i minnesanteckningar, har frågor rörande ekonomi, måluppfyllelse, verksamhetsuppföljning, internkontroll, nämndspecifika aktuella frågor, framtid och utveckling diskuterats.

Lekmannarevisorernas ordförande har under året haft ett sammanträde med företrädare för styrelse och ledning i kommunens bolag.

Fortbildning

Revisionsgruppen har under året deltagit i utbildningar/konferenser kopplade till uppdraget som förtroendevald revisor och har även löpande under året tagit del av PwC:s omvärldsbevakning som diskuterats vid varje sammanträde. Denna kunskap utgör en viktig del i den riskanalys som ligger till grund för revisionsplaneringen och granskningsinsatser.

Revisionen i Gnesta kommun

Gnesta, datum enligt vår digitala signatur

Viola Olander

Adam Adobati

Alexandra Hjortswang

Sten Hovmark

Charlotta Rosenquist

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:35:43 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander

Viola Olander

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 16:06:05 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: ADAM ADOBATI

Adam Adobati

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:35:24 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: ALEXANDRA HJORTSWANG

Alexandra Hjortswang

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:37:47 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: STEN HOVMARK

Sten Hovmark

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:23:34 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: CHARLOTTA ROSENQUIST

Charlotta Rosenquist
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: SMS

Till Kommunfullmäktige i
Gnesta kommun

Org.nr. 212000–2965

Revisionsberättelse 2025

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat den verksamhet som bedrivits i styrelsen, nämnder och gemensamma nämnder samt genom utsedd lekmannarevisor den verksamhet som bedrivits i kommunens bolag. Granskningen har utförts av sakkunniga från PwC som biträtt oss revisorer.

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

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits i enlighet med fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och kommunens revisionsreglemente. Granskningen har haft den omfattning och inriktning samt givit det resultat som redovisas i bilagan "Revisorernas redogörelse för år 2025".

Vi bedömer sammantaget att styrelsen och nämnderna, i huvudsak, har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Avvikelse finns avseende måluppfyllelse av fullmäktiges mål som framgår av vår redogörelse.

Vi bedömer sammantaget att styrelse och nämnder, i huvudsak, bedrivit sin verksamhet på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt. Barn- och utbildningsnämnden redovisar dock avvikelse från fullmäktiges fastställda driftbudget.

Vi bedömer att räkenskaperna, inte i alla delar, är rättvisande. Noterade brister framgår av sakkunnigt biträdes yttrande avseende årsredovisningen.

Vi bedömer att styrelsens och nämndernas interna kontroll i allt väsentligt har varit tillräcklig. Viss avvikelse finns som framgår av vår redogörelse.

Vi bedömer sammantaget att resultatet enligt årsredovisningen är delvis förenligt med de finansiella mål och de verksamhetsmål som fullmäktige beslutat.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelse och nämnder samt de enskilda ledamöterna i dessa organ.

Vi tillstyrker att fullmäktige, trots noterade brister, godkänner kommunens årsredovisning för 2025.

Gnesta, datum enligt vår digitala signatur

Viola Olander

Adam Adobati

Alexandra Hjortswang

Sten Hovmark

Charlotta Rosenquist

Till revisionsberättelsen hör bilagorna:

Revisorernas redogörelse för 2025

Sakkunniges yttrande över årsredovisning 2025 (1)

Revisionsrapport – God ekonomisk hushållning och balanskrav, årsredovisning 2025 (2)

Revisionsrapport – Grundläggande granskning styrelse och nämnder 2025 (3)

Sakkunnigas rapporter för de gemensamma nämnderna (nr 4–5):

- Gemensam Patientnämnd (4)
- Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (5)

Granskningsrapport från lekmannarevisor och revisionsberättelse (nr 6–10) i:

- Gnesta Kommunkoncern AB
- Gnestahem AB
- Gnesta Förvaltnings AB
- Gnesta Centrumfastigheter AB
- Heureka Gnesta 32:8 AB

Deltagare

ÖHRLINGS PRICEWATERHOUSECOOPERS AB 556029-6740 Sverige

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:37:16 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: Viola Olander

Viola Olander

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 16:07:14 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: ADAM ADOBATI

Adam Adobati

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:34:48 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: ALEXANDRA HJORTSWANG

Alexandra Hjortswang

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

GNESTA KOMMUN 212000-2965 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:36:25 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: STEN HOVMARK

Sten Hovmark

Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

Signerat med Svenskt BankID

2026-04-13 15:24:25 UTC

Undertecknare

Datum

Namn returnerat från Svenskt BankID: CHARLOTTA ROSENQUIST

Charlotta Rosenquist
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: SMS