

Kallelse

Ledamöterna i kommunstyrelsen kallas till sammanträde.

Ersättarna underrättas om sammanträdet.

Tid: 2026-06-15, kl. 10:05

Plats: Sammanträdesrum Kerimäki, kommunhuset Storfors

Ärenden	Dnr	Paragraf	Tjänsteperson
OBS! Före sammanträdet behandlas ett individärende, se separat kallelse. Kommunstyrelsen behandlar individärenden bakom stängda dörrar till följd av sekretess.			
1 Upprop			
2 Val av protokollsjusterare samt bestämmande av justeringens tid och plats			
3 Fastställelse av föredragningslistan			
4 Inackorderingstillägg och resebidrag 2026-2027	KS/2026:39		Skolchefen
5 Svar på revisionsrapport: Grundläggande granskning 2025	KS/2026:347		Kommunchefen
6 Svar på revisionsrapport: Granskning av bokslut och årsredovisning Storfors kommun 2025	KS/2026:348		Kommunchefen



Ärenden	Dnr	Paragraf	Tjänsteperson
7 Svar på revisionsrapport: Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård - Region Värmland och varmländska kommuner	KS/2025:574		Socialchefen
8 Riktlinje för hantering av kommun- och regiongemensamma dokument	KS/2026:316		Socialchefen
9 Preliminär budget för hjälpmedelsnämnden 2027	KS/2026:313		Socialchefen
10 Budget för överförmyndarnämnden 2027	KS/2026:287		
11 Budget för administrativa nämnden 2027	KS/2026:270		
12 Budget för drifts- och servicenämnden 2027	<i>Ärendet kompletteras</i>		
13 Genomgång kalkylblad budget	KS/2026:74		

Ingmar Olsson
Ordförande



Handläggare:

Annelie Izindre
Skolchef

Inackordering och resebidrag

Diarienummer: KS/2026:39

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Förslag till beslut

Kommunstyrelsens beslut:

- 1) Fastställa inackorderingstillägg och resebidrag i enlighet med redovisat förslag
- 2) Beslutet ersätter kommunstyrelsens beslut 2026-05-25 § 87

Beskrivning av ärendet

Fler kommuner i Värmland som bedriver gymnasieutbildning har elever som kommer från olika kommuner, både inom och utom länet. Ersättningar som elever får för inackordering, reseersättning varierar från kommun till kommun vilket leder till olika förutsättningar för eleverna. Ett gemensamt arbete mellan värmlandskommunerna har gjorts för att skapa en mer likartad ersättningsnivå. Vissa olikheter kvarstår, till exempel gällande reseersättning då länets kommuner har olika förutsättningar geografiskt.

Skollagen 15 kap 32 § anger bestämmelser vad som gäller kring inackorderingstillägg för kommunala gymnasieskolor och den lägsta nivån för inackordering är 1/30 av prisbasbeloppet. Alla kommuner i Värmland har ställt sig bakom nivåerna för inackordering, matersättning och milersättning. Ersättning för resor som inte kan lösas med buss eller tåg kommer att variera något utifrån kommunernas skillnad i geografi och möjlighet till kollektivtrafik.

Förslag på inackorderingstillägg från 2026

Avstånd i kilometer	Kronor per månad
0-224	Prisbasbelopp/30
225-599	Prisbasbelopp/30*1,2
600-	Prisbasbelopp/30*1,4

Storfors kommun ger inte ersättning för anslutningstrafik. Anmodas söka resebidrag.

För elever som inte kan åka buss eller tåg:

Avstånd i kilometer	Kronor/månad
Över 6	0.9 % av prisbasbelopp
Över 13	1,2% av prisbasbelopp
Över 19	1,5% av prisbasbelopp
Över 27	1.8% av prisbasbelopp
Över 36	2,1% av prisbasbelopp
Över 47	2,4% av prisbasbelopp



Mål och uppdrag

Förbättrad kompetensförsörjning

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Rymts inom befintlig budget.

Barnrättskonsekvenser

Barnets bästa har beaktats i ärendet.

Beslutsunderlag

- Tjut, Inackordering och reseersättning

Beslutet ska skickas till

- Ekonom för verksamhet skola
- Administratör för vuxenutbildningen
- Skolchef
- Rektor för Bjurtjärns skola och vuxenutbildningen
- Rektor för Vargbroskolan
- Rektor för Kroppaskolan, förskolorna och Familjecentralen



Dnr KS/2026:39

§ 87 Inackorderingstillägg och resebidrag 2026-2027

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsen beslutar att anta inackorderingstillägg och resebidrag.

Beskrivning av ärendet

Fler kommuner i Värmland som bedriver gymnasieutbildning har elever som kommer från olika kommuner, både inom och utom länet. Ersättningar som elever får för inackordering, reseersättning varierar från kommun till kommun vilket leder till olika förutsättningar för eleverna. Ett gemensamt arbete mellan värmlandskommunerna har gjorts för att skapa en mer likartad ersättningsnivå. Vissa olikheter kvarstår, till exempel gällande reseersättning då länets kommuner har olika förutsättningar geografiskt.

Skollagen 15 kap 32 § anger bestämmelser vad som gäller kring inackorderingstillägg för kommunala gymnasieskolor och den lägsta nivån för inackordering är 1/30 av prisbasbeloppet. Alla kommuner i Värmland har ställt sig bakom nivåerna för inackordering, matersättning och milersättning. Ersättning för resor som inte kan lösas med buss eller tåg kommer att variera något utifrån kommunernas skillnad i geografi och möjlighet till kollektivtrafik.

Förslag på inackorderingstillägg från 2026:

Avstånd i kilometer

0-224

225-599

600-

Kronor per månad

Prisbasbelopp/30

Prisbasbelopp/30*1,2

Prisbasbelopp/30*1,4

Storfors kommun ger inte ersättning för anslutningstrafik. Anmodas söka resebidrag.

Förslag milersättning: Enligt skatteverkets rekommendationer.

Beslutsunderlag

- Arbetsutskottets beslut 2026-05-04 § 33
- Tjänsteutlåtande: Inackordering och reseersättning



Beslutet skickas till

- Ekonom för verksamhet skola
- Administratör för vuxenutbildningen
- Skolchef
- Rektor för Bjurtjärns skola och vuxenutbildningen
- Rektor för Vargbroskolan
- Rektor för Kroppaskolan, förskolorna och Familjecentralen



Handläggare:

Johan Rosqvist
Kommunchef

Yttrande avseende revisorernas grundläggande granskning 2025

Diarienummer: KS/2026:347

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Förslag till beslut

Kommunstyrelsens beslut:

Besvara kommunrevisionen enligt bilaga - Yttrande avseende revisorernas grundläggande granskning 2025

Beskrivning av ärendet

Storfors kommunrevision har med stöd av Azets Revision & Rådgivning genomfört en grundläggande granskning av kommunstyrelsen avseende verksamhetsår 2025.

Revisionens samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Revisionen har mot bakgrund av den aktuella granskningen rekommenderat kommunstyrelsen att:

- säkerställa att det finns tillförlitliga indikatorer och data för att kunna bedöma måluppfyllelse samt att målen följs upp under året för att vid behov vidta åtgärder vid avvikelser.
- säkerställa att internkontrollplanen följs upp systematiskt och vid flera tillfällen under året.
- säkerställa att uppsiktsplikten följs genom att följa nämnders och bolags verksamheter och mål under året.

Med anledning av den genomförda granskningen önskar revisorerna kommunstyrelsens yttrande över rapporten, innehållande planerade åtgärder och tidsplan för dessa.

Framtaget förslag på yttrande återfinns i bilaga.

Beslutsunderlag

- Tjut - Yttrande avseende revisorernas grundläggande granskning 2025 dat 2026-06-08
- Yttrande avseende revisorernas grundläggande granskning 2025 dat 2026-06-08
- Revisorernas grundläggande granskning dat 2026-03-27

Beslutet skickas till

- Kommunrevisionen
- Kommunchef
- Ekonomichef



Kommunrevisionen

Yttrande avseende revisorernas grundläggande granskning 2025

Kommunstyrelsen tackar för de av kommunrevision lämnade rekommendationerna och bedömer övergripande att de är såväl väl underbyggda som rimliga att prioritera och lyfta fram för ett vidare utvecklingsarbete.

Kommunstyrelsen listar här nedan sina yttrande per rekommenderad punkt:

Rekommendation - säkerställa att det finns tillförlitliga indikatorer och data för att kunna bedöma måluppfyllelse samt att målen följs upp under året för att vid behov vidta åtgärder vid avvikelser

De två övergripande verksamhetsmål som finns i kommunen, inkluderat de 6 delmålen, följs upp enligt den framarbetade rutinen som finns för kommun. Det innebär att den Agenda 2030-uppföljning som finns i statistikverktyget Kolada utgör bas för måluppföljningen. Då 5 av de 6 delmålen i kommunen har sitt ursprung i de globala Agenda 2030-målen utgör indikatorerna i Koladas uppföljningsverktyg en kvalitativ och långsiktigt säkrad bild av hur kommunen utvecklas i linje med de antagna målen.

Kommunstyrelsen håller dock med om att det finns ett fortsatt utvecklingsarbete att göra avseende indikatorer. Detta då indikatorerna i Agenda 2030-uppföljningen tenderar att vara mer övergripande och på så sätt kan det ibland vara svårt att särskilja vad som är en händelseutveckling som uppstått på grund av kommunala beslut och vad är en utveckling av mer samhällsövergripande art. Av den anledningen avser kommunstyrelsen säkerställa att det arbetas fram fler indikatorer, till årsredovisning 2026, som har närmare koppling på de kommunala besluten, som ett komplement till nuvarande indikatorer. Ambitionen är även att dessa nya indikatorer ska kunna följas upp under året.

Rekommendation - säkerställa att internkontrollplanen följs upp systematiskt och vid flera tillfällen under året

Vissa justeringar är redan implementerade avseende kommunstyrelsens arbete med internkontrollpunkter, t ex har en tydlig komplettering gjorts avseende varje internkontrollpunkts ursprung samt koppling till tidigare års internkontrollarbete. I internkontrollpunkterna avseende 2026 återfinns även en mer tydlig inarbetning av de rekommendationer som lämnats i samband med revisionens granskningar under året. Kommunstyrelsens ambition är även att följa upp internkontrollpunkterna mer löpande under slutet av året.

Rekommendation - säkerställa att uppsiktsplikten följs genom att följa nämnders och bolags verksamheter och mål under året



Det finns i nuläget en bevakning inom kommunens kansli-funktion avseende gemensamma nämnder och bolag. Kommunstyrelsen avser att under andra halvåret 2026 utveckla denna bevakning till en tydligare uppföljning i linje med de riktlinjer avseende uppföljningsplikten som ska arbetas fram.

Johan Rosqvist
Kommunchef



Grundläggande granskning av styrelse 2025

Storfors kommun

2026-03-20

Helena Hansson, certifierad kommunal revisor
Matthew Matti, verksamhetsrevisor

Azets Revision och Rådgivning AB

Innehåll

1.	Sammanfattning och rekommendationer	3
2.	Inledning och bakgrund	6
3.	Metod, avgränsning och tidplan	11
4.	Styrande förutsättningar	14
5.	Resultat av granskningen	17



Sammanfattning och rekommendationer



1. Sammanfattning

Azets har av Storfors kommuns revisorer fått i uppdrag att göra en grundläggande granskning av kommunstyrelsen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om kommunstyrelsen har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Bedömningen grundar vi på att det saknas en systematisk och löpande uppföljning av verksamhetsmålen, då dessa inte redovisas i delårsrapport och inte kunnat utvärderas vid helår. Vidare saknas en löpande uppföljning av internkontrollplanen, vilket försvårar möjligheten att uppmärksamma eventuella brister och avvikelser.

Sammantaget bedömer vi att det finns brister i den samlade strukturen för styrning, uppföljning och kontroll, vilket påverkar styrelsens möjligheter att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet.

I följande avsnitt följer de rekommendationer som avlämnas i samband med granskningen.

1.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att;

- Säkerställ att det finns tillförlitliga indikatorer och data för att kunna bedöma måluppfyllelse samt att målen följs upp under året för att vid behov vidta åtgärder vid avvikelser.
- Säkerställ att internkontrollplanen följs upp systematiskt och vid flera tillfällen under året.
- Säkerställ att uppsiktsplikten följs genom att följa nämnders och bolags verksamheter och mål under året.

Inledning och bakgrund



2. Bakgrund

Revisorerna är kommunfullmäktiges organ för kontroll och ansvarsprövning av kommunstyrelsen. Revisionens arbete ska även ses som ett stöd till kommunstyrelsen.

Kommunallagen (2017:725) 12 kap, 1 §, ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområde. Verksamhetsområdena ska granskas i den omfattning som följer av God revisionssed. Revisorerna har till uppgift att pröva om:

- Verksamheten sköts på ett ändamålsenligt, och från ekonomisk synpunkt, tillfredställande sätt
- Räkenkaperna är rättvisande
- Den interna kontrollen är tillräcklig

Revisorernas årliga granskning består av tre delar; grundläggande granskning, fördjupad granskning samt granskning av delårs - och helårsbokslut.

Den grundläggande granskningen omfattar en översiktlig granskning av måluppfyllelse, styrning och intern kontroll. Granskningen baseras generellt sett på revisorernas riskanalys och omfattar kommunstyrelsen, och ger även underlag till uppdatering av riskanalysen under året. Enligt God revisionssed ska den grundläggande granskningen utgöra ett så pass omfattande underlag att den ger grund till bedömningar som revisorerna avlämnar i sin årliga revisionsberättelse.

Revisorerna genomför fördjupade granskningar som ett komplement till den grundläggande granskningen.



2.1 Syfte

Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om kommunstyrelsen har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

De bedömningar som avlämnas ska utgöra en grund för säkerställande att kommunstyrelsen lever upp till de mål och beslut som fullmäktige fastställt.

2.2 Revisionsfrågor

Verksamhetsstyrning och uppföljning

- Har styrelsen/nämnden säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och uppdrag?
- Följer styrelsen/ nämnden upp verksamhetens måluppfyllelse
- Uppnår styrelsen/nämnden målen för sin verksamhet?
- Vidtar styrelsen/ nämnden åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende måluppföljning under året?

Ekonomistyrning och uppföljning

- Har styrelsen/nämnden säkerställt att verksamheten bedrivs på ett ekonomiskt tillfredställande sätt?
- Följer styrelsen/ nämnden upp verksamhetens ekonomiska resultat under året?
- Bedriver styrelsen/nämnden verksamheten inom sina ekonomiska budgetramar?
- Vidtar styrelsen/ nämnden åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende ekonomiska resultat under året?

Intern kontroll

- Har styrelsen/nämnden skapat förutsättningar att bedriva sin interna kontroll på ett systematiskt och ändamålsenligt sätt under året?
- Följer styrelsen/ nämnden upp verksamhetens interna kontroll under året?
- Vidtar styrelsen/ nämnden åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende intern kontroll under året?



2.3 Revisionskriterier

Granskningen har utgått ifrån nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725)
- Kommunfullmäktiges beslut och uppdrag till kommunstyrelsen
- Styrelsens reglemente
- Reglemente för intern kontroll
- Tillämpbara interna regelverk, beslut och uppföljningar
- Internkontrollplan
- Verksamhetsplan 2024-2025



Metod, avgränsning och tidplan



3. Metod och avgränsning

Granskningen har följt en årlig process, varpå granskningen avser hela granskningsåret 2025. Granskningen omfattar såväl granskning som bedömning utifrån styr- och uppföljningsdokument.

Granskningen har omfattat kommunstyrelsen. Granskningen har ej omfattat tillväxt- och tillsynsnämnden, överförmyndarnämnden, hjälpmedelsnämnden, drifts- och servicenämnden samt administrativa nämnden med anledning av dessa nämnder lyder under andra kommuners fullmäktige.

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av underlag såsom budget, verksamhetsplaner, riktlinjer för intern kontroll och styrning, samt internkontrollplaner.
- Protokollsgranskning.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med Azets interna rutiner.



3.1 Bedömningskriterier

Respektive nämnds och styrelses verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och interna kontroll bedöms utifrån följande bedömningsnivåer. Respektive bedömningsnivå har en tillhörande symbol.

Bedömningsnivå	Bedömningssymbol
Ja	
I allt väsentligt	
Endast delvis	
Nej	

Styrande förutsättningar



4. Styrmodell

Storfors kommun antog 2017 visionen Vision 2030. Syftet med visionen är att ange en inriktning för hur Storfors kommun ska utvecklas, hur de får ett bra liv för boende och besökare, lönsamma affärer för näringslivet och hur de tar tillvara och utvecklar hela det geografiska området.

I visionen finns fyra värdegrunder som dels ska verka för att förbättra arbetsklimat och kultur samt dels vara en hjälp för kommunen att styra mot mål och vision på ett mer effektivt och framgångsrikt vis. De fyra värdegrunderna är trygghet, gemenskap, närhet och stolthet.

I budget 2025 framgår att målen för Storfors kommun är:

- Förbättrad folkhälsa
- Förbättrad kompetensförsörjning

De finansiella målen är:

- Årliga resultat, som andel av skatter och bidrag, ej understiger 2 %.
- Investeringar, som utöver de som taxefinansieras eller bedöms som strategiska, självfinansieras till 100 %.
- Soliditeten ska förbättras med 2 % per år exklusive pensionsförpliktelse.



4.1 Reglemente för intern kontroll

Storfors kommun har ett reglemente för intern kontroll, som antogs 2016-04-08 av fullmäktige. I reglementet beskrivs syftet med intern kontroll och beskrivningar av begrepp. Reglementet beskriver även ansvar på olika nivåer inom verksamheten.

I reglementet framgår även beslutad styrning och uppföljning av intern kontroll som beskrivs enligt följande:

- Kommunstyrelsen ska varje år anta en internkontrollplan för kommunen.
- Kommunens ledningsgrupp ansvarar för att ta fram ett förslag till internkontrollplan och ansvarar även för att uppföljning av internkontrollplanen genomförs.
- Uppföljningen rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.
- Utifrån uppföljningen ska kommunstyrelsen utvärdera internkontrollen och vidta åtgärder i de fall det behövs.



Resultat av granskningen



5. Resultat av granskningen

I detta avsnitt presenteras granskningens resultat. Resultatet baseras på de underlag som vi har mottagit under året samt protokollsgranskning.

Under granskningens gång har ett antal kontrollfrågor besvarats som också utgör en grund för vår bedömning.



5.1 Kommunstyrelsen



5.1.1 Verksamhetsstyrning

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Antagen verksamhetsplan 2025	Ja, 2024-11-18
Antal mål	3 finansiella och 2 verksamhetsmål, samma som KF
Har styrelsen brutit ner fullmäktiges mål?	Ja
Har styrelsen formulerat egna mål?	Ja, delmål
Styrelsen följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja, de finansiella
Vid avvikelser från måluppfyllelsen får styrelsen en analys av orsaker till avvikelserna	Ja, de finansiella
Styrelsen beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Ja, via delårsrapporterna
Styrelsens mål för verksamheten uppnås	Delvis de finansiella målen, verksamhetsmålen går ej att bedöma

Generella iakttagelser

Målen är följande:

- Årliga resultat, som andel av skatter och bidrag, ej understiger 2 %.
- Investeringar, som utöver de som taxefinansieras eller bedöms som strategiska, självfinansieras till 100 %.
- Soliditeten ska förbättras med 2 % per år exklusive pensionsförpliktelse
- Förbättrad folkhälsa
- Förbättrad kompetensförsörjning

I verksamhetsplanen för 2024-2025 bryts de två verksamhetsmålen ner i sex delmål. Verksamheterna har tagit fram aktiviteter relaterade till de olika delmålen.

Måluppfyllelse gällande de två verksamhetsmålen är svår att uttala sig om, då det inte finns någon beskrivning av måluppfyllelse i delårsrapporterna eller årsredovisningen.

I årsredovisningen framgår att två av tre finansiella mål för god ekonomisk hushållning är uppfyllda, medan ett mål inte uppnåtts. För de två verksamhetsmålen har ingen bedömning gjorts, då det föreligger en fördröjning i inrapportering och sammanställning av data till den nationella databasen Kolada. Av denna anledning saknas uppgifter för 2025, och en mer utförlig redovisning av måluppfyllelsen planeras senare under våren.

5.1.2 Ekonomistyrning

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-10-21
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja, framgår av protokoll
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Ja, via delårsrapport

Generella iakttagelser

Kommunen nyttjar den så kallade prislappsmodellen som är framtagen av SKR vilket gör att verksamheternas budget är baserad på genomsnittliga kostnader för liknande verksamheter i Sverige.

Av protokollsstudier framkommer att kommunstyrelsen fortlöpande får ekonomiska rapporter.

I årsredovisningen framgår en positiv budgetavvikelse på + 1547 tkr, en höjning från delårsrapportens prognos.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets resultat (efter finansiella poster)	- 1518 tkr	+ 1547 tkr

5.1.3 Intern kontroll

Intern kontroll	
Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, KS 2025-05-26
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej
Antal kontrollområden 2025	10
Antal kontrollområden inom område ekonomi/administration	4
Antal kontrollområden inom område verksamhet	6
Kommunövergripande kontrollområden är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Nej, ärendet utgick vid första KSAU 2026.
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Kan inte verifieras

Generella iakttagelser

I internkontrollplanen hanteras 17 risker som är fördelade på 10 kontrollområden. De risker som återfinns inom följande kontrollområden är:

- Inom ekonomi/administration: ekonomi, kansli, kommunledning samt kommundatal
- Inom verksamhet: hemsjukvård, grundskola/fritids, SÄGO, hemtjänst, HSL samt samhällsbyggnad och service

Internkontrollplanen anger metod för kontroller samt kontrollansvarig.

Uppföljning av internkontrollplan har vi inte kunnat ta emot vid tiden för denna granskning, då den inte har varit uppe hos KSAU ännu.

5.1.4 Kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt över verksamhet, ekonomi och intern kontroll	
Styrelsen följer upp att nämnderna fastställt mål och uppdrag i sina verksamheter	Nej
Kommunstyrelsen får regelbundet uppföljningar över nämndernas ekonomi i förhållande till budget	Nej
Kommunstyrelsen har följt upp om nämnderna beslutat om internkontrollplan	Nej
Kommunstyrelsen har följt upp om nämnderna genomfört uppföljning av internkontrollplan	Nej

Generella iakttagelser

Enligt kommunallagen är kommunstyrelsen skyldig att utöva en förstärkt uppsiktsplikt över kommunala bolag samt en allmän uppsiktsplikt som omfattar all annan kommunal verksamhet. Den allmänna uppsiktsplikten gäller även gemensamma nämnder, oavsett om kommunen är värdkommun eller inte. Dessa regler återfinns även i kommunstyrelsens reglemente.

Vi har granskat protokollen från kommunstyrelsen och kommunfullmäktige för perioden januari–september 2025, utan att hitta några spår av vare sig den förstärkta eller den allmänna uppsiktsplikten. Av intervjuerna framgår att kommunstyrelsen inte anser sig behöva utöva någon uppsiktsplikt eftersom kommunen saknar egna nämnder.

5.1.5 Bedömning per område

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är kommunstyrelsen endast delvis har haft en ändamålsenlig styrning och uppföljning av sin verksamhet under 2025. Bedömningen baseras på att verksamhetsmålen inte har följts upp under året.



Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att kommunstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning under verksamhetsår 2025. Granskningen visar att det ekonomiska utfallet har följts upp löpande under året och att styrelsen har fått analyser av orsaker till det ekonomiska utfallet.



Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att kommunstyrelsen endast delvis har haft en ändamålsenlig internkontroll och uppföljning. Vi konstaterar att styrelsen har antagit en internkontrollplan för 2025, men som inte har följts upp vid tid för granskningen.



Till: Kommunstyrelsen

För kännedom: Kommunfullmäktige

Revisorernas grundläggande granskning 2025

Revisorerna har med stöd av Azets Revision & Rådgivning genomfört en grundläggande granskning av kommunstyrelsen. Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om kommunstyrelsen har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Bedömningen grundar vi på att det saknas en systematisk och löpande uppföljning av verksamhetsmålen, då dessa inte redovisas i delårsrapport och inte kunnat utvärderas vid helår. Vidare saknas en löpande uppföljning av internkontrollplanen, vilket försvårar möjligheten att uppmärksamma eventuella brister och avvikelser.

Sammantaget bedömer vi att det finns brister i den samlade strukturen för styrning, uppföljning och kontroll, vilket påverkar styrelsens möjligheter att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- säkerställa att det finns tillförlitliga indikatorer och data för att kunna bedöma måluppfyllelse samt att målen följs upp under året för att vid behov vidta åtgärder vid avvikelser.
- säkerställa att internkontrollplanen följs upp systematiskt och vid flera tillfällen under året.
- säkerställa att uppsiktsplikten följs genom att följa nämnders och bolags verksamheter och mål under året.

Med anledning av genomförd granskning önskar revisorerna kommunstyrelsens yttrande över rapporten, innehållande planerade åtgärder och tidsplan för dessa.

Yttrandet ska vara revisionen tillhanda den **27 juni 2026**.

Storfors 2026-03-27

Torbjörn Johansson, ordförande kommunrevisionen

Bilagor:

Granskningsrapport avseende grundläggande granskning 2025

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

JAN ARNE TORBJÖRN JOHANSSON

Ordförande revisionen

Serienummer: a911ecadaf0943[...]6b601c60bc5bf

IP: 81.227.xxx.xxx

2026-03-31 19:37:11 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://eutl.penneo.com>.

Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra validerings verktyg för digitala signaturer.



Handläggare:

Johan Rosqvist
Kommunchef

Yttrande avseende revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025

Diarienummer: KS/2026:348

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Förslag till beslut

Kommunstyrelsens beslut:

Besvara kommunrevisionen enligt bilaga - Yttrande avseende revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025

Beskrivning av ärendet

Storfors kommuns revision har med stöd av Azets Revision & Rådgivning genomfört en granskning av årsbokslut och årsredovisning för räkenskapsåret 2025. Syftet med granskningarna har varit att bedöma om kommunens årsredovisning har upprättats i enlighet med kommunallag, lag om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommuner och regioner.

Revisionen har i granskningen redogjort för ett antal slutsatser, vilka mynnat ut i följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Säkerställa att räkenskaperna följer lag och god redovisningssed.
- Se över förvaltningsberättelsen i årsredovisningen för att säkerställa att struktur och innehåll följer RKR:s rekommendationer.
- Ta ett omtag när det gäller redovisning av noter. Nothänvisning ska enligt god sed ske på rätt rad i resultat- och balansräkning.
- Inkludera en drift-och investeringsredovisning i årsredovisningen, i enlighet med LKBR
- Se över rutinen för attestering/godkännande av manuella bokföringsordrar.
- Se över investeringsrutinen kopplad till materiella anläggningstillgångar.
- Utveckla indikatorer och nyckeltal för verksamhetsmålen så det går att spåra dess måluppfyllelse.
- Lämna en sammanfattande bedömning kring om god ekonomisk hushållning uppnås per 2025-12-31.

Med anledning av den genomförda granskningen önskar revisorerna kommunstyrelsens yttrande över rapporten.

Framtaget förslag på yttrande återfinns i bilaga.

Beslutsunderlag

- Tjut - Yttrande avseende revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025, dat 2026-06-08
- Yttrande avseende revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025, dat 2026-06-08



- Revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025, dat 2026-03-27

Beslutet skickas till

- Kommunrevisionen
- Kommunchef
- Ekonomichef



Kommunrevisionen

Yttrande avseende revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025

Kommunstyrelsen tackar för de av kommunrevision lämnade rekommendationerna och bedömer övergripande att de är såväl väl underbyggda som rimliga att prioritera och lyfta fram för ett vidare utvecklingsarbete.

Kommunstyrelsen listar här nedan sina yttrande per rekommenderad punkt:

Säkerställa att räkenskaperna följer lag och god redovisningssed

Kommunstyrelsen har detta som en självklar prioritet och arbetar aktivt för att säkerställa detta.

Se över förvaltningsberättelsen i årsredovisningen för att säkerställa att struktur och innehåll följer RKR:s rekommendationer

Kommunstyrelsen är tacksam för revisionens kommentarer då kommunstyrelsen ser att det är av högsta vikt att förvaltningsberättelsen är lättförståelig för kommuninvånarna. Ett utvecklingsarbete kommer utföras inför nästkommande årsredovisning.

Ta ett omtag när det gäller redovisning av noter. Nothänvisning ska enligt god sed ske på rätt rad i resultat- och balansräkning

Kommunstyrelsen tar till sig av synpunkten och kommer utföra ett utvecklingsarbete till nästkommande årsredovisning.

Inkludera en drift-och investeringsredovisning i årsredovisningen, i enlighet med LKBR

Kommunstyrelsen tar till sig av synpunkten och kommer utföra ett utvecklingsarbete till nästkommande årsredovisning.

Se över rutinen för attestering/godkännande av manuella bokföringsordrar

Kommunstyrelsen tar till sig av synpunkten och kommer utföra ett utvecklingsarbete till nästkommande årsredovisning.

Se över investeringsrutinen kopplad till materiella anläggningstillgångar

Kommunstyrelsen tar till sig av synpunkten och kommer utföra ett utvecklingsarbete till nästkommande årsredovisning.

Utveckla indikatorer och nyckeltal för verksamhetsmålen så det går att spåra dess målluppfyllelse

Kommunstyrelsen avser att arbeta fram fler indikatorer, till årsredovisning 2026, som har närmare koppling på de kommunala besluten, som ett komplement till nuvarande indikatorer. Ambitionen är även att dessa nya indikatorer ska kunna följas upp under året.



Lämna en sammanfattande bedömning kring om god ekonomisk hushållning uppnås per 2025-12-31

Två av de tre finansiella målen är uppfyllda och de bägge verksamhetsmålen är delvis uppfyllda. Den sammanfattande bedömningen från kommunstyrelsen är därmed att god ekonomisk hushållning är uppnådd. Kommunstyrelsen ser dock att ett kraftfullt arbete är nödvändigt framledes avseende såväl mål som medelsförvaltning då de övergripande trenderna ger vissa signaler på utmaningar kring såväl de ekonomiska ramarna som samhällstrenderna inom de aktuella områdena för verksamhetsmålen.

Johan Rosqvist
Kommunchef



Granskning av bokslut och årsredovisning 2025

Storfors kommun

2026-03-24

Azets Revision & Rådgivning har av Storfors kommuns revisorer fått i uppdrag att granska årsbokslut och årsredovisning för räkenskapsåret 2025. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningarna har varit att bedöma om kommunens årsredovisning har upprättats i enlighet med kommunallag, lag om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommuner och regioner.

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

Västerås den 24 mars 2026

Malin Forslund
Auktoriserad revisor

Helena Hansson
Certifierad kommunal revisor

Utöver denna granskningsrapport avlämnas av den auktoriserade revisorn även *Det sakkunniga biträdets yttrande* som omfattar räkenskapsrevisionen.

Innehåll

01	Sammanfattning	3
02	Inledning	8
03	Översiktlig granskning av processer	15
04	Granskningsresultat- Räkenskapsrevision	19
05	Granskningsresultat- God ekonomisk hushållning	23
06	Granskningsresultat- Balanskravsresultat	27

Sammanfattning



Sammanfattning

Azets Revision & Rådgivning har av Storfors kommuns revisorer fått i uppdrag att granska årsbokslut och årsredovisning för räkenskapsåret 2025. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025. Syftet med granskningarna har varit att bedöma om kommunens årsredovisning har upprättats i enlighet med kommunallag, lag om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommuner och regioner.

Årsredovisningens räkenskaper

Kommunen har per 2025-12-31 redovisat samtliga leasingkontrakt som operationell leasing.

Hyreskontrakt och leasing av bilar och fastigheter ses normalt som finansiell leasing vilket innebär att en fiktiv anläggningstillgång och skuld skall redovisas och skrivas av över återstående hyresperiod. Kommunen hanterar alla (delar av sina) leasingkostnader som operationell leasing vilket enligt vår bedömning sannolikt är ett avsteg från RKR R5 och god redovisningssed. Det lämnas i årsredovisningen inte någon upplysning kring vilka resultateffekter detta avsteg medför, vilket enligt LKBR ska finnas.

Kommunen har inte inkluderat en drift- och investeringsredovisning i årsredovisningen i enlighet med LKBR.

Enligt vår bedömning har årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter upprättats, med undantag av noteringen angående avsaknad av finansiell leasing samt noteringen angående drift- och investeringsredovisning, i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året.

En förvaltningsberättelse har upprättats i enlighet med LKBR. Vi vill dock fästa uppmärksamheten på att kommunens förvaltningsberättelse i allt väsentligt uppfyller kraven vilka preciseras i RKR R15 men att det finns vissa upplysningar som saknas och att det finns utvecklingsmöjligheter i förvaltningsberättelsen. Enligt LKBR ska årsredovisningen upprättas på ett överskådligt sätt. Vi rekommenderar att kommunstyrelsen arbetar vidare med att utveckla strukturen i förvaltningsberättelsen så det blir tydligare och mer utvecklande för de läsare som inte är insatta i verksamheten.

Sammanställda räkenskaper har upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Drift- och investeringsredovisning har inte upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Sammanfattning

God ekonomisk hushållning

Finansiella mål

Grundat på vår översiktliga granskning av årsredovisningen har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2025.

Verksamhetsmål

Vi konstaterar att det i årsredovisningen saknas en tillräckligt tydlig avrapportering av verksamhetsmålen för att det ska vara möjligt för oss att bedöma om resultatet är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat.

Balanskravsresultat

Kommunen redovisar ett positivt resultat i sitt balanskravsresultat. Vi bedömer, utifrån redovisningen av balanskravsresultatet i årsredovisningen, att det lagstadgade balanskravet uppfylls.

Det finns inget balanskravsresultat att återställa från tidigare år.

Sammanfattning - Revisionsfrågor

Räkenskapsrevision

-  Har årsredovisningens balansräkning, resultaträkning och kassaflödesanalys samt noter upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året?
-  Har förvaltningsberättelsen upprättats i enlighet med LKBR?
-  Har sammanställda räkenskaper upprättats i enlighet med LKBR?
-  Har drift- och investeringsredovisningen upprättas i enlighet med LKBR?

God ekonomisk hushållning

-  Är resultatet i årsredovisningen förenligt med de mål som fullmäktige beslutat, som är av betydelse för god ekonomisk hushållning?

Balanskravsresultat

-  Efterlever kommunen det lagstadgade balanskravet och har eventuella negativa balanskravsresultat och åberopande av synnerliga skäl hanterats korrekt?

Sammanfattning - Rekommendationer

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att följande:

Räkenskapsrevision

- Säkerställa att räkenskaperna följer lag och god redovisningssed.
- Ser över förvaltningsberättelsen i årsredovisningen för att säkerställa att struktur och innehåll följer RKR:s rekommendationer.
- Tar ett omtag när det gäller redovisning av noter. Nothänvisning ska enligt god sed ske på rätt rad i resultat- och balansräkning.
- Inkluderar en drift- och investeringsredovisning i årsredovisningen, i enlighet med LKBR
- Ser över rutinen för attestering/godkännande av manuella bokföringsordrar.
- Ser över investeringsrutinen kopplad till materiella anläggningstillgångar.

God ekonomisk hushållning

- Utveckla indikatorer och nyckeltal för verksamhetsmålen så det går att spåra dess måluppfyllelse.
- Lämna en sammanfattande bedömning kring om god ekonomisk hushållning uppnås per 2025-12-31.

Balanskravsresultat

- Inga rekommendationer föranleds av den genomförda granskningen



Inledning



Inledning

Vi har av Storfors kommuns revisorer fått i uppdrag att granska årsbokslut och årsredovisning för räkenskapsåret 2025. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Kommunens revisorer ska enligt 12 kap. kommunallagen (2017:725) bedöma om resultatet i årsredovisningen är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat. Revisorerna ska vid granskning av årsredovisning pröva om räkenskaperna är rättvisande. Revisorernas uttalande avges i revisorernas revisionsberättelse.

Årsredovisningen granskas enligt Standard för kommunal räkenskapsrevision. Standarden ska tillämpas av de sakkunniga som utför räkenskapsrevision på uppdrag av förtroendevalda revisorer i kommuner, regioner, kommunalförbund och samordningsförbund.

Standarden består av:

- Ramverk
- Anvisningar för tillämpning i kommunal räkenskapsrevision av International Standards on Auditing (ISA) samt International Standard on Review Engagements (ISRE 2410)
- Instruktion för granskning av sammanställda räkenskaper
- Instruktion för granskning av förvaltningsberättelse
- Instruktion för granskning av drift- och investeringsredovisning

Följande moment regleras inte av standarden utan tillkommer i enlighet med SKR:s God revisionssed i kommunal verksamhet 2022:

- Granskningen av målen med betydelse för god ekonomisk hushållning samt själva bedömningen av huruvida resultaten i årsredovisningen är förenliga med verksamhetsmål och finansiella mål.
- Bedömning om kommunen efterlever balanskravet samt eventuellt åberopande av synnerliga skäl.

Syfte och revisionsfrågor

Vårt uppdrag är att granska årsredovisningen i syfte att ge revisorerna ett tillräckligt underlag för utlåtandet respektive revisionsberättelse. Syftet med granskningarna är att bedöma om kommunens årsredovisning har upprättats i enlighet med kommunallag, lag om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommuner och regioner.

Granskningen av årsredovisningen ska besvara följande revisionsfrågor:

Räkenskapsrevision

- Har årsredovisningens balansräkning, resultaträkning och kassaflödesanalys samt noter upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året?
- Har förvaltningsberättelsen upprättats i enlighet med LKBR?
- Har sammanställda räkenskaper upprättats i enlighet med LKBR?
- Har drift- och investeringsredovisningen upprättats i enlighet med LKBR?

God ekonomisk hushållning och balanskravsresultat

- Är resultatet i årsredovisningen förenligt med de mål som fullmäktige beslutat, som är av betydelse för god ekonomisk hushållning?
- Efterlever kommunen det lagstadgade balanskravet och har eventuella negativa balanskravsresultat och åberopande av synnerliga skäl hanterats korrekt?

Avgränsning

- Vår granskning omfattar årsredovisningen per 2025-12-31.
- Granskningen av räkenskaperna har utförts i den omfattning som krävs enligt Standard för kommunal räkenskapsrevision.
- Granskningen av måluppfyllelse och bedömning av balanskravet har utförts enligt SKR:s God revisionssed i kommunal verksamhet 2022.
- Fel i räkenskaperna betraktas som väsentliga om de är av sådan omfattning eller typ att de, om de varit kända för en välinformerad läsare av årsredovisningen, hade påverkat dennes bedömning av kommunen. Detta kan inkludera såväl kvalitativa som kvantitativa fel och varierar mellan kommuner och verksamheter.



Revisionskriterier

Bedömningsgrund för våra bedömningar avseende delårsrapport och årsredovisningens räkenskaper bygger på följande revisionskriterier:

- Kommunallag (KL) och lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR)
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning (RKR)

Bedömningsgrund för våra bedömningar avseende god ekonomisk hushållning och balanskravsresultat bygger på följande revisionskriterier:

- God redovisningssed i kommunal verksamhet 2022 (SKR)
- Rekommendation R5 Granskning av delårsrapport och årsredovisning (Skyrev)
- Interna regelverk och instruktioner
- Fullmäktigebeslut

Prövning av oberoende

- Vi har i enlighet med vårt regelverk, Standard för kommunal räkenskapsrevision samt Skyrevs rekommendationer prövat vårt oberoende. Vi har inte funnit några sådana omständigheter som tyder på att vårt oberoende och integritet kan ifrågasättas.



Metod

Revisionen har genomförts genom bland annat:

- Processgenomgång av relevanta processer för upprättandet av de finansiella rapporterna
- Stickprov och andra urvalsmetoder
- Dataanalys
- Kartläggning av IT-miljön
- Intervjuer med berörda tjänstepersoner
- Avstämning mot redovisningsregelverk
- Verifiering av delårsrapport och årsredovisning mot huvudbok samt underlag för denna
- Översiktlig analys av nyckeltal för verksamhet och ekonomi i den omfattning som krävs för att bedöma om resultatet är förenligt med de av fullmäktige beslutade målen

Ansvarig styrelse

- Granskningarna avser kommunens delårsrapport och årsredovisning som avges av kommunstyrelsen.
- Rapporten är faktakontrollerad av ekonomiavdelningen.



Bedömningsnivåer

Bedömningsnivåerna skiljer sig åt baserat på granskningsområde, givet att bedömning utgår ifrån olika lagar, regelverk och rekommendationer.

Räkenskapsrevision	Bedömningsnivå	Bedömningssymbol
De bedömningar som lämnas i rapporten avseende räkenskapsrevision baseras på följande nivåer	I allt väsentligt	
	Endast delvis	
	Nej	

God ekonomisk hushållning	Bedömningsnivå	Bedömningssymbol
De bedömningar som lämnas i rapporten avseende god ekonomisk hushållning baseras på följande nivåer och utgår från Skyrevs rekommendation nr. 5 Granskning av delårsrapport och årsredovisning	Förenligt med fullmäktiges beslut	
	Delvis förenligt med fullmäktiges beslut	
	Ej förenligt med fullmäktiges beslut	
	Otydligt eller ostrukturerat, går ej att bedöma	

Balanskravsresultat	Bedömningsnivå	Bedömningssymbol
De bedömningar som lämnas i rapporten avseende balanskravsresultat baseras på följande nivåer	Uppfylls	
	Uppfylls ej	

Översiktlig granskning av processer



Översiktlig granskning av processer

Under hösten har vi skapat oss en förståelse för processer som är relevanta för upprättandet av de finansiella rapporterna och identifierat lämpliga granskningsåtgärder. Vi uttalar oss inte om effektiviteten i kontrollerna/processerna.

Översiktligt granskade processer är följande:

- HR- och löneprocessen
- Inköpsprocessen
- Investerings- och anläggningsprocessen
- Intäktsprocessen gällande riktade statsbidrag
- Bankprocessen
- IT relaterad till den finansiella rapporteringen
- Attester – Övergripande kontroller
- Bokslutsprocessen

Slutsats

Vår slutsats är att vi i samband med granskningen av relevanta processer inte har funnit några avvikelser av sådan väsentlig karaktär att vår ursprungliga riskbedömning och granskningsansats har behövt ändras.



Kommunens förebyggande och uppföljande kontroller

Område	Övergripande kontroller och processer	Slutsatser
Bankbehörigheter	Vi har i vår granskning kontrollerat aktuella fullmakter från bank för att säkerställa att kommunen har uppdaterade behörigheter, detta för att förebygga att felaktiga kostnader ej belastar kommunen.	Vår slutsats är att kommunen har en god intern kontroll avseende utbetalningar. Två i förening krävs vid utbetalning av manuell utbetalning eller överföring.
Investeringar	Vi har i vår granskning tagit del av kommunens rutiner för pågående projekt samt följt upp att det finns en beslutsordning gällande större investeringar.	Vår slutsats är att kommunen har en god intern rutin för beslut och uppföljning av pågående projekt. Vi har noterat en förbättringsåtgärd gällande investeringsrutin för materiella anläggningstillgångar.
Inköps	Vi har i vår granskning kontrollerat att kommunen har en rutin för godkännande av inköp och de kostnader som belastar kommunen.	Vår slutsats är att kommunen har en god rutin för godkännande av leverantörsfakturer där för- och slutattest sker i kommunen fakturahanteringssystem i enlighet med aktuell attestordning.
Riktade statsbidrag	Vi har gått igenom processen för hanteringen av riktade statsbidrag från hur de söks, hur de hanteras i bokföringen till att de ska återspeglas.	Vår slutsats är att inga väsentliga avvikelser noterats.
Manuella bokföringsordrar	Vi har i vår granskning tagit del av kommunens rutiner och kontroller avseende manuella bokföringsordrar.	Vår slutsats är att det finns behov av förbättring när det gäller kommunens rutin för hantering av manuella bokföringsordrar.
Lönehantering	Vi har översiktligt gått igenom processen för lönehantering.	Vår slutsats är att inga väsentliga avvikelser noterats.



Uppföljning av föregående års iakttagelser

Område	Observation	Rekommendation	Gradering	Uppföljning	Kommentar från ekonomifunktionen
Manuella bokföringsordrar	I vår granskning av manuella bokföringsordrar har vi noterat att det saknas en rutin för att attestera manuella bokföringsordrar.	Vi rekommenderar kommunstyrelsen att tillse att det införs en attestrutin vid bokning av manuella bokföringsordrar.	M	Vid genomgång av processerna har det inte noterats någon förändring i frågan.	
Hantering av leverantörsdata	Vid vår granskning av den interna kontrollen har identifierats att det saknas behörighetsspärrar eller uppföljning av ändring av fast data (leverantörer)	Vi rekommenderar kommunstyrelsen att säkerställa att det finns behörighetsspärrar för vem/vilka som kan registrera förändringar i fast data i leverantörsregistret eller alternativt införa en rutin för att kunna följa upp ändring av fast data via exempelvis logglistor.	M	Vid genomgång av processerna har det noterats en förbättring i rutinen. Kontroll görs av förändringar i betalningsuppgifter, till vilken typ av konto betalning går, stora belopp och eventuella andra avvikelser avseende leverantören. Ekonomichef följer upp eventuella avvikelser.	

-  Betydande brister i intern kontroll
-  Brister i intern kontroll
-  Mindre brister i intern kontroll



Granskningsresultat - Räkenskapsrevision



Årsredovisningens räkenskaper

Kommunen gör i årsredovisningen avsteg från lag och god sed avseende följande:

- Kommunen har per 2025-12-31 redovisat samtliga leasingkontrakt som operationell leasing.
- Hyreskontrakt och leasing av bilar och fastigheter ses normalt som finansiell leasing vilket innebär att en fiktiv anläggningstillgång och skuld skall redovisas och skrivas av över återstående hyresperiod. Kommunen hanterar alla (delar av sina) leasingkostnader som operationell leasing vilket enligt vår bedömning sannolikt är ett avsteg från RKR R5 och god redovisningssed. Det lämnas i årsredovisningen inte någon upplysning kring vilka resultateffekter detta avsteg medför, vilket enligt LKBR ska finnas.
- Kommunen har inte inkluderat en drift- och investeringsredovisning i årsredovisningen i enlighet med LKBR

Vidare har det i samband med granskningen även noterats följande, ej väsentliga, avvikelser:

- Årsredovisningen saknar nothänvisningar vid respektive rad i balans- och resultaträkningen. En sammantagen hänvisning har dock lagts till.



Bedömning

Räkenskapsrevision

Revisionsfråga

- Har årsredovisningens balansräkning, resultaträkning och kassaflödesanalys samt noter upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året?
- Har förvaltningsberättelsen upprättats i enlighet med LKBR?
- Har sammanställda räkenskaper upprättats i enlighet med LKBR?
- Har drift- och investeringsredovisningen upprättats i enlighet med LKBR?

Bedömning

Enligt vår bedömning har årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter upprättats, med undantag av noteringen ang avsaknad av finansiell leasing, i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året.

Förvaltningsberättelsen har upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning. Vi ser dock att det finns behov av att se över strukturen i förvaltningsberättelsen för att säkerställa att struktur och innehåll följer rekommendationerna i RKR R15.

Sammanställda räkenskaper har upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Drift- och investeringsredovisning har inte upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Bedömningsnivå



Rekommendationer

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Säkerställa att räkenskaperna följer lag och god redovisningssed.
- Ser över förvaltningsberättelsen i årsredovisningen för att säkerställa att struktur och innehåll följer RKR:s rekommendationer.
- Tar ett omtag när det gäller redovisning av noter. Nothänvisning ska enligt god sed ske på rätt rad i resultat- och balansräkning.
- Inkluderar en drift- och investeringsredovisning i årsredovisningen, i enlighet med LKBR
- Ser över rutinen för attestering/godkännande av manuella bokföringsordrar.
- Ser över investeringsrutinen kopplad till materiella anläggningstillgångar.



Granskningsresultat – God ekonomisk hushållning



God ekonomisk hushållning

Kommuner och regioner ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom sådana juridiska personer som avses i KL 10 kap. 2-6 §§ (hel- och delägda kommunala bolag, stiftelser och föreningar).

I KL stadgas även att kommunerna ska ha en god ekonomisk hushållning, vilket får ses som ett överordnat krav och innebär i de allra flesta fall att det inte räcker med att intäkterna enbart täcker kostnaderna, eftersom det på längre sikt urholkar kommunernas ekonomi.

Enligt kommunallagens bestämmelser ska fullmäktige i budgeten ange finansiella mål och verksamhetsmål som har betydelse för god ekonomisk hushållning. Revisorerna ska bedöma om resultatet i årsredovisningen är förenligt med de av fullmäktige beslutade målen.

Kommunfullmäktige i Storfors kommun har fastställt 3 finansiella mål och 2 inriktningsmål, varav de finansiella målen anges vara av betydelse för god ekonomisk hushållning. Se vidare kommunstyrelsens måluppföljning på sidorna 22-25 i kommunens årsredovisning.

God ekonomisk hushållning

Mål för God ekonomisk hushållning	Måluppfyllelse
Årliga resultat som andel av skatter och bidrag ska inte understiga 2%	0,54%, mål ej uppfyllt 
Investeringar som inte är taxefinansierade eller bedöms som strategiska ska självfinansieras till 100%	206%, mål uppfyllt 
Soliditeten ska förbättras med 2% per år exklusive pensionsförpliktelser	Ökning med 3,9%, mål uppfyllt 
Förbättrad folkhälsa	Ej tillgängligt 
Förbättrad kompetensförsörjning	Ej tillgängligt 

Kommunfullmäktiges finansiella mål följs upp genom tre indikatorer. Resultatmålet innebär att det årliga resultatet ska uppgå till minst 2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. För 2025 uppgår resultatet till 1 547 tkr, vilket motsvarar 0,54 procent av skatteintäkter och statsbidrag på totalt 286 531 tkr. Målet uppnås därmed inte.

Målet om att investeringar, utöver de som är taxefinansierade eller strategiska, ska vara självfinansierade till 100 procent uppnås däremot. De investeringar som inte är taxefinansierade uppgår till 6 005 tkr och självfinansieringsgraden beräknas till 206,56 procent, vilket innebär att investeringarna finansieras fullt ut med egna medel.

Även målet om att soliditeten ska förbättras med 2 procent per år exklusive pensionsförpliktelser uppfylls.

Kommunfullmäktiges inriktningsmål om förbättrad folkhälsa och kompetensförsörjning har under året utvecklats med delmål och en aktivitetsplan. Uppföljningen ska baseras på indikatorer kopplade till Agenda 2030, men eftersom rapporteringen till databasen Kolada är fördröjd saknas ännu data för 2025.

Därför kommer måluppfyllelsen för 2025 att redovisas i en separat rapport till kommunfullmäktige senast i juni 2026. Kommunstyrelsen anger att under året har flera aktiviteter genomförts inom målområdena, men det är ännu för tidigt att bedöma den faktiska måluppfyllelsen.

Kommunstyrelsen gör ingen bedömning av huruvida god ekonomisk hushållning uppnås för året.



Bedömning

God ekonomisk hushållning

Revisionsfråga

- Är resultatet i årsredovisningen förenligt med de mål som fullmäktige beslutat, som är av betydelse för god ekonomisk hushållning?

Bedömning

Grundat på vår översiktliga granskning av årsredovisningen har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att resultatet inte skulle vara delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2025.

Vi konstaterar att det i årsredovisningen saknas en tillräckligt tydlig avrapportering av verksamhetsmålen för att det ska vara möjligt för oss att bedöma om resultatet är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat.

Bedömningsnivå



Rekommendationer

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Utveckla indikatorer och nyckeltal för verksamhetsmålen så det går att spåra dess måluppfyllelse.
- Lämna en sammanfattande bedömning kring om god ekonomisk hushållning uppnås per 2025-12-31.



Granskningsresultat – Balanskravsresultat



Balanskravsresultat

En kommun ska enligt KL göra en avstämning av balanskravet och detta ska redovisas i förvaltningsberättelsen.

Eventuella negativa resultat som uppkommer ska enligt KL regleras inom tre år. Om det föreligger synnerliga skäl finns emellertid möjlighet att inte reglera ett negativt resultat. RKR har lämnat information om beräkning och redovisning av balanskravet utifrån tolkning av förarbeten till reglerna om balanskrav i LKBR och KL.

Balanskravsuträkning	
Belopp i tkr	2025-12
Årets resultat	1 547
Reducering av samtliga realisationsvinster	
Justering för realisationsvinster enligt undantagsmöjlighet	
Justering för realisationsförluster enligt undantagsmöjlighet	
Orealiserade förluster i värdepapper	
Justering för återföring av orealiserade förluster i värdepapper	
Årets-/periodens resultat efter balanskravsjusteringar	1 547
Reservering av medel till resultatutjämningsreserv	
Användning av medel från resultatutjämningsreserv	
Balanskravsresultat	1 547



Bedömning

Balanskravsresultat

Revisionsfråga

- Efterlever kommunen det lagstadgade balanskravet och har eventuella negativa balanskravsresultat och åberopande av synnerliga skäl hanterats korrekt?

Bedömning

Vi bedömer, utifrån redovisningen av balanskravsresultatet i årsredovisningen, att det lagstadgade balanskravet uppfylls. Det finns inget balanskravsresultat att återställa från tidigare år.

Bedömningsnivå





Tack för ert förtroende!

azets.com/sv-se

Till: Kommunstyrelsen

För kännedom: Kommunfullmäktige

Revisorernas granskning av bokslut och årsredovisning 2025

Revisorerna har med stöd av Azets Revision & Rådgivning genomfört en granskning av årsbokslut och årsredovisning för räkenskapsåret 2025. Syftet med granskningarna har varit att bedöma om kommunens årsredovisning har upprättats i enlighet med kommunallag, lag om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommuner och regioner.

De väsentligaste slutsatserna från granskningen kan sammanfattas enligt följande:

Årets resultat uppgår till 1,5 mnkr vilket är 7,8 mnkr sämre än det budgeterade resultatet på 9,9 tkr. Det förklaras främst av att verksamhetens nyttjat 7,8 mnkr mera än tilldelat budgetutrymme.

Kommunen har per 2025-12-31 redovisat samtliga leasingkontrakt som operationell leasing. Hyreskontrakt och leasing av bilar och fastigheter ses normalt som finansiell leasing vilket innebär att en fiktivanläggningstillgång och skuld skall redovisas och skrivas av över återstående hyresperiod. Kommunen hanterar sina leasingkostnader som operationell leasing vilket enligt vår bedömning sannolikt är ett avsteg från RKR R5 och god redovisningssed. Det lämnas i årsredovisningen inte någon upplysning kring vilka resultateffekter detta avsteg medför, vilket enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) ska finnas.

Kommunen har inte inkluderat en drift-och investeringsredovisning i årsredovisningen i enlighet med LKBR.

Enligt vår bedömning har årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter upprättats, med undantag av noteringen angående avsaknad av finansiell leasing samt noteringen angående drift-och investeringsredovisning, i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året.

Förvaltningsberättelse har upprättats i enlighet med LKBR. Vi vill dock fästa uppmärksamheten på att kommunens förvaltningsberättelse i allt väsentligt uppfyller kraven vilka preciseras i RKR R15 men att det finns vissa upplysningar som saknas och att det finns utvecklingsmöjligheter i förvaltningsberättelsen. Enligt LKBR ska årsredovisningen upprättas på ett överskådligt sätt. Vi rekommenderar att kommunstyrelsen arbetar vidare med att

utveckla strukturen i förvaltningsberättelsen så det blir tydligare och mer utvecklande för de läsare som inte är insatta i verksamheten.

Sammanställda räkenskaper har upprättats i enlighet med LKBR. Drift-och investeringsredovisning har *inte* upprättats i enlighet med LKBR.

Vid vår granskning av intern kontroll har konstaterats att inga åtgärder har vidtagits sedan föregående års iakttagelser om brister rörande hantering av manuella bokföringsordrar.

Enligt bestämmelser i kommunallagen ska fullmäktige i budgeten ange finansiella mål och verksamhetsmål som har betydelse för god ekonomisk hushållning. Revisorerna ska bedöma om resultatet i årsbokslutet är förenligt med de av fullmäktige beslutade målen för den ekonomiska förvaltningen.

Kommunfullmäktige i Storfors kommun har fastställt tre finansiella mål och två inriktningsmål, varav de finansiella målen anges vara av betydelse för god ekonomisk hushållning.

Det finansiella målet rörande att årligt resultat som andel av skatter och bidrag inte ska understiga 2%, uppfylls ej. Vi bedömer därför resultatet är delvis förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2025.

Rapportering rörande uppfyllnad av de två verksamhetsmålen ingår inte i årsredovisningen, med hänvisning till att data för att mäta indikatorerna ännu inte finns tillgängliga. Vi konstaterar att det i årsredovisningen saknas en tillräckligt tydlig avrapportering av verksamhetsmålen för att det ska vara möjligt för oss att bedöma om resultatet är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat.

Vi noterar att årsredovisningen saknar kommunstyrelsens bedömning av huruvida god ekonomisk hushållning uppnås för året, utifrån måluppfyllnaden.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Säkerställa att räkenskaperna följer lag och god redovisningssed.
- Ser över förvaltningsberättelsen i årsredovisningen för att säkerställa att struktur och innehåll följer RKR:s rekommendationer.
- Ta ett omtag när det gäller redovisning av noter. Nothänvisning ska enligt god sed ske på rätt rad i resultat- och balansräkning.
- Inkludera en drift-och investeringsredovisning i årsredovisningen, i enlighet med LKBR
- Se över rutinen för attestering/godkännande av manuella bokföringsordrar.
- Se över investeringsrutinen kopplad till materiella anläggningstillgångar.
- Utveckla indikatorer och nyckeltal för verksamhetsmålen så det går att spåra dess måluppfyllelse.
- Lämna en sammanfattande bedömning kring om god ekonomisk hushållning uppnås per 2025-12-31.

Med anledning av genomförd granskning önskar revisorerna kommunstyrelsens yttrande över rapporten, senast den **27 juni 2026**.

Storfors 2026-03-27

Torbjörn Johansson, ordförande kommunrevisionen

Bilagor:

1. *Granskningsrapport avseende granskning av bokslut och årsredovisning 2025*
2. *Yttrande bokslut 2025*

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

JAN ARNE TORBJÖRN JOHANSSON

Ordförande

Serienummer: a911ecadaf0943[...]6b601c60bc5bf

IP: 81.227.xxx.xxx

2026-03-31 19:39:48 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://eutl.penneo.com>.

Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra validerings verktyg för digitala signaturer.

Det sakkunniga biträdets yttrande

Till revisorerna i Storfors kommun (org.nr 212000-1785)

Inledning

Vi har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Storfors 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 2026-03-24.

Yttrande om årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter

Uttalanden med reservation

Vi har utfört en revision av årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter enligt *Standard för kommunal räkenskapsrevision* för Storfors kommun för år 2025-01-01–2025-12-31 antagen av kommunstyrelsen den 2026-03-30. Vi har granskat förvaltningsberättelsen, de sammanställda räkenskaperna samt drift- och investeringsredovisningen enligt särskilda instruktioner i *Standard för kommunal räkenskapsrevision*.

Enligt vår bedömning har årsredovisningens resultaträkning, balansräkning, kassaflödesanalys samt noter, med reservation för de förhållanden som beskrivs i avsnittet Grund för uttalanden, upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av kommunens finansiella ställning per den 31 december 2025 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året.

Grund för uttalanden

Som en konsekvens av att kommunen inte har presenterat någon utredning eller kartläggning som styrker att samtliga leasingkontrakt kan redovisas som operationell leasing i årsredovisningen har vi inte kunnat inhämta tillräckliga och ändamålsenliga revisionsbevis avseende ställningstagandet som presenteras som en upplysning i årsredovisningen. Till följd av detta har vi inte kunnat avgöra om det hade varit nödvändigt med ändringar gällande redovisningen av leasingkontrakt i balansräkning, resultaträkning samt noter.

Därtill har drift-och investeringsredovisning har inte upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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 2-4. Det är styrelsen som har ansvaret för denna andra 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.

Sådan information som granskas enligt särskilda instruktioner utgör inte annan information.

Styrelsens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för att årsredovisningen upprättas och att den ger en rättvisande bild enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning. 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:

- 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.

- 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.
- Utvärderar vi lämpligheten i de redovisningsprinciper som används och rimligheten i styrelsens uppskattningar i redovisningen och tillhörande upplysningar.
- 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.
- 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 biträdets 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 lagen om kommunal bokföring och redovisning. 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 lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Sammanställda räkenskaper har upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Drift- och investeringsredovisning har upprättats i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Västerås den 4 maj 2026

Azets Revision & Rådgivning AB

Malin Forslund

Auktoriserad revisor/Ansvarigt sakkunnigt biträde

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

Malin Birgitta Bernbom Forslund

Undertecknare 1

Serienummer: c06fa2801bc683[...]a216cf48832f9

IP: 90.224.xxx.xxx

2026-05-04 15:21:26 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://eutl.penneo.com>.

Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra validerings verktyg för digitala signaturer.

Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård

Diarienummer: KS/2025:574

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Förslag till beslut

Verksamhetschefs förslag till kommunstyrelsen:

Godkänna yttrandet som svar till revisorerna.

Beskrivning av ärendet

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Värmland och de förtroendevalda revisorerna i respektive kommun granskat om huvudmännen, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Revisorernas bedömning är att Region Värmland och kommunen delvis säkerställt fungerande arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg.

Kommunen rekommenderas att:

Tydliggöra omhändertagandet av mål och målvärden för samverkan rörande äldre i nämndens ordinarie styrkedja

Yttrande:

Storfors kommun arbetar med en styrmodell för verksamhetsplanering och uppföljning. Verksamheten stöd, vård och omsorg följer den mall som gäller för kommunen. Målen baserar sig på kommunens vision. Målen har sedan brutits ner i verksamheten, som följs upp. Samverkan följs upp och redovisas för kommunstyrelsen halvårsvis i "Systematisk kvalitetsuppföljning halvår" (jan-jun) respektive "Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse" (jan-dec).

I *Gemensam plan för primärvård Värmland 2025-2027* finns tre fokusområden varav ett rör äldre. Verksamheten har för 2026 målformuleringar, indikatorer och aktiviteter som stämmer bra överens med de målsättningar som framgår under fokusområde *Äldre* i primärvårdsplanen.

I remissvar för Politiskt inriktningsdokument Nya perspektiv 2025-2028 framkom behov av att stärka det politiska ägandeskapet och att den politiska förankringen behöver breddas. Huvudmännen såg också behov av ett förtydligande om hur mål ska beaktas och implementeras i den egna organisationen. Utifrån detta skapades lokala dialoger för implementering/förankring, måluppfyllelse och uppföljning vilket från och med 2025 finns med i årshjulet för Nya perspektiv.

De lokala dialogerna ska genomföras av respektive huvudman årligen och utgår från frågorna:

- Hur bidrar vi? Analysera och identifiera på vilket sätt den egna organisationens mål bidrar till utveckling och inriktningsmål på länsnivå.
- Hur går det? Följ upp gemensamma indikatorer och ambitionsmål på lokal nivå utifrån Aktuellt perspektiv.

- Vad gör vi? Identifiera aktiviteter, insatser eller åtgärder på lokal nivå som stödjer de läns-gemensamma inriktningsmålen.
- Vad har vi lärt oss? Identifiera lärdomar, utmaningar och framsteg.

Sammanställningen av de lokala dialogerna ska ligga till grund för årlig dialog i Ordföranderåd/Värmlandsråd med syfte att följa upp utveckling och arbete mot inriktningsmål och ambitionsmål samt effekter, lärdomar, hinder och framgångsfaktorer i samverkan.

Det pågår ett arbete att utveckla den gemensamma uppföljningen i form av mål och indikatorer. Det arbetet innefattar att stärka kopplingen till bland annat Värmlandsstrategin och god och nära vård, revidering av ambitionsmål och översyn av indikatorer som ingår i Aktuellt perspektiv.

Tillse ett gemensamt system tillsammans med regionen för uppföljning och analys av avvikelser rörande samverkan, inklusive läkemedelshantering

Yttrande:

Beredningsgruppen Nya perspektiv har tillsatt en lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet. Syftet är att skapa en strukturerad och hållbar samverkansarena mellan regionens hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, och länets kommuner. LSG ska verka som ett övergripande forum för analys, kunskapsförmedling och gemensam hantering av principiella frågor som rör patientsäkerhet. Vidare ska LSG fungera som en samlande och strategisk arbetsgrupp för frågor som berör patientsäkerhet i övergripande och gränsöverskridande perspektiv. Gruppen ska stärka samverkan mellan vårdgivare och främja ett enhetligt, systematiskt och lärande arbetssätt genom att:

- Genomföra en strukturerad genomgång av befintliga avvikelseprocesser.
- Utveckla processerna för att stärka delaktigheten hos både kommunala verksamheter och regionens hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.
- Främja en gemensam och transparent hantering av avvikelser som stödjer lärande och förbättring.

Arbetet ska utgå från *Nationella handlingsplanen för säker vård 2025–2030*, med särskilt fokus på:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Den 20 april 2026 gav Beredningsgruppen Nya perspektiv ett uppdrag till gruppen som lyder: I synpunktsrundan för *Riktlinje hantering av kommun- och regiongemensamma dokument* framkom det tydligt att det saknas återkoppling och uppföljning av avvikelser mellan huvudmännen. Även revisionsrapporten gällande vårdkedjor, läkemedel och nära vård visar att kommunerna ofta får sen eller ingen återkoppling alls från regionen av de inrapporterade avvikelserna. I merparten av kommunerna upplevs det att inrapporterade avvikelser inte leder till förbättringar. Det gör att avvikelser inte rapporteras i den utsträckning som önskas. Utifrån detta ger beredningsgruppen LSG Patientsäkerhet i uppdrag att se över hur länet gemensamt och systematiskt kan arbeta med avvikelser i ett lärande och utvecklande syfte för att stärka patientsäkerheten.

Uppdraget ska ske med involvering av berörda nätverk och återkopplas till beredningsgruppen senast december 2026.

Uppdraget innefattar också att se på möjligheterna att digitalisera arbetssättet med avvikelshantering mellan huvudmännen.

Sammanfattningsvis finns det gemensamma avvikelseblanketter finns. Det finns även ett regelbundet digitalt forum för avvikelshantering i Värmland, där representanter från alla kommuners hälso- och sjukvård möter ledning från regionen. Storfors kommer delta i utveckling av ytterligare systemlösningar.

Tydliggöra uppföljning och utvärdering av länsgemensamma överenskommelser, styrdokument, avtal och riktlinjer som berör äldre med fokus på resultat och effekter. Formerna för uppföljning och utvärdering bör inkludera ansvar för uppföljning, frekvens samt mottagande beslutande instans

Yttrande:

En riktlinje för kommun och regiongemensamma dokument har tagits fram inom ramen för Nya perspektiv och bygger på rekommendationer från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om lagstadgade samverkansöverenskommelser. Den svarar mot behovet av en tydlig och gemensam struktur för hur kommunerna i Värmland och Region Värmland hanterar gemensamma dokument.

Syftet med riktlinjen är att skapa en gemensam struktur och systematik för framtagande, hantering och uppföljning av kommun- och regiongemensamma dokument i Värmland.

Riktlinjen ska:

- Säkerställa att kommun- och regiongemensamma dokument är välkända, lättillgängliga och sökbara och alltid med invånarens behov i centrum.
- Bidra till att dokumenten är välkända, används i praktiken och hålls aktuella över tid.
- Fungera som ett stöd i arbetet med att utveckla samverkan mellan parterna och säkerställa att dokumenten bidrar till värde för invånaren genom tydlighet, tillgänglighet och gemensamma arbetssätt.
- Tydliggöra att samtliga gemensamma dokument ska utgå från invånarperspektiv, innehålla en plan för uppföljning och implementering.

Riktlinjen beskriver:

- Vem som ansvarar för olika delar av processen.
- Hur framtagande, revidering, uppföljning och utveckling ska gå till.
- Vilka krav som ställs på innehåll och struktur.

Förväntade effekter:

- Process för framtagande blir mer patientcentrerad och medarbetardriven,
- Tydligare fokus på värdet för invånare och patient.
- Formerna för uppföljning, utvärdering och följsamhet stärks genom krav på att gemensamma dokument innehåller mål och plan för uppföljning.
- Tydliggjord uppföljning av mål stärker följsamhet och kännedom.
- VIDA ger möjlighet till sökbarhet, tillgänglighet och säkrad version och versionshistorik.
- En samlad bild av dokument som ägs av länets kommuner och regionen gemensamt.
- Hanteringen i VIDA ger möjlighet att se när dokument bör ses över, följas upp och eventuellt revideras.

Säkerställa att kompletterande överenskommelser/rutiner med lokala vårdcentraler hänvisar till aktuell länsgemensam överenskommelse

Yttrande:

Idag finns en lokal överenskommelse mellan kommunen och vårdcentralen i Storfors. Överenskommelsen bygger på länsöverenskommelsen. Samverkan upplevs idag fungera väl mellan kommun och vårdcentral.

Mål och uppdrag

Förbättrad folkhälsa

Kompetensförsörjning

Barnrättskonsekvenser

Rubriken får inte tas bort!

Beskriv barnrättskonsekvenserna om unga och barn påverkas av beslutet. Till exempel, är det säkerställt att barnens bästa har beaktats i ärendet? Hur har barn och unga som berörs av ärendet fått komma till tals och har deras synpunkter uppmärksammats?

Om bedömningen är att barn och unga inte kommer att påverkas av beslutet ska det stå: Barnrättskonsekvenser saknas då barn och unga inte bedöms påverkas av beslutet.

Beslutsunderlag

- Tjut, Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård
- Kommunrapport
- Övergripande granskningsrapport

Beslutet skickas till

- Johan Rosqvist, kommunchef
- Pernilla Pettersson, socialchef,
- Linda Rehnberg, MAS

Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård

Region Värmland och värmländska
kommuner

Innehåll

Sammanfattande bedömningar och rekommendationer	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	4
1.3. Avgränsning	5
1.4. Metod och genomförande	5
1.5. Revisionskriterier	5
2. Styrning av samverkansarbetet i Värmlands län	6
2.1. Under 2025 har länsgemensam systemledning införts	6
2.2. Bedömning	13
2.3. Avtal och överenskommelser har fortsatt lokala variationer	14
2.4. Bedömning	15
3. Hur utskrivningsprocessen organiseras	16
3.1. Överenskommelse och riktlinje ger grunden	16
3.2. Samordnad individuell planering (SIP) används begränsat	17
3.3. Utskrivningsprocessen i praktiken har flera praktiska utmaningar	19
3.4. Resultat av akt- och journalgranskning	21
3.5. Andel oplanerade återinskrivningar ligger i linje med riket	23
3.6. Bedömning	23
4. Läkemedelshantering	25
4.1. Läkemedelsgenomgångar för äldre	25
4.2. Betydande avvikelser knutet till läkemedel	27
4.3. Bedömning	27
5. Uppföljning och utveckling	28
5.1. Regionövergripande uppföljning av samverkan	28
5.2. Uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser	28
5.3. Avvikelsehantering	30
5.4. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning	31
5.5. Bedömning	31
6. Svar på revisionsfrågor	33
Källförteckning	35
Bilaga 1 - Revisionskriterier	38

Sammanfattande bedömning och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Värmland och de förtroendevalda revisorerna i respektive kommun granskat om Region Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Vår sammanfattande bedömning är att Region Värmland och kommunerna delvis säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. I flera avseenden finns ett välutvecklat samverkansarbete med god dialog och forum för att lösa gemensamma problem och utmaningar mellan huvudmännen. Vi bedömer dock att målsättningar och mätetal för samverkan tydligare bör integreras i nämndernas ordinarie styrning samt att uppföljning och utvärdering av arbetssätt och genomförda insatser behöver stärkas för att få en tydlig bild av vilka åtgärder ger tänkt effekt. Vidare kvarstår ett antal väsentliga förbättringsområden i det praktiska samverkansarbetet knutet till informationsöverlämning, läkemedelshantering samt uppföljning av avvikelser.

Nedan följer våra huvudsakliga iakttagelser:

- Arbets- och samverkansformerna är väl utvecklade på tjänstepersonsnivå. Den införda systemledningen har hittills mottagits positivt. Samtliga intervjuade funktioner inom Region Värmland betonar att samverkan blivit både tydligare och ger mer effekter än för några år sedan. Vi noterar dock att den politiska styrningen inte tydliggjorts utöver Nya perspektiv. Det sker ingen tydlig integrering mellan inriktningsmål med tillhörande indikatorer rörande äldre inom Nya perspektiv och respektive nämnds ordinarie målkedja och uppföljning.
- De övergripande styrdokument som berör vårdkedjor för äldre patienter är kända i berörda delar av organisationen och innehållet har reviderats i närtid.
- Avtal, överenskommelser och gemensamma rutiner ger en grund för ett likvärdigt arbete i länet, men formerna för uppföljning och utvärdering av följsamhet till dokumenten behöver stärkas. Utvärdering utifrån ett patientperspektiv ingår inte i nuvarande arbetssätt. Förutsättningarna för ett likvärdigt arbete varierar fortsatt mellan kommunerna.
- Det finns betydande avvikelser rörande läkemedelshantering, då de två system som enligt riktlinjerna ska användas inte innehåller samma information. Den dubbla manuella hanteringen utgör ett väsentligt hinder för att rätt information ska komma kommunerna tillgodo.
- En utmaning som genomgående lyfts i intervjuerna är att den strategiska styrningen av samverkan och omställningsarbetet mot nära vård delvis saknar förankring i de praktiska förutsättningarna kring budget, lokaler, dokumentation och tillgängliga system. Detta medför ett glapp mellan målsättningarna och den kliniska verkligheten.
- Det saknas ett gemensamt system för att följa upp avvikelser samt följsamheten till överenskommelser och riktlinjer.

Utförligare svar på respektive revisionsfråga återfinns i avsnitt 6.

Utifrån granskningens slutsatser, ger vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Tydliggör omhändertagandet av mål och målvärden för samverkan rörande äldre i nämndens ordinarie styrkedja
- ▶ Säkerställ övergripande förutsättningar för att fortsätta utveckla gemensamma initiativ mellan vårdnivåer och -resurser, dels internt i regionen, dels i samverkan med kommunerna
- ▶ Tillse ett gemensamt system tillsammans med kommunerna för uppföljning och analys av avvikelser rörande samverkan, inklusive läkemedelshantering
- ▶ Tydliggör uppföljning och utvärdering av länsgemensamma överenskommelser, styrdokument, avtal och riktlinjer som berör äldre med fokus på resultat och effekter. Formerna för uppföljning och utvärdering bör inkludera ansvar för uppföljning, frekvens samt mottagande beslutande instans
- ▶ Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att en korrekt läkemedelslista kan överlämnas till kommunerna

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Revisorerna i Region Värmland har under en följd av år genomfört gemensamma granskningar tillsammans med revisorerna i länets kommuner beträffande de områden där regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar.

Områden som dessa avser vårdkedjor, läkemedelshantering och arbetet med att införa nära vård. Det finns flera beröringspunkter mellan kommunernas och regionens verksamheter. Beröringspunkterna är tydligast i den vård och omsorg som utförs av de olika huvudmännen i så kallade vårdkedjor. Brister i någon del av vårdkedjan kan medföra sämre förutsättningar för andra enheter att fullgöra sin del av arbetet. Läkemedelshantering är en viktig faktor för att vårdkedjan ska fungera. Sedan 2020 ingår även omställningen till nära vård en del i regionens och kommunernas samverkan kring vården av bland annat äldre. Under 2018 genomfördes en granskning inom samma område, som påvisade ett antal brister.

Mot denna bakgrund har revisorerna i Region Värmland och länets samtliga kommuner genomfört en gemensam granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård.

Denna rapport avser iakttagelser för regionen samt en överblick över kommungemensamma iakttagelser. Kommunspecifika iakttagelser presenteras i en bilaga per kommun till denna rapport.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att granska om Region Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- ▶ Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är de ändamålsenliga?
- ▶ Hur har kommunerna och regionen utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv?
- ▶ Har kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet?
- ▶ Har regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare?
- ▶ Har regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommelt styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse?
- ▶ Hur efterlever regionen och kommunerna Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612)?
- ▶ Har kommunerna och regionen implementerat ett gemensamt system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner?

- ▶ Har omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt?
- ▶ Om det i granskningen identifierats brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

1.3. Avgränsning

Denna granskningsrapport avser hälso- och sjukvårdsnämnden. Bilagor till granskningsrapporten finns för respektive kommun och riktar sig till respektive ansvarig styrelse/nämnd.

1.4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer med representanter för ledning, hälso- och sjukvårdsnämnden, specialistvård, primärvård i egenregi och privat regi samt ledningsstrateger och utvecklingsledare som arbetar med samverkansfrågor. Granskningen har även genomförts genom dokumentstudier. Samtliga intervjuade funktioner samt granskade dokument framgår i källförteckningen.

Granskningen omfattar en journalgranskning som syftat till att ge inblick i regionens arbetsprocesser och följsamheten till överenskommelser och lokala rutiner gällande in- och utskrivningsprocessen samt samverkan. Totalt har 16 journaler granskats, en från varje kommun. I de fall det varit möjligt har journalen korresponderat med en av de akter som mottagits inom ramen för aktgranskningen inom respektive kommun, för att se exempel på överlämningen mellan huvudmännen. Fokus i journalgranskningen har legat på tydlighet och enhetlighet i informationen som lämnas över. Resultatet av journalgranskningen presenteras i avsnitt 3.4.

I granskningens avslutande skede genomfördes en workshop där 60 av de intervjuade personerna deltog för att lyssna till granskningens preliminära slutsatser. Deltagarna fick därefter reflektera över utmaningar och möjliga åtgärder.

Granskningen har följt god revisionssed. En prövning har skett av de sakkunnigas oberoende och integritet i relation till uppdraget och det har inte framkommit några omständigheter som strider mot att någon av medarbetarna ska kunna agera oberoende i denna granskning. Utöver intern kvalitetssäkring har samtliga intervjuade haft möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet, detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta uttalanden.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:727)
- ▶ Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

Revisionskriterierna presenteras i bilaga 1.

2. Styrning av samverkansarbetet i Värmlands län

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågorna hur kommunerna och regionen har utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv samt huruvida omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, har förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt.

2.1. Under 2025 har länsgemensam systemledning införts

Nya Perspektiv är en samverksansstruktur mellan regionen och kommunerna, som styrs av ett politiskt inriktningsdokument för 2025-2028.¹ Samverkan inom Nya Perspektiv syftar till att bygga förtroende, tillit och relationer mellan regionen och kommunerna. Det i syfte att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa, ett hälsofrämjande och proaktivt arbete och en sammanhållen välfärd. Nya perspektiv leds av en politisk styrgrupp som utses av Värmlandsrådets Ordföranderåd². Den politiska styrgruppen ansvarar för att stödja och följa upp arbetet mot inriktnings- och ambitionsmålen.³

Systemledning för god och nära vård, hälsa och omsorg beskrivs vara en angränsande struktur till Nya Perspektiv. Formalisering av systemledarskapet genomfördes 2024 och strukturen testas under perioden 2025-2027. Systemledningen är länsgemensam och har det övergripande ansvaret att styra, leda och driva utvecklingsarbetet mot framtidens nära vård, hälsa och omsorg. Syftet är att skapa ett enhetligt arbete mellan regionen och kommunerna. Samverkan berör alla målgrupper, från barn till äldre.

Nedanstående figur illustrerar översiktligt systemledarskapet och angränsande strukturer.

¹ Det politiska inriktningsdokumentet sätter riktningen för samverkansarenan. Dokumentet revideras vart fjärde år och ligger till grund för ordinarie planerings- och budgetprocesser hos respektive huvudman. Det innebär att egna mål ska vara förenliga med de övergripande inriktningsmålen.

² Ordföranderådet består av kommunstyrelsernas ordförande, regionstyrelsens ordförande och ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden, regionala utvecklingsnämnden, kultur- och bildningsnämnden samt kollektivtrafiknämnden.

³ Vi har tagit del av minnesanteckningar från den politiska styrgruppen 2025. Minnesanteckningarna innehåller till stor del information om formerna för det politiska inriktningsdokumentet, uppföljning samt planering av seminariet *nya perspektiv på styrning och ledning* som ska genomföras i maj 2026.

Figur 1. Systemledarskap i Värmland



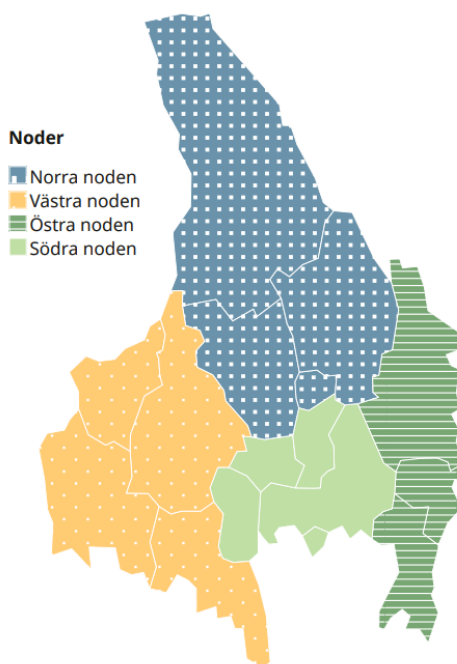
Källa: Powerpoint-presentation, Region Värmland

I inriktningsdokumentet anges att systemledningens uppdrag är att:

- ▶ Sätta och upprätthålla en kultur där medarbetare ska känna att det är efterfrågat att hitta lösningar på utmaningar tillsammans med andra aktörer i systemet
- ▶ Ställa krav på medskapande - patienter, brukare och elever ska ges möjlighet att vara delaktiga i omställningsarbetet
- ▶ Följa systemets resultat och leveranser
- ▶ Ta emot information om hinder i systemet, vidta åtgärder och skapa förutsättningar

Inom ramen för systemledningen finns fyra samverkansnoder. Samverkansnoderna är ett forum där kommunerna i länet har delats in i områdesnoder där samverkan kan bedrivas gemensamt mellan ett antal kommuner. I varje nod deltar chefer och ansvariga för både kommun och region.

Figur 2. Samverkansnoder i Värmland



Källa: Gemensam plan för primärvård, Region Värmland

Systemledningen på tjänstepersonsnivå innefattar direktörsberedningen⁴, hälso- och sjukvårdsledningen i Region Värmland, skolchefsnätverket och socialchefsnätverket. Nätverken består av länets skol- och socialchefer och syftar till att identifiera områden för utveckling och skapa handlingsutrymme i regionen respektive kommunerna.

Beredningsgruppen⁵, strategiska utvecklingsgrupper, samordningsgrupper och enheten Nya Perspektiv ska stötta arbetet i systemledningen. I det politiska inriktningsdokumentet för 2025-2028 framgår att beredningsgruppen ska lyfta utmaningar och uppdrag mellan tjänstepersonsnivå och politik inom samverkan och mellan nätverk i systemledningen. Beredningsgruppen ansvarar bland annat för att bereda agenda och ärenden till systemledningen. Kopplat till beredningsgruppen finns tre strategiska utvecklingsgrupper: Barn och unga, Vuxna och Äldre. Enligt inriktningsdokumentet ansvarar grupperna bland annat för att stimulera samverkan och driva gemensam utveckling i länet inom respektive område. Därtill finns tre samordningsgrupper: samordningsgrupp god och nära vård, hälsa och omsorg, samordningsgrupp länssamordning psykisk hälsa och samordningsgrupp samsjuklighet. Samordningsgrupperna har i uppdrag att koordinera resurser och arbetsinsatser kring särskilda satsningsområden och finansieras av statliga bidrag.

I intervjuer inom regionen beskrivs arbetet med systemledningen vara i sin linda. Samtliga intervjuade inom hälso- och sjukvården uttrycker en positiv inställning till arbetet, men betonar att strukturen ännu inte har satt sig. Under våren 2026 ska en halvtidsutvärdering av arbetet ske.

⁴ Direktörsberedningen består av länets kommundirektörer, regiondirektören och andra direktörer i Region Värmland.

⁵ Beredningsgruppen består av representanter från direktörsberedningen, socialchefsnätverket, skolchefsnätverket, hälso- och sjukvårdsledningen samt folkhälsoavdelningen.

Intervjuade i regionen är samstämmiga i att systemledningen hittills ses som en bra utveckling mot ett ökat helhetsperspektiv på samverkan. Intervjuade lyfter fram att indelningen i noder utgör en god grund för att utveckla nya arbetssätt och testa olika modeller för samverkan utifrån lokala förutsättningar. Möjligheten att testa lokala varianter på samarbete som sedan kan spridas i övriga noder beskrivs som uppskattat. En utmaning som lyfts är dock att säkerställa att skillnaderna mellan nodernas arbetssätt inte blir för stora och på sikt bidrar till ojämlikhet över länet. Vissa noder stämmer geografiskt överens med upparbetade lokala samarbeten sedan tidigare, medan andra noder skär över tidigare samverkansgränser. Det senare utgör en viss utmaning.

Gränssnitten gentemot kommunerna upplevs fungera väl av intervjuade i regionen, och beskrivs vara mer välutvecklade avseende kommunikation och överlämning än gränssnitten mellan olika vårdinstanser inom regionen. Intervjuade i regionen lyfter genomgående att fokus framgent behöver ligga på att tydliggöra ansvar och överlämning av patienter mellan vårdnivåer och enheter inom regionen. I flera avseenden beskrivs regionen fortsatt arbeta i stuprör, även om dialog och arbetssätt fungerar bättre nu än historiskt. Systemledningen ger de strategiska ramarna, men flera intervjuade betonar utmaningar rörande förankring i de praktiska förutsättningarna kring budget, lokaler, dokumentation och stödsystem.

Av intervjuer med kommunerna framgår att samverkan med regionen på ledningsnivå upplevs fungera bra. För merparten av kommunerna anges att systemledningen har bidragit med strukturer för hur samverkan ska omsättas i praktiken. I ett fåtal kommuner beskrivs systemledningen dock som otydlig. Det anges att systemledningen är svår att förstå och att samverkan sker i olika stuprör. Därutöver uppmärksammas i merparten av kommunerna att arbetet i systemledningen inte förankras i en tillräcklig utsträckning bland medarbetarna.

2.1.1. Länsövergripande målsättningar integreras inte tydligt i nämndernas mål

Regionen och kommunerna i länet har enats om gemensamma målsättningar kopplat till vård och omsorg för äldre inom ramen för Nya Perspektiv. Av inriktningsdokument framgår fem inriktningsmål för samverkan:

- ▶ God och jämlik hälsa
- ▶ Etablerat hälsofrämjande och proaktivt arbete
- ▶ Sammanhållen välfärd
- ▶ Långsiktig tillit och trygghet
- ▶ Robust välfärd

Vidare framgår att regionen och kommunerna var för sig ansvarar för att arbeta mot målen. För att följa utvecklingen av inriktningsmålen följs ett antal indikatorer och ambitionsmål upp inom regionen och respektive kommun. Indikatorerna framgår av dokumentet "Aktuellt perspektiv" och presenteras i kapitel 5.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har utifrån regionfullmäktiges fyra effektmål beslutat om tio resultatmål med 38 tillhörande indikatorer. Nämndens målsättningar och indikatorer speglar i flera avseenden samma intentioner som omnämns i inriktningsmålen, men inga utav målsättningarna eller mätpunkterna är integrerade på ett tydligt sätt utifrån den gemensamma strukturen.

Vi noterar att endast 10 av 16 kommuners ansvariga nämnder/utskott har beslutat om mål med koppling till äldre, läkemedelshantering och/eller omställningen till god och nära vård i sina respektive verksamhetsplaner eller motsvarande för 2025. Ingen av kommunerna har

uttryckligen integrerat inriktningsmålen från Nya Perspektiv i sina verksamhetsplaner eller motsvarande.

2.1.2. Gemensam färdplan ska styra mot god och nära vård

Regionen och kommunerna har tillsammans tagit fram en Färdplan för hur Värmland tillsammans ska utveckla god och nära vård, hälsa och omsorg. Färdplanen är godkänd av direktörsberedningen och riktar sig till ledande tjänstepersoner i kommunerna och regionen. Här framgår att Värmland behöver utveckla följande för att omställningen ska bli verklighet:

- ▶ Ledarskapet
- ▶ Hållbara arbetsplatser
- ▶ Gemensam systemledning
- ▶ Gemensam stödstruktur
- ▶ Gemensam uppföljning

Rörande uppföljning konstateras i färdplanen att en ny typ av gemensam uppföljning, analys och reflektion behövs för att kunna följa omställningen. Vidare betonas att omställningen behöver ske på alla nivåer, genom fyra utvecklingsområden:

- ▶ Proaktivt, hälsofrämjande och förebyggande arbete
- ▶ Personcentrerat förhållningssätt
- ▶ Överbrygga gränser och mellanrum och samordna resurser
- ▶ Digitala verktyg och välfärdsteknik

Den politiska ledningen knuten till färdplanen nämns utifrån seminariet Nya Perspektiv, där länets ledande förtroendevalda och förvaltningschefer (kommun, region, barn och utbildning, socialtjänst, vård och omsorg samt hälso- och sjukvård) träffas en gång per år och samtalar om inriktningen på det gemensamma utvecklingsarbetet. Av dokumentet framgår att det *skulle kunna* ske en årlig uppföljning vid detta forum - men konkretiseras inte i övrigt hur uppföljning av färdplanen och dess ingående delar ska ske, när eller av vem.

Det genomfördes en uppföljning av färdplanen 2023. Uppföljningen innehåller en beskrivning av hur arbetet under 2023 har fortlöpt och belyser framsteg, utmaningar och den fortsatta vägen framåt. Här framgår att det 2023 tillsattes en arbetsgrupp för att driva arbetet med uppföljning och datadriven utveckling. Rapporten listar fem utmaningar och lärdomar:

- ▶ Ekonomiska läget och svårigheter med kompetensförsörjning
- ▶ Otydlighet kring organisering och styrning
- ▶ Visualisering som verktyg
- ▶ Behov av lärande, dialog och att se utanför den egna boxen
- ▶ Ökat samarbete med pågående arbeten

Det har inte genomförts någon efterföljande uppföljning av färdplanen sedan 2023.

Region Värmland har en ledningsstrategi med ansvar för samordning rörande arbetet med nära vård. Vid intervjuer framkommer att det upplevs finnas en utmaning i *hur* arbetet ska genomföras ute i respektive verksamhet.

Intervjuade verksamhetschefer och enhetschefer i regionen beskriver samstämmigt att flera chefer tar initiativ lokalt och genomför utvecklingsarbete för ett mer personcentrerat förhållningssätt och att överbrygga gränser mellan vårdinstanser och resurser. Samtliga lyfter dock att dessa initiativ sker isolerat och att det saknas en tydlig struktur för överföring och spridning av arbetssätt inom regionen, samt tydlig riktning och styrning i hur arbetet ska bedrivas. Vidare beskrivs en otydlighet i hur satsningar som överskrider en enskild enhets budget ska hanteras.

I olika delar av länet pågår insatser för att minska antalet undvikbara akutbesök, förkorta slutenvård samt undvika förflyttning om möjligt. Exempel på samarbeten som överbryggar eller samlar vårdnivåer och resurser från region och kommun är:

- Äldrevårdsteam Karlstad
- Team Utsocknes
- Akutmottagningens mobila team Centralsjukhuset Karlstad
- Akutmottagningens mobila team Arvika
- Mobila team i olika delar av länet
- Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH)/palliativa team i olika delar av länet
- Hemsjukvårdsläkare
- Närsjukvårdsteam

Gränssnitten mellan vårdnivåer är en central fråga. Enligt intervjuade ska regionen framåt arbeta mer fokuserat med enklare kontaktvägar mellan primärvård och specialistvård, där det ska vara lättare att konsultera kollegor utifrån patientens behov, oavsett vårdnivå. Gränssnitten mellan primär- och specialistvården är en löpande fråga som diskuteras och där ärenden i gränslandet utreds av en så kallad AKO-funktion.⁶ Frågor om gränssnitt mellan verksamheter hanteras generellt enklare på de mindre sjukhusen och avdelningarna, enligt intervjuade.

Av intervjuer med kommunerna framkommer att det sker ett arbete kopplat till omställningen till god och nära vård. I intervjuer uppmärksammas ett antal utmaningar kopplat till omställningen. Det anges att diskussioner om omställningen främst sker på strategisk nivå och inte förankras bland medarbetare i kommunerna. Därtill uppmärksammas att det finns behov av att stärka vårdcentralernas involvering i omställningsarbetet.

2.1.2.1 Gemensam plan för primärvård konkretiserar gemensamma aktiviteter

Regionen och kommunerna har tagit fram en gemensam plan för primärvård 2025-2027. Planen har tagits fram genom dialoger och workshops med flera verksamheter i länet. Planen riktar sig till personer som arbetar inom, eller i samverkan med, den regionala och

⁶ AKO-funktion (Allmänläkarkonsulter på sjukhus) är en modell för samverkan mellan primärvård och specialistsjukvård, där en allmänläkare fungerar som länk och konsulterar inom en sjukhusklinik för att öka kunskapsdelning och förbättra vårdriktlinjer. AKO handlar om att implementera evidensbaserad kunskap och standardisera handläggningen i primärvården för att säkerställa god och jämlik vård.

kommunala primärvården. Planen anger utmaningar och behov av utveckling som har beskrivits av verksamheterna i samband med framtagandet av planen. Några utmaningar som lyfts i planen är:

- ▶ Brister i kommunikation mellan aktörer, vilket fördröjer samverkan.
- ▶ Otydlig arbetsfördelning mellan olika aktörer.
- ▶ Begränsad användning av sammanhållen individuell plan (SIP).

Som en del i framtagandet av planen har systemledningen enats om tre fokusområden 2025-2027, varav patientgruppen äldre är ett. För respektive fokusområde finns en handlingsplan med insatser och aktiviteter. Handlingsplanen för fokusområdet äldre innehåller fyra insatser på länsnivå och sex insatser på nod- och lokal nivå. Till respektive insats finns ett antal aktiviteter kopplade.

Insatser på länsnivå:

- ▶ Stärk det medicinska stödet till den kommunala primärvården
- ▶ Insats mobila lösningar för att undvika onödiga förflyttningar och sjukhusvistelser
- ▶ Insats fallförebyggande arbete
- ▶ Insats trygga och välplanerade utskrivningar från slutenvården (trygg hemgång)

Insatser på nod- och lokal nivå:

- ▶ Stärka det medicinska stödet till den kommunala hälso- och sjukvården
- ▶ Förbättra medicinska bedömningar i den kommunala primärvården
- ▶ Mobila lösningar för att undvika onödiga förflyttningar och sjukhusvistelser
- ▶ Trygga och välplanerade utskrivningar från slutenvården (trygg hemgång)
- ▶ Fallförebyggande arbete
- ▶ Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder
- ▶ Gemensam kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Handlingsplanen utgör en del i den gemensamma planen för primärvården. Handlingsplanen innehåller kolumner med vem som ska genomföra aktiviteten samt när och hur aktiviteten ska genomföras. För aktiviteterna på länsnivå anges vem som ska genomföra aktiviteten, men information om när eller hur aktiviteten ska genomföras finns inte. Det finns ingen information om ansvar, tidpunkt eller hur respektive aktivitet på nod- och lokal nivå ska utföras.⁷

Den gemensamma planen för primärvård och handlingsplanen innehåller inte någon information om uppföljning av insatserna.

Intervjuade i regionen lyfter fram planen som ett konkret och värdefullt verktyg för att arbeta gemensamt med kommunerna i utvalda aktiviteter, men betonar att arbetet är nytt och behöver sätta sig.

⁷ Tanken är enligt uppgift att planen ska kunna vara ett levande dokument, framför allt i sin digitala form, att man via vårdgivarwebben ska kunna följa de olika aktiviteterna som genomförs länsövergripande och nationellt. Vid tidpunkten för granskningen påbörjas arbetet med att uppdatera.

2.2. Bedömning

Inom ramen för den etablerade strukturen i Nya Perspektiv har kommunerna och regionen utvecklat styrnings- och samverkansstrukturen på tjänstepersonsnivå genom att införa systemledarskap.

Den politiska styrningen av samverkan sker i samma struktur som vid föregående granskning, där den politiska styrgruppen för Nya Perspektiv samt ordföranderådet har centrala funktioner. Vi noterar att de målsättningar och indikatorer som tagits fram för samverkan rörande äldre har flera beröringspunkter med de mål och mätpunkter som beslutats av Hälso- och sjukvårdsnämnden samt ansvarig nämnd/utskott i respektive kommun. Samtidigt finns ingen tydlig integrering där målsättningar eller indikatorer direkt överlappar eller hänvisar till det arbete som ska ske i samverkan. Vi bedömer därför att den politiska styrningen inte tydliggjorts.

Sammantaget finns ett stort antal målsättningar och mätpunkter på olika nivåer hos huvudmännen, som ska samspela utifrån nämndernas enskilda uppdrag och länsövergripande gemensamma strukturer. Det finns en väsentlig inneboende risk i att komplexiteten eller mängden målsättningar och mätpunkter medför att vissa mål prioriteras ned eller blir svåra att skapa en överblick utifrån. Vi återkommer till detta resonemang i kapitel 5.

Omställningen till nära vård, utifrån beslutad målbild och färdplan, bedöms i nuläget delvis ge bättre förutsättningar för att ge en "sömlös" vård. Granskningen visar flera konkreta initiativ och aktiviteter för att flytta vården närmre patienten samt överbrygga gränssnitt mellan vårdinstanser och resurser. Bedömningen grundar sig i att målsättningar, roller och ansvar förtydligats genom färdplanen och den gemensamma planen för primärvård (med handlingsplan), men att formerna för uppföljning och utvärdering av arbetet vid tidpunkten för granskningen är otydliga.

2.3. Avtal och överenskommelser har fortsatt lokala variationer

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan om vilka avtal och överenskommelser som finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och om de är ändamålsenliga. Därtill behandlas revisionsfrågorna om huruvida kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet samt om regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommet styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse.

Region Värmland och länets kommuner har gemensamt ingått ett antal avtal och överenskommelser kopplat till vård och omsorg, se nedan tabell.

Tabell 1. Avtal och överenskommelser mellan Region Värmland och länets kommuner, som är relevanta rörande vård av äldre (EYs sammanställning)

Område	Dokument
Allmänmedicin	Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024-2025 mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård
Ambulanssjukvård	Rutin för samverkan mellan ambulanssjukvård och kommunal sjukvård
In- och utskrivning från slutenvården	Samverkansöverenskommelse vid in- och utskrivning från slutenvården Samverkan och arbetssätt vid förskrivning av hjälpmedel Samordnad individuell planering (riktlinje) Samordnad individuell plan (SIP) med Cosmic Link
Förbrukningsartiklar, förbrukningshjälpmedel, livsmedel för speciella ändamål	Samverkansavtal mellan Region Värmland och Värmland kommuner: livsmedel för speciella medicinska ändamål Samverkansavtal mellan Region Värmland och Värmlands kommuner: Förbrukningsartiklar och förbrukningshjälpmedel
Medföljare i vården	Överenskommelse gällande medföljande i vården mellan Region Värmland och kommunerna
Vaccination	Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna kring vaccination

Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024-2025 gäller för länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård. Det anges att överenskommelsen omfattar det arbete och det ansvar som länets vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården har för gemensamma patienter. Av överenskommelsen framgår att samverkansavtalet reglerar grunden för samverkan i länet i de delar som är och bör vara lika. Vid behov kan lokala rutiner tas fram för att tydliggöra specifika delar inom överenskommelsen.

Vid tidpunkten för granskningen håller den länsgemensamma överenskommelsen på att ses över inför 2026.

Granskningen visar att 7⁸ av 16 kommuner har kompletterande överenskommelser/rutiner med lokala vårdcentraler. Likt vad som noterades i granskningen som genomfördes 2018 skiljer sig de lokala överenskommelserna åt i utformning, omfattning och kvalitetsmålsättning. Två av de lokala överenskommelserna hänvisar till den

⁸ Filipstad, Forshaga, Hagfors, Hammarö, Kil, Munkfors och Sunne kommun

länsgemensamma överenskommelsen som gäller för 2024-2025. Övriga hänvisar till den tidigare överenskommelsen för 2022-2023, "Samverkan mellan Landstinget i Värmland och kommunförbundet Värmland angående hälso- och sjukvårdsfrågor" från 2001 och "Ramöverenskommelse mellan Landstinget i Värmland och kommunerna avseende vård och omsorg" från 2005.

Överenskommelserna innehåller generellt information om förutsättningar för samverkan, läkemedel och avvikelshantering. Några av överenskommelserna innehåller kvalitetsindikatorer eller kvalitetsmått. En kommuns överenskommelse avser en rutin om uppföljning av personer med demensdiagnos och en kommuns överenskommelse avser en minnesmottagning.

Vi noterar inga skrivningar om uppföljning eller utvärderingar av gemensamma överenskommelser, riktlinjer eller övriga styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse.

Samverkansöverenskommelsen rörande in- och utskrivning av patienter från slutenvården presenteras närmre tillsammans med tillhörande riktlinjer och rutiner i avsnitt 3.

Enligt uppgift är en *riktlinje för kommun- och regiongemensamma dokument* ute på synpunktsrunda vid tidpunkten för granskningen. Den anger bland annat att samtliga överenskommelser, riktlinjer m.m. ska ha fokus på värdet för invånaren, tydliga mål, plan för uppföljning med utsedd ansvarig person och angiven tid för uppföljning.

2.4. Bedömning

Det finns ett flertal överenskommelser, avtal, riktlinjer och rutiner som berör samverkan och vårdkedjor avseende äldre. Vi bedömer att de inte är fullt ut ändamålsenliga.

Vår bedömning grundar sig i att dokumenten på regionövergripande till innehåll och omfattning är relevanta och aktuella, men att formerna för uppföljning och utvärdering inte är tydliggjorda. Vi kan konstatera att den rekommendation som gavs 2018 om att följa upp överenskommelser med fokus på patientens upplevelse inte hörsammats vid tidpunkten för granskningen. Vidare noterar vi att de kompletterande lokala överenskommelserna fortsatt skiljer sig åt och delvis är inaktuella.

3. Hur utskrivningsprocessen organiseras

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan hur regionen och kommunerna efterlever Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612).

3.1. Överenskommelse och riktlinje ger grunden

Regionen och kommunernas ansvar och uppdrag i utskrivningsprocessen regleras i överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. I överenskommelsen beskrivs moment i utskrivningsprocessen stegvis från inskrivning till att en individ anges vara utskrivningsklar. Det finns även en riktlinje för samverkan vid utskrivning av vuxna från slutet hälso- och sjukvård som syftar till att ge stöd i det dagliga arbetet.⁹ Riktlinjen utgår från processen som illustreras i nedanstående figur. Riktlinjen anger ansvarsfördelningen för slutenvård, öppenvården, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst utifrån delarna i processen.

Figur 3. Utskrivningsprocessen



Källa: Riktlinje för samverkan vid utskrivning av vuxna från slutet hälso- och sjukvård

I samband med inskrivning

Enligt överenskommelsen ska regionens slutenvård, inom 24 timmar efter att en individ (oavsett ålder) har skrivits in, informera berörda kommuner och regionens öppenvård genom ett inskrivningsmeddelande. Regionens öppenvård ska efter att ha tagit del av meddelandet utse en fast vårdkontakt. När berörd kommun får ett inskrivningsmeddelande ska utredning och planering för individens hemgång starta omgående.

I samband med utskrivning

När en individ bedöms vara utskrivningsklar ska slutenvården underrätta berörd kommun och öppenvård. Den fasta vårdkontakten inom öppenvården ansvarar i samband med att en individ bedöms vara utskrivningsklar för att vid behov kalla inblandande parter till en samordnad individuell planering (SIP). Kommunerna ansvarar för att individer, efter de blivit utskrivningsklara, ska kunna återgå till hemmet inom tre dagar.

Riktlinjen klassar utskrivningsprocessen i tre färger, utifrån individens behov av insatser:

- ▶ Grön process - individ som efter utskrivning förmodas ha behov av oförändrade insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård.

⁹ Riktlinjen är framtagen av en länsgemensam arbetsgrupp för samverkan vid utskrivning i Värmland inom ramen för Nya perspektiv.

- ▶ Gul process - individ som efter utskrivning förmodas ha behov av utökade och/eller nytillkomna insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård som behöver startas upp samma dag.
- ▶ Röd process - individ med komplexa/omfattande behov av samordning från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård och/eller individ som har behov av hälso- och sjukvård som kräver särskilda utbildningsinsatser innan individen skrivs ut.

Överenskommelsen reglerar formerna för kommunernas betalningsansvar. I de fall kommunerna inte genomför en hemtagning inom tre dagar ska kommunen ersätta regionen med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården. Här framgår också hur tvister mellan parterna ska hanteras.

En reviderad version av överenskommelsen är under arbete, och kommer gå ut på remiss i början av 2026. Den ekonomiska regleringen (betalningsansvaret) kommer fortsatt finnas med i överenskommelsen, men regionens hälso- och sjukvårdsledning har tillsammans med kommunernas socialchefer kommit överens om att testa att det inte utgår något betalningsansvar, och också arbeta gemensamt med uppföljning och analys under året 2026. Ambitionen är att testa det nya arbetssättet ett år och sedan utvärdera.

3.1.1. Checklista och instruktioner

På operativ nivå finns checklista och instruktioner för hur arbetsmoment i utskrivningsprocessen ska utföras. I detta avsnitt beskrivs ett urval av dessa.

Det finns en frivillig checklista inför utskrivning/hemgång som kan användas av slutenvårdens personal som ett hjälpmedel inför arbetet med en patients utskrivning till hemmet eller särskilt boende. Vid genomförd journalgranskning noterar vi att cirka hälften av granskade journaler hade en ifylld checklista. Det finns ingen spärr i systemet som kräver en ifylld checklista för att kunna gå vidare i ärendet.

Det finns ett antal rutiner som beskriver användningen av systemet Cosmic, som utgör kommunikationssystem mellan kommun, slutenvård och öppenvårdsenheter. De insatser individen behöver för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet ska uppnås ska kommuniceras via systemet. Användningen av Cosmic Link beskrivs bland annat i rutinen *flödesschema för samordningsplanering* samt instruktionen *informationsöverföring från Region Värmlands rehab till kommuners rehab*.

3.2. Samordnad individuell planering (SIP) används begränsat

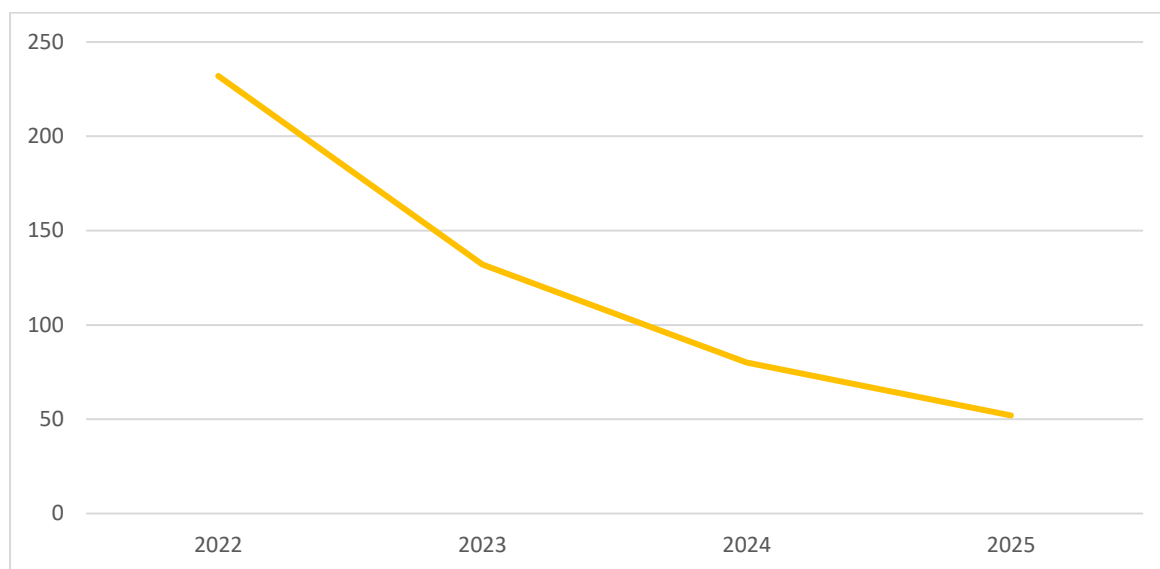
En samordnad individuell plan ska upprättas om någon inom regionens hälso- och sjukvård eller kommunal vård och omsorg uppmärksammar att en persons vård eller omsorgssituation sviktar eller kan samordnas bättre. Även den enskilde själv, en vårdnadshavare eller närstående kan begära att man ser över behovet av en plan. Målet är att alla som har behov av en SIP ska ha det.

Det finns en riktlinje för SIP som gäller för kommunerna och regionen. Syftet med riktlinjen är att tydliggöra det gemensamma ansvaret för arbetet med de samordnade individuella planerna. Riktlinjen innehåller ett avsnitt om ansvar. Det anges att den personal inom regionens och kommunens hälso- och sjukvård eller socialtjänst som uppmärksammar eller

får kännedom om att den enskilde har behov av samordnad individuell plan ska ta initiativ till att en sådan upprättas.

I regionens statistikportal finns siffror om antalet SIP som genomförts eller påbörjats under varje år från 2019 och framåt.¹⁰ Av totalt 156 färdiga SIP inom regionen under 2025 avser 52 stycken patienter i ålder 65 år och äldre. I nedan diagram ses utvecklingen av antal SIP för ålderskategorin 65 + från 2022 och framåt. Här ses en kraftig nedgång, från 232 genomförda SIP under 2022 ses en markant nedgång 2023-2025.

Diagram 1. Antal registrerade SIP i Cosmic Link för ålder 65 + i Region Värmland 2022-2025



Källa: Region Värmlands statistikportal, data hämtad 2025-12-11

Det saknas tillförlitlig nationell statistik rörande tillämpningen av SIP, varpå en sådan jämförelse inte är möjlig. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i en utredning 2025 att det finns stora variationer i uppfattning, tolkning och tillämpning av SIP över landet.¹¹

I intervjuer med regionen framkommer att SIP endast genomförs för de utskrivningsprocesser som klassas röda. I övrigt används en enklare form av utskrivningsplanering, som intervjuade beskriver innehåller flera gemensamma delar med SIP, men som inte utgör en fullständig samordnad individuell planering. Denna notering görs även i journal- och aktgranskningen, vars resultat presenteras i avsnitt 3.5.

Av intervjuer med kommunerna framgår att SIP sällan genomförs. Kommunerna beskriver att deras utskrivningsplanering (kommunerna använder begreppet hemtagningsplanering) i många fall motsvarar en SIP, men att SIP rent formellt inte används.

¹⁰ Statistik har inhämtats för åren 2019-2025, men uppgifterna avseende antal registrerade SIP 2019-2021 är enligt uppgift inte tillförlitliga på grund av bland annat felaktig kodning.

¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys *Samordning med svårigheter - tillämpningen av samordnad individuell plan, SIP* (Rapport 2025:2)

3.3. Utskrivningsprocessen i praktiken har flera praktiska utmaningar

Utskrivningsprocessen utifrån regionens perspektiv

Specialistvården

Akut- och slutenvård bedrivs i Karlstad, Arvika och Torsby. Slutenvård i form av närvårdsavdelningar finns i Kristinehamn och Säffle (12 respektive 10 platser).

De flesta avdelningar har en utskrivningssköterska, men rutinerna varierar vilket påverkar kvaliteten på informationsöverföringen och hur det organiseras. Intervjuade är samstämmiga i att samverkan med vissa kliniker fungerar bättre än andra.

Samverkan med kommunerna varierar i struktur och upplägg utifrån kommunernas storlek, där samverkan med mindre kommuner lättare blir närmre, med samma personer i flera roller och att kontaktvägarna blir korta och snabba. I större kommuner är fler personer involverade och det krävs fler kontaktvägar. Däremot kan vissa gemensamma satsningar genomföras lättare i större kommuner utifrån befolkningsunderlag och resurser.

Ambulansverksamheten i länet har sedan ett år tillbaka utrett och beslutat om egen larmcentral och hanterar nu alla ärenden själva. Beslutet ska ge möjlighet att ta ansvar för patientflödet och samlas kring patienten, oavsett om det berör rådgivning eller är akut. Det är sjuksköterska som möter patienter direkt vid samtal. Lokala chefer har ansvar att möta medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunerna löpande i gemensamma frågor, här ser förutsättningarna mellan kommunerna olika ut. Intervjuade lyfter att kommunerna har olika resurser och att det finns skillnader exempelvis i utrustning mellan vårdcentraler och mellan särskilda boenden. Detta påverkar vilka insatser som kan genomföras på plats.

Ett nytt projekt som pågår är att en välfärdssamordnare (biståndsbedömare) finns fysiskt på akutkliniken i Karlstad och möter patienter som kommer in akut. Funktionen kan då söka kommunala kontakter direkt vid behov. Ambitionen är att utveckla arbetet och identifiera mångbesökare tidigare.¹²

Intervjuade i Karlstad och Arvika lyfter att de mobila teamen är de största gränssnitten mellan huvudmännen och mellan specialist- och primärvård, som behöver fortsätta utvecklas avseende ägandeskap, resursfördelning och ansvar för vård som ges i hemmet.

På sjukhuset i Torsby arbetar avdelningarna med utskrivningssamordnare (undersköterskor) från att tidigare ha haft vårdplaneringssköterska (sjuksköterska). Sjukhuset har tre avdelningar, där samtliga kan ta emot alla patienter, men med inriktning mot ortopedi, medicin eller kirurgi. En praktisk utmaning som beskrivs utifrån betalningsansvaret är att beslut måste tas om patienten anses utskrivningsklar innan kl. 12 på dagen innan utskrivning ska ske. Det ses positivt att överenskommelsen nu ses över och att betalningsansvaret får mindre fokus, vilket ger möjlighet att fokusera på patientens bästa. Intervjuade lyfter ett gott samarbete med kommunerna och att det finns behov av någon form av mellanvårdsplatser i kommunen för exempelvis administrering av intravenös

¹² Arvika kommun har enligt uppgift under hösten 2025 startat upp med biståndshandläggare på akutmottagningen i Arvika en dag i veckan initialt för att under våren 2026 utökas till tre dagar i veckan. Målet är att jobba likt Karlstads välfärdssamordnare.

antibiotika. Klinikens mobila team har genomfört sin första blodtransfusion tillsammans med Hagsfors kommun vid tidpunkten för granskningen.

Direktinläggningar för att undvika akutmottagningen beskrivs av intervjuade ske i begränsad utsträckning och vara individberoende. När närvårdsavdelningarna används på avsett vis fungerar det arbetet bra, men intervjuade lyfter att dessa platser lätt tas i anspråk av andra patienter. När kommunernas korttidsplatser minskar, märks enligt intervjuade en effekt på akutmottagningarna.

Utifrån avvikelser rörande samverkan vi tagit del av framgår att mycket händer kring patienten från det att läkare bedömer patienten som utskrivningsklar till att överlämning till kommunen sker. Det kan handla om läkemedelsförändringar eller att epikrisen¹³ inte är färdigställd. Dessa förändrade förutsättningar kräver anpassning från kommunen som ska ta emot. Intervjuade i flera kommuner betonar att man inte litar på de uppgifter som står när patienten bedöms som utskrivningsklar, och det får till följd att planeringen inte görs med avsedd framförhållning.

Primärvården

Det finns 30 vårdcentraler av varierande storlek runt om i Värmland, varav ett antal drivs av privata aktörer med avtal.

Av intervjuer med verksamhetschefer och enhetschefer inom primärvården lyfts att vårdcentralerna arbetar olika. På vissa vårdcentraler arbetar man med att ansvarig läkare ska få ett meddelande när utskrivning sker. Härutöver ska det då finnas en fast vårdkontakt, en sjuksköterska som sköter telefonkontakten. Det kan både vara en samordnande sköterska som håller denna kontakt eller den fasta vårdkontakten.

I samband med utskrivningsplanering från slutenvården ska det alltid finnas en namngiven fast vårdkontakt inom öppenvården, som måste vara sjuksköterska i dessa fall, påkopplad till samordningsärendet. Flera intervjuade vårdcentraler beskriver en begränsad kommunikation eller involvering när patient skrivs ut och mottages i kommunen, vilket bekräftas av intervjuer inom specialistvården samt kommunerna.

Vissa vårdcentraler lyfter att det är svårt att veta vilka insatser som beviljas en patient av kommunen, då det är olika system. Trots gemensam rutin om att delge in- och utskrivningar, sker inte alltid detta på avsett vis. Intervjuade lyfter att det borde ske med automatik, istället för att vara en manuell överföring.

Avgörande för samverkan är personaltillgång och -kontinuitet. Där det finns upparbetade kontakter och erfarna medarbetare beskrivs samverkan löpa på, både inom slutenvården och kommunerna. När personer byts ut eller tjänster blir vakanta märks det snabbt i kvaliteten på samverkan.

Intervjuade lyfter bristande tillgång till varandras system och kvalitet på dokumentation som centrala frågor. Exempelvis kan en läkare i beredskap få förlita sig på andrahands- eller tredjehandsuppgifter rörande en patient.

¹³ En epikris är en avslutande, sammanfattande journalanteckning som beskriver ett avslutat vårdtillfälle, exempelvis vid utskrivning från sjukhus, och innehåller information om diagnos, behandling, resultat och fortsatt plan för patienten. Syftet är att ge en snabb helhetsbild till nästa vårdgivare för att säkerställa patientsäkerheten, och den innehåller viktig information som orsaker till vårdkontakt, genomförda undersökningar, läkemedelsändringar och kommande behov.

Av intervju framkommer att det pågår en intern granskning av utskrivningsprocessen, där uppgifter från slutenvården ska jämföras med uppgifter från vårdcentralerna.

Utskrivningsprocessen utifrån kommunernas perspektiv

Samtliga kommuner uppmärksammar i intervjuer att det är vanligt förekommande att utskrivningsdatum flyttas fram en dag i taget. Det beskrivs försvåra kommunernas planering av hemtagningen. Av journalgranskning framgår att i merparten av granskade journaler sker en förändring av utskrivningsdatum.

Därutöver framgår av intervjuer att det förekommer bristande informationsöverföring vid utskrivningsprocessen. Intervjuade biståndshandläggare i kommunerna anger att kvaliteten på informationen kan variera. Bristen på tydlig information bidrar till att det krävs kompletterande kontakt med slutenvården för att få tillräckligt med information inför hemtagningen.

Vidare anges att vårdcentralerna inte har en aktiv roll i utskrivningsprocessen. Merparten av kommunerna upplever att mer ansvar och uppgifter tilldelas kommunerna när vårdcentralerna inte är involverade. Intervjuade uppger att kontakten med vårdcentralen i flera fall kan vara begränsad. Det uppmärksammas finnas behov av mer samverkan med vårdcentralerna.

3.4. Resultat av akt- och journalgranskning

Inom ramen för granskningen har en akt- och journalgranskning genomförts. Sammantaget har åtta akter per kommun valts ut och därefter har en journal per kommun valts ut (16 stycken). Totalt har 16 journaler och 128 akter omfattats.

En sammanfattning av aktgranskningen presenteras i kommunrapporterna som utgör bilagor till denna rapport.¹⁴

I journalgranskningen har en journal valts ut från varje kommun.

- I nio ärenden har journalen korresponderat med en av de akter som mottagits inom ramen för aktgranskningen inom respektive kommun.
- I sju ärenden har vår kontaktperson på regionen valt ut ett ärende utifrån processfärg.

Åtta ärenden har bedömts vara en gul process, tre ärenden har bedömts vara grön process och fem ärenden har under vårdtiden ändrat processfärg - från grön till gul eller från gul till röd.

Nedan presenteras resultatet av journalgranskningen, utifrån de frågeställningar som utgjort utgångspunkt.

¹⁴ Av 16 kommuner har 11 inkommit med akter för granskning och 5 valt att inte inkomma med akter. För dessa kommuner har en egen självskattning av dokumentationen i akterna genomförts istället. För dessa 5 kommuner kan en revisionell bedömning av underlaget inte genomföras.

Figur 4. Sammanställning av resultat för journalgranskning

Framgår det av dokumentationen om kommunen har mottagit tillräcklig information från regionen för att kunna ta emot den enskilde på ett tryggt och säkert sätt vid hemgång?

Framgår det av dokumentationen om kommunen har lämnat tillräcklig information till regionen för att den enskilde ska kunna tas emot på ett bra sätt vid inskrivning?

Vi noterar i journalgranskningen att det finns löpande anteckningar i alla ärenden, både i regionens journalsystem och i Cosmic Link, där kommunen tar del av informationen.

Vi noterar att utvecklingen som sker under vårdtiden och ärendens komplexitet påverkar omfattningen av den kommunikation som sker i Cosmic Link. Det berör bland annat omfattningen av följdfrågor som kommunen ställer. Vi noterar i ett antal fall att det sker påminnelser om att uppdatera läkemedelslistor och att skicka med mediciner, diskussion om processfärg och medicinsk status. Det är tydligt att det sker mycket telefonkontakt utanför Cosmic Link för att inhämta förtydliganden/tydliggörande information.

Vi noterar att i majoriteten av journalerna har datum för utskrivning flyttats fram på grund av olika anledningar. I journalgranskningen kan vi se att planering inför utskrivning har skett över telefon mellan biståndshandläggare och den enskilde. I flera fall har avdelningssjuksköterska eller samordnare blivit mellanhand att förmedla beviljade insatser.

Framgår det av dokumentationen om/ hur den enskilde eller dess anhöriga varit delaktiga i planeringen?

I en tredjedel av ärendena framgår inte hur eller om anhöriga deltagit i planering inför utskrivning. I resterande ärenden framgår att anhöriga önskat delta, deltagit eller blivit informerade om planeringen.

Framgår det av dokumentationen om den enskilde behövt återinskrivas inom slutenvård inom 30 dagar från utskrivning till hemmet?

I en tredjedel av ärendena sker en oplanerad återinskrivning eller behov av en återinskrivning (som inte genomfördes på grund av platsbrist på den aktuella avdelningen).

Framgår det av dokumentationen om SIP har genomförts inför utskrivning?

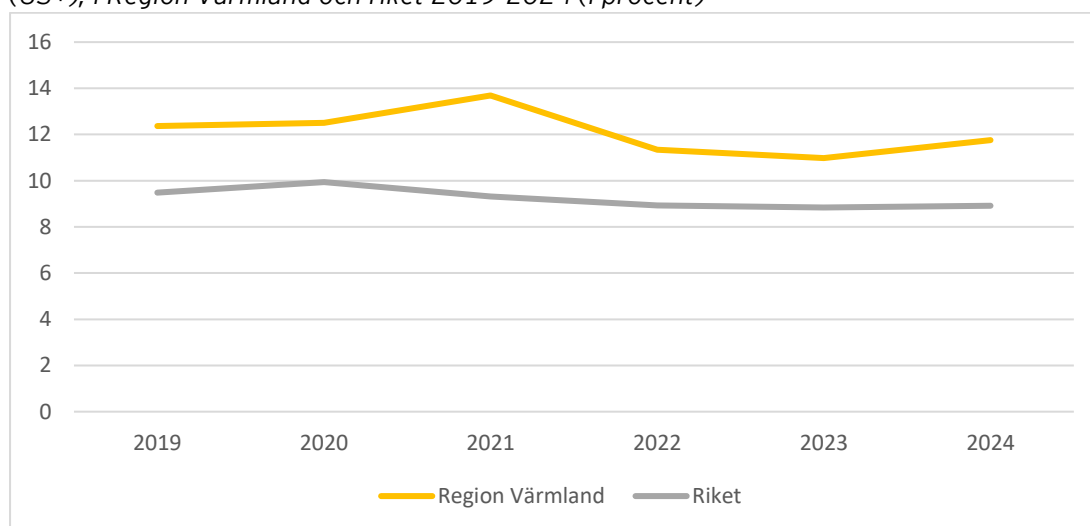
SIP har genomförts i två ärenden. Vid det ena tillfället saknas en dokumenterad SIP-planering och vid det andra tillfället noteras att patienten sover sig igenom mötet.

En övrig notering som görs i journalgranskningen är att det i ett ärende finns kännedom om våld i nära relation och kommunen gör en kommentar i Cosmic Link om att inte ha planering med anhöriga, men att detta sker ändå.

3.5. Andel oplanerade återinskrivningar ligger i linje med riket

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar är en indikator som används nationellt för att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande vid regionens öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräcklig samordnad. Därtill kan tillgängliga resurser och medicinsk kvalitet i såväl slutenvården som det fortsatta omhändertagandet påverka utfallet.

Diagram 2. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser bland äldre (65+), i Region Värmland och riket 2019-2024 (i procent)¹⁵



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Av statistiken framgår att Region Värmland ligger cirka 2-4 % över riket i andelen oplanerade återinskrivningar sedan 2019, med en viss ökning i skillnad under 2021.

3.6. Bedömning

Lagstiftningen rörande samverkan vid utskrivning syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller regionfinansierad öppenvård. Vi bedömer att regionen och kommunerna arbetar utefter intentionerna i lagstiftningen, men noterar likt tidigare genomförd granskning, ett antal väsentliga områden för utveckling och förbättring.

Kvaliteten på informationsöverföringen och dokumentationen behöver stärkas. Av journalgranskningen framgår flera exempel där information inte räckt till, överensstämt med annan kommunikation eller där avlämnad information från kommunen inte tagits i tillräckligt beaktande. Av intervjuer framgår att det ofta krävs eftersökande av kompletterande information om den enskilde för att kunna ta emot i kommunen på ett bra sätt.

¹⁵ Indikatorns diagnoser vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

Vi noterar att det i ett fall genomförs planering med anhöriga, trots information om våld i nära relation, vilket vi bedömer allvarligt.

Vidare bedömer vi att vårdcentralerna inte är så synliga i utskrivningsprocessen som deras roll som nav i omställningsarbetet föreskriver.

Slutligen sker SIP i mycket begränsad utsträckning i länet, även om annan vårdplanering som genomförs innefattar delmoment av en samordnad individuell planering.

4. Läkemedelshantering

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan om regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare.

Av länsgemensam överenskommelse framgår rutiner för läkemedelslistan. I kommunens journal ska det finnas en skriftlig läkemedelslista utfärdad eller signerad av behandlande läkare. I Region Värmland är skriftlig läkemedelslista från Cosmic giltig ordinationshandling. Det framgår att läkemedelslistan i Cosmic *alltid ska* överensstämma med läkemedelslistan i Pascal avseende läkemedel på recept. Om sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för patientens läkemedel ska läkaren omgående meddela förändring i läkemedelsordinationen till vederbörande.

Därtill finns flertalet rutiner, riktlinjer och beskrivningar för läkemedelshantering. Nedan listas ett urval:

- ▶ Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Dosexpedierade läkemedel
- ▶ Hantering av läkemedelslistan

Inom regionen finns en läkemedelskommitté¹⁶ och ett läkemedelscentrum. Läkemedelskommitténs uppdrag är bland annat att vara ett rådgivande organ i läkemedelsfrågor och följa upp förskrivningen av läkemedel i länet. Läkemedelscentrums uppdrag är att stödja vårdens verksamheter både strategiskt och operativt i läkemedelsfrågor.

I intervjuer med verksamhetschefer i regionen framgår att det inom samverkansnoderna sker ett aktivt arbete för att förbättra läkemedelshanteringen.

4.1. Läkemedelsgenomgångar för äldre

Av intervjuer framkommer att regionen arbetar med läkemedelsgenomgångar på vårdenheter. Inom regionen har det införts olika typer av farmaceutiskt stöd i olika delar av verksamheten. Inom öppenvården finns särskilt stöd bland annat inom:

- ▶ Särskilt boende och hemsjukvård (fördjupad läkemedelsgenomgång utifrån symtomskattningsformulär samt diskussion om läkemedelsbehandling under rond)
- ▶ Äldrevårdsteam Karlstad (fördjupad läkemedelsgenomgång vid inskrivning av nya patienter samt uppföljning)
- ▶ Vårdcentralen Gripen och Västerstrand (årskontroller, enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar)

Inom slutenvården erbjuds särskilt stöd på vårdavdelning 9 inom Centralsjukhuset i Karlstad (CSK), vårdavdelning 76 och 79 inom Sjukhuset i Arvika samt vårdavdelning 64 och 65 inom sjukhuset i Torsby.

På CSK deltar den kliniska farmaceuten i teamrond samt utför patientsamtal och enkla samt fördjupade läkemedelsgenomgångar. På avdelning 9 används metoden Comprehensive

¹⁶ Läkemedelskommittén består av 19 medlemmar, varav 12 läkare, 3 farmaceuter, 2 MAS:ar i Karlstads kommun och Torsby kommun, en distrikssköterska och en tandläkare.

Geriatric Assessment (CGA), vilket inkluderar en medicinsk, funktionell och psykosocial bedömning av patienten, och genomförs av ett multiprofessionellt team.

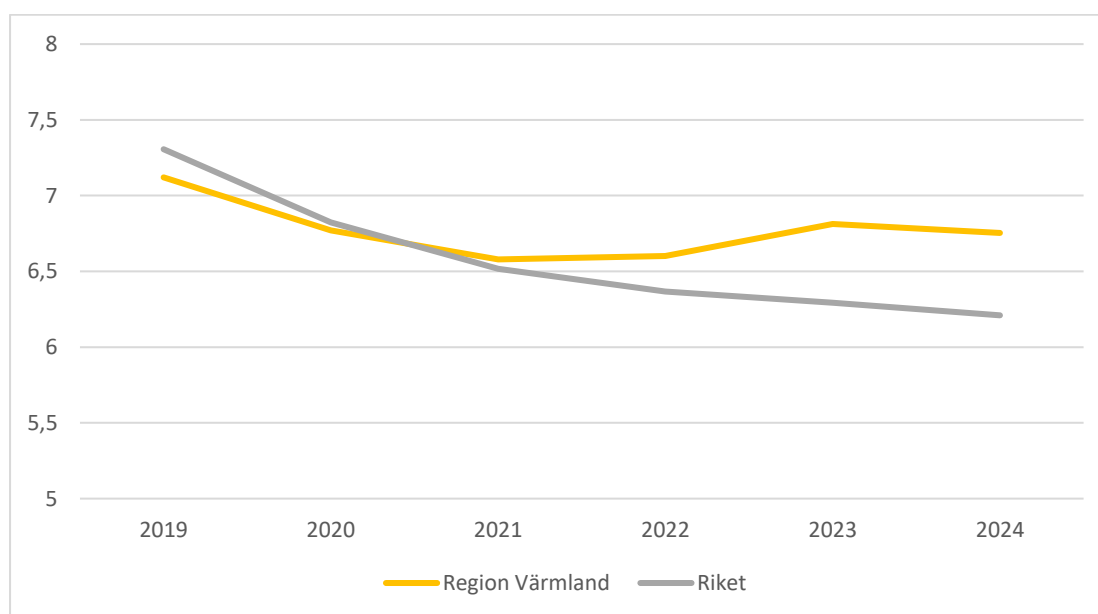
I Arvika och Torsby deltar den kliniska farmaceuten i rond samt utför patientsamtal och enkla läkemedelsgenomgångar, med syfte att patienten ska ha en korrekt och uppdaterad läkemedelslista. Det finns en rutin för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Vårdenhetsfarmaceut är en nyare tjänst i regionen som ska avlasta sjuksköterskor och öka kvalitet i läkemedelshanteringen. Några uppgifter som ingår i tjänsten är att dela läkemedel i läkemedelsvagnar, iordningställa infusioner och injektioner utifrån dagligt behov på vårdavdelningen och iordningställa hemgångsdoser efter utskrivning. Vilka enheter som erbjuds tjänsten beslutas av hälso- och sjukvårdsledningen. På vissa avdelningar arbetar även beredningsfarmaceuter.

För att anlita kliniska farmaceuter på andra enheter än de som nämns ovan ska en remiss skickas i Cosmic. Av intervju framkommer att det har inkommit omkring 10 remisser senaste halvåret. Behovet av farmaceutstöd, både specifikt och via remiss, bedöms vara större än det som finns i regionen idag. Intervjuade lyfter vikten av att hitta en balans mellan resurstillgång samt efterfrågan i de olika uppdragen.

En indikator som följs på länsnivå är andelen äldre med läkemedel som bör undvikas. Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Vissa läkemedel medför därmed en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa ingår i Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

Diagram 3. Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger (i procent). Avser personer 75 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Statistiken visar att andel äldre med minst ett olämpligt läkemedel i regionen har varit jämförbar med rikets nivåer, med en marginell ökning sedan 2022. År 2024 uppgår regionens andel till cirka 0,5 procentenheter över rikssnittet.

4.2. Betydande avvikelser knutet till läkemedel

Intervjuade i regionen är samstämmiga i att det finns väsentliga brister i informationsöverföringen knutet till läkemedelshantering. Den dubbla manuella hanteringen med två system utgör ett löpande problem. Härutöver beskrivs systemet Pascal vara svårhanterat för exempelvis nya läkare, varpå det lätt uppstår fel även om läkaren lägger in informationen enligt rutin. Enligt uppgift har försök gjorts att skapa en brygga mellan de två systemen för att uppdateringar i ett system automatiskt ska följa med till det andra, men vid tidpunkten för granskningen är frågan vilande. Flera intervjuade lyfter en frustration gällande denna fråga, då tekniken för en överbrygning enligt uppgift finns.

Samtliga kommuner uppmärksammar att läkemedelshantering fortsatt är en utmaning. Av intervjuer framgår att läkemedelslistorna från slutenvården inte är uppdaterade och aktuella. Intervjuade medicinskt ansvariga sjuksköterskor beskriver att kommunerna själva behöver lägga tid på att få uppdaterade läkemedelslistor, vilket anges vara tidskrävande. Kommunerna uppmärksammar i intervjuer att regionen behöver stärka efterlevnaden av rutiner och arbetssätt kopplat till läkemedelshantering och listor.

Vi redogör ytterligare för avvikelser knutet till läkemedel i avsnitt 5.3.

4.3. Bedömning

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare.

Av läns-gemensam överenskommelse framgår tydliga rutiner för läkemedelslistan. Det framgår att läkemedelslistan i Cosmic *alltid ska* överensstämma med läkemedelslistan i Pascal avseende läkemedel på recept. Av granskningen framkommer att det finns väsentliga avvikelser knutet till läkemedel, då det ofta upptäcks skillnader mellan inlagd information i de olika systemen.

5. Uppföljning och utveckling

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan om det har implementerats ett gemensamt system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner.

5.1. Regionövergripande uppföljning av samverkan

Inom ramen för Nya Perspektiv sker en gemensam uppföljning årligen i sammanställningen Aktuellt perspektiv, där utvalda indikatorer visar förändringar över tid. Uppföljningen är en statistisk sammanställning för hela regionen samt respektive kommun.

Av 20 indikatorer per kommun är det 2 stycken som berör granskningsområdet:

- ▶ Fallskador bland personer 80+, 3 års medelvärde
- ▶ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg- bemötande, förtroende, trygghet

På regionnivå följs ytterligare tre indikatorer upp avseende patientupplevd kvalitet i primärvården, dessa är dock inte avgränsade till patientgruppen äldre:

- ▶ Patientupplevd kvalitet, kontinuitet, koordinering i primärvård
- ▶ Patientupplevd kvalitet, respekt och bemötande i primärvård
- ▶ Patientupplevd kvalitet, emotionellt stöd i primärvård.

Aktuellt perspektiv innehåller ingen analys eller utvärdering utifrån målsättningarna i inriktningsdokumentet, det finns heller inget målvärde per år. I övrigt betonas att inriktningen för arbetet ska förankras och införlivas i huvudmännens ordinarie styrning och uppföljning.

Arbetet med systemledning ska utvärderas för första gången under våren 2026, vilket då blir en halvtidsutvärdering.

Vi har tagit del av minnesanteckningar för 2025 från ordföranderådet. Vid ordförandeberedningens sammanträdet 11 april 2025 behandlades remissvar för det politiska inriktningsdokumentet, där bland annat följande lyftes fram:

- ▶ Flera huvudmän önskar ett förtydligande av hur mål ska beaktas och implementeras i den egna organisationen
- ▶ Politiska styrgruppens mandat, ansvar och uppföljningsroll bör tydliggöras.
- ▶ Tydliggör hur det politiska ägarskapet och den politiska förankringen kan breddas.

5.2. Uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser

Uppföljningen för ingångna avtal och överenskommelser sker på olika sätt. Av överenskommelserna framgår i flera fall rutiner för översyn/revidering av själva dokumenten, men inga tydliga former för hur följsamhet till innehållet ska följas upp eller utvärderas. Det framkommer heller inga skrivningar om vilka effekter som ska nås över tid.

Av intervjuer i regionen framgår att uppföljningen av det praktiska samverkansarbetet sker i gemensamma forum och arbetsgrupper inom ramen för lokal samverkan och arbetet med systemledningen. Där upplevs finnas en god dialog om aktuella frågor och att utmaningar som uppstår diskuteras. Däremot framkommer ingen formell uppföljning eller utvärdering av huruvida målsättningarna med samverkansarbetet nås samt om väsentliga brister noteras i något avseende (och hur dessa isåfall hanteras).

Tabell 2. Former för uppföljning i samverkansdokument (EYs sammanställning)

Samverkansdokument	Former för uppföljning
Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024-2025 mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård	Det framgår att patientsäkerhet och kvalitet ska följas upp gemensamt inom de områden där samverkan sker. Uppföljningen ska utgå ifrån länsövergripande indikatorer: - Olämpliga läkemedel till äldre - Fast läkarkontakt för boende på SÄBO - Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom - Fallskador Det framgår inte hur effekter av samverkansarbetet ska utvärderas.
Rutin för samverkan mellan ambulanssjukvård och kommunal sjukvård	Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.
Samverkansöverenskommelse vid in- och utskrivning från slutenvården	Beredningsgruppen har utsett en arbetsgrupp "Samverkan vid utskrivning från slutenvård" som arbetar på uppdrag av Beredningsgruppen med att följa upp överenskommelsen om Samverkan för utskrivning från slutenvård samt riktlinjer kopplat till denna. Utifrån uppföljning görs eventuella revideringar av överenskommelsen och riktlinjer.
Samverkan och arbetssätt vid förskrivning av hjälpmedel Samordnad individuell planering (riktlinje) Samordnad individuell plan (SIP) med Cosmic Link	Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.
Samverkansavtal ¹⁷ mellan Region Värmland och Värmland kommuner: livsmedel för speciella medicinska ändamål	Kontaktpersonerna för avtalet ansvarar för årlig revidering. Revidering baseras på inkomna synpunkter från huvudmännens verksamheter. Det framgår inte någon information om avtalsuppföljning.
Samverkansavtal ¹⁸ mellan Region Värmland och Värmlands kommuner: Förbrukningsartiklar och förbrukningshjälpmedel	Den årliga revideringen baseras på inkomna synpunkter från huvudmännens verksamheter. Det framgår inte någon information om avtalsuppföljning.
Överenskommelse gällande medföljande i vården mellan Region Värmland och kommunerna	Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.
Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna kring vaccination	Region Värmland ansvarar för att sammankalla gruppen inför revidering. Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.

Intervjuade i regionen är samstämmiga i att formerna för uppföljning och utvärdering av arbetet som sker i samverkan och avseende omställningen kan och bör stärkas. En iakttagelse från intervjuerna är att formerna för uppföljning inte aktualiseras när styrdokument beslutas eller pilotprojekt startar, utan att det uppmärksammas först när

¹⁷ Avtalstid 20250601-20260601

¹⁸ Avtalstid 20250601-20260601

arbetet varit igång ett tag. Då försvåras inhämtning av relevant data och information att följa.

Av intervjuer med kommuner framkommer att det finns behov av att förbättra uppföljningen och utvärderingen av överenskommelsen kopplat till utskrivningsprocessen. Intervjuade kommuner anger att överenskommelsen årligen ses över och att innehållet i den stämmer. Dock genomförs ingen utvärdering av vilka effekter överenskommelsen har givit.

5.3. Avvikelsehantering

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9 5 kap § 3-8) framgår att rapporteringsskyldighet kring missförhållanden och risker är reglerad i respektive lagstiftning för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt LSS. Detta innebär att personal och verksamhetsutövare måste rapportera och dokumentera avvikelser, utreda dem och vidta åtgärder utan dröjsmål.

Alla inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna identifiera mönster eller trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån analysen ska nödvändiga åtgärder vidtas för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet, inklusive förbättring av processer och rutiner om de visar sig vara otillräckliga.

Det finns vid tidpunkten för granskningen inget gemensamt system för uppföljning av avvikelser mellan regionen och kommunerna. I den länsgemensamma överenskommelsen mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård framgår ansvaret för samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården att rapportera vårdskador samt händelser som hade kunnat medföra vårdskada. Vidare lyfts skyldigheten att rapportera andra skador till följd av säkerhetsbrister. Rapportering av avvikelser ska ske till vårdgivaren enligt fastställd rutin. Kommun och region (inklusive privata aktörer) har ett gemensamt ansvar att rapportera avvikelser som rör annan huvudman. Avvikelser som berör samverkan skrivs på särskild blankett, som skickas in till regionens patientsäkerhetsenhet. Vid behov ska huvudmännen samverka i utredning och åtgärder då avvikelser inträffar.

En utvecklingsledare vid regionens patientsäkerhetsenhet sammanställer inkomna avvikelser mellan regionen och kommunerna två gånger per år. Enligt intervjuade tar hälso- och sjukvårdsledningen i regionen del av sammanställningarna sedan 2024. Avvikelser kategoriseras i följande områden: *vård och behandling*, *kommunikation*, *transport* och *övrigt*. En underkategori till vård och behandling är *läkemedelsadministrering*.

Enligt sammanställningen som gjordes för helåret 2024 rapporterades 466 avvikelser från kommunerna till regionen och 73 avvikelser rapporterades från regionen till kommunerna. Av samtliga avsåg 59 avvikelser läkemedel. Efter första halvan av 2025 hade 306 avvikelser rapporterats från kommunerna till regionen. Regionen rapporterade 53 avvikelser. Dokumenterade avvikelser mellan regionen och kommunerna som rör läkemedel var 41 2025. I sammanställningen 2025 anges att avvikelser avseende läkemedel främst kretsar kring hur läkemedel ordinerar, dokumenteras och kommuniceras. Bedömningen att antalet avvikelser rörande läkemedel är betydande görs av samtliga intervjuade funktioner med insyn i arbetet.

I merparten av kommunerna är det respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för avvikelserapporteringen till regionen. Intervjuade uppmärksammar att kommunerna kan bli bättre på att rapportera in fler avvikelser. Vanligt förekommande avvikelser som ofta inte rapporteras från kommunerna är när inskrivningsmeddelanden

saknar administrativa kommentarer eller när ADL-status¹⁹ inte stämmer överens med övrig information som förmedlas.

Därutöver framgår av intervjuer att kommunerna ofta får sen eller ingen återkoppling alls från regionen av de inrapporterade avvikelserna. I merparten av kommunerna upplevs det att inrapporterade avvikelser inte leder till förbättringar. Det gör att avvikelser inte rapporteras i den utsträckning som önskas.

5.4. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning

Vi har granskat hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll januari – december 2025. En stående punkt på nämndens möten är *Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar*. Under 2025 delgavs information om utvecklingsplanen, återkoppling på uppdrag från nämnden, budgetläget och liknande. Vid vissa möten lämnar även andra tjänstepersoner information om sina respektive områden. En annan stående punkt är *månadsuppföljning*. Nämnden genomför månadsuppföljningar som en del i regionens system för intern kontroll. Rapporterna innehåller uppföljning av resultatmål och indikatorer utifrån regionens fyra effektmål.

Nämnden tar årligen del av tematiska uppföljningar utifrån internkontrollplanen. År 2025 omfattade dessa uppföljningar områdena *tillgänglig vård på lika villkor, ekonomi i balans, arbetsmiljö och personalfrågor* samt *samverkan och utveckling av vården*. Avseende området *samverkan och utveckling av vården* var det flera av regionens områdeschefer som rapporterade om detta vid nämndens sammanträde. Presentationsmaterialet, som finns bifogat till nämndens protokoll, innehåller information om systemledning, omställningen till god och nära vård samt länsövergripande insatser för äldre och mobila team.

Därtill tar nämnden årligen del av patientsäkerhetsberättelse, delårsrapport, tertialrapporter och årsredovisning. Delår- och tertialrapporter samt årsredovisning innehåller bland annat uppföljning av effektmålen. I patientsäkerhetsberättelsen 2024 följs bland annat avvikelser och vårdskador upp.

Vid ett av nämndens möten 2025 har områdeschef för allmänmedicin och rehabilitering informerat om nära vård i västra Värmland och om pilotprojektet Team Utsocknes. Av underlaget framgår att projektet handlar om ett mobilt team bestående av en undersköterska och en sjuksköterska som utgår från vårdcentralen i Eda. Nämnden beslutade att ge förvaltningen i uppdrag att tillsammans med kommunerna utvärdera om det är önskvärt att införa Team Utsocknes i fler kommuner.

5.5. Bedömning

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ett viktigt led i att säkerställa kvalitet är dokumenterade processer samt ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser.

¹⁹ ADL-status (Aktiviteter i det dagliga livet) är en bedömning av en persons förmåga att klara grundläggande vardagssysslor som att äta, klä sig, sköta hygien och förflytta sig, samt mer komplexa aktiviteter som matlagning och inköp. Statusen används som underlag för att utreda behov av stöd från kommunen eller Försäkringskassan, exempelvis personlig assistans, och görs ofta av en arbetsterapeut.

Vid samverkan mellan huvudmän med gemensamma målsättningar och patient/brukargrupper behöver det vara tydligt vilken egenkontroll, uppföljning och hantering av avvikelser som bör ske i samverkan samt vilka frågor som ska omhändertas av respektive huvudman.

För de gemensamma styrdokument, överenskommelser och riktlinjer som berör vårdkedjor för äldre noterar vi genomgående att det finns rutiner för revidering av dokumenten, men inte fastställda former för hur *följsamheten* till dokumenten ska följas upp och utvärderas.

Det framkommer i granskningen en välutvecklad struktur för dialog och gemensamma forum för att hantera löpande frågor i samverkan. Vi noterar dock ingen sammanhållen uppföljning eller utvärdering, där utfall eller effekter av arbetsmetoder eller genomförda insatser sammanställs eller analyseras. Vissa länsövergripande indikatorer följs, men vi noterar ingen analys utifrån utvecklingen. I nämndernas egen uppföljning fångas vissa parametrar av samverkansarbetet och omställning till nära vård, medan andra inte beaktas.

Omställningsarbetet har vid tidpunkten för granskningen ingen tydlig ram för hur utvecklingen ska följas upp och utvärderas. Flera lokala initiativ och insatser genomförs och för vissa har vi tagit del av specifika utvärderingar. Sammantaget är det dock svårt att få en bild över huruvida arbetet går i avsedd takt, med avsedda effekter samt i vilken utsträckning väsentliga avvikelser noteras.

Sammantaget bedömer vi att hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning och utvärdering av samverkan rörande äldre samt omställningsarbetet bör systematiseras och utvecklas, för att säkerställa en god intern kontroll avseende vårdkedjor för äldre.

6. Svar på revisionsfrågor

Revisionsfråga	Svar
Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är de ändamålsenliga?	Det finns ett flertal avtal, överenskommelser och riktlinjer samt rutiner som berör samverkansarbetet mellan regionen och kommunerna. Det har inte framkommit några iakttagelser i granskningen som tyder på att innehållet är inaktuellt eller ej relevant. Däremot bedömer vi att formerna för uppföljning och utvärdering av följsamheten till dokumenten bör stärkas.
Hur har kommunerna och regionen utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv?	Den tydligaste utvecklingen av styrningen ligger på tjänstepersonsnivå, där systemledning införts under 2025 och ska testas fram till 2027. Det har inte skett någon utveckling av hur den politiska styrningen och uppföljningen genomförs.
Har kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet?	Delvis. Det finns en länsövergripande överenskommelse mellan regionens vårdcentraler och kommunerna, vilka stipulerar gemensamma riktlinjer. Vi noterar dock fortsatt att det finns lokala skillnader i kompletterade överenskommelser, arbetssätt, resurser, kontaktvägar och initiativ.
Har regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare?	Nej. Granskningen visar att det fortsatt finns väsentliga avvikelser knutet till läkemedel. Avvikelserna härrör till stor del från att två olika systemstöd - Cosmic och Pascal - behöver uppdateras med samma information, vilket inte sker. Oftast uppdateras endast ett systemstöd. Detta medför att kommunerna i flera fall har fått utveckla egna kvalitetssäkringsrutiner för att säkerställa korrekt läkemedelslista.
Har regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommet styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse?	Nej. Det har inte skett någon specifik uppföljning av gemensamma styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse. Följsamheten till överenskommelser följs företrädesvis i dialog samt att vissa kvalitetsindikatorer följs upp. Uppföljningen och utvärderingen av följsamhet till samverkansdokumenten bör stärkas överlag.
Hur efterlever regionen och kommunerna Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)?	En överenskommelse har gjorts om att låta betalningsansvaret "vila" under 2026 och utvärdera effekterna. Detta indikerar en god samverkan vid utskrivning från slutenvården, i meningen att kommunerna tar emot utskriven patient inom stipulerad tidsgräns. Av granskningen framkommer dock fortsatt ett antal utvecklingsområden knutet till informationsöverföring, kommunikation, hantering av avvikelser och läkemedelshantering.
Har kommunerna och regionen implementerat ett gemensamt	Nej.

system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner?	Det finns inget gemensamt system för systematisk uppföljning av rapporterade avvikelser. Ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner följs upp i olika utsträckning, i olika forum och med olika tydlighet. Enligt uppgift pågår arbete med en riktlinje rörande hantering och uppföljning av länsgemensamma dokument.
Har omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt?	Delvis. Av granskningen framkommer en förbättrad dialog och samsyn rörande gemensam kommunikation och arbetssätt mellan huvudmännen, där målbild och färdplan ingår. Samtliga intervjuade i regionen lyfter ett bättre samverkansklimat än tidigare och fler lokala initiativ som överbryggar gränssnitt för att bättre bemöta patientens behov. Däremot tydliggörs inte kopplingen till den övergripande styrningen eller uppföljningen rörande omställningsarbetet. Färdplanen följdes upp 2023. Den uppföljning som då genomfördes fokuserade på genomfört arbete snarare än resultat och effekter.

Karlstad, 2026-02-05

Anja Nilsson Roos
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Josefine Algotsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Albin Oskarsson
Verksamhetsrevisor

Tilda Nilsson
Verksamhetsrevisor

Charlotta Josefson
Specialistläkare Rehabiliteringsmedicin
 Specialist

Mikaela Gretzer
Certifierad kommunal yrkesrevisor
 Kvalitetssäkrare

Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Ordförande hälso- och sjukvårdsnämndens presidium
- ▶ Andra vice ordförande hälso- och sjukvårdsnämndens presidium
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Två utvecklingsledare samverkan
- ▶ Ledningsstrateg Nya perspektiv
- ▶ Ledningsstrateg Nära vård
- ▶ Områdeschef medicinska specialiteter
- ▶ Verksamhetschef medicinkliniken Karlstad
- ▶ Verksamhetschef Akutkliniken Karlstad
- ▶ Verksamhetschef slutenvård Arvika
- ▶ Områdeschef sjukhuset Torsby
- ▶ Verksamhetschef Medicin Torsby
- ▶ Verksamhetsutvecklare Torsby
- ▶ Områdeschef Medicinskt stöd och service
- ▶ Verksamhetschef Läkemedelscentrum
- ▶ Enhetschef Läkemedelscentrum
- ▶ Ordförande Läkemedelskommittén
- ▶ Områdeschef anopiva och prehospital vård
- ▶ Verksamhetschef ambulanssjukvård
- ▶ Områdeschef allmänmedicin och rehabilitering
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområden norra Värmland
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområden södra Karlstad
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområde västra Värmland
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområde östra Värmland
- ▶ Verksamhetschef Habilitering, syn och hjälpmedel
- ▶ Tre verksamhetschefer för privata vårdgivare
- ▶ Enhetschef Hjälpmedelsservice
- ▶ Enhetschef, vårdcentralen Kronoparken
- ▶ Enhetschef, vårdcentralen Årjäng
- ▶ Enhetschef, Äldrevårdsteamet Karlstad
- ▶ Utvecklingsledare, patientsäkerhetsenheten
- ▶ Chefläkare, patientsäkerhetsenheten

Granskad dokumentation

- ▶ Ärendebeskrivning - Resultatmål och indikatorer 2025
- ▶ Årsredovisning 2024 - Hälso- och sjukvårdsnämnd
- ▶ Delårsrapport 2025 - Hälso- och sjukvårdsnämnd
- ▶ Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre - behandlingsrekommendationer 2024
- ▶ Regionplan och budget 2025 med flerårsplan 2026-2027

- ▶ Region Värmlands utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård (Remissversion)
- ▶ Strategi och inriktning avseende vården för äldre - Vårdgivarwebben
- ▶ Äldrevårdsteam Karlstad -Vårdgivarwebben
- ▶ Hemsjukvårdsläkare - Vårdgivarwebben
- ▶ Närsjukvårdsteam - Vårdgivarwebben
- ▶ Lokal rutin för kommunikation via Cosmic Messenger mellan Filipstads kommun och vårdcentralen Filipstad
- ▶ Lokal överenskommelse för samverkan i Filipstads kommun
- ▶ Lokal överenskommelse mellan Region Värmlands vårdcentral Forshaga/Deje och kommunal hälso- och sjukvård i Forshaga kommun
- ▶ Överenskommelse för samverkan mellan Hagfors kommun och vårdcentralen Hagfors/Ekshärad
- ▶ Överenskommelse för samverkan mellan Hammarö kommun och vårdcentralen Skoghall
- ▶ Rutin Uppföljning av personer med demensdiagnos i samverkan med vårdcentralen i Kil
- ▶ Överenskommelse för samverkan mellan Munkfors äldreomsorg och Munkfors Vårdcentral
- ▶ Lokal överenskommelse minnesmottagning i Sunne kommun
- ▶ Avtal och överenskommelser - Vårdgivarwebben
- ▶ Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024 - 2025
- ▶ Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna Medföljare i vården
- ▶ Överenskommelse gällande vaccination mellan Region Värmland och kommunerna
- ▶ Rutin Samverkan mellan Ambulanssjukvård och Kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Samverkansavtal gällande kostnadsfördelning mellan Region Värmland och Värmlands kommuner - förbrukningsartiklar/förbrukningshjälpmedel
- ▶ Samverkansavtal gällande kostnadsfördelning mellan Region Värmland och Värmlands kommuner - Livsmedel för speciella medicinska ändamål
- ▶ Gemensam plan primärvård Värmland
- ▶ Handlingsplan för äldre och insatser - Vårdgivarwebben
- ▶ Värmlands målbild - Vårdgivarwebben
- ▶ Nära vård färdplan
- ▶ Nära vård i Värmland - Vårdgivarwebben
- ▶ Uppföljning 2023 av färdplan för nära vård, hälsa och omsorg
- ▶ Samverkansrutin kontakt efter utskrivning, fast vårdkontakt Vårdcentral - Karlstads kommun
- ▶ Aktuellt perspektiv 2025
- ▶ Nya perspektiv - Politiskt inriktningsdokument 2025-2028
- ▶ Instruktion Cosmic Link – informationsöverföring från regionens rehab till kommunens rehab
- ▶ Praktisk checklista inför utskrivning/hemgång
- ▶ Riktlinje Riskbedömning för avancerad hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet
- ▶ Riktlinje Samverkan vid utskrivning av vuxna från slutet hälso- och sjukvård
- ▶ Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård - Vårdgivarwebben
- ▶ Rutin Samverkan och arbetssätt vid förskrivning av hjälpmedel
- ▶ Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna i Värmland om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Värmland
- ▶ Processen för samordnad individuell plan (SIP) - Vårdgivarwebben
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2024 - hälso- och sjukvårdsnämnden
- ▶ Mall Ordination enligt generella direktiv

- ▶ Förskrivna läkemedel - Vårdgivarwebben
- ▶ Hantera läkemedel inom kommun -Vårdgivarwebben
- ▶ Rutin Läkemedelsbeställningar till kommunala läkemedelsförråd och generella direktiv
- ▶ Läkemedelsgenomgångar - Vårdgivarwebben
- ▶ Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben
- ▶ Rutin iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel
- ▶ Riktlinje Ansvar för ledningsuppgifter inom läkemedelshantering
- ▶ Riktlinje Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- ▶ Riktlinje Ordination av läkemedel
- ▶ Riktlinje Ordination enligt generella direktiv
- ▶ Rutin Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
- ▶ SELMA Funktionalitet och innehåll
- ▶ Genomlysning av närvårdsavdelningarna i Region Värmland
- ▶ Mobila team
- ▶ Rapport kvalitetsgranskning läkemedelshantering Område allmänmedicin och rehabilitering öppenvård 2024
- ▶ Rutin Identifiering och uppföljning av sköra patienter, användning av Selma-rapporten
- ▶ Rapport kvalitetsgranskning Medicin CSK 2023
- ▶ Sammanställning avvikelser Värmlands kommuner och region Värmland 2024
- ▶ Sammanställning avvikelser kommun och region januari-juni 2025
- ▶ Protokoll för hälso- och sjukvårdsnämnden möten 2025
- ▶ Minnesanteckningar politisk styrgrupp 2025

Bilaga 1 - Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:727)

Det är enligt 6 kap. 1 § styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Kommunstyrelsen ska, enligt 6 kap. 2 §, uppmärksamta följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning.

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)

När en patient skrivs in i den slutna vården och den behandlande läkaren bedömer att patienten efter utskrivningen kan behöva insatser från annan hälso- och sjukvård (till exempel hemsjukvård eller primärvård/regionens öppenvård) eller från socialtjänsten, så ska den slutna vården skicka ett inskrivningsmeddelande till de berörda enheterna. Genom inskrivningsmeddelandet får enheterna en signal om att patienten kan behöva insatser efter utskrivningen. Enheterna kan då börja planera för det. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning.

Ett inskrivningsmeddelande ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården. Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att patienten kommer att behöva insatser efter utskrivningen, så ska inskrivningsmeddelandet i stället skickas senast 24 timmar efter den bedömningen.

När en enhet i den regionfinansierade öppenvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande, så ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten, om patienten inte redan har en sådan.

När en berörd enhet har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheten börja planera nödvändiga insatser för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården. Meningen är att patienten efter utskrivningen ska få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta de berörda enheterna om denna bedömning. För psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård finns det särskilda bestämmelser när det gäller utskrivningen. Den slutna vården ska ge de berörda enheterna nödvändig information i samband med utskrivningen av patienten, så att enheterna kan ge patienten den socialtjänst eller hälso- och sjukvård som hen behöver. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården. För underrättelsen om att patienten är utskrivningsklar och informationen i samband med utskrivningen, gäller de vanliga reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

Om patienten behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst efter utskrivningen, så ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan (SIP). En SIP får bara upprättas om patienten samtycker till det. Det kan exempelvis innebära att om patienten

bara har behov av, eller bara samtycker till, socialtjänst så behövs det inte någon samordnad individuell planering.

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Denna föreskrift och allmänna råd ska tillämpas i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten inom bland annat verksamhet som hälso- och sjukvården.

Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planerar, leder, kontrollerar, följer upp och förbättrar verksamheten.

Föreskriften anger att vårdgivaren ska utföra egenkontroll för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Detta kan innebära jämförelser av verksamhetens resultat med data från nationella eller regionala kvalitetsregister, samt med resultat från andra verksamheter och tidigare resultat inom den egna verksamheten. Resultaten från egenkontrollen ska leda till åtgärder som säkrar verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska även kontinuerligt göra riskanalyser för att identifiera händelser som kan orsaka brister i verksamheten.

Till: Kommunstyrelsen

För kännedom: Kommunfullmäktige

Revisorernas granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård

Storfors kommuns revisorer har tillsammans med revisorerna i Region Värmland och kommunrevisorerna i Arvika, Filipstad, Forshaga, Grums, Hagfors, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors, Säffle, Torsby, Eda, Sunne och Årjäng genomfört en gemensam granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård. EY har på uppdrag av revisorerna genomfört granskningen.

Granskningens syfte har varit att granska om Region Värmland och kommunerna – utifrån sina respektive ansvar och uppdrag – genom styrning, uppföljning och intern kontroll har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. En uppföljning av revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor för äldre" från 2018 har ingått i granskningen.

I rapporten redovisar konsulterna bland annat följande:

Vår sammanfattande bedömning är att Region Värmland och kommunen delvis säkerställt fungerande arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Tydliggör omhändertagandet av mål och målvärden för samverkan rörande äldre i kommunstyrelsens ordinarie styrkedja
- Tillse ett gemensamt system tillsammans med regionen för uppföljning och analys av avvikelser rörande samverkan, inklusive läkemedelshantering
- Tydliggör uppföljning och utvärdering av länsgemensamma överenskommelser, styrdokument, avtal och riktlinjer som berör äldre med fokus på resultat och effekter. Formerna för uppföljning och utvärdering bör inkludera ansvar för uppföljning, frekvens samt mottagande beslutande instans
- Säkerställ att kompletterande överenskommelser/rutiner med lokala vårdcentraler hänvisar till aktuell länsgemensam överenskommelse

Revisorerna översänder härmed rapporten och emotser kommunstyrelsens svar, med redogörelse av vilka åtgärder styrelsen avser att vidta med anledning av iakttagelserna i rapporten, senast den 27 juni 2026.



STORFORS
KOMMUN

Kommunens revisorer

Torbjörn Johansson

Ordförande



Handläggare:

Pernilla Pettersson
Socialchef

Antagande av riktlinje för Hantering av kommun- och regiongemensamma dokument

Diarienummer: KS/2026:316

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Förslag till beslut

Kommunstyrelsens arbetsutskotts förslag till kommunstyrelsen:

Anta riktlinje för hantering av kommun- och regiongemensamma beslut.

Beskrivning av ärendet

Nya Perspektiv har tagit fram en ny riktlinje för hur gemensamma dokument inom kommun och region ska hanteras. Den innebär att processen förändras och blir mer medarbetarorienterad, med ett tydligare fokus på invånarnas behov. Förhoppningen är att den nya hanteringen ska göra dokumenten mer kända och därmed följas bättre. Den ska också bidra till en bättre överblick över vilka gemensamma dokument som finns, när de behöver uppdateras samt vem som ansvarar för dem.

Under arbetets gång har dialog förts med berörda nätverk, grupper och systemledningen i länet. Utkastet till riktlinjen har skickats ut på remiss och diskuterats med de berörda parterna. Sammanfattningsvis handlar förändringen både om arbetssätt (mer delaktighet och invånarfokus) och styrning (bättre struktur, ansvar och uppföljning).

Den 20 april 2026 ställde sig beredningsgruppen bakom riktlinjen och rekommenderar nu att kommuner och region antar den samt därefter inför och arbetar enligt dess innehåll.

Mål och uppdrag

- Förbättrad folkhälsa
- Kompetensförsörjning

Barnrättskonsekvenser

Barn och unga berörs då flertal av de riktlinjer som är gemensamma för länet innefattar både barn och unga.

Beslutsunderlag

- Tjut - Antagande av riktlinje för Hantering av kommun- och regiongemensamma dokument
- Riktlinje för Hantering av kommun- och regiongemensamma dokument

Beslutet skickas till



- Johan Rosqvist, kommunchef
- Annelie Izindre, skolchef
- Pernilla Pettersson, socialchef

Ämne: Riktlinje för kommun- och regiongemensamma dokument

Från: Mona Björn <mona.bjorn@regionvarmland.se>

Till:

Mottaget: 2026-05-11 10:30:37

**Till kommunerna i Värmland och Region Värmland
För kännedom till skolchefer, socialchefer och Region Värmlands hälso- och
sjukvårdsledning**

En riktlinje för processen och hantering av kommun- och regiongemensamma dokument har tagits fram. Riktlinjen innebär en förändrad process som är mer medarbetardriven och har ett större fokus på invånaren. Genom den nya hanteringen finns förhoppningen att dessa dokument ska bli mer kända och därigenom efterlevas på ett bättre sätt samt att vi ska ha bättre kontroll på vilka gemensamma dokument som vi har, när de går ut samt vem som ansvarar för dem. Under framtagandet har dialog förts med berörda nätverk och grupper samt nätverken inom systemledningen. Utkastet till riktlinje har varit på synpunktsrunda samt kommunicerats med berörda nätverk.

Beredningsgruppen ställde sig den 20 april 2026 bakom riktlinjen och rekommenderar nu kommunerna och regionen att anta riktlinjen och därefter implementera och arbeta i enlighet med den.

Två webinarium genomförs under maj med syfte att bidra till implementeringen.

Riktlinjen finns att tillgå på sidan för [kommun och regiongemensamma dokument](#) och här är länken direkt till dokumentet; [Hantering av kommun- och regiongemensamma dokument](#). Observera att en ny del i detta är att huvudmännen ska länka direkt till dokumentet då den senaste och aktuellt gällande alltid ska finnas där.

Beslut om antagande skickas till Region Värmland region@regionvarmland.se märkt med **RS/261137**

Vid frågor eller funderingar kring innehållet kontakta Linnea Grankvist
linnea.grankvist@regionvarmland.se

Mvh Beredningsgruppen Nya perspektiv genom Sandra Nätt, enhetschef Nya perspektiv.

Sandra Nätt
Enhetschef Nya perspektiv och
RSS Värmlands län
010-8331001
072-468 45 93
sandra.natt@regionvarmland.se



[Nya perspektiv - Värmland](#)
Nya Perspektiv

Lagergrens gata 2, 652 14 KARLSTAD

Region Värmland bildades 1 januari 2019. Vi arbetar med hälso- och sjukvård, tandvård, regional utveckling och kollektivtrafik.

Hur Region Värmland hanterar personuppgifter i e-post finns att läsa på www.regionvarmland.se/personuppgifter

Dokumenttyp Riktlinje	Framtagen inom Samverkansarenan Nya perspektiv	Organisation Region Värmland	Version 1
Dokumentägare Linnea Grankvist Utvecklingsledare	Fastställare Beredningsgruppen Nya perspektiv	Giltig fr.o.m. 2026-04-27	Giltig t.o.m. 2028-04-26

Hantering av kommun- och regiongemensamma dokument

Gäller för: Hälso- och sjukvård, Kommunal vård och omsorg, kommunala verksamheter inom barn och utbildning samt socialtjänst

Utarbetad av: Linnea Grankvist, Anna-Carin Johansson tillsammans med berörda nätverk

Innehållsförteckning

Kommun- och regiongemensamma dokument.....	3
Utgångspunkter för samverkan.....	3
Hantering av tvister.....	3
Avvikelsehantering.....	3
Inledning.....	4
Syfte.....	4
Ingående parter.....	4
Målgrupp och omfattning.....	4
Mål.....	4
Ansvarsfördelning.....	4
Arbetsprocess för kommun- och regiongemensamma dokument.....	5
Initiering.....	5
Framtagande och revidering.....	5
Implementering.....	7
Publicering.....	7
Uppföljning.....	7
Avveckling.....	7
Plan för uppföljning av detta dokument.....	7
Indikatorer.....	7
Uppföljning.....	8
Plan för implementering och kommunikation av detta dokument.....	8
Stöd för implementering.....	8
Kommunikation och publicering.....	8

Kommun- och regiongemensamma dokument

Detta dokument ska ses som ett stöd i vårt gemensamma arbete. Varje situation är unik, och därför behöver vi alltid lyfta blicken, tänka helhet och utgå från vad som blir bäst för invånaren.

Genom att samarbeta över organisatoriska gränser, bygga tillit och ta gemensamt ansvar skapar vi ett sammanhang där invånaren står i centrum. Vi tar ansvar för vårt eget arbete, återkopplar bakåt och underlättar för nästa steg – så att kedjan håller ihop. Våra gemensamma utgångspunkter hjälper oss att rikta våra insatser, agera tillsammans och stärka värdet i varje möte.

Utgångspunkter för samverkan

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. De hjälper till att hålla fokus på det som är viktigast – invånaren – samtidigt som de skapar en gemensam kultur där tillit, ansvar och lärande står i centrum. Genom att återkoppla till utgångspunkterna i dialoger, ställningstagande och planering kan samsyn stärkas, roller tydliggöras och samarbete främjas.

De gemensamma utgångspunkterna är:



Hantering av tvister

Oenighet om tolkning av detta dokument får inte leda till att enskilda inte får sina behov tillgodosedda. Om en part anser att dokumentet inte följs, ska detta i första hand lösas genom dialog mellan chefer i kommunen och Region Värmland. Frågor av mer övergripande eller generell karaktär lyfts till Beredningsgruppen för Nya perspektiv för vidare hantering. Krävs ändringar i dokumentet inom giltighetstiden lyfts frågan till Beredningsgruppen för Nya Perspektiv.

Avvikelsehantering

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat. Avvikelsehantering är att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten. Rutiner för avvikelsehantering mellan kommun och Region Värmland nås genom [Avvikelsehantering på vårdgivarwebben](#).

Inledning

Denna riktlinje har tagits fram inom ramen för Nya perspektiv och bygger på rekommendationer från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om lagstadgade samverkansöverenskommelser. Den svarar mot behovet av en tydlig och gemensam struktur för hur kommunerna i Värmland och Region Värmland hanterar gemensamma dokument.

Syfte

Syftet med riktlinjen är att skapa en gemensam struktur och systematik för framtagande, hantering och uppföljning av kommun- och regiongemensamma dokument i Värmland.

Riktlinjen ska fungera som ett stöd i arbetet med att utveckla samverkan mellan parterna och säkerställa att dokumenten bidrar till värde för invånaren genom tydlighet, tillgänglighet och gemensamma arbetssätt.

Riktlinjen beskriver:

- vem som ansvarar för olika delar av processen
- hur framtagande, revidering, uppföljning och avveckling ska gå till, samt
- vilka krav som ställs på innehåll och struktur.

Ingående parter

Region Värmland samt Värmlands kommuner (Arvika, Eda, Filipstad, Forshaga, Grums, Hagfors, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors, Storfors, Sunne, Säffle, Torsby, Årjäng)

Målgrupp och omfattning

Verksamheter inom områdena barn och utbildning, socialtjänst, vård och omsorg samt hälso- och sjukvård inklusive tandvård.

Mål

- Kommun- och regiongemensamma dokument ska vara välkända, lättillgängliga och sökbara för kommuner och regionen.
- Kommun- och regiongemensamma dokument ska följas upp och tillämpas i praktiken.
- Kommun- och regiongemensamma dokument ska följa beskriven struktur och systematik.
- Det ska finnas ett tydligt register över gällande kommun- och regiongemensamma dokument och Beredningsgruppen ska ha överblick och bevaka behovet av revidering.

Ansvarsfördelning

Alla parter är ansvariga för att, vid behov, delta i processer för framtagande, uppföljning eller revidering av kommun- och regiongemensamma dokument. Parterna är gemensamt ansvariga för att följa och arbeta i enlighet med framtagna dokument.

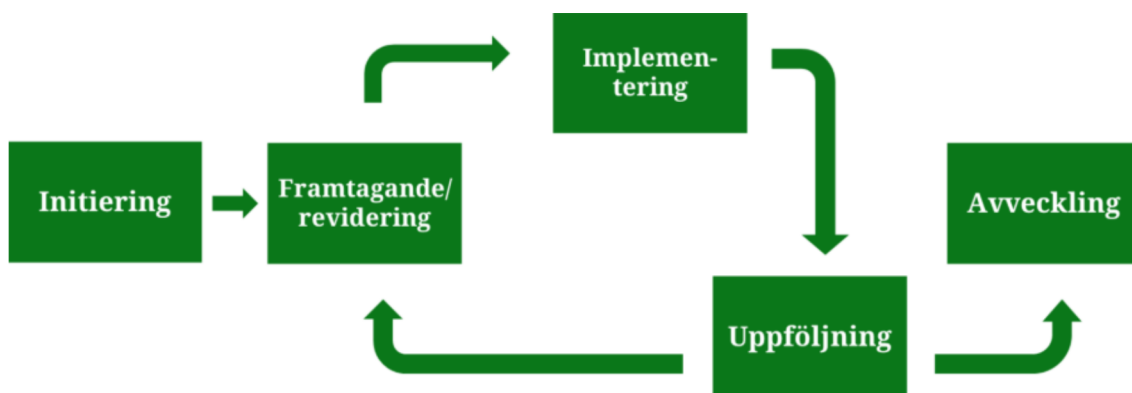
Region Värmland ansvarar för administrationen kring att initiera, publicera och revidera dokument i Vida samt att länk till dokumentet publiceras på aktuell webbsida.

Beredningsgruppen Nya perspektiv har det övergripande ansvaret för att kommun- och regiongemensamma dokument hålls aktuella.

Versionshistorik finns automatiskt i dokumenthanteringssystemet Vida. Om en kommun önskar en version från ett visst datum tillhandahåller regionen detta.

Arbetsprocess för kommun- och regiongemensamma dokument

För att ge förutsättningar att gemensamma dokument är välkända, lättillgängliga och sökbara finns en gemensam struktur för ställningstagande och en gemensam process för framtagande, revidering och avveckling. Processen innehåller följande steg: *initiering*, *framtagande/revidering*, *implementering*, *uppföljning* och eventuell *avveckling*. Nedan kommer respektive steg att beskrivas.



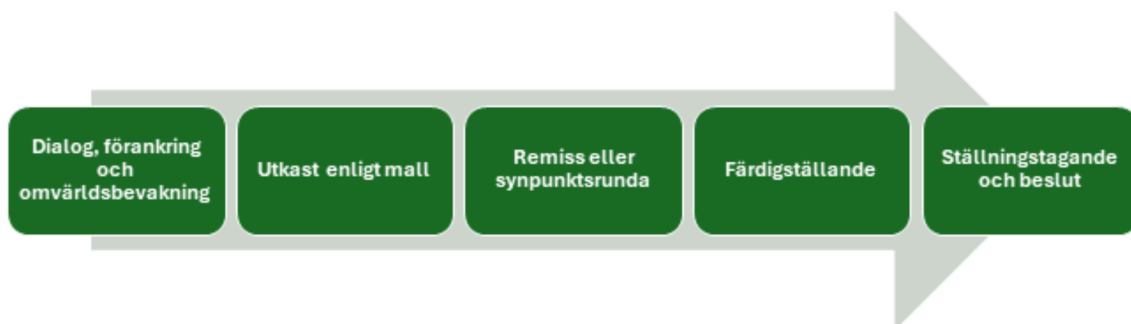
Initiering

Behov av framtagande, revidering eller avveckling av gemensamma dokument kan initieras av kommun i Värmland eller Region Värmland. Detta kan baseras på nya lagkrav, behov av samordning eller strategiska mål. Behovet styrs in till sammankallande för Beredningsgruppen Nya perspektiv.

Förslaget till ett nytt dokument diskuteras och förankras med relevanta nätverk och med viktiga intressenter inklusive representanter från alla berörda kommuner och regionen. När nätverken har lämnat sina synpunkter bedömer Beredningsgruppen för Nya Perspektiv behovet och beslutar om dokumentet ska tas fram, revideras eller avvecklas. De fördelar sedan uppdraget till ett nätverk, strategisk utvecklingsgrupp, samordningsgrupp eller en särskild utsedd arbetsgrupp och utser vem eller vilka som ska vara ansvariga. Uppdraget ska alltid utgå från ett personcentrerat förhållningssätt och tydligt beskriva intentionen enligt lagstiftning eller uppdragsgivare. Den eller de ansvariga ska säkerställa att arbetsprocessen följs.

Framtagande och revidering

Framtagande eller revidering görs enligt följande steg:



Dialog, förankring och omvärldsbevakning

Genom dialog och förankring med berörda nätverk, grupperingar, personer/föreningar och medarbetare identifieras nuläget och önskat läge med fokus på värdeskapande. Det är eftersträvaransvärt att involvera brukare, patient, elev eller anhöriga kontinuerligt under processen.

Omvärldsbevakning sker regionalt, nationellt och eventuellt internationellt. Finns det relaterade eller närliggande arbeten som redan pågår?

Behov av revidering baseras på utvärdering och uppföljning av befintligt dokument samt omvärldsbevakning.

Utkast enligt mall

Utifrån resultat från dialog, förankring och omvärldsbevakning tas ett utkast fram med stöd av mall för kommun- och regiongemensamma dokument. Mallen finns i dokumenthanteringssystemet Vida. Regionanställda har åtkomst och initierar dokumentet enligt checklista för kommun- och regiongemensamma dokument. Under framtagandet kan dokumentet göras tillgängligt för personer utanför regionen.

Kommun- och regiongemensamma dokument ska innehålla:

- Syfte (med fokus på värdet för invånaren)
- Ingående parter
- Målgrupp och omfattning
- Mål
- Ansvarsfördelning
- Hänvisning till lagstiftning och andra relevanta dokument
- Plan för uppföljning, mätpunkter eller indikatorer för att följa utvecklingen mot mål
- Plan för implementering och kommunikation
- Rutiner för avvikelshantering
- Information om tvistlösning
- Ordlista och gemensamma begrepp

Utkastet ska förankras med berörda nätverk och grupperingar.

Remiss- och synpunktsrunda

Remiss hanteras på politisk nivå. Synpunktsrundor hanteras på tjänstepersonnivå. Beredningsgruppen för Nya perspektiv ansvarar för utskick av remiss- och synpunktsrundor. Ansvarig person/personer hanterar remissvar och synpunkter samt ansvarar för att relevanta justeringar genomförs.

Färdigställande

Dokumentet färdigställs utifrån inkomna synpunkter. Har remiss- och synpunktsrundor genererat betydande justeringar i dokumentet behöver dokumentet återigen godkännas i relevanta nätverk och grupperingar.

Ställningstagande och beslut

Forum för ställningstagande kan vara exempelvis Värmlandsrådet, ordföranderådet, Nya perspektivs beredningsgrupp eller nätverken för hälso- och sjukvårdsledning och socialchefer, skolchefer, MAS/MAR och bestäms utifrån dokumentets innehåll. Beredningsgruppen för Nya Perspektiv ansvarar för att utse lämpligt forum för ställningstagande.

Efter ställningstagande rekommenderas ingående parter att anta och arbeta i enlighet med dokumentet.

Implementering

Samtliga kommun- och regiongemensamma dokument ska innehålla en plan för implementering.

Efter ställningstagande skickas information till respektive part samt berörda nätverk genom sammankallande för beredningsgruppen Nya Perspektiv. Vid nya dokument eller betydande revideringar rekommenderas utskick minst fyra månader innan giltighetstidens start, bedömning görs tillsammans med berörda nätverk.

Lämpligt är att minst två digitala tillfällen anordnas som stöd för implementering, där det finns möjligheter till frågor.

En viktig del av implementeringen är att möjliggöra för medarbetare att arbeta utifrån beskrivet arbetssätt. Lokala rutiner kan utformas inom respektive part utifrån behov. Rutinen ska möjliggöra samarbete mellan verksamheter inom avsett område.

Publicering

Samtliga kommun- och regiongemensamma dokument läggs upp i Vida och görs tillgängliga för extern åtkomst. Länk publiceras på avsedd webbsida på Vårdgivarwebben.

Uppföljning

Kommun- och regiongemensamma dokument ska innehålla en plan för uppföljning som innehåller:

- Mätpunkter eller indikatorer för att följa utvecklingen mot målet
- Intervall för uppföljning
- Ansvarig person/personer

Avveckling

Om genomförd uppföljning leder till förslag på avveckling ska förankring genomföras i relevanta nätverk. Ställningstagande görs i beredningsgruppen för Nya perspektiv som ansvarar för avpublicering och kommunikation. Information om avvecklat dokument skickas till respektive huvudman eller förvaltning samt berörda nätverk

Avvecklat dokument markeras på gemensam webbplats som inaktuellt och tas bort på webbplatsen efter ett år. Versionshantering och arkiverade dokument finns kvar i Vida.

Plan för uppföljning av detta dokument

Syftet med uppföljningen är att säkerställa att riktlinjen tillämpas och att den gemensamma processen för hantering av kommun- och regiongemensamma dokument fungerar som avsett. Resultatet används som underlag för förbättring och eventuell revidering av riktlinjen

Indikatorer

Följande indikatorer används för att följa upp riktlinjens tillämpning:

- Kommun- och regiongemensamma dokument är välkända, lättillgängliga och sökbara för kommuner och regionen
- Process och struktur följs i de dokumentärenden som hanteras
- Förteckningen över gemensamma dokument är uppdaterad
- Årlig uppföljning av förteckning har genomförts och återkopplats till berörda forum

Uppföljning

Uppföljningsintervall: Vartannat år

Ansvarig: Beredningsgruppen/enhetschef Nya perspektiv

Genomförande: Uppföljningen baseras på dokumenterade ärenden i Vida och dialog i berörda nätverk

Plan för implementering och kommunikation av detta dokument

Stöd för implementering

Två digitala tillfällen kommer att erbjudas för information om riktlinjen och möjlighet att ställa frågor. Dialog med berörda nätverk kommer att ges och särskild information till personer som kommer att vara ansvariga för framtagande av kommun- och regiongemensamma dokument.

Kommunikation och publicering

Samtliga beslutade kommun- och regiongemensamma dokument publiceras på [webbplats](#) som är lätt tillgänglig och känd för kommuner och regionen. Publiceringen länkar till Vida (extern åtkomst).



Handläggare:

Pernilla Pettersson
Socialchef

Samråd - Preliminär budget för Hjälpmedelsnämnden 2027

Diarienummer: KS/2026:313

Beslutsinstans: Kommunstyrelsen

Förslag till beslut

Verksamhetschefs förslag till kommunstyrelsen:
Anta preliminär budget för hjälpmedelsnämnden 2027.

Beskrivning av ärendet

Hjälpmedelsnämnden står inför ökade krav och belastning till följd av nya regelverk (MDR), ökade lagerflöden samt större behov av systemstöd (SESAM). Tidigare stöd regionens verksamhet är inte längre tillräckligt utan det finns en risk för negativa konsekvenser.

För att säkerställa leveransförmåga, patientsäkerhet, god arbetsmiljö och regelefterlevnad föreslås en budgetutökning inför 2027. Nämnden har beslutat att:

- Ställa sig bakom uppräknings av löner och avtal samt finansiering av en ny tjänst (totalt ca 1,45 mnkr, varav 559 tkr för regionen och 895 tkr för kommunerna).
- Ge förvaltningen i uppdrag att ta fram fördelningsnyckel mellan kommunerna.
- Uppdra åt förvaltningen att göra en fördjupad utredning om den nya tjänsten.
- Skicka ett preliminärt budgetförslag för 2027 till huvudmännen för samråd.

Bedömningen är att utebliven budgetförstärkning riskerar att få allvarliga konsekvenser för både verksamheten och brukarna. Beslutet fattades i bred enighet.

För att säkerställa att uppdraget hos hjälpmedelsnämnden kan bedrivas på ett patientsäkert och med regelefterlevnad gör undertecknad bedömningen att godta den fördelningsnyckel som är uträknad för Storfors del.

Information om hjälpmedelsnämnden:

Hjälpmedelsnämnden finansieras genom ett gemensamt kostnadsansvar mellan Region Värmland och länets 16 kommuner.

Så fungerar finansieringen:

- Region Värmland står för en del av kostnaderna
- Kommunerna står för en del (fördelas mellan kommunerna enligt en särskild fördelningsnyckel)



Vad ingår i finansieringen?

Budgeten täcker bland annat:

- Inköp och lagerhållning av hjälpmedel
- Drift av hjälpmedelsservice
- Personal och administration
- IT-stöd (t.ex. SESAM)
- Utveckling och regelefterlevnad

Fördelning:

Hur stor andel varje kommun betalar bestäms via en fördelningsmodell, ofta baserad på exempelvis:

- Befolkningsstorlek
- Nyttjande av hjälpmedel

Denna modell tas fram och revideras vid behov.

Sammanfattningsvis är Hjälpmedelsnämnden en samfinansierad verksamhet, där både region och kommuner bidrar ekonomiskt för att säkerställa en gemensam och likvärdig hjälpmedelsförsörjning i hela Värmland.

Mål och uppdrag

- Förbättrad folkhälsa
- Kompetensförsörjning

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Förenat med en kostnad på 14 051 kr som kan finansieras av inkommande statsbidrag.

Barnrättskonsekvenser

Barn och unga på det sätt att de då de kan vara i behov av hjälpmedel.

Beslutsunderlag

- Tjut - Samråd - Preliminär budget för Hjälpmedelsnämnden 2027
- Protokollutdrag hjälpmedelsnämnden, Ekonomi och budget 2027
- Planering 2027 Uppdaterad efter extranämnd

Beslutet skickas till

- Johan Rosqvist, kommunchef
- Pernilla Pettersson, socialchef
- Linda Rehnberg, MAS
- Gunilla Pålsson, MAR



**STORFORS
KOMMUN**

TJÄNSTEUTLÅTANDE

Datum
2026-05-26

Sida 3 (3)

Diarienummer
KS/2026:313

Ämne: Preliminär budget för hjälpmedelsnämnden 2027

Från: Erik Lisshammar <erik.lisshammar@regionvarmland.se>

Till: 'kommun@forshaga.se' <kommun@forshaga.se>; 'kommun@hagfors.se' <kommun@hagfors.se>; 'kommun@kil.se' <kommun@kil.se>; 'karlstadskommun@karlstad.se' <karlstadskommun@karlstad.se>; 'kommun@sunne.se' <kommun@sunne.se>; Kommunen; 'kommun@eda.se' <kommun@eda.se>; 'kommun@munkfors.se' <kommun@munkfors.se>; Storfors kommun; 'kommun@saffle.se' <kommun@saffle.se>; 'kommun@arjang.se' <kommun@arjang.se>; 'kommun@filipstad.se' <kommun@filipstad.se>; 'arvika.kommun@arvika.se' <arvika.kommun@arvika.se>; 'kommunstyrelsen@grums.se' <kommunstyrelsen@grums.se>; 'torsby.kommun@torsby.se' <torsby.kommun@torsby.se>; 'kommunstyrelsen@hammaro.se' <kommunstyrelsen@hammaro.se>
Mottaget: 2026-05-07 15:25:10

Hej!

Jag bifogar ett protokollsutdrag från hjälpmedelsnämnden 2026-04-29 med beslutet att skicka över preliminär budget för 2027 för samråd. Jag bifogar även några bilder där ni bland annat har fördelningsnyckeln för kommunerna.

Med vänlig hälsning

Erik Lisshammar

Nämndsekreterare

010-831 74 78, 072-464 13 24

erik.lisshammar@regionvarmland.se

Region Värmland

Hälso- och sjukvårdens administrativa enhet

Regionens hus, Rosenborgsgatan 50, 651 82 Karlstad

www.regionvarmland.se, www.1177.se

Ekonomi och budget 2027

Beslut

Hjälpmedelsnämnden beslutar

1. Nämnden ställer sig bakom förslag om uppräknings av löner, avtal och SAL samt ytterligare en tjänst motsvarande 559 tkr för Region Värmland och 895 tkr för kommunerna.
2. Förvaltningen får i uppdrag att ta fram fördelningsnyckel för kommunerna.
3. Förvaltningen får i uppdrag att återkomma till nämnden med fördjupad utredning gällande ny tjänst.
4. Preliminärt förslag till budget för hjälpmedelsnämnden 2027 skickas ut till huvudmännen för samråd.

Sammanfattning av ärendet

Hjälpmedelsnämnden i Värmland står inför betydande utmaningar för att kunna fullgöra sitt uppdrag enligt reglemente och samverkansavtal med huvudmännen (Region Värmland och länets 16 kommuner). De senaste åren har nämndens verksamhet präglats av ökade krav från MDR-regelverket, kraftigt stigande volymer i lagerhantering och ett växande behov av support och utveckling i systemet SESAM. Fram till nu har regionens medarbetare vid Hjälpmedelsservice kunnat stötta nämndens verksamhet, men detta är inte längre möjligt utan risk för att den regionala verksamheten påverkas negativt.

För att säkerställa leveransförmåga, patientsäkerhet, arbetsmiljö och efterlevnad av regelverk föreslår nämnden en budgetutökning för 2027. Utebliven utökning riskerar att leda till allvarliga konsekvenser för både huvudmännen och brukare.

I tjänsteskrivelsen föreslås hjälpmedelsnämnden besluta:

- Hjälpmedelsnämnden rekommenderar att budgeten för 2027 utökas enligt alternativ 3.
- Preliminärt förslag till budget för hjälpmedelsnämnden 2027 skickas ut till huvudmännen för samråd.

Yrkanden

Daniel Schützer (S), Region Värmland yrkar på att:

1. Nämnden ställer sig bakom förslag om uppräknings av löner, avtal och SAL samt ytterligare en tjänst motsvarande 559 tkr för Region Värmland och 895 tkr för kommunerna.
2. Förvaltningen får i uppdrag att ta fram fördelningsnyckel för kommunerna.
3. Förvaltningen får i uppdrag att återkomma till nämnden med fördjupad utredning gällande ny tjänst.

Henrik Samuelsson (M), Arvika kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.

Åsa Waldenström (M), Sunne kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.

Alexander Romanov (S), Hammarö kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.

Eva Frykenberger (C), Kils kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.

Anders Leander (S), Grums kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.

Anita Karlsson (C), Säffle kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Jane Larsson (C), Kristinehamns kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Tommy Olsson (S), Torsby kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Birgitta Nilsson (S), Munkfors kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Mark Morén (M), Filipstads kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Maria Norell (S), Forshaga kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Thony Liljemark (OR), Hagfors kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Aurora Rioflorido (S), Storfors kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Stefan Jonsson (S), Karlstads kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.
Bertil Börjeson (HEL), Eda kommun yrkar bifall till Daniel Schützers (S) yrkande.

Beslutsgång

Ordföranden förklarar överläggningen avslutad. Ordföranden konstaterar att det finns ett förslag till beslut och finner att nämnden beslutat enligt förslaget.

Protokollsanteckning

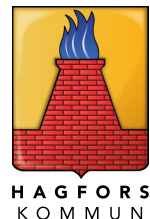
Henrik Samuelsson (M), Arvika kommun lämnar en protokollsanteckning enligt följande:
"Jag anser att det ur brukarnas synvinkel vore bättre att besluta enligt förslag tre eftersom konsekvenserna av underfinansiering drabbar de som är i behov av Hjälpmedelsnämndens tjänster. Det finns risk att kostnaderna uppkommer ändå men på ett annat ställe. Emellertid finns ett värde i att nämnden är enig i sina äskanden varför jag valt att stödja fattat beslut. Visar det sig att konsekvenserna blir allvarliga får korrigerings ske i kommande budgetprocesser."

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Ekonomi och budget 2027
- Underlag statistik 17-25 lager
- Underlag Sesam
- Protokollsutdrag § 14 Ekonomi och budget 2027

Utdraget skickas till

Hjälpmedelsnämndens huvudmän



HMN plan 2027



Förslag till budget 2027

Innebär uppräkning av löner, avtal och SAL
samt utökning med en tjänst



Planering 2027 (tkr)

Kostnader	Plan 2026	Plan 2027	Differens
Direkta kostnader HMN (personal, material, frakt, resekostnader, IT-system)	6 808	8 203	1 395
Indirekta kostnader SAL (sekretariat, lokaler, städ, adm)	1 396	1 790	394
Total kostnad	8 204	9 993	1 789

Motsvarar en ökning på ca 22 % av totalkostnad.
Beloppet delas mellan kommunerna och regionen.

Påverkan per kommun

KOMMUN	1/11 2025 Antal över 80 år	Andel kostnad HMN per år 2026	Andel kostnad per år 2027	Differens kr	Differens %
1715 Kil	972	175 436	213 693	38 256	21,8%
1730 Eda	650	117 319	142 902	25 583	21,8%
1737 Torsby	1 125	203 051	247 330	44 278	21,8%
1760 Storfors	357	64 435	78 486	14 051	21,8%
1761 Hammarö	1 075	194 027	236 337	42 310	21,8%
1762 Munkfors	379	68 406	83 323	14 917	21,8%
1763 Forshaga	897	161 900	197 204	35 305	21,8%
1764 Grums	780	140 782	171 482	30 700	21,8%
1765 Årjäng	836	150 890	183 793	32 904	21,8%
1766 Sunne	1 120	202 149	246 230	44 081	21,8%
1780 Karlstad	6 571	1 186 001	1 444 625	258 625	21,8%
1781 Kristinehamn	2 118	382 278	465 639	83 361	21,8%
1782 Filipstad	962	173 632	211 494	37 863	21,8%
1783 Hagfors	1 151	207 744	253 046	45 302	21,8%
1784 Arvika	2 245	405 200	493 560	88 360	21,8%
1785 Säffle	1 489	268 750	327 355	58 605	21,8%
Summa	22 727	4 102 000	4 996 500	894 500	21,8%





Dnr KS/2026:27, KS/2026:290, KS/2026:313,
KS/2026:3

§ 113 Meddelanden

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsen beslutar att lägga meddelandena till handlingarna.

Beskrivning av ärendet

Kommunstyrelsen delges nedan meddelanden för kännedom.

- Minnesanteckningar Värmlandsrådets ordföranderåd 2026-03-20
- Minnesanteckningar Värmlandsrådet 2026-03-20
- Minnesanteckningar Värmlandsrådets ordföranderåd 2026-04-17
- Information om val av kongressombud till Sveriges kommuner och regioner 2027-2031 (följebrev och anvisningar för ombudsval)
- Hjälpmedelsnämndens beslut 2026-04-29 § 23 Ekonomi och budget 2027, inkl. bilaga
- Protokoll från samråd mellan kommunstyrelserna i Karlskoga och Storfors och Tillväxt- och tillsynsnämnden 2026-03-12
- SKR:s sammanträdesplan 2027



Överförmyndarnämnden

§ 26 ÖFN/2026:9

Budget 2027

Beslut

Östra Värmlands överförmyndarnämnd godkänner förslag till ny budget för 2027.

Sammanfattning

Överförmyndarverksamheten i Sverige står, i och med väntade lagändringar den 1 juli 2026, inför stora förändringar och ökad arbetsbörda avseende handläggning, tillsyn, utbildning, kommunikation, registervård och verksamhetsuppföljning.

Detta beror bland annat på följande:

- Överförmyndaren blir första instans vid anordnande, jämkning och upphörande (FB 11 kap., prop. 2025/26:92)
- Obligatorisk granskning av årsberättelser (FB 12:9a, 16 kap., prop. 2025/26:92)
- Utökad tillsyn och skyldighet att anmäla brott (FB 16:6a, prop. 2025/26:92)
- Informationsskyldighet gentemot huvudman (FB 19:18a, prop. 2025/26:92)
- Krav på systematisk kvalitetsutveckling (FB 19:3, prop. 2025/26:92)

SKR:s rekommendationer och samlade bedömning av resursbehov

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har i samband med remissyttrandet över SOU 2021:36 ”Gode män och förvaltare – en översyn” och i sina publikationer tydligt uttalat att de kommande lagändringarna innebär ett ökat resursbehov för överförmyndarverksamheterna.

SKR konstaterar i detta sammanhang bland annat att:

- det är svårt att avgöra exakt behov av fler tjänster eftersom förutsättningarna varierar mycket mellan kommuner, men det totala resursbehovet väntas öka avsevärt med de planerade förändringarna (SKR, 11 feb 2026).
- SKR pekar specifikt på att flera nya/längre uppgifter i samband med lagändringarna (t.ex. utökad granskning av årsredovisningar, dokumenterade informationsmoment, krav på uppdaterade rutiner och kvalitetssäkring) kan medföra ökad arbetstid med 1–2 timmar per ärende utöver nuvarande nivå (SKR, 11 feb 2026).
- SKR bedömer i sitt remissvar till SOU 2021:36 att överförmyndarverksamheterna i riket totalt skulle behöva ett tillskott motsvarande 30–40 % fler resurser jämfört med nuvarande omfattning om alla förslag genomförs fullt ut.



Överförmyndarnämnden

SKR:s uppmaningar och råd är inte styrande men refereras återkommande som vägledning för kommunernas egna konsekvensanalyser.

Vad avser de ekonomiska konsekvenserna så har SKR i remissyttrandet över SOU 2021:36 beräknat att det skulle leda till ökade kostnader för kommunerna på 393 mkr om samtliga förslag ledde till ny lagstiftning. Ett sätt att beräkna detta för de samverkande kommunerna i Östra Värmlands överförmyndarnämnd är att multiplicera de samverkande kommunernas samlade invånarantal som andel av rikets invånarantal med de kostnader som beräknats för hela rikets överförmyndarverksamheter. Detta ger $0,7\% \times 393 \text{ mkr} = 2,75 \text{ mkr}$.

Dock är det vanskligt att fullt ut utgå från dessa preliminära beräkningar. Överförmyndarenheten måste också kunna hämta hem effektiviseringsvinster från t.ex. digitalisering av arkiv och möjligheten för ställföreträdare att lämna årsredovisningar digitalt. Men effektiviseringar kommer inte fullt ut att möta den ökade arbetsmängd som föranleds av lagändringarna.

Kostnadsökningen är primärt personaldriven och bedöms uppgå till en ytterligare heltidstjänst för att upprätthålla rättssäker handläggning och lagstadgad tillsyn. Detta ger en ökad kostnad om ca 750 tkr årligen.

Överförmyndarenheten har därtill anvisats nya lokaler vilket ger en ökad hyreskostnad om ca 230 tkr årligen. Enheten kan inte i någon större utsträckning själv bestämma var den ska vara placerad varför hyresökningen varit ofrånkomlig.

Förslaget till ny budget har förankrats hos Samrådsgruppen som bl.a. består av ekonomicheferna i de samverkande kommunerna. De har ställt sig bakom förslaget och delar synen på att arbetsmängden ökar för överförmyndarverksamheten på så vis att det motiverar en utökning av personal med en heltidstjänst.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse Budget 2027

Förslag till ny budget för Östra Värmlands överförmyndarnämnd 2027

Beslutet skickas till

Kristinehamns kommun, Karlskoga kommun, Degerfors kommun, Filipstads kommun, Storfors kommun.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



Adm.nämnden

§ 5

Admnämnd/2026:4

Budget Lönecentrum Östra Värmland 2027

Beslut

Administrativa nämnden antar förslag till budget 2027.

Sammanfattning

Förslag till budget 2027 är 22 074 178 kr.

Budget 2027 omfattar en organisation på 21 årsarbetare.

Den prognostiserade hyreskostnaden efter genomförd flytt innebär en ökning med 27,4 procent, vilket utgör den huvudsakliga förklaringen till den totala budgetökningen om 2,3 procent.

Differensen mellan Dator/telefoni/kopiator och Övriga kostnader förklaras av att vissa kostnader under 2026 har bokförts på fel konto.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2026-03-20

Bilaga budget 2027

Skickas till

Kristinehamns kommun, Storfors kommun, Karlskoga kommun, Filipstads kommun och Degerfors kommun

Förslag till budget Lönecentrum 2027

	Budget 2027	Budget 2026	Budget 2025	Budget 2024	Förändring 24/25	Förändring 25/26	Förändring 26/27
Lönekostnader	14 400 929	13 913 941	13 886 541	13 225 531	5,0%	0,2%	3,5%
Lokalkostnader	1 051 155	824 867	800 841	744 381	7,6%	3,0%	27,4%
Dator/telefoni/kopiator	207 715	560 732	532 120	535 159	-0,6%	5,4%	-63,0%
Kurser/konferenser (exkl resor)	250 000	233 333	231 579	233 300	-0,7%	0,8%	7,1%
HR-system+konsulter	5 372 484	5 342 418	5 237 982	5 353 000	-2,1%	2,0%	0,6%
Övriga kostnader	411 395	315 497	312 105	306 415	1,9%	1,1%	30,4%
Kapitaltjänstkostnader	368 000	370 000	370 000	360 000	2,8%	0,0%	-0,5%
	22 061 678	21 560 788	21 371 168	20 757 785	3,0%	0,9%	2,3%
<i>Lönenämnd</i>							
Kurs/konferens, fika, resor etc	12 500	12 500	12 500	12 500	0,0%	0,0%	0,0%
	22 074 178	21 573 288	21 383 668	20 770 285	3,0%	0,9%	2,3%
	22 074 178	21 573 288	21 383 668	20 770 285	613 383	189 620	21 383 668