

För kännedom

Hälso- och sjukvårdsdirektör Magnus Johansson
Divisionschef Anna Ormegard
Chefscontroller Malin Printz
Verksamhetsområdeschef Jörgen Bragner
Ekonomichef Kenneth Hultman
Divisionschef Marie Kampf Westerberg
Verksamhetschef Charlotta Widerberg
Controller Hanna Fager
Regiondirektör Magnus Johansson
Ekonomidirektör Nicholas Prigorowsky
HR-direktör Kajsa Fisk

Nämnden för primärvård, rättspsykiatri
och Dammsdalskolan

Granskningsrapport för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan 2025

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

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

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut förutom att måluppfyllelse inom målområdet Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig och effektiv verksamhet, som är begränsad och delvis förenliga med fullmäktiges mål vad gäller Division Primärvårds tillgänglighet och den lagstadgade nationella vårdgarantin. Bytet av journalsystem i september 2025 har medfört att tillgänglighetsiffrorna för september-december är preliminära.

Vi bedömer att nämnden delvis har en tillräcklig intern styrning och kontroll och att riskhanteringen och dokumentationen av den bör utökas Vi bedömer sammantaget trots det att nämnden har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheterna, men möjlig att förbättra.

Nämndens verksamhetsberättelser för de olika delarna ger i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2025. Revisionens granskning har inte visat på några väsentliga felaktigheter.

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

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan 2025. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden 29 april 2026.

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

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

Catharina Fredriksson
ordförande

Gustaf Wachtmeister
vice ordförande

UNDERSKRIFTSSIDA

Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska
underskrifter:

Årsgranskning för nämnden för primärvård, rättpsykiatri och Dammsdalskolan avseende Division Primärvård år 2025

Sammanfattande bedömning

Grundat på vår översiktliga granskning av verksamhetens måluppfyllelse har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att ifrågasätta verksamhetens återrapporterade resultat.

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut förutom att måluppfyllelse inom målområdet Region Sörmland/nämnden har en jämlig, kvalitativ och effektiv primärvård, är begränsad och delvis förenliga med fullmäktiges mål vad gäller tillgänglighet och den lagstadgade vårdgarantin. Införandet av det nya journalsystemet har gjort att utfall saknas för flera indikatorer vilket också försvårar bedömningen av måluppfyllelsen.

Regionens nya styrmodell har införts från och med 2025. Revisorernas bedömning är, sammantaget för regionen, att det finns behov att utveckla arbetet med indikatorer i syfte att stärka styrningen och uppföljningen. Respektive verksamhet föreslås kunna anpassa mål och indikatorer utifrån detta, inom de olika målområdena. Förståelse finns för att alla verksamheter inte lämpar sig för följas upp med stöd av indikatorer. För dessa fall kan målstyrningen, då den beslutas i verksamhetsplanen, i stället anpassas till andra alternativ för uppföljning, analys och utvärdering av måluppfyllelse.

För arbetet med internkontroll är bedömningen att riskhanteringen generellt kan stärkas och uppföljningen av internkontrollplanen. Riskhanteringen bör utökas och även inkludera de riskområden som fullmäktige identifierat i mål och budget. Uppföljning har skett i verksamhetsberättelsen men inte i delårsrapporten enligt anvisningarna. Sammantaget bedöms Division Primärvård delvis har säkerställt en tillräcklig internkontroll.

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

Rekommendationer

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

- ✓ Fortsätt arbetet med att utveckla åtgärder för att förbättra tillgängligheten

- ✓ Fortsätt utveckla mål och indikatorer, för en tydligare bedömning av måluppfyllelse
- ✓ Utveckla riskhantering och uppföljning av den interna kontrollen
- ✓ Se över nämndens delegationsordning.

Iakttagelser i 2024 års granskning

Bedömningen var att verksamheten inte hade bedrivits på ett helt ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredställande sätt utifrån fullmäktiges mål och beslut. Måluppfyllelse inom verksamhetsperspektivet var begränsad och delvis förenliga med fullmäktiges beslut vad gäller tillgänglighet och den lagstadgade vårdgarantin. Division Primärvård hade inte bedrivit verksamheten inom tilldelade ekonomiska ramar. Vi bedömde sammantaget att nämnden trots det, hade en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten, men möjlig att förbättra.

Nämndens verksamhetsberättelse för Division Primärvård gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande.

Revisorerna deltog på nämndens sammanträde 7 maj 2025 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2024.

Syfte och revisionsfrågor

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

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

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

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

Årsgranskningen i denna rapport redogör för de iakttagelser som gjorts vid den grundläggande granskningen. Vi har också granskat och bedömt om räkenskaperna ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat och

ställning samt om delårsrapport och verksamhetsberättelse är upprättad i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och regionens anvisningar.

Ansvarig nämnd

Granskningen avser nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan och regionens primärvård under 2025.

Revisionskriterier

Vår bedömning av nämndens ansvarsutövande utgår bland annat från:

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

Metod

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

Granskningen omfattar också om nämnden säkerställt att räkenskaperna är rättvisande. Denna del granskas i samband med granskning av regionens delårs- och årsbokslut. Granskningen syftar till att pröva om nämndens verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av ställning och resultat 31 december 2025. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

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

Granskningsanteckningar har överlämnats till divisionschef och controller för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i denna rapport. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats

av annan sakkunnig revisor inom revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden avseende primärvård

Fullmäktiges uppdrag och målsättningar till primärvården framgår av Framtidens hälso- och sjukvård 2.0¹.

Regionfullmäktige beslutade om *Länsgemensam målbild för Nära vård i Sörmland*² i maj 2022. Beslut om målbilden ligger inom regionfullmäktiges ansvarsområde därför att målbilden är övergripande och berör samtliga politiska församlingar med ansvar för hälso- och sjukvård, det vill säga regionstyrelsen, nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan samt nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård.

God och nära vård och omsorg är ett övergripande mål för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården och omsorgen enligt beslutet ovan. Omställningen syftar till att vården och omsorgen i högre grad organiseras och bedrivs utifrån individens behov och förutsättningar.

Av regionens mål och budget för 2025³ framgår det att nämnden har vårdgivaransvar för drift och utförande av primärvård i egen regi inom ramen för vårdvalssystemet. Nämnden ansvarar inom sitt angivna område för att verksamheterna bedrivs i enlighet med fullmäktiges direktiv och uppdrag. Nämnden ansvarar för medborgar- och brukardialoger inom nämndens verksamhetsområden.

Samtidigt som mål och budget beslutades, beslutade fullmäktige att uppdraga åt nämnden att lämna förslag på lämplig vårdcentral att konkurrensutsätta eller försälja.

Årets budget är noll mnkr. Tilldelad investeringsram är 15 mnkr och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet.

Nämndens uppdrag för primärvården framgår också av reglementet⁴ som reviderats och beslutats av fullmäktige i september.

Regionfullmäktige har under året beslutat om revidering av reglemente för planering och uppföljning⁵.

¹ Landstingsfullmäktige § 67/17, Framtidens hälso- och sjukvård 2.0

² Regionfullmäktige § 73/22, Länsgemensam målbild för Nära vård i Sörmland

³ Regionfullmäktige § 126/24, Mål och budget 2025–2027

⁴ Regionfullmäktige § 101/25, Revidering av reglemente för regionstyrelsen och egna nämnder

⁵ Regionfullmäktige § 100/25, Revidering av reglemente för planering och uppföljning

Nämndens verksamhet under år 2025 avseende primärvård Nämndens styrdokument och protokoll

Nämnden har haft sex protokollförda sammanträden under 2025.

Division Primärvårds verksamhetsplan med budget 2025–2027 inklusive internkontrollplan med risker, antogs på nämndens sammanträde i december 2024⁶. I verksamhetsplanen framgår det att fullmäktiges målområden brutits ned till nämndmål, verksamhetsmål, handlingsplaner och indikatorer enligt den nya styrmodellen, och att budget är noll mnkr och att investeringsramen är 1 mkr.

På sammanträdet i september beslutade nämnden om återrapportering av uppdraget från regionfullmäktige, att lämna förslag på lämplig vårdcentral att konkurrensutsätta eller försälja⁷. Av beslutet framgår det att de nuvarande regiondrivna vårdcentralerna ska fortsätta att drivas i egen regi. Efter det tar styrelsen⁸ respektive fullmäktige⁹ samma beslut och fullmäktige beslutar att uppdraget ska avslutas.

I juni beslutade nämnden om Dataskyddsombud¹⁰. I november beslutade regionstyrelsen om nytt Dataskyddsombud för regionens samtliga nämnder, regionfullmäktige och revisorerna¹¹.

Enligt nämndens delegationsordning¹² utser hälso- och sjukvårdsdirektör beslutsattestanter/ersättare inför varje år och löpande vid förändring. Sådana delegationsbeslut har anmälts till nämnden i februari och i november 2025.

Samlat, för alla verksamheterna, återrapporteras delegationsbeslut till nämnden på två sammanträden och anmälningsärenden återrapporteras på sex sammanträden.

Vår kommentar

Styrande dokument har beslutats av nämnden för Division Primärvård för 2025 enligt regionens regelverk. Nämnden har beslutat om återrapportering

⁶ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 44/24, Verksamhetsplan med budget 2025–2027 för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan

⁷ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 25/25, Återrapportering av utredningsuppdrag om konkurrensutsättning eller försäljning av vårdcentral

⁸ Regionstyrelsen § 195/25, Återrapportering av utredningsuppdrag om konkurrensutsättning eller försäljning av vårdcentral

⁹ Regionfullmäktige § 127/25, Återrapportering av utredningsuppdrag om konkurrensutsättning eller försäljning av vårdcentral

¹⁰ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 19/25, Val av dataskyddsombudenligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

¹¹ Regionstyrelsen § 273/25, Val av dataskyddsombudenligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

¹² Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 25/22, Delegationsordning för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan

av uppdraget från fullmäktige⁸, om att lämna förslag på lämplig vårdcentral att konkurrensutsätta eller försälja.

Ingen revidering har skett av delegationsordningen¹² 2025. Den senaste är beslutad i september 2022. Vi lämnar rekommendationen att se över nämndens delegationsordning.

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2025 för primärvården

Vi har granskat formerna för nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning mot reglementet för planering och uppföljning, fullmäktiges beslut och nämndens protokoll.

Det är regionstyrelsens årliga revidering av Region Sörmlands Regelbok för bedrivande av primärvård som också styr inriktningen för länets vårdcentraler. Hälsoval Sörmland ersätter vårdcentraler enligt regelboken.

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos för Division Primärvård, utvecklades under år 2025 i kvartals- och delårsrapportering enligt redovisningen.

| Ekonomisk rapportering | Akkumulerad avvikelse (utfall-budget) | Årsprognos | Budget helår |
|------------------------------|---|------------|-----------------|
| Kvartalsrapport per mars | -3,1 mnkr | -6 mnkr | 0 mnkr |
| Delårsrapport per juli | 0 mnkr | -6 mnkr | 0 mnkr |
| Slutligt utfall per december | 0,3 mnkr | | |

Primärvården har haft negativa årsprognoser under året med – 6 mnkr. Det slutgiltiga resultatet är positivt med 0,3 mnkr. Intäkterna är sammantaget 19,6 mnkr högre än budget och beror främst på obudgeterade statsbidrag. Kostnaderna är 19,2 mnkr högre än budget och beror bland annat på högre kostnader för personal, köpt verksamhet och lokalkostnader.

Vår kommentar

Granskning av nämndens protokoll visar att kvartalsrapportering per mars, delårsrapporten per juli och verksamhetsberättelsen per december, har beslutats av nämnden.

Resultatet per december är bättre än prognosen i delåret som var – 6 mnkr. Förklaringen till skillnaden framgår inte specifikt i verksamhetsberättelsen. I faktaavstämningen har det beskrivits att skillnaden bland annat beror på att statsbidrag betalades ut sent på året, som inte var garanterade, och därmed svåra att prognostisera.

Av nämnden protokoll framgår det också att månadsuppföljningar har beslutats av nämnden i enlighet med det reviderade styrande dokumentet reglemente för planering och uppföljning¹³.

Revisionsdialog

Nämndens presidium och revisorerna träffades 24 oktober 2025 för revisionsdialog. Vid dialogen diskuterades bland annat införandet av det nya journalsystemet Cosmic, indikatorerna *Andel besvarade telefonsamtal samma dag* och *Andel patienter som får en första medicinsk bedömning inom tre dagar* och på vilket sätt nämnden påbörjat implementeringen av den nya riktlinjen för att motverka välfärdsbrottslighet och otillbörlig påverkan.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse för primärvården

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

Vår kommentar

Nämnden beslutade om Division Primärvårds delårsrapport vid sammanträdet i september 2025. Primärvårdens rapportering bedöms följa anvisningarna förutom att internkontrollplanen inte följts upp i enlighet med anvisningarna.

Vi har granskat verksamhetsberättelsen som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde 25 februari 2026, då den beslutades. Nämndens verksamhetsberättelse för primärvården avser Division Primärvård inom hälso- och sjukvården. Divisionen omfattar de 18 regionsdrivna vårdcentralerna.

Verksamhetsberättelsen är strukturerad och bedöms följa anvisningen. Nämnden har beslutat om nämndmål, verksamhetsmål, handlingsplaner och indikatorer per målområde i verksamhetsplanen och dessa följs upp i verksamhetsberättelsen. Rapporteringen är tydlig, kommentarer och förklaringar till indikatorer finns och i flera fall framgår också att spridning finns mellan vårdcentralerna. Arbetet med att ställa om verksamheterna till en Nära vård framgår.

Utifrån vår granskning vill vi lyfta fram nedanstående iakttagelser och kommentarer kring några av de rapporterade indikatorerna. Föregående års värden redovisas inom parentes i förekommande fall.

Verksamhetsberättelse

Region Sörmland har från och med 2025 en ny styrmodell. Verksamheten återrappteras enligt styrmodellen utifrån tre målområden:

¹³ Regionfullmäktige § 100/25, Reglemente för planering och uppföljning

- ✓ Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet
- ✓ Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande
- ✓ Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt (har en god finansiell hushållning, är en attraktiv arbetsgivare med en hållbar kompetensförsörjning och är klimatsmarta).

Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet

Nämndens mål: Nämnden har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv primärvård

Inom målområdet finns ett nämndmål och fyra verksamhetsmål med underliggande handlingsplaner. Nämnden har beslutat om totalt 15 indikatorer. Tre av indikatorerna har grön färgmarkering och sex har gul färgmarkering. För sex av indikatorerna redovisas inget utfall då värden inte ännu finns tillgängliga på grund av byte till det nya journalsystemet

Verksamhetens mål: Vi har en god, säker och samordnad vård som är jämlik och tillgänglig med hög kvalitet

Måluppfyllelsen har gul färgmarkering (Risk för avvikelse mot plan). Indikator saknas, handlingsplan finns för att införa det nya journalsystemet och nya arbetssätt. I återrapporteringen beskrivs att införandet av det nya journalsystemet gått relativt smidigt och att arbetssätt/rutiner justerats vartefter. Signaler har kommit från framför allt läkargrupper att systemet medför merarbete, lägre produktionstakt och att arbetsmiljön påverkats negativt. Prioritering har skett på regionnivå för att förbättra systemet för primärvården.

Verksamhetens mål: Division Primärvård arbetar för att uppnå en hög kontinuitet

Måluppfyllelsen har grön färgmarkering (Går enligt plan). Till verksamhetsmålet finns fem indikatorer. Tre av dem avser kontinuitetsindex från kvalitetsregistret Primärvårdskvalitet för patienter, till *läkare* och *sjuksköterska* och *fast läkarkontakt*. Utfall saknas på grund av byte till det nya journalsystemet.

Divisionen genomför en patientenkät årligen. Resultatet har kopplats till indikatorn *Andel patientupplevd informationskontinuitet*. Utfallet är på samma nivå som föregående år 73 %, och har gul färgmarkering. Indikatorn *Andel patienter listade hos läkare i primärvården* når nästan målvärdet 60 %. Utfallet är 59 % och indikatorn har gul färgmarkering. Det beskrivs att arbetet med att rekrytera läkare har högsta prioritet för att uppnå högre andel listning.

Verksamhetens mål: Division Primärvård arbetar för att uppnå en hög tillgänglighet

Måluppfyllelsen har grön färgmarkering. Det beskrivs att verksamheterna arbetat intensivt med att öka telefontillgängligheten. Utfallet för indikatorn *Andel besvarade telefonsamtal samma dag*, har gul färgmarkering, utfallet

är 82 % och målvärdet 90 %. Indikatorn fanns inte 2024.

Indikatorn *Andel patienter som får en första medicinsk bedömning inom tre dagar* kan inte mätas för helåret då data saknas för hösten på grund av byte av journalsystem. I verksamhetsberättelsen återrapporteras att utfallet per september var 68 % och nådde inte målvärdet 80 %.

Resultatet för indikatorn *Andel patientupplevd tillgänglighet*, har grön färgmarkering och kommer också från den årliga patientenkäten. Utfallet 81 % (79 %) och har förbättrats jämfört med föregående år.

Den digitala vårdingången Vårdkontakt Direkt ger invånarna möjlighet att söka vård via chatt och video. Indikator *Antal startade möten under de senaste 12 månaderna i Vårdkontakt Direkt (Plattform 24)* mäter VårdkontaktDirekts (VKD) möten, både rådgivningsmöten och virtuella besök. Division Primärvård ser en för första gången en tendens till nedgång i rullande 12 och utfallet är 100 063 st (97 653 st), målvärde 120 000 st (90 000 st) och indikatorn har gul färgmarkering.

Verksamhetens mål: Division Primärvård arbetar för att uppnå hög kvalitet
Arbetet som görs för att uppnå hög kvalitet beskrivs och exempel på detta är att göra patienter delaktiga, följa kvalitetsparametrar och att fortsätta arbetet med Nära vård. För 2025 har det varit fortsatt fokus på utskrivningsprocessen. Verksamhetsmålet ges grön färgmarkering. Sex indikatorer mäter målområdet, två har grön färgmarkering och två gul. Indikatorerna *Andel mångbesökare på akutmottagningarna i relation till antal listade* och *Andel oplanerade återinskriva inom 30 dagar i relation till antalet listade*, kan inte mätas på grund av införandet av det nya journalsystemet.

Vår kommentar

Sammantaget är måluppfyllelsen god då tre av verksamhetsmålen ges grön färgmarkering och en gul. Ingen indikator mäter jämlik verksamhet. För övrigt kan aspekter av dimensionerna tillgänglighet, kvalitet och effektivitet anses de ingå i indikatorerna.

Samtliga indikatorer återrapporteras inte då data saknas med anledning av införandet av nya journalsystemet. Det försvårar bedömningen av måluppfyllelsen. Baserat på utfall på indikatorer som återrapporteras och beskrivning av verksamheternas arbete, är bedömningen att Division Primärvård sammantaget har en tillräcklig måluppfyllelse men möjlig att förbättra speciellt vad gäller tillgänglighet.

Av fullmäktiges indikatorer inom målområdet avser två indikatorer primärvården *Andel patienter som fått kontakt med primärvården samma dag* och *Andel patienter som fått medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar*. Division primärvård ha med snarlikt formulerade indikatorer och

de når inte målvärdet. Återrapporteringen försvårar av bytet till nytt journalsystem.

För indikatorn *Antal startade möten under de senaste 12 månaderna i Vårdkontakt Direkt (Plattform 24)*, beskrivs inte planerade åtgärder för att öka måluppfyllelsen.

Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande

Nämndens mål: Nämnden arbetar hälsofrämjande och förebyggande

Inom målområdet finns ett nämndmål, ett verksamhetsmål med underliggande handlingsplaner. Nämnden har beslutat om tre indikatorer.

Verksamhetens mål: Vi har ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt

En indikator har gul färgmarkering, en röd och för indikatorn *Tredagarstillgänglighet till psykolog och kurator* har inte återrapporterats för helåret då nya journalsystemet införts i september. I juli månad gjordes en mätning som visar på en förbättring men att stor förbättringspotential finns (utfall 30,1 % och målvärde 100%). Av analysen framgår att rutiner för hur registrering ska ske, behöver säkerställas.

Indikatorn *Andel personer 65 år och äldre som vaccinerats mot influensa*, är ny och från fullmäktige. Utfallet är 67 %, målvärdet minst 70 % och indikatorn är gul. Det beskrivs att verksamheterna behöver arbeta på annat sätt då det nya journalsystemet införs i september men inte hur man arbetade med vaccinationer i efterhand.

Indikatorn *Antal startade moment i stöd- och behandlingsplattformen under de senaste 12 månaderna* har försämrats och mer än halverats jämfört med föregående, utfall 424 (979), målvärde 1 200 och indikatorn är röd. Det beskrivs att det är stora skillnader mellan vårdcentralerna men en ökad användning ses hos de verksamheter som tidigare erbjudit stöd- och behandlingsplattformen i lite utsträckning eller inte alls. Åtgärd för att öka måluppfyllelsen är att säkerställa att alla vårdcentraler har kompetens finns att erbjuda digitalt stöd- och behandlingsplattform.

Vår kommentar

Sammantaget är måluppfyllelsen god då verksamhetsmålet ges grön färgmarkering. För övrigt kan aspekter av dimensionerna hälsofrämjande och förebyggande anses ingå i indikatorerna.

Av fullmäktiges indikatorer inom målområdet har primärvården med indikatorn *Andel personer 65 år och äldre som vaccinerats mot influensa*. Fullmäktiges indikatorer *Andel vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund* och *Andel BVC med verksamhet i familjecentral*, saknas i verksamhetsplanen/verksamhetsberättelsen.

För indikatorerna *Tredagarstillgänglighet till psykolog och kurator* och *Antal startade moment i stöd- och behandlingsplattformen under de senaste*

12 månaderna framgår inte åtgärder och aktiviteter som beskriver hur måluppfyllelse ska uppnås. Bedömningen är att det kan utvecklas.

För indikatorn *Andel personer 65 år och äldre som vaccinerats mot influensa*, är bedömningen att analysen kan uppdateras och beskriva 2025 och åtgärder för att öka måluppfyllelsen framåt.

Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt

Nämndens mål: använder sina resurser hållbart och effektivt

Inom målområdet finns ett nämndmål och tre verksamhetsmål med underliggande handlingsplaner. Nämnden har beslutat om totalt nio indikatorer. Fyra av indikatorerna har grön färgmarkering, två har gul, två har röd, och en saknar färgmarkering.

Verksamhetens mål: Vi leder och styr effektiv verksamhet för en ekonomi i balans

Måluppfyllelsen har grön färgmarkering. Verksamhetsmålet har två indikatorer. Indikatorn *Avvikelse mot budgeterat resultat i tkr* har grön färgmarkering, Resultatet är + 0,3 mnkr (+ 2,4 mnkr), målvärdet är noll.

För indikatorn *Andel kostnad för inhyrd personal av total personalkostnad* har utfallet försämrats. Utfallet är 8,1 % (7,7 %) och når inte målvärdet 2 % och har fortsatt röd färgmarkering. Analys och fortsatt arbete för att nå måluppfyllelse framgår.

Verksamhetens mål: Vi har en god arbetsmiljö med kompetenta, engagerade och flexibla medarbetare

Måluppfyllelsen har grön färgmarkering. Verksamhetsmålet har fem indikatorer som avser personal. Två ges grön färgmarkering, en gul och en röd.

Indikatorerna nedan som avser *sjukfrånvaro* och *HME-index*, är från fullmäktige. *Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid* har förbättrats och minskat från 6,25 % till 5,95 %, vilket är positivt och når målvärdet som är 6 % och indikatorn är grön. Indikatorerna för *HME-index* och *Andel medarbetare som skulle rekommendera sin arbetsplats* har ökat något jämfört med föregående år och har grön respektive gul färgmarkering.

För indikatorn *Andel tillsvidareanställda med skriftlig kompetensplan* redovisas ingen färgmarkering. Mål saknas för 2025 och resultatet (51 %) är med reservation, då det inte varit obligatorisk att genomföra medarbetarsamtal i IT-stödet Kompetensportalen.

För indikatorn *Andel listade patienter per specialistläkare* har regionen satt målvärdet 1 500 listade patienter per specialistläkare. Utfallet är 1 939 (2 283) och målet nås inte. Indikatorn har röd färgmarkering. Resonemang kring indikatorn och åtgärder framgår för att nå målvärdet. Det framgår att Division Primärvård ser behov av att uppdatera målet till 1 100 listade

invånare/specialistkompetent läkare enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

Verksamhetens mål: Vi bedriver en miljömässigt hållbar verksamhet

Verksamheten har bedömt att målet för miljöarbetet går enligt plan (grön färgmarkering) och indikatorn *Antibiotikaförskrivning*, når målet med god marginal, utfall 131 och målvärde max 175.

Vår kommentar

Sammantaget är måluppfyllelsen god då verksamhetsmålet ges grön färgmarkering. För övrigt kan aspekter av dimensionerna hållbart och effektivt anses ingå i indikatorerna. För hållbarhet finns enbart en indikator (antibiotikaförskrivning) och bedömningen är att fler kan beslutas för att kunna ge en fullständig bild för att mäta måluppfyllelse.

Av fullmäktiges indikatorer inom målområdet har primärvården med indikatorerna *Sjukfrånvaro* och *HME-index*, för personalområdet. Fullmäktiges indikator *Personalomsättning* saknas i verksamhetsplanen/verksamhetsberättelsen. Verksamhetsmålet Vi leder och styr effektiv verksamhet för en ekonomi i balans, ges grön färgmarkering trots att en av de två indikatorerna *Andel kostnad för inhyrd personal av total personalkostnad*, inte når målvärdet och är röd

Investeringar

Investeringar återrapporteras i delårsrapporten och i verksamhetsberättelsen. Investeringarna uppgår till 776 tkr jämfört med budgetramen 1 mnkr, enligt verksamhetsberättelsen.

Granskning av räkenskaper 2025

Vår granskning har i huvudsak inneburit analytisk granskning. Med analytisk granskning menas analys av väsentliga nyckeltal och trender, inklusive undersökning av eventuella svängningar och förhållanden som inte överensstämmer med annan relevant information eller som avviker från förväntade värden. Vi har gjort stickprov i materialet för att verifiera dess innehåll.

Resultaträkning

Resultaträkningen enligt redovisningen i Boris överensstämmer med resultaträkningen i verksamhetsberättelsen. Analys sker av utfall mot budget och föregående år.

Vi bedömer resultaträkningen, i allt väsentligt, som rättvisande.

Balanskonton på verksamhetsnivå

Vi bedömer balansposterna, i allt väsentligt, som rättvisande.

Division Primärvårds eget kapital uppgår till 7,7 mnkr efter årets resultat.

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

Granskning har skett av rapportering och följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll och de anvisningar som finns till delårsrapporten och verksamhetsberättelsen.

Enligt fullmäktiges mål och budget 2025–2027 har ett antal övergripande riskområden identifierats. Dessa riskområden ska nämnderna särskilt beakta vid framtagande av internkontrollplanerna. Riskområden som fullmäktige identifierat är ekonomi, hållbar kompetens- och personalförsörjning, informationssäkerhet, välfärdsbrottlighet och korruption, allmänhetens förtroende och införande av nytt vårdsystem. Primärvårdens interkontrollplan innehåller en riskanalys och riskvärde anges för de fyra risker som ingår i internkontrollplanen. Det framgår inte om ytterligare risker bedömts än de fyra riskerna och om/hur primärvården har beaktat fullmäktiges riskområden.

Vår kommentar

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2025 för Division Primärvård utifrån en dokumenterad riskanalys i samband med beslut av verksamhetsplanen.

I faktaavstämningen har det beskrivits att riskanalysen inte innehållit ytterligare risker (än för de fyra beslutade riskerna) och att fullmäktiges riskområden inte beaktats specifikt. Internkontrollprocessen ska utvärderas och fortsatt arbete ska genomföras.

Internkontrollplanen består av fyra risker. Uppföljningen visar att två risker har grön färgmarkering och två gul. Analys av resultatet och planerade åtgärder framgår för riskerna som ha gul färgmarkering.

Nämndens bedömning av internkontrollarbetet framgår enligt anvisningarna. Det framgår att internkontrollplanen redovisas på nämnden inför beslut av verksamhetsplan och inför beslut av verksamhetsplan.

Internkontrollplanen har inte följts upp i delårsrapporten i enligt med anvisningarna. I faktaavstämningen har det beskrivits att anledningen är att kontrollerna inte var genomförda och sammanställda för att kunna rapporteras på övergripande nivå. Planering finns för en bättre process under 2026.

Effektiv riskhantering förutsätter systematisk och regelbunden uppföljning och nämnden bör hålla sig informerad om utvecklingen av riskerna oftare än en gång per år¹⁴.

Vi bedömer att riskhanteringen generellt kan stärkas och uppföljningen av internkontrollplanen. Riskhanteringen bör utökas och även inkludera de riskområden som fullmäktige identifierat i mål och budget.

Sammantaget bedöms Division Primärvård endast delvis ha säkerställt en tillräcklig internkontroll.

Revisionen

Åsa Forsman
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Bilaga 1 Sammanfattning av revisionens granskningar och uppföljningar år 2025 avseende nämndens verksamheter

¹⁴ Eftersom uppföljningstillfälle nr 2 är efter verksamhetsårets slut så tjänar det uppföljningstillfället inte till att omhänderta eventuella risker under innevarande verksamhetsår utan kan i bästa fall hantera tidigare identifierade risker inför kommande verksamhetsår.

Årsgranskning för nämnden för primärvård, rättpsykiatri och Dammsdalskolan avseende Regionsjukhuset Karsudden år 2025

Sammanfattande bedömning

Grundat på vår översiktliga granskning av verksamhetens måluppfyllelse har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att ifrågasätta verksamhetens återrapporterade resultat.

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut.

Regionens nya styrmodell har införts från och med 2025. Revisorernas bedömning är, sammantaget för regionen, att det finns behov att utveckla arbetet med indikatorer i syfte att stärka styrningen och uppföljningen. Respektive verksamhet föreslås kunna anpassa mål och indikatorer utifrån detta, inom de olika målområdena. Förståelse finns för att alla verksamheter inte lämpar sig för följas upp med stöd av indikatorer. För dessa fall kan målstyrningen, då den beslutas i verksamhetsplanen, i stället anpassas till andra alternativ för uppföljning, analys och utvärdering av måluppfyllelse.

För arbetet med internkontroll är bedömningen att riskhanteringen generellt kan utvecklas och dokumentationen av den. Sammantaget bedöms Regionsjukhuset Karsudden ha säkerställt en tillräcklig internkontroll, men möjlig att förbättra.

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

Rekommendationer

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

- ✓ Fortsätt utveckla mål och indikatorer, för en tydligare bedömning av måluppfyllelse
- ✓ Utveckla dokumentationen av riskhanteringen
- ✓ Utveckla rapporteringen av investeringar
- ✓ Se över nämndens delegationsordning.

lakttagelser i 2024 års granskning

Bedömningen var att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut och att nämnden hade en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse för Regionsjukhuset Karsudden gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2024. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande.

Revisorerna deltog vid nämndens sammanträde 7 maj 2025 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskning 2024.

Syfte och revisionsfrågor

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

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

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

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

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

Ansvarig nämnd

Granskningen avser nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan och Regionsjukhuset Karsuddens verksamhet under 2025.

Revisionskriterier

Vår bedömning av nämndens ansvarsutövande utgår bland annat från:

- ✓ Kommunallagen
- ✓ Lagen om kommunal bokföring och redovisning
- ✓ Fullmäktiges reglemente för nämnden

- ✓ Fullmäktiges reglemente för intern kontroll
- ✓ Fullmäktiges reglemente för planering och uppföljning
- ✓ Övriga uppdrag, mål eller direktiv från fullmäktige till nämnden
- ✓ Regionstyrelsens anvisningar
- ✓ Regionens interna regler.

Metod

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

Granskningen omfattar också om nämnden säkerställt att räkenskaperna är rättvisande. Denna del granskas i samband med granskning av regionens delårs- och årsbokslut. Granskningen syftar till att pröva om nämndens verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av ställning och resultat 31 december 2025. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

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

Granskningsanteckningar har överlämnats till verksamhetsområdeschef och ekonomichef för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i denna rapport. Rapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig revisor inom revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden avseende Regionsjukhuset Karsudden

Fullmäktige har beslutat om inriktningsdokument för framtidens hälso- och sjukvård 2.0¹ som fokuserar på ett antal utvalda områden.

Av regionens Mål och budget för 2025² framgår det att nämnden är huvudman för Regionsjukhuset Karsudden och ansvarar för den rättspsykiatriska vården som bedrivs på sjukhuset enligt lag om psykiatrisk

¹ Landstingsfullmäktige § 67/17, Framtidens hälso- och sjukvård 2.0

² Regionfullmäktige § 126/24, Mål och budget 2025–2027

tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård. Nämnden ansvarar för att följa upp de avtal om rättspsykiatrisk vård som andra regioner har med Regionsjukhuset Karsudden.

Nämndens uppdrag för Regionsjukhuset Karsudden framgår också av reglementet³ som reviderats och beslutats av fullmäktige i september.

Budget är 0 mnkr. Tilldelad investeringsram är 15 mnkr och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet.

Regionfullmäktige har under året beslutat om revidering av reglementet för planering och uppföljning⁴.

Nämndens verksamhet under år 2025 avseende Regionsjukhuset Karsudden

Nämndens styrdokument och protokoll

Nämnden har haft sex protokollförda sammanträden under 2025.

Regionsjukhuset Karsuddens verksamhetsplan med budget 2025–2027 inklusive internkontrollplan med risker, antogs på nämndens sammanträde i december 2024⁵. I verksamhetsplanen framgår det att fullmäktiges målområden brutits ned till nämndmål, verksamhetsmål, handlingsplaner och indikatorer enligt den nya styrmodellen. Det framgår att budget är noll mnkr.

Nämnden godkände Regionsjukhuset Karsuddens patientsäkerhetsberättelse för år 2024 på sammanträdet i maj⁶.

I juni beslutade nämnden om Dataskyddsombud⁷. I november beslutade regionstyrelsen om nytt Dataskyddsombud för regionens samtliga nämnder, regionfullmäktige och revisorerna⁸.

Enligt nämndens delegationsordning⁹ utser verksamhetsområdeschef beslutsattestanter/ersättare inför varje år och löpande vid förändring. Sådana delegationsbeslut har anmälts till nämnden i februari och i november 2025.

³ Regionfullmäktige § 101/25, Revidering av reglemente för regionstyrelsen och egna nämnder

⁴ Regionfullmäktige § 100/25, Revidering av reglemente för planering och uppföljning

⁵ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 44/24, Verksamhetsplan med budget 2025–2027 för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan

⁶ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 9/25, Patientsäkerhetsberättelse, Regionsjukhuset Karsudden för år 2024

⁷ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 19/25, Val av dataskyddsombudenligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

⁸ Regionstyrelsen § 273/25, Val av dataskyddsombudenligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

⁹ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 25/22, Delegationsordning för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan

Samlat, för alla verksamheterna, återrapporteras delegationsbeslut till nämnden på två sammanträden och anmälningsärenden på sex sammanträden.

Vår kommentar

Styrande dokument har beslutats av nämnden för Regionsjukhuset Karsudden för 2025 enligt regionens regelverk. Vi kan inte finna att investeringsramen framgår av verksamhetsplanen. Vi rekommenderar fortsatt att nämnden beslutar om Regionsjukhuset Karsuddens investeringsram i sin verksamhetsplan.

Ingen revidering har skett av delegationsordningen under året. Den senaste beslutades i september 2022. Vi lämnar rekommendationen att se över nämndens delegationsordning.

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2025 för Regionsjukhuset Karsudden

Vi har granskat formerna för nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning mot reglementet för planering och uppföljning, fullmäktiges beslut och nämndens protokoll.

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos för Regionsjukhuset Karsudden utvecklades under år 2025 i kvartals- och delårsrapportering.

| Ekonomisk rapportering | Akkumulerad avvikelse (utfall - budget) | Årsprognos |
|------------------------------|---|------------|
| Kvartalsrapport per mars | 12 mnkr | 35 mnkr |
| Delårsrapport per juli | 31 mnkr | 42 mnkr |
| Slutligt utfall per december | 46,1 mnkr | |

Årets budget är noll. Regionsjukhuset Karsudden har haft positiva årsprognoser under året. Det slutgiltiga ekonomiska resultatet är ett överskott med 46,1mnkr och beror i huvudsak, enligt verksamhetsberättelsen, på högre intäkter, då beläggningsgraden varit hög (+32 mnkr högre än budget). Personal- och lokalkostnader är lägre än budget och bidrar också till det positiva resultatet.

Vår kommentar

Granskning av nämndens protokoll visar att kvartalsrapportering per mars, delårsrapporten per juli och verksamhetsberättelsen per december, har beslutats av nämnden. Det framgår också att månadsuppföljningar har beslutats av nämnden i enlighet med det reviderade styrande dokumentet reglemente för planering och uppföljning⁴.

Revisionsdialog

Nämndens presidium och revisorerna träffades 24 oktober 2025 för revisionsdialog. Vid dialogen diskuterades bland annat införandet av det nya journalsystemet Cosmic, investeringen i högspänningsstation, investeringsredovisning och på vilket sätt nämnden påbörjat implementeringen av den nya riktlinjen för att motverka välfärdsbrottslighet och otillbörlig påverkan.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse för Regionsjukhuset Karsudden

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

Vår kommentar

Nämnden beslutade om verksamhetens delårsrapport vid sammanträdet i september 2025. Nämndens rapportering bedöms följa utgivna anvisningarnas krav.

Verksamhetsberättelsen har behandlats i nämnden 25 februari 2026. Vi har granskat den verksamhetsberättelsen som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde.

Verksamhetsberättelsen är strukturerad, informativ och bedöms följa anvisningen. Nämnden har beslutat om nämndmål, verksamhetsmål, handlingsplaner och indikatorer för ett antal verksamhetsområden i verksamhetsplanen och dessa följs upp i verksamhetsberättelsen. Rapporteringen är tydlig, kommentarer och förklaringar till indikatorernas utfall finns i stor utsträckning.

Indikatorerna är relevanta och utgår i flera fall utifrån patientperspektivet.

Utifrån vår granskning vill vi lyfta fram nedanstående iakttagelser och kommentarer kring några av de rapporterade indikatorerna. Föregående års värden redovisas inom parentes i förekommande fall.

Verksamhetsberättelse

Region Sörmland har från och med 2025 en ny styrmodell. Verksamheten återrapporteras enligt styrmodellen utifrån tre målområden:

- ✓ Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet
- ✓ Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande
- ✓ Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt (har en god finansiell hushållning, är en attraktiv arbetsgivare med en hållbar kompetensförsörjning och är klimatsmarta).

Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet

Nämndens mål: Nämnden har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv

rättspsykiatrisk vård

Inom målområdet finns ett nämndmål och sex verksamhetsmål med underliggande handlingsplaner. Nämnden har beslutat om sju indikatorer. En av indikatorerna har grön färgmarkering och fem har gul färgmarkering.

Verksamhetens mål: Den rättspsykiatriska vården och behandlingen på Regionsjukhuset Karsudden präglas av ett personcentrerat arbetssätt

Två av indikatorerna som finns avser patientrelaterade frågor. Utfallet för indikatorn *Genomförda samtal utifrån metodstödet ett självständigt liv (ESL)* avser 1 januari – 15 september. Införandet av det nya journalsystemet har gjort att utfall saknas efter 16 september. Utfallet är 46,3 % (46,6 %), målvärde 50 % och färgmarkeringen är gul.

Verksamhetens mål: Patienter som vårdas på Regionsjukhuset Karsudden ska uppleva ett gott bemötande samt känna sig trygga och delaktiga

Fem indikatorer finns där utfallet kommer från den årliga patientenkäten (patienterna upplever att de informeras om sin sjukdom, vård och behandling, patientbemötande, delaktighet och involvering, information och kunskap samt om patienterna känner sig trygga på sin vårdavdelning). Av verksamhetsberättelsen framgår det att 142 patienter erbjöds att besvara den årliga patientenkäten. Den besvarades av 80–81 patienter, ca 57 % (ca 67 %) patienter. Frågeställningarna bygger på utfallet för fem indikatorer där patienten får gradera sin upplevelse. För resultaten av enkäten, jämfört med föregående år, ses en minskning då samtliga fem indikatorer har ett sämre resultat jämfört med föregående år. I verksamhetsberättelsen beskrivs arbetet 2025 för att öka patienternas delaktighet med mera. Det beskrivs också att det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet. Två förklaringar som ges är införandet av nya journalsystemet som kan ha minskat fokus på det dagliga vårdarbetet och den höga beläggningsgraden som minskar möjlighet till omflyttningar.

Övriga fyra verksamhetsmål saknar indikatorer, arbetet som gjorts under året beskrivs. I de fall handlingsplaner har beslutats, återrapporteras status och kommentarer.

Vår kommentar

Regionsjukhusets bedömning av måluppfyllelse för de beslutade målen framgår inte för samtliga mål i verksamhetsberättelsen.

Verksamhetens mål, den rättspsykiatriska vården på Regionsjukhuset Karsudden är kunskapsorienterad, tillgänglig och säker och jämlik, saknas i verksamhetsberättelsen och återrapporteras inte.

Ingen av fullmäktiges indikatorer inom målområdet bedöms avse Regionsjukhuset Karsudden. Ingen indikator mäter jämlik verksamhet. För övrigt kan aspekter av dimensionerna tillgänglighet, kvalitet och effektivitet

anses de ingå i indikatorerna.

Baserat på utfall på indikatorer som återrapporteras och beskrivning av verksamheternas arbete, är bedömningen att Karsudden sammantaget har en tillräcklig måluppfyllelse men möjlig att förbättra speciellt vad gäller området jämlikhet.

Politiskt målområde – Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande

Nämndens mål: Nämnden arbetar hälsofrämjande och förebyggande
Inom målområdet finns ett nämndmål, ett verksamhetsmål med underliggande handlingsplaner och två indikatorer.

Verksamhetens mål: Regionsjukhuset Karsuddens arbetssätt ska präglas av aktiviteter som verkar hälsofrämjande både för patienter och medarbetare
Måluppfyllelsen beskrivs som ”neutral” både för nämndmålet och verksamhetsmålet. Nämnden har beslutat om två indikatorer och båda är från Kvalitetsregister RättspsyK. Indikatorn som avser *Självskattad livskvalitet*, har röd färgmarkering. Utfallet är 52 % (57,5 %) och har försämrats jämfört med föregående år. Den andra indikatorn *Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård*, har gul färgmarkering och utfallet har förbättrats jämfört med föregående år. Karsuddens utfall är bättre än rikets.

Vår kommentar

Bedömningen är att indikatorerna till viss del mäter målområdet. Åtgärder beskrivs inte för att öka mätvärdena för indikatorerna. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet beskrivs inom sjukhuset och på individnivå för patienterna. Ingen av fullmäktiges indikatorer inom målområdet bedöms avse Regionsjukhuset Karsudden. Bedömningen är att målområdet kan utvecklas och att fler indikatorer kan tas fram för att bättre kunna bedöma måluppfyllelsen.

Politiskt målområde – Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt

Nämndens mål: Nämnden använder sina resurser hållbart och effektivt.

Inom målområdet finns ett nämndmål, sju verksamhetsmål med underliggande handlingsplaner och fyra indikatorer.

För målområdets handlingsplaner beskrivs status och kommentarer. Beskrivning ges av aktiviteter som genomförts. För nämndmålet återrapporteras tre indikatorer. Indikatorn *Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid* har röd färgmarkering och har förbättrats jämfört med föregående år, vilket är positivt. Utfallet är 8,09 % (9,14 %) och målvärde är max 6 %. Arbetet med aktiviteter för att minska sjukfrånvaron framgår. Indikatorn *Andel engagerade medarbetare HME-index* har grön färgmarkering och har också förbättrats jämfört med föregående år, utfallet

är 85 % och målvärdet är 80%. De två indikatorer ovan är från fullmäktiges målområde.

Indikatorn *Avvikelse mot budgeterat resultat i tkr* har utfall 46 095 tkr och har grön färgmarkering.

Verksamhetsmålet: Rätt nyttjade resurser: Regionsjukhuset skapar förutsättningar för ett hållbart arbetsliv, som bidrar till en positiv förändring, motverkarstigande sjuktal och främja ett längre arbetsliv.

Måluppfyllelsen är grön och går enligt plan. På Karsudden pågår det löpande arbete för att utveckla medarbetare- och ledarskapet. Handlingsplaner finns kopplade till verksamhetsmålet. Status och kommentarer beskrivs.

Indikatorn *Medarbetare som kan rekommendera sin arbetsplats* har grön färgmarkering, utfallet är 91 % och på samma nivå som föregående år. Svarefrekvensen på medarbetarenkäten var hög (95 %).

Vår kommentar

För tre av de sju verksamhetsmålen anges måluppfyllelse och de har grön färgmarkering (går enligt plan). Bedömningen är att arbetet med indikatorer kan utvecklas och att fler kan beslutas, för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och även omfatta hållbarhet /klimatsmarthet.

Av fullmäktiges indikatorer inom målområdet har Regionsjukhuset Karsudden med indikatorerna *HME-index* och *Sjukfrånvaro*, för personalområdet. Fullmäktiges indikator *Personalomsättning* saknas i verksamhetsplanen/verksamhetsberättelsen.

Investeringar

I beslutad verksamhetsplan framgår inte Regionsjukhuset Karsuddens investeringsbudget. Tilldelad investeringsram för nämnden är 15 mnkr² och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet.

I delårsrapporten framgår det att investeringen under året är 5,7 mnkr och avser högspänningsstation. Prognostiserat utfall framgår inte.

Enligt verksamhetsberättelsen uppgår årets investeringar till 26,1 mnkr och avser högspänningsstation med 8,3 mnkr och produktionskök med 17,8 mnkr. I faktaavstämningen har det beskrivits att investeringen i produktionsköket görs av nämnden men har beslutats av styrelsen och har därför inte ingått i nämndens investeringsram. Nämnden har löpande informerats om investeringen och om kostnaderna enligt verksamhetsområdeschefen.

Vår kommentar

Rapporteringen av investeringar kan utvecklas så att investeringsram/budget

och avvikelser mot investeringsram/budget framgår. För 2025 är den totala investeringsramen för nämnden 15 mnkr, de totala investeringarna uppgår till 27 mnkr och är 12 mnkr högre än budget.

Granskning av räkenskaper 2025

Vår granskning har i huvudsak inneburit analytisk granskning. Med analytisk granskning menas analys av väsentliga nyckeltal och trender, inklusive undersökning av eventuella svängningar och förhållanden som inte överensstämmer med annan relevant information eller som avviker från förväntade värden. Vi har gjort stickprov i materialet för att verifiera dess innehåll.

Resultaträkning

Resultaträkningen enligt redovisningen i Boris överensstämmer med resultaträkningen i verksamhetsberättelsen. Analys sker av utfall mot budget och mot föregående år. Vi bedömer resultaträkningen, i allt väsentligt, som rättvisande.

Balanskonton på verksamhetsnivå

Vi bedömer balansposterna, i allt väsentligt, som rättvisande.

Regionsjukhuset Karsuddens eget kapital uppgår till 84 mnkr efter årets resultat.

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

Granskning har skett av rapportering och följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll och de anvisningar som finns till delårsrapporten och verksamhetsberättelsen.

Enligt fullmäktiges mål och budget 2025–2027 har ett antal övergripande riskområden identifierats. Dessa riskområden ska nämnderna särskilt beakta vid framtagande av internkontrollplanerna. Riskområden som fullmäktige identifierat är ekonomi, hållbar kompetens- och personalförsörjning, informationssäkerhet, välfärdsbrottslighet och korruption, allmänhetens förtroende och införande av nytt vårdsystem. Karsuddens interkontrollplan innehåller en riskanalys och riskvärde anges för de fem risker som ingår i internkontrollplanen. Det framgår inte om ytterligare risker bedömts än de fem riskerna och om/hur Karsudden har beaktat fullmäktiges riskområden.

I faktaavstämningen har det beskrivits att en underliggande riskanalys har gjorts av verksamheten, där flera risker funnits med, än de som beslutats i internkontrollplanen. Fullmäktiges riskområden har beaktats och de som bedömts vara relevanta för Karsudden har ingått i riskanalysen.

Vår kommentar

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2025 för Regionsjukhuset Karsudden utifrån en dokumenterad riskanalys i samband med beslut om verksamhetsplan. Internkontrollplanen består av fem risker.

Uppföljning sker i delårsrapport och i verksamhetsberättelse. Uppföljningen i verksamhetsberättelsen visar att samtliga risker ges grön färgmarkering. Analys av resultatet framgår.

Bedömning av nämndens internkontrollarbete finns i verksamhetsberättelsen. Texten beskriver att bedömningen är att Regionsjukhuset Karsudden har en god intern kontroll, att åtgärder haft god effekt och att ytterligare åtgärder ska genomföras.

Vi bedömer att riskhanteringen generellt kan utvecklas och dokumentationen av den, så att den utökade riskanalysen som görs även framgår och att hänsyn tagits till de riskområden som fullmäktige identifierat. Sammantaget bedöms Regionsjukhuset Karsudden ha säkerställt en tillräcklig intern kontroll, men möjlig att förbättra.

Vi bedömer att riskhanteringen generellt kan stärkas och utökas samt även inkludera samtliga av de riskområden som fullmäktige identifierat i mål och budget.

Revisionen

Åsa Forsman

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Bilaga 1 Sammanfattning av revisionens granskningar och uppföljningar år 2025 avseende nämndens verksamheter

Årsgranskning för nämnden för primärvård, rättpsykiatri och Dammsdalskolan avseende Dammsdalskolan år 2025

Sammanfattande bedömning

Grundat på vår översiktliga granskning av verksamhetens måluppfyllelse har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att ifrågasätta verksamhetens återrapporterade resultat.

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut.

Regionens nya styrmodell har införts från och med 2025. Revisorernas bedömning är, sammantaget för regionen, att det finns behov att utveckla arbetet med indikatorer i syfte att stärka styrningen och uppföljningen. Respektive verksamhet föreslås kunna anpassa mål och indikatorer utifrån detta, inom de olika målområdena. Förståelse finns för att alla verksamheter inte lämpar sig för följas upp med stöd av indikatorer. För dessa fall kan målstyrningen, då den beslutas i verksamhetsplanen, i stället anpassas till andra alternativ för uppföljning, analys och utvärdering av måluppfyllelse.

För arbetet med internkontroll är bedömningen att riskhanteringen generellt kan utvecklas och dokumentationen av den. Sammantaget bedöms Dammsdalskolan ha säkerställt en tillräcklig internkontroll, men möjlig att förbättra.

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

Rekommendationer

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

- ✓ Fortsätt utveckla mål och indikatorer, för en tydligare bedömning av måluppfyllelse
- ✓ Utveckla dokumentationen av riskhanteringen
- ✓ Se över nämndens delegationsordning.

lakttagelser i 2024 års granskning

Revisorernas bedömning för 2024 var att verksamheten hade bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut, förutom för det ekonomiska utfallet.

Bedömningen var att nämnden trots det har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse för Dammsdalskolan gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande. Den interna kontrollen bedömdes sammantaget som tillräcklig.

Revisorerna deltog på nämndens sammanträde 7 maj 2025 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen avseende år 2024.

Syfte och revisionsfrågor

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

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

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

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

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

Ansvarig nämnd

Granskningen avser nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan och Dammsdalskolans verksamhet under 2025.

Revisionskriterier

Vår bedömning av nämndens ansvarsutövande utgår bland annat från:

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

Metod

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

Granskningen omfattar också om nämnden säkerställt att räkenskaperna är rättvisande. Denna del granskas i samband med granskning av regionens delårs- och årsbokslut. Granskningen syftar till att pröva om nämndens verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av ställning och resultat 31 december 2025. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

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

Granskningsanteckningarna har överlämnats till verksamhetschef och controller för avstämning och kontroll. Synpunkter på anteckningarna har beaktats i denna rapport. Årgranskningsrapporten har också kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig revisor på revisionskontoret.

Fullmäktiges uppdrag till nämnden avseende Dammsdalskolan

Av regionens Mål och budget för 2025–2027¹ framgår att nämnden är skolhuvudman för Dammsdalskolan, som omfattar skolverksamhet inom grund-, gymnasie-, grundsär- och gymnasiesärskola för ungdomar från olika kommuner i landet med autismspektrumstörning i åldrarna 12–21 år. Nämnden har vårdgivaransvar för den vård som ges vid Dammsdalskolan.

Samtidigt som mål och budget beslutades, beslutade fullmäktige att uppdra åt nämnden att utarbeta en långsiktig plan för Dammsdalskolan. I dokumentet mål och budget framkommer att: ”Dammsdalskolans elevunderlag är för närvarande lågt. Det riskerar att på längre sikt äventyra skolans fortsatta verksamhet. Skolan måste utarbeta en långsiktig plan för hur elevunderlaget ska säkerställas.”

Budget är noll mnkr. Tilldelad investeringsram är 15 mnkr och gäller för alla nämndens verksamheter utan specificering per verksamhet.

Nämndens uppdrag för Dammsdalskolan framgår också av reglementet² som reviderats och beslutats av fullmäktige i september.

Regionfullmäktige har under året beslutat om revidering av reglemente för planering och uppföljning³.

Nämndens verksamhet under år 2025 avseende Dammsdalskolan

Nämndens styrdokument och protokoll

Nämnden har haft sex protokollförda sammanträden under 2025.

Dammsdalskolans verksamhetsplan med budget 2025–2027 inklusive internkontrollplan med risker, antogs vid nämndens sammanträde i december 2024⁴. Nämndens verksamhetsplan för Dammsdalskolan innehåller områden och intentioner utifrån fullmäktiges beslut. I verksamhetsplanen framgår det att fullmäktiges målområden brutits ned till nämndmål, Dammsdalskolans mål, planeringskommentarer handlingsplaner/aktiviteter och indikatorer enligt den nya styrmodellen.

På sammanträdet i september beslutade nämnden att godkänna återrapportering av uppdraget från regionfullmäktige, att utarbeta en långsiktig plan för Dammsdalskolan⁵. Av den långsiktiga planen framgår

¹ Regionfullmäktige § 126/24, Mål och budget 2025–2027

² Regionfullmäktige § 101/25, Revidering av reglemente för regionstyrelsen och egna nämnder

³ Regionfullmäktige § 100/25, Revidering av reglemente för planering och uppföljning

⁴ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan, § 44/24, Verksamhetsplan med budget 2025–2027 för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan

⁵ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 24/25, Långsiktig plan för Dammsdalskolan

olika områden som Dammsdalskolan ska arbeta vidare med för att säkerställa elevunderlaget, bland annat marknadsföring och kommunikation, dialog med kommuner och att följa samhällsutvecklingen.

Efter det har styrelsen⁶ respektive fullmäktige⁷ tagit samma beslut och fullmäktige beslutade att uppdraget ska avslutas.

I juni beslutade nämnden om Dataskyddsbud⁸. I november beslutade regionstyrelsen om nytt Dataskyddsbud för regionens samtliga nämnder, regionfullmäktige och revisorerna⁹.

Enligt nämndens delegationsordning¹⁰ utser hälso- och sjukvårdsdirektör beslutsattestanter/ersättare inför varje år och löpande vid förändring. Sådana delegationsbeslut har anmälts till nämnden i februari och i november 2025.

Nämnden har beslutat om läsårstider, kvalitetsplan och trygghets- och kvalitetsplan för Dammsdalskolan.

Samlat, för alla verksamheterna, återrapporteras delegationsbeslut till nämnden på två sammanträden och anmälningsärenden återrapporteras på sex sammanträden.

Vår kommentar

Styrande dokument har beslutats av nämnden för Dammsdalskolan för 2025 enligt regionens regelverk. Nämnden har beslutat om återrapportering av uppdraget från fullmäktige, om att utarbeta en långsiktig plan för Dammsdalskolan⁵.

Ingen revidering har skett av delegationsordningen under året. Den senaste är beslutad i september 2022. Vi lämnar rekommendationen att se över nämndens delegationsordning.

Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2025 för Dammsdalskolan

Vi har granskat formerna för nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning mot reglementet för planering och uppföljning, fullmäktiges beslut och nämndens protokoll.

⁶ Regionstyrelsen § 196/25, Långsiktig plan för Dammsdalskolan

⁷ Regionfullmäktige § 128/25, Långsiktig plan för Dammsdalskolan

⁸ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 19/25, Val av dataskyddsbudenligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

⁹ Regionstyrelsen § 273/25, Val av dataskyddsbud enligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

¹⁰ Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan § 25/22, Delegationsordning för nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos för Dammsdalskolan utvecklades under år 2025 i kvartals-, delårs- och bokslutsrapportering enligt redovisningen.

| Ekonomisk rapportering | Ackumulerad avvikelse (utfall-budget) | Årsprognos |
|-------------------------------|--|-------------------|
| Kvartalsrapport per mars | 1,8 mnkr | 0 |
| Delårsrapport per juli | -0,4 mnkr | -1,3 mnkr |
| Slutligt utfall per december | -4,1 mnkr | |

Årets budget är noll. I kvartalsrapporten redovisades ett positivt resultat med 1,8 mnkr och årsprognos noll. I delårsrapporten ändrades årsprognosen till -1,3 mnkr då elevantalet minskade under höstterminen kombinerat med svårigheter att minska personalkostnaderna.

Det slutgiltiga resultatet är ett underskott med -4,1 mnkr och beror främst på att intäkterna för skola och boende är lägre än budget och har påverkats av nedstängningen av två elevhem. Personalkostnaderna är högre än budget då det krävts högre personalbemanning (fler elever med ökade behov och nedstängningen av elevhemmen då elever har behövt flytta).

Vår kommentar

Granskning av nämndens protokoll visar att kvartalsrapportering per mars, delårsrapporten per juli och verksamhetsberättelse per december, har beslutats av nämnden. Den ekonomiska uppföljningen redovisas med analyser av avvikelser mot budget, mot föregående år och för helårsprognos.

Av nämndens protokoll framgår det också att månadsuppföljningar har beslutats av nämnden i enlighet med det styrande dokumentet Reglemente för planering och uppföljning.

Revisionsdialog

Nämndens presidium och revisorerna träffades 24 oktober för dialog. Vid dialogen diskuterades bland annat arbetet för att nå en ekonomi i balans och vilket sätt nämnden påbörjat implementeringen av den nya riktlinjen för att motverka välfärdsbrottslighet och otillbörlig påverkan. Revisorerna fick information om räddningstjänstens tillsyn av skolans elevhem (LSS-boenden), där två av elevhemmen inte godkändes.

Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse för Dammsdalskolan

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

Vår kommentar

Nämnden beslutade om Dammsdalskolans delårsrapport vid sammanträdet i september 2025. Dammsdalskolans rapportering bedöms följa utgivna anvisningar. I verksamhetsplanen har nämnden beslutat om 15 indikatorer och i delårsrapporten sker återrapportering. Indikatorer saknas för målområde Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande.

Vi har granskat verksamhetsberättelsen som finns med i kallelsen till nämndens sammanträde 25 februari 2026, då den beslutades. Verksamhetsberättelsen avser Dammsdalskolan som organisatorisk ingår i Division psykiatri och funktionshinder.

Verksamhetsberättelsen är strukturerad och bedöms följa anvisningen. Nämnden har beslutat om nämndmål, Dammsdalskolans mål, planeringskommentarer och indikatorer i verksamhetsplanen och dessa följs upp i verksamhetsberättelsen. En iakttagelse är att måluppfyllelse inte bedöms för nämndens mål och Dammsdalskolans mål i verksamhetsberättelsen (exempelvis grön färgmarkering= Går enligt plan eller gul färgmarkering= risk för Risk för avvikelse från plan).

Rapportering av indikatorer är tydlig och det återrapporteras även kompletterande kommentarer.

Utifrån vår granskning vill vi lyfta fram nedanstående iakttagelser och kommentarer kring några av de rapporterade indikatorerna. Förra årets värden redovisas i förekommande fall inom parentes.

Verksamhetsberättelse

Region Sörmland har från och med 2025 en ny styrmodell. Verksamheten återrapporteras enligt styrmodellen utifrån tre målområden:

- ✓ Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet
- ✓ Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande
- ✓ Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt (har en god finansiell hushållning, är en attraktiv arbetsgivare med en hållbar kompetensförsörjning och är klimatsmarta).

Region Sörmland har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv verksamhet
Nämndens mål: Nämnden har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv hälso-och sjukvård

Inom målområdet finns två nämndmål och tre mål som avser Dammsdalskolan med underliggande planeringskommentarer. Nämnden har beslutat om åtta indikatorer. Fyra av indikatorerna har grön färgmarkering, tre har gul och en har röd färgmarkering.

Dammsdalskolan mål: Vi är medvetna om människors olikheter och förutsättningar och arbetar aktivt för att främja hälsa och god livskvalitet

En av två indikatorer är *Andel elever som känner sig trygga* som har gul färgmarkering. Utfallet är 91 % (88,3 %) målvärde 100 % och utfallet har ökat jämfört med föregående, är vilket är positivt.

Nämndens mål: Nämnden har en jämlik, tillgänglig, kvalitativ och effektiv skolverksamhet med vårdgivaransvar på Dammsdalskolan

Dammsdalskolan mål: Våra elever/kunder känner sig delaktiga vid planering och är nöjda med de insatser som ges

En av fyra indikatorer har röd färgmarkering. Det är indikatorn *Elevers progression mot måluppfyllelse i skolan utifrån kunskapskraven*. Utfall 63 % och målvärde 85 %. Föregående år hade indikatorn gul färgmarkering och utfallet var 77,3 %. Det beskrivs att det resultatet ska analyseras ytterligare när läsåret 25/26 är slut. En anledning till försämringen kan vara att byte av lokaler både i skola och elevhem. Inga kommentarer beskrivs och åtgärder för att öka måluppfyllelsen saknas.

Vår kommentar

Dammsdalskolans bedömning av måluppfyllelse för de beslutade målen saknas i verksamhetsberättelsen.

Ingen indikator mäter jämlik verksamhet. Däremot beskrivs hur verksamheten arbetar för en jämställd arbetsplats utifrån sju diskrimineringsgrunderna. Det beskrivs inte hur verksamheten arbetar med jämlikhet för eleverna. För övrigt kan aspekter av dimensionerna tillgänglighet, kvalitet och effektivitet anses de ingå i indikatorerna.

Baserat på utfall på indikatorer som återrapporteras och beskrivning av verksamheternas arbete, är bedömningen att Dammsdalskolan sammantaget har en tillräcklig måluppfyllelse men möjlig att förbättra speciellt vad gäller området jämlikhet.

För indikatorn *Elevers progression mot måluppfyllelse i skolan utifrån kunskapskraven* beskrivs inga kommentarer och planerade åtgärder saknas för att öka måluppfyllelsen saknas.

Ingen av fullmäktiges indikatorer inom målområdet bedöms avse Dammsdalskolan.

Region Sörmland arbetar hälsofrämjande och förebyggande

Nämndens mål: Nämnden arbetar hälsofrämjande och förebyggande

Inom målområdet finns ett nämndmål och ett mål som avser Dammsdalskolan med underliggande planeringskommentar. Nämnden har inte beslutat om någon indikator.

Dammsdalskolans mål: Vi har ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt

Arbetet för att minska risken för suicid bland eleverna beskrivs och handlingsplan/aktiviteter 2025. Insatser är att bland annat erbjuda en trygg miljö, minska stress och belastning samt att stärka eleverna inför deras framtida liv.

Vår kommentar

Dammsdalskolans bedömning av måluppfyllelse för de beslutade målen saknas i verksamhetsberättelsen. Ingen indikator mäter målområdet och det försvårar utvärdering och bedömning av dimensionerna hälsofrämjande och förebyggande arbete. Det hälsofrämjande och förebyggande arbete som beskrivs avser suicidprevention. Ingen av fullmäktiges indikatorer inom målområdet bedöms avse Dammsdalskolan.

Bedömningen är att målområdet kan utvecklas och att fler indikatorer kan tas fram för att bättre kunna bedöma måluppfyllelsen.

Region Sörmland använder sina resurser hållbart och effektivt

Nämndens mål: använder sina resurser hållbart och effektivt

Inom målområdet finns ett nämndmål och fyra mål som avser Dammsdalskolan med underliggande planeringskommentarer. Nämnden har beslutat om totalt sju indikatorer. Två av indikatorerna har grön färgmarkering, tre har gul och två har röd färgmarkering.

Dammsdalskolans mål: Dammsdalskolan har en stabil ekonomi med en ändamålsenlig användning av resurser

Indikatorn som finns har gul färgmarkering. Det är indikatorn *Beläggningsgrad Dammsdal*. Utfall 80 % och målvärde 95 %. Föregående år hade indikatorn också gul färgmarkering. Utfallet var högre 82,6 %, och beräknad på en högre beläggningsgrad (prognos 33 elever) mot för 2025 då beräkningen görs utifrån 25–27 platser beroende på elevsammansättningar. Under hösten har det varit 20–22 elever inskrivna. Elevhemsplatserna har minskat och man har enbart möjlighet att ha 22 platser, då två elevhem inte längre är lämpliga lokaler efter en brandtillsyn.

Dammsdalskolans mål: Vi tar initiativ till och arbetar aktivt för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö och god hälsa

Av planeringskommentarerna framgår arbetssätt och aktiviteter för att lärare och elever ska ha en god arbetsmiljö och god hälsa. Avvikelseberättelser sker i IT-stödet Synergi som en del i det systematiska kvalitetsarbetet på Dammsdal. Indikatorn *Andel medarbetare som upplever att de fått återkoppling på avvikelser*, har gul färgmarkering. Utfallet är 82 %, målvärde 95 % och lägre än 2024 då det var 95 %. Analys och åtgärder framgår för att öka måluppfyllelse.

Dammsdalskolans mål: Vi leder och styr en effektiv verksamhet för en ekonomi i balans

Av planeringskommentaren framgår ekonomisk handlingsplan med aktiviteter.

Indikatorn *Avvikelse mot budgeterar resultat i tkr* har röd färgmarkering då utfallet är -4 095 tkr och målvärdet är noll tkr. Specifika åtgärder för att nå målvärdet framgår inte för indikatorn.

Dammsdalskolans mål: Vi har en god arbetsmiljö med kompetenta, engagerade och flexibla medarbetare

Två indikatorer finns inom målområdet.

Indikatorn *Andel engagerade medarbetare (HME)* är oförändrad jämfört med föregående år och utfallet är 68 (68), målvärde 80 och indikatorn har gul markering. Det beskrivs att analys pågår och även det fortsatta arbetet för att öka målvärdet.

Indikatorn som avser *Sjukfrånvaro* har försämrats jämfört med föregående år och har röd färgmarkering. Utfallet är 10,17 % (8,98 %) och målvärdet är 6 %: Arbetet fortsätter enligt Dammsdalskolans handlingsplan och förebyggande insatser har varit hälsofrämjande aktiviteter som genomförts under året.

Dammsdalskolans mål: Vi bedriver en miljömässigt hållbar verksamhet

En energirond har genomförts under hösten. Indikatorn för området är *Andel genomförda energironder i samband med fysisk skyddsron*d, utfall 100 %, målvärdet är 100 % och färgmarkeringen är grön.

Vår kommentar.

Dammsdalskolans bedömning av måluppfyllelse för de beslutade målen saknas i verksamhetsberättelsen.

För hållbarhet finns enbart en indikator (energironder med utfall 100 %) och bedömningen är att fler kan beslutas för att kunna ge en fullständig bild för att mäta måluppfyllelse.

Av fullmäktiges indikatorer inom målområdet har Dammsdal med indikatorerna *HME-index* och *Sjukfrånvaro*, för personalområdet. Fullmäktiges indikator *Personalomsättning* saknas i verksamhetsplanen/verksamhetsberättelsen.

Investeringar

I verksamhetsberättelsen och i delårsrapporten framgår det att utfall är noll och budget uppgår till 800 tkr, enligt verksamhetsplanen. Inga investeringar har genomförts på grund av ekonomisk återhållsamhet.

Granskning av räkenskaper 2025

Vår granskning har i huvudsak inneburit analytisk granskning. Med analytisk granskning menas analys av väsentliga nyckeltal och trender, inklusive undersökning av eventuella svängningar och förhållanden som inte överensstämmer med annan relevant information eller som avviker från förväntade värden. Vi har gjort stickprov i materialet för att verifiera dess innehåll.

Resultaträkning

Resultaträkningen enligt redovisningen i Boris överensstämmer med resultaträkningen i verksamhetsberättelsen. Analys sker av utfall mot budget och mot föregående år. Vi bedömer resultaträkningen, i allt väsentligt, som rättvisande.

Balanskonton på verksamhetsnivå

Vi bedömer balansposterna, i allt väsentligt, som rättvisande.

Dammsdalskolans eget kapital uppgår till 54,3 mnkr efter årets resultat.

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

Granskning har skett av rapportering och följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll och de anvisningar som finns till delårsrapporten och verksamhetsberättelsen.

Enligt fullmäktiges mål och budget 2025–2027 har ett antal övergripande riskområden identifierats. Dessa riskområden ska nämnderna särskilt beakta vid framtagande av internkontrollplanerna. Riskområden som fullmäktige identifierat är ekonomi, hållbar kompetens- och personalförsörjning, informationssäkerhet, välfärdsbrottslighet och korruption, allmänhetens förtroende och införande av nytt vårdsystem. Dammsdals interkontrollplan innehåller en riskanalys och riskvärde anges för de tio risker som ingår i internkontrollplanen. Det framgår inte om ytterligare risker bedömts än de tio riskerna och om/hur Dammsdal har beaktat fullmäktiges riskområden. I faktaavstämningen har det beskrivits att en underliggande riskanalys har gjorts av verksamheten, där flera risker funnits med, än de som beslutats i internkontrollplanen. Det görs också löpande riskanalyser i verksamheten under året på olika områden, som leder till att handlingsplaner upprättas och

åtgärder vidtas. Fullmäktiges riskområden har beaktats och de som bedömts vara relevanta för Dammsdalskolan har ingått i riskanalysen.

Vår kommentar

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2025 Dammsdalskolan utifrån en dokumenterad riskanalys i samband med beslut av verksamhetsplanen.

Den beslutade internkontrollplanen innehåller tio risker. Uppföljning sker i delårsrapporten och i verksamhetsberättelsen, enligt anvisningarna. Uppföljning sker av 12 risker då två risker har lagts till som avser *Kontroll ur belastningsregistret innan anställningsavtal upprättas* och *”Eget köp” på chefsnivå blir ej kontrollerat*.

Uppföljningen i verksamhetsberättelsen visar att sex (tre) av riskerna har grön färgmarkering och sex (åtta) har gul färgmarkering.

För de avvikelser som noteras i uppföljningen av internkontrollplanen planeras att göras för ekonomi, larm, hygien, Synergiarbete och medicin.

Vi bedömer att riskhanteringen generellt kan utvecklas och dokumentationen av den, så att den utökade riskanalysen som görs även framgår och att hänsyn tagits till de riskområden som fullmäktige identifierat. Sammantaget bedöms Dammsdalskolan ha säkerställt en tillräcklig internkontroll, men möjlig att förbättra.

framgår vidtagna åtgärder. Nämndens bedömning av internkontrollarbete finns i verksamhetsberättelsen. Texten beskriver det framtida arbetet som

Revisionen

Åsa Forsman
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Bilaga 1

Sammanfattning av revisionens granskningar och uppföljningar år 2025 avseende nämndens verksamhet

Revisionens granskningar avseende 2025

Nedan görs en kort sammanfattning av de granskningar som revisorerna genomfört och avrapporterat avseende 2025. Rapporterna och de svar som lämnats av nämnd/verksamhet finns tillgängliga på revisionens hemsida.

www.regionsormland.se/revisionen

Granskningar där svar kommit, alternativt inte begärts

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

| | | |
|---|--|--|
| Revisorernas bedömning av delårsrapport 2025, RS | Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning. | Inget svar begärt – dialogmöten med samtliga nämnder under hösten. |
| Internkontrollgranskning av administrativa system och rutiner, RS Leverantörs-fakturaprocessen (från inkommen faktura till betalning) | Syftet med granskningen var att bedöma om regionstyrelsen säkerställer en god intern styrning och kontroll i hanteringen av processen. Den sammanfattande bedömningen är regionstyrelsen till stor del säkerställer detta. Granskningen visar att dokumenterade rutiner finns och följs i stor utsträckning. Information och e-utbildningar har utvecklats och behörigheter är styrda. Tvåhandsprincipen gäller i hela processen och ingen medarbetare, chef eller förtroendevald kan ensam hantera en transaktion. | Av svaret från regionstyrelsen framgår att de delar uppfattningen att de områden som nämns i rekommendationerna behöver ses över. Det handlar bland annat om en uppdaterad riskanalys, systemdokumentation, konteringsrutiner och informationsspridning om riktlinjen mot välfärdsbrott. Aktiviteter som pågår och planeras redovisas och regionstyrelsen |

Revisionen

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Granskningen visar att det saknas en samlad systemdokumentation för ekonomisystemet, enligt lagen om kommunal bokföring och redovisnings krav. En dokumenterad riskanalys för processen behöver också upprättas.</p> <p>Ett kvarstående riskområde är om en person har egna kostnader och inte anger så kallat "eget köp" vid attestering, så att eskalering sker till överordnad person i attesthierarkin. I granskningen har det beskrivits att det finns en medvetenhet om detta och att stickprov görs.</p> <p>Ett arbete har påbörjats i enlighet med den riktlinje för välfärdsbrottslighet och otillbörlig påverkan som antogs av regionfullmäktige i april 2025.</p> | <p>kommer att ta hänsyn till samtliga synpunkter i det fortsatta arbetet.</p> |
|--|---|---|

Granskningar där svar är begärt under 2026

Nedan redovisas de granskningar där svar har begärts efter det att revisionsberättelsen har lämnats.

| | |
|--|--|
| <p>Internkontroll i processen för löner, arvoden och ersättningar, RS</p> <p>Svar begärt från RS till 7 april</p> | <p>Granskningen visar att det fortfarande finns brister i intern kontroll och riskhantering, vilket kan påverka både ekonomi och förtroende negativt. Det saknas en riskanalys över både löne- och arvodesprocessen.</p> <p>Exempel på iakttagelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Processerna i Heroma innehåller många manuella moment vilket ökar risken för fel. ✓ Rutiner för arvodeshantering behöver vara på plats innan ny mandatperiod börjar. ✓ Ansvar är decentraliserat och utanordningslistor signeras inte alltid av chefer, vilket försvårar uppföljningen av lönekostnader på verksamhetsnivå. |
| <p>Uteblivna, avbokade och inställda besök och operationer i vården, RS, PRD och FtvAB</p> | <p>Granskningens syfte är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen, nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan och Folktandvården Sörmland AB säkerställer en</p> |

Revisionen

| | |
|---|---|
| <p>Svar begärt från RS, PRD och Folkvandvården Sörmland AB till 26 juni</p> | <p>tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av området uteblivna, avbokade och inställda besök och operationer i vården.</p> <p>Den sammanfattande bedömningen är att regionstyrelsen och nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan delvis säkerställer detta och att Folkvandvården Sörmland AB till stor del säkerställer detta.</p> <p>Området diskuteras och är aktuellt. Stort fokus finns på att minimera antalet uteblivna, sent avbokade och inställda besök och operationer i syftet att bland annat att förbättra det ekonomiska läget och leva upp till tillgängligheten.</p> <p>Rekommendationerna som lämnas är bland annat:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Säkerställa att styrande dokument och rutiner är tillgängliga och efterlevs✓ Säkerställa att samtliga verksamheter i hälso- och sjukvården som har planeringslistor för väntande patienter, har en dokumenterad rutin vid uteblivet besök avseende barn (i enlighet med det styrande dokumentet <i>Tillämpningsanvisningar-Praxis för väntande patienter på planeringslistor inom Region Sörmland</i>)✓ Uppdatera den <i>gemensamma riktlinjen för ersättning till patient vid inställt besök/inläggning/operation/behandling eller undersökning- orsakad av vården</i>✓ Säkerställa att den <i>gemensamma riktlinjen för ersättning till patient vid inställt besök/inläggning/operation/behandling eller undersökning- orsakad av vården</i>, är känd✓ Införa systematisk riskhantering, kopplat till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)✓ Säkerställa att statistik tas fram för uteblivna besök i det nya journalsystemet och att den följs upp och analyseras. |
|---|---|

Revisionens uppföljning av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen en strukturerad uppföljning av granskningar som genomförts tidigare år. Följande bedömningar har gjorts efter det att uppföljning skett via skriftliga frågor ut i verksamheterna under året för nedanstående granskningar:

Revisionen

| Granskning, (genomfördes år) | Bedömning efter uppföljning |
|--|--|
| Tillgänglighet i primärvården (2022) | Vår bedömning är att regionstyrelsen och PRD-nämnden avseende primärvård tagit hänsyn till Revisionens rekommendationer i utvecklingsarbetet. Inrapportering till SKR av vårdgarantin (0) har reviderats nationellt och indikatorn inkluderar andra digitala kontaktvägar men det finns tekniska utmaningar kring det. De förändrade nationella reglerna för tillgänglighetsstatistiken har inneburit att inskickade data har korrigerats. I de validerade data för korrigerad, som har tagits fram, ser regionens tillgänglighet till primärvården bättre ut. Utbildning för registrering i journalsystemet planeras efter införandet av Cosmic. Indikator för tre-dagarstillgänglighet till de psykosociala teamen finns i verksamhetsplan för 2025. Ingen ytterligare granskning föreslås för tillfället. |
| Arbetslivsinriktad rehabilitering för medarbetare i Region Sörmland (2022) | Vår bedömning är att regionstyrelsen tagit hänsyn till Revisionens rekommendationer i utvecklingsarbetet. Informationsinsatser har genomförts och rehabiliteringsprocessen ingår i övriga arbetsmiljöutbildningar. Anvisningen har reviderats och ansvar för uppföljningen tydliggjorts. Av regionens egna nämnders reglemente framgår arbetsmiljöansvaret förutom för RUN. Regionstyrelsen har ett kontrollmål i sin internkontrollplan för rehabiliteringsplaner. Mer riktat arbete kring statistik för sjukfrånvaro har startats utifrån riskorienterat arbetssätt som SKR har tagit fram. Ingen ytterligare granskning föreslås för tillfället. |