



## Fråga om ansvarsfrihet för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård år 2022

### Förslag till beslut

Kommunfullmäktiges presidium föreslår kommunfullmäktige besluta att

1. bevilja ansvarsfrihet för nämnden för samverkan för socialtjänst och vård samt enskilda förtroendevalda i nämnda organ.

### Beskrivning av ärendet

De av regionfullmäktige utsedda revisorerna har för år 2022 granskat den verksamhet som bedrivits av nämnden för samverkan för socialtjänst och vård. Det har av granskningsrapporten eller av kommunfullmäktiges förtroendevalda revisorer inte framkommit annat än att ansvarsfrihet för nämnden för samverkan för socialtjänst och vård och enskilda förtroendevalda i nämnda organ kan beviljas vilket också är kommunfullmäktiges presidiums förslag till beslut.

### Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### Övriga konsekvenser

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

### Uppföljning

Ingen uppföljning krävs.

### Beslutsunderlag

Skrivelse, Revisionsberättelse för år 2022, undertecknad, 2023-04-14  
Rapport, Granskningsrapport version 2 - Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV 2022, 2023-03-31

### Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige  
Kommunrevisionen för kännedom  
Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård för kännedom

Anncharlotte Nilsson (M)

Vice ordförande

# UNDERSKRIFTSSIDA

Detta dokument har undertecknats med elektroniska underskrifter:

NAMN:	Ann-Charlotte Nilsson
DATUM & TID:	2023-06-09 11:45:22 +02:00
IDENTIFIKATIONSTYP:	Svensk e-legitimation
IDENTIFIKATIONS-ID:	_060999da975a658851db0193dc625a6bab



Certifierad av Comfact Signature  
Accepterad av alla undertecknare  
2023-06-09 11:45:27 +02:00  
Ref: 80526SE  
[www.comfact.se](http://www.comfact.se)



[Validera dokumentet](#) | [Användarvillkor](#)

Till  
Kommunfullmäktige i  
Strängnäs kommun

## **REVISIONSBERÄTTELSE FÖR 2022**

Vi av kommunfullmäktige utsedda revisorer i Strängnäs kommun har granskat den verksamhet som bedrivits i kommunstyrelse och nämnder och genom utsedda lekmannarevisorer den verksamhet som bedrivits i kommunens bolag.

Styrelsen och nämnderna ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. De ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll i verksamheten samt för återredovisning till kommunfullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt kommunfullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och kommunens revisionsreglemente. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning.

Vi har under året granskat kommunens hantering av skyddade personuppgifter. Granskningen har visat att kommunens rutiner för hanteringen inte är helt ändamålsenliga. Vi ser allvarligt på detta och har lämnat flera rekommendationer i syfte att stärka kommunens fortsatta arbete. Vi har för avsikt att särskilt följa upp denna granskning under verksamhetsåret 2023.

Inom ramen för vår grundläggande granskning har vi under året fört dialog med valnämnden om dess arbete inför och i samband med genomförandet av valet 2022. Valnämnden har först fattat beslut om att inte tillåta förtroendevalda i kommunen att arbeta som röstmottagare. Därefter valde nämnden att riva upp beslutet, utan att förutsättningarna ändrats, och tillåta vissa förtroendevalda att arbeta som röstmottagare. Detta anser vi avviker från Valmyndighetens rekommendationer och riskerar påverka tilltron till det demokratiska systemet, samt att nämndens agerande riskerar att allvarligt inverka på allmänhetens förtroende för kommunen. Till följd av detta riktar vi kritik mot valnämnden.

Revisionen har under en följd av år noterat brister i barn- och utbildningsnämndens styrning och uppföljning, vilka löpande redovisats till nämnden tillsammans med våra rekommendationer. Vi har under 2022 genomfört en granskning av det systematiska kvalitetsarbetet i grundskolan.

Granskningens resultat visade att barn- och utbildningsnämnden inte säkerställer ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete i grundskolan. Kommunen har fortsatt en låg andel elever som i slutet av årskurs nio når kunskapsmålen och därmed behörighet för nationella gymnasieprogram. Åtgärder som hittills vidtagits har inte haft tillräcklig effekt. Nämnden har inte heller efterfrågat eller tagit del av ändamålsenliga uppföljningar som visar på analys och åtgärder för de elever som inte når målen i ett eller flera ämnen. Vi konstaterar också att barn- och utbildningsnämnden inte har vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån föregående års granskning där rekommendationer lämnades för att stärka arbetet med elever i behov av särskilt stöd. Med anledning av ovanstående brister i nämndens styrning och interna kontroll riktar vi en anmärkning mot barn- och utbildningsnämnden för verksamhetsåret 2022.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "PP 00", "BS", "1", and "28".

**STRÄNGNÄS KOMMUN**  
Revisionen

Med utgångspunkt i ovanstående noteringar gör vi följande bedömningar:

- Vi riktar en anmärkning mot barn- och utbildningsnämnden.
- Vi bedömer sammantaget att styrelsen och nämnderna, med undantag för barn- och utbildningsnämnden, i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillräckligt sätt.
- Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.
- Vi bedömer att styrelsens och nämndernas resultat enligt årsredovisningen, med undantag för barn- och utbildningsnämnden, i huvudsak är förenligt med de finansiella mål och verksamhetsmål som kommunfullmäktige uppställt.

Vi tillstyrker att kommunfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelse och nämnder samt enskilda ledamöter i dessa organ.

Vi tillstyrker att kommunfullmäktige godkänner kommunens årsredovisning för 2022.

Vi åberopar bifogad redogörelse och bifogade rapporter.

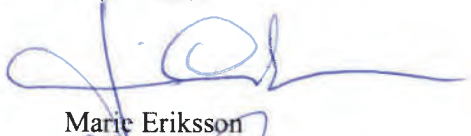
Strängnäs den 14 april 2023



Jens Persson



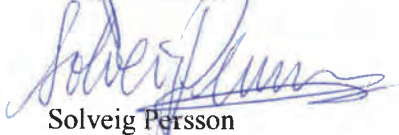
Stefan Behrnetz



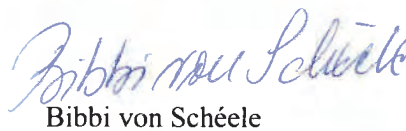
Marie Eriksson



Ebbe Ollman



Solveig Persson



Bibbi von Schéele



Bertil Stensgård



Paul Tamm

**Till revisionsberättelsen hör bilagorna:**

Revisorernas redogörelse för 2022

Granskning av årsbokslut 2022

De sakkunnigas rapporter i olika granskningar

Granskningsrapporter från lekmannarevisorerna

För kännedom

Verksamhetschef Titti Kendall  
Divisionschef Inger Mossberg  
Verksamhetschef Ulrika Johansson  
FoU i Sörmland chef Marina Arkkukangas  
Regiondirektör Jan Grönlund  
Ekonomidirektör Nicholas Prigorowsky  
HR-direktör Kajsa Fisk  
Samtliga kommunrevisioner i Sörmland


Nämnden för samverkan kring socialtjänst  
och vård

## Granskningsrapport för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV, år 2022

Av bifogad rapport framgår de iakttagelser som gjorts i den årliga granskningen av NSV 2022. Revisorerna kommer att redovisa dessa iakttagelser och sina synpunkter vid genomgången med nämnden den 11 maj 2023.

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.



Gustaf Wachtmeister

Ordförande



Torgerd Jansson

Vice ordförande

## Årsgranskning för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård år 2022

### Sammanfattning

Vår sammanfattande bedömning är att nämndens verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt men att nämndens arbete med målstyrning och uppföljning behöver förbättras.

Vi bedömer att nämndens interna kontrollsystem i nuläget har grundläggande brister och systemet bedöms inte vara ändamålsenligt eller effektivt. Bristerna i det interna kontrollsystemet utgör en risk för att det inte finns tillräckliga systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är effektiv. Vi bedömer trots det att de befintliga kontrollerna tillgodoser att det på en rimlig nivå säkerställs att informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig.

Bedömningen är att verksamheten har bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att verksamhetsberättelsen inte behandlats i rätt tid i enlighet med reglementet för planering och uppföljning. Vi bedömer att nämnden trots det har en tillräcklig intern styrning och kontroll av verksamheten.

Nämndens verksamhetsberättelse ger i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning per 31 december 2022, trots avvikelser i Hjälpmedelscentralens inventeringsrutiner.

För den sammanfattande bedömningen finns en avvikande mening från revisor Tommy Kvarsell<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Avvikande mening från revisor Tommy Kvarsell: Min sammanfattande bedömning, gällande NSV-nämnden, är att nämndens verksamhet delvis sköts på ett ändamålsenligt sätt. Nämndens målformulering, styrning, uppföljning och kontroll behöver väsentligt förbättras. Informationen och dialogen mellan verksamheten och nämnden behöver även struktureras och förbättras. Jag bedömer även att nämndens interna kontrollsystem i nuläget har grundläggande brister och att inte vara ändamålsenligt eller effektivt. Bristerna i det interna kontrollsystemet utgör en risk då det inte finns tillräckliga systematiska kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är effektiv. Jag bedömer att verksamhetens rapporter till nämnden avseende ekonomiska mål, uppföljning och kontroll är ändamålsenliga, tillförlitliga och tillräckliga.



## Rekommendationer

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

- ✓ Utveckla mål och indikatorer för en tydligare bedömning av måluppfyllelse
- ✓ Utveckla måluppföljningen och hur bedömning av måluppfyllelsen redovisas
- ✓ Genomför och dokumentera riskanalys inför framtagandet av interna kontrollplaner
- ✓ Upprätta rutiner för hantering av avvikelser i den interna kontrollen
- ✓ Återrapporera internkontroll för samtliga verksamheter
- ✓ Säkerställ att rutiner för lagerinventering efterlevs vid Hjälpmedelscentralen
- ✓ Utveckla rutiner som möjliggör avstämning av Hjälpmedelscentralens IT-stöd för lagerhantering kontra ekonomisystemet
- ✓ Se över och uppdatera nämndens delegationsordning
- ✓ Se över och uppdatera rutiner för återrapporering av fattade delegationsbeslut
- ✓ Stärk ärendeprocessen för verksamhetsberättelsen så att reglemente för planering och uppföljning följs.

## Bakgrund

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.

### Iakttagelser i 2021 års granskning

Bedömningen var att verksamheten bedrivits utifrån fullmäktiges mål och beslut undantaget att verksamhetsberättelsen inte behandlats i rätt tid enligt reglementet för planering och uppföljning. Bedömningen var att nämnden trots det haft en tillräcklig intern styrning och kontroll. Nämndens verksamhetsberättelse gav i allt väsentligt en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömning av måluppfyllelse görs inte på nämndnivå utan av mer beskrivande karaktär för respektive verksamhet. Revisorerna lämnade rekommendationer om att ta fram mål på nämndnivå och komplettera målen med mätbara indikatorer där det saknas, för att tydligare kunna bedöma måluppfyllelse.

Den interna kontrollen bedömdes ändå sammantaget som tillräcklig. Räkenskaperna bedömdes i allt väsentligt som rättvisande och årsbokslutet bedömdes vara upprättat enligt god redovisningssed för nämnden som helhet, men inte för några av de mindre verksamheterna.

Revisorerna deltog digitalt vid nämndens sammanträde 29 april 2022 och redovisade då sina iakttagelser och synpunkter utifrån den rapport som lämnats för årsgranskningen. Revisorerna lyfte bland annat brister i Hjälpmedelscentralens IT-stöd Sesam och avsaknaden av mål på nämndnivå.

### **Syfte och revisionsfrågor**

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

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

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

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

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

### **Ansvarig nämnd och avgränsning**

Granskningen avser nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds (NSV) verksamhet under 2022.



## 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 2022. Regionens samlade balansräkning kommer att redovisas i regionens årsredovisning. För respektive verksamhet har en saldolista med balanskonton som fortfarande går att följa på verksamhetsnivå varit underlag för vår granskning av ställningen vid årsskiftet.

Qualitarium har på uppdrag av revisorerna utfört stora delar av den grundläggande granskningen. Årets granskning har riktat särskilt fokus på områdena målstyrning (styrmodell och indikatorer) och intern kontroll. Qualitariums rapport finns som bilaga till denna årsgranskningsrapport.

Denna årsgranskningsrapport har kvalitetssäkrats genom att den granskats av annan sakkunnig revisor inom revisionskontoret.

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.

## Fullmäktiges uppdrag till nämnden

Av regionens Mål och budget för 2022–2024<sup>2</sup> framgår att nämnden har följande tre verksamheter:

- ✓ Hjälpmedelsförsörjningen där nämnden svarar för att tillhandahålla individuella hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning
- ✓ FoU Sörmland (FoUiS) som avser verksamhet för forskning och utveckling avseende socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor inom Sörmland och utveckling avseende socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor inom Sörmland
- ✓ Vård- och omsorgscollege på lokal och regional nivå.

Nämnden ska tillvarata de synergier som ligger i att samverka i hela länet mellan de olika huvudmännen. Nämnden ska också förbättra kvaliteten inom berörda verksamheter och skapa en region med så likvärdig service som möjligt inom berörda områden.

Tilldelad investeringsram är 38 mnkr (regionhjälpmedel 23 mnkr, kommunala hjälpmedel 14 mnkr och 1 mnkr för utrustning).

## Nämndens verksamhet under år 2022

### Nämndens styrdokument och protokoll

NSV-nämndens delegationsordning är antagen 2019. I årets grundläggande granskning har framkommit att det inte finns någon förteckning över fattade delegationsbeslut. Under året har inga andra delegationsbeslut återrapporterats till nämnden förutom kodplan med beslutsattester. Nämnden bör se över och uppdatera rutiner för återrapportering av fattade delegationsbeslut och också överväga att uppdatera delegationsordningen.

### Vår kommentar

Av bilaga 1 framgår de iakttagelser som gjorts.

## Nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning under år 2022

Vi har granskat formerna för nämndens ekonomiska styrning och resultatuppföljning mot reglemente för planering och uppföljning och nämndens protokoll.

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur nämndens ekonomiska resultat och prognos utvecklades under år 2022 i delårsrapportering och bokslut enligt redovisningen.

---

<sup>2</sup> Regionfullmäktige § 127/21, Mål och budget 2022 - 2024

Ekonomisk rapportering	Ackumulerat avvikelse utfall/budget	Prognos
Kvartalsrapport per mars	+ 11 mnkr	0
Delårsrapport per juli	+ 20 mnkr	+10 mnkr
Slutligt utfall per december	+33 mnkr	

Nämndens ekonomiska resultat är 33,3 mnkr. Överskottet avser främst erhållna statsbidrag för Nära vård och Psykisk hälsa som ska användas kommande år. Hjälpmedelscentralen redovisar ett underskott (- 2 mnkr) som bland annat beror sänkta-hjälpmedelspriserna till kommunerna i kombination med att hjälpmedelskostnaderna ökat i slutet av året.

#### Vår kommentar

Nämnden har under året följt regionens reglemente för planering och uppföljning undantaget att behandling av verksamhetsberättelsen för 2022 inte skett i rätt tid. Reglementet anger att nämnd ska besluta om verksamhetsberättelsen i februari, men NSV behandlar inte rapporten förrän den 10 mars 2023. Ärendeprocessen bör stärkas. Dels för att följa reglementet så att behandling av verksamhetsberättelsen sker innan regionstyrelsen behandlar den samlade årsredovisningen, men inte minst för att det är nämndens ansvar att till exempel vidta åtgärder vid eventuella negativa avvikelser.

Nämnden bedöms, trots att nämnden inte behandlat sin verksamhetsberättelse i rätt tid, ha en tillräcklig styrning och intern kontroll.

#### Revisionsdialog

NSV:s presidium och revisorerna träffades den 13 oktober för dialog. Vid dialogen diskuterades det pågående arbetet med *Tillsammans för barnens bästa i Sörmland* som pågår enligt plan. Regionpolitikerna har tagit initiativ till ett delprojekt som handlar om att hitta en lösning för samverkan kring barn med särskilda behov av stöd i tidigt skede (till exempel vid NPF-liknande problematik) från socialtjänst, BUP och skolan. Katrineholms kommun och Strängnäs kommun är piloter.

Vid dialogen informerades revisorerna om att det pågående kriget i Ukraina ger hjälpmedelscentralen leveransförseningar. Riskanalyser görs löpande och hittills har man kunnat lösa uppkomna problem. Man undersöker också om man kan ha större särskilda lager.

VO-College arbetar med kompetensförsörjning på områdena att öka antalet språkambud, validering och omställning till skyddad yrkestitel för

undersköterskor. Språkutveckling är ett prioriterat område för att säkerställa patientsäkerhet.

Nämndens ordförande berättade att projektet *Tillsammans för barnens bästa i Sörmland* är ett exempel på att nämnden arbetar med barnkonventionen och följer lagen som gäller från 2020.

### **Nämndens delårsrapport och verksamhetsberättelse**

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

#### **Vår kommentar**

Totalt resultat för nämnden redovisas i tabellform på total nivå, per verksamhet på kontogruppernivå, vilket är positivt. Det ekonomiska resultatet analyserar inte på kontogruppernivå jämfört med budget och föregående år, i enlighet med anvisningen i PLUSS och återrapporteringen kan utvecklas.

Verksamhetsberättelsen är inte utformad på samma sätt som den beslutade verksamhetsplanen<sup>3</sup>. Detta försvårar uppföljningen. Nämndens arbete med målstyrning och uppföljning behöver förbättras. Många skilda verksamheter och flera huvudmän är utmanande. Verksamhetsberättelsen ger en fragmenterad bild av måluppfyllelsen och vi bedömer att det inte är ett bra underlag för nämndens beslutsfattande. I årets verksamhetsberättelse saknas återrapportering av Hjälpmedelscentralens mål och interna kontrollplan.

Övriga iakttagelser som gjorts framgår av bilaga 1.

### **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 verksamhetsberättelsen.

#### **Vår kommentar**

Av bilaga 1 framgår de iakttagelser som gjorts.

### **Revisionens granskningar avseende 2022**

Nedan görs en kort sammanfattning av de granskningar som revisorerna genomfört och avrapporterat avseende 2022. Rapporterna och de svar som lämnats av nämnd/verksamhet finns tillgängliga på revisionens hemsida.

[www.regionsormland.se/revisionen](http://www.regionsormland.se/revisionen)

---

<sup>3</sup> Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, § 30/21 Verksamhetsplan med budget 2022-2024 – Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård

## 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 2022, RS	Granskning av delårsrapport i juli avseende mål för god ekonomisk hushållning.	Inget svar begärts-dialogmöten med samtliga nämnder under hösten.
<p><b>Samverkan kring utskrivningsklara patienter, RS</b></p>	<p>En fördjupade granskning har genomförts tillsammans med revisorerna i länets samtliga kommuner. Syftet med granskningen är att den ska ge oss underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i respektive kommun säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter/brukare över 65 år. Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienter är inte involverade i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess. En central del i arbetet med att säkra en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är bedömningen att lagens intentioner inte uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker och i granskningen framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd</p>	<p>Av svaret framgår att revisionens slutsatser stämmer väl överens med det de arbetar med i samverkan med kommunerna, framförallt på arbetsgruppsnivå och vid direktkontakter.</p> <p>Det överensstämmer också med den revidering som genomförs gemensamt med kommunerna i samband med den översyn som görs av Trygg hemgång och effektiv samverkan samt den revidering av samverkansrutiner som finns gällande hälso- och sjukvård i hemmet, som sker i omställningsarbetet för Nära vård.</p> <p>Vårdcentralerna har påbörjat arbetet med att bli navet i vården där samordnings-sköterskan är en viktig funktion och där arbetet med kontinuitet och patientdelaktighet är otroligt viktiga för patientens trygghet.</p> <p>Det finns ett stort behov av kompetens, förståelse och tillit för varandras verksamhet och lagrum.</p>

Revisionen

		Gemensamt system för hantering av avvikelser och gemensamma uppföljningar av avvikelser kommer att hanteras i Länsstyrgruppen under februari 2023.
<b>Granskningsrapport årsgranskning 2022 för samtliga nämnder</b>	Granskning av årsbokslut och verksamhetsberättelse per verksamhet rapporteras till respektive nämnd.	Inga skriftliga svar begärs – nämndträffar med samtliga nämnder.

### Granskningar där svar är begärt under 2023

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

<p><b>Hantering av bisysslor, RS</b></p> <p>Svar begärt till 31 maj från RS</p>	<p>Vi har genomfört en fördjupad granskning av regionens hantering av bisysslor. Syftet med granskningen är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen säkerställt förutsättningar för en ändamålsenlig hantering av bisysslor.</p> <p>Granskningen omfattar regionstyrelsen och avser en övergripande granskning om regelverket för bisysslor är ändamålsenligt, känt och tillämpligt.</p> <p>Vår sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen inte helt har säkerställt förutsättningar för en ändamålsenlig hantering av bisysslor.</p> <p>Granskningen visar att i stort har regionen ändamålsenliga styrande dokument och rutiner för hantering av anställdas eventuella bisysslor. Ansvars-fördelningen är tydlig.</p> <p>Utifrån granskningens resultat bedömer vi att det finns risk för underrapportering av förekomst av bisysslor. Om regionen inte förmår att förebygga förekomsten av förtroendeskadliga bisysslor riskerar det att försvaga medborgarnas förtroende för förvaltningens oberoende och opartiskhet. Därför är det viktigt att säkerställa ett kontinuerligt och systematiskt arbete med information om regelverk och dialog kring bisysslor.</p>
---	--



## Revisionens uppföljningar av tidigare granskningar

Revisionen genomför årligen strukturerad uppföljning av tidigare genomförda granskningar.

Följande bedömning har gjorts efter det att uppföljning skett via skriftliga frågor ut i verksamheterna under året för nedanstående granskning som berör nämndens verksamhet:

Jämlik hjälpmedelsförskrivning (2019)	Vår bedömning är att nämnden har tagit hänsyn till revisionens rekommendationer i sak, trots att nämndens tolkning av regionfullmäktiges mål skiljer sig från revisionens. Av svaret framgår att personal med förskrivningsansvar inte finns inom Hjälpmedelscentralens verksamhet och därmed kan de inte påverka direkt till vem hjälpmedel skrivs ut. Hjälpmedelscentralens uppdrag är att säkerställa att de förskrivande verksamheterna har tillgång till kvalitetssäkrade hjälpmedel och uppdaterade och tydliga regelverk och kriterier för förskrivning. Under 2021 påbörjade Hjälpmedelscentralen ett arbete med att se över samtliga regelverk och kriterier. Målet är att förhindra att regelverket tolkas olika. Tanken är att det inte ska finnas möjlighet till fri tolkning. Arbetet beräknas att vara klar under 2023. Ingen ytterligare granskning föreslås för tillfället.
---	---

Revisionen

Åsa Forsman  
Certifierad kommunal revisor

Bilaga 1 Revisionsrapport, Grundläggande granskning samt granskning av årsbokslut 2022, Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård i Region Sörmland, Qualitarium



# QUALITARIIUM

RE-REV23-0010-1  
Bilaga 1

Revisionsrapport

Grundläggande granskning samt  
granskning av årsbokslut 2022

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och  
vård  
i Region Sörmland

Februari 2023

## Innehåll

<b>1. Inledning.....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund .....	3
1.2 Syfte och revisionsfrågor .....	3
1.3 Ansvarig nämnd.....	4
1.4 Metoder och avgränsningar .....	4
1.5 Revisionskriterier .....	5
1.6 Kvalitetssäkring .....	5
<b>2. Nämndens arbete under året.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Fördjupning – målstyrning och intern kontroll .....</b>	<b>5</b>
3.1 Styrmodell och indikatorer .....	6
3.2 Intern kontroll.....	11
<b>4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Svar på granskningens frågeställningar.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Granskning av årsbokslutet.....</b>	<b>20</b>
6.1 Har nämndens verksamhetsberättelse upprättats enligt de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen?.....	20
6.2 Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande och årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed? 21	
6.3 Svar på granskningens frågeställningar .....	22

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

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

Revisorernas årliga granskning består av tre delar:

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

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

Den grundläggande granskningen består av två delar:

- Granskning av måluppfyllelse
- Granskning av styrning och intern kontroll

Granskningen grundas på den genomförda risk- och väsentlighetsanalysen samt på revisorerna antagna revisionsplan för 2022.

### 1.2 Syfte och revisionsfrågor

#### 1.2.1 Grundläggande granskning

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

Granskningen av måluppfyllelse syftar till att översiktligt bedöma om

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

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

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

Årets granskning riktar fokus på de områden som årets revisionsplan för Region Sörmland lyfter fram som viktiga att hålla bevakning på och som är relevanta för nämndens verksamhet:

- Styrmodell och indikatorer
- Arbetet med riskbedömningar och den interna kontrollplanen

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

1. Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?
  - 1.1. Om ja, följer planen regionens beslutade mål och visioner?
2. Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?

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

### 1.2.2 Granskning av årsbokslut

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

Inom ramen för denna granskning besvaras följande kontrollfrågor:

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

### 1.3 Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd är Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (i rapporten kallad NSV).

### 1.4 Metoder och avgränsningar

Granskningen avser 2022 års verksamhet.

Under granskningen användes följande metoder:

- Dokumentstudier av bland annat reglemente, budget, verksamhetsplan, kvartalsrapport, delårsrapport, verksamhetsberättelse, intern kontrollplan och därtill hörande dokumentation, sammanträdesprotokoll från nämndens möten, mm.
- Semistrukturerade intervjuer med cheferna för verksamheterna samt med verksamhetens controller.
- Revisorerna har under hösten genomfört en revisionsdialog med nämnden.

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

Granskningen har omfattat utkast till "Verksamhetsberättelse 2022, Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, December 2022". Nämnden förväntas fastställa verksamhetsberättelsen den 23 februari 2023.

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

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

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

### **1.5 Revisionskriterier**

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap 6 §
- Lag om kommunal redovisning och bokföring (LKBR)
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning, RKR, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR
- Anvisningar till verksamhetsberättelse och årsbokslut 2022
- Fullmäktiges beslutade mål
- Regionens relevanta styrdokument

### **1.6 Kvalitetssäkring**

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

## **2. Nämndens arbete under året**

Nämnden hade fem protokollförda sammanträden under året. Ett möte, i juni 2022, blev inställt.

Nämnden har fattat beslut om sin verksamhetsplan och budget för 2022 i december 2021. Den interna kontrollplanen återfinns som i en bilaga till den antagna verksamhetsplanen.

Nämnden fick rapport om ekonomin vid kvartalsrapport i april 2022 samt om måluppfyllelse i verksamhet och ekonomi i delårsrapporten i september 2022 och i verksamhetsberättelsen som kommer att läggas fram till nämnden i mars 2023. Rörande kvartalsrapporten och delårsrapporten beslutade nämnden att godkänna redovisningarna utan vidare åtgärd.

Nämnden och verksamheten har under året fått information från verksamheterna i kommunerna kopplade till nämndens ansvarsområde och har fattat beslut i frågor som berör länsgemensam målbild för Nära Vård. Nämnden beslutade även om nya lokaler för Hjälpmedelscentralen i Eskilstuna.

Nämndens delegationsordning är antagen 2019. Nämnden fattade beslut om kodplanen med beslutsattester i mars 2022. Enligt information vi har fått finns det ingen förteckning över fattade delegationsbeslut. Under året har inga delegationsbeslut återrapporterats till nämnden. Mot denna bakgrund bedömer vi att nämnden bör se över och uppdatera rutinerna för återrapportering av fattade delegationsbeslut och likaså bör överväga om det finns ett behov för att se över och uppdatera delegationsordningen.

## **3. Fördjupning – målstyrning och intern kontroll**

Årets granskning har riktat särskilt fokus på de områden som årets revisionsplan för Region Sörmland lyfte fram som viktiga att hålla bevakning på och som är relevanta för nämndens verksamhet:

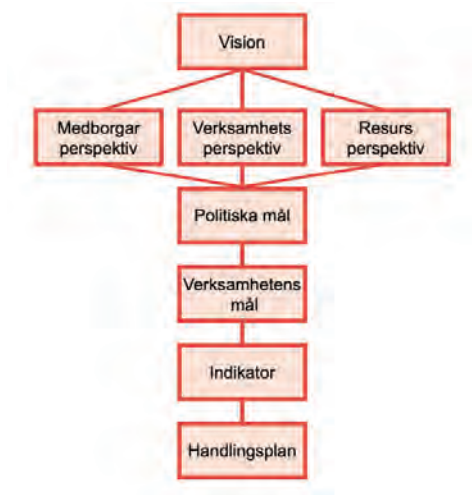
- Styrmodell och indikatorer



- Arbetet med riskbedömningar och den interna kontrollplanen

### 3.1 Styrmodell och indikatorer

Region Sörmlands styrmodell beskrivs i den av fullmäktiga antagna dokumentet *Mål och budget för planperioden 2022-2024*. Följande bild illustrerar modellen:



Figur 1: Region Sörmlands styrmodell, från dokumentet *Mål och budget för planperioden 2022-2024*, sidan 12.

Modellen bygger på att fullmäktige beslutar om övergripande regiongemensamma visioner och tre målperspektiv: medborgarperspektivet, verksamhetsperspektivet och resursperspektivet. Inom varje perspektiv beslutas ett antal politiska mål. Alla politiska mål fördelas ut och varje verksamhet får de mål som de berörs av. Styrelser och nämnder kan skapa fler politiska mål och indikatorer än de som kommer från regionfullmäktige.

Målen tilldelas sedan indikatorer som syftar till att göra dem mätbara. En del av indikatorerna är regionövergripande och beslutade av fullmäktige medan andra kan vara verksamhetsspecifika. Handlingsplanerna syftar till att ange konkreta åtgärder för att uppnå målet.

Regionens verksamheter ska använda Region Sörmlands styrmodell för all planering och uppföljning.

Inom NSV:s verksamheter arbetar alla enheter mot NSV:s mål men verksamheterna kan lägga till egna mål. I verksamhetsplanen för 2022-2024 framgår att samtliga verksamheter har kommenterat målen och i vissa fall har lagt till egna mål och/eller indikatorer. En sammanställning av målen framgår nedan, där nämndens, Regionalt stöds, FoU:s och VO Colleges beslutade mål framgår av Tabell 1 och Hjälpmedelscentralens mål av Tabell 2.

Tabell 1: Sammanställning av nämndens, Regionalt stöds, FoU:s och VO Colleges mål och indikatorer

	Politikens mål	Regionalt stöds mål	FoU:s egna mål och indikatorer	VOC:s egna mål och indikatorer	Utfall
Medborgar-	Region Sörmland har en god, jämlik folkhälsa i syfte att bli Sveriges friskaste län	NSV's verksamheter ska verka för att barn och unga i Sörmland får god, nära och samordnad vård som stärker hälsan	-	-	

	Region Sörmland har ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt	NSV's verksamheter ska arbeta för att patienten och brukaren får en god, nära och samordnad vård.	-		
Verksamhetsperspektivet	Region Sörmland har en god, säker, tillgänglig, kvalitativ och effektiv vård	NSV's verksamheter ska verka för en jämlik, effektiv och säker socialtjänst och vård i länets kommuner och Region Sörmland genom kunskapsstyrning.  Indikator: Andel kommuner som klarar gränsen för betalningsansvar.  Målvärde saknas.	-	Beslutade indikatorer:	Ej redovisat
				Garanterad tillgång på praktikplatser för utbildningar inom VOC fram till 2024 Målvärde: Ja	
				Antal språkutvecklande arbetssätt på arbetsplatsen Målvärde: 2 st	Ej redovisat
				Andel nyanställd personal som uppnår kriterierna för anställningsbarhet till 2024 Målvärde: 90%	Ej redovisat
				Antal tillsvidareanställda med baskompetens Målvärde: 4 st	Ej redovisat
Antal kommuner som använder KLIPP Målvärde: 5 st	Ej redovisat				
	Region Sörmland tar tillvara digitaliseringens möjligheter	NSV's verksamheter ska arbeta för att ta tillvara digitaliseringens möjligheter för en god och nära vård i samverkan	-	-	

	Region Sörmland har en hållbar produktion och konsumtion	-	Bidra till ett hållbart och långsiktigt miljöarbete.  Indikator och målvärde saknas.		
Resursperspektivet	Region Sörmland är en attraktiv arbetsgivare	-	Mål saknas, men det finns en indikator: Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid. Målvärde max 5%	-	FoU 1,1% LRS inkl VOC 2,48%
	Region Sörmland har en stark ekonomi i balans	NSV's verksamheter har en stabil ekonomi.  Indikator: avvikelse från budget är 0 kr.	-	-	Avvikelse mot budget 33 365 tkr

Tabell 2: Sammanställning av Hjälpmedelscentralens mål och indikatorer

	Politikens mål	Verksamhetens mål	Indikator	Målvärde	Utfall
Medborgarperspektivet	Region Sörmland har en god, jämlik folkhälsa i syfte att bli Sveriges friskaste län	NSV's verksamheter ska verka för att barn och unga i Sörmland får god, nära och samordnad vård som stärker hälsan	-		
	Region Sörmland har ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt	NSV's verksamheter ska arbeta för att patienten och brukaren får en god, nära och samordnad vård.	Andel utprovningar med första erbjuden tid inom 1 månad	60%	Ej redovisat
			Andel aktiviteter/arbetsorder slutförda inom 5 arbetsdagar	82%	Ej redovisat
			Andel kundorder, totalt levererade inom 5 arbetsdagar	86%	Ej redovisat
		Andel skrymmande hjm lev inom 3 dagar vid utskrivning från slutenvården	97%	Ej redovisat	

	Region Sörmland har nöjda kunder/patienter/brukare/resenärer/besökare/deltagare/ elever	Alla patienter och förskrivare skall vara nöjda med tillgänglighet, bemötande, leveranser och service	Andel nöjda förskrivare med bemötande	94%	Ej redovisat
			Andel förskrivare som är nöjda med leveranskvalitet	77%	Ej redovisat
			Andel brukare nöjda med bemötande	97%	Ej redovisat
Verksamhetsperspektivet	Region Sörmland har en god, säker, tillgänglig, kvalitativ och effektiv vård	NSV's verksamheter ska verka för en jämlik, effektiv och säker socialtjänst och vård i länets kommuner och Region Sörmland genom kunskapsstyrning.	Andel avvikelser som hanteras inom 2 veckor från registreringsdatum	97%	Ej redovisat
			Andel reviderade kriterier	70%	Ej redovisat
	Region Sörmland tar tillvara digitaliseringens möjligheter	NSV's verksamheter ska arbeta för att ta tillvara digitaliseringens möjligheter för en god och nära vård i samverkan			
	Region Sörmland har en hållbar produktion och konsumtion				
Resursperspektivet	Region Sörmland är en attraktiv arbetsgivare	Rätt nyttjade resurser: Hälso- och sjukvården har en god arbetsmiljö med kompetenta, engagerade och flexibla medarbetare	Andelen engagerade medarbetare HME index	79%	80%
			Sjukfrånvarotid i relation till ordinarie arbetstid	Max 5,1%	5,82%
	Region Sörmland har en stark ekonomi i balans	Rätt nyttjade resurser: Hälso- och sjukvården leds och styrs så att en ekonomi i balans uppnås i syfte att skapa mesta möjliga nytta inom givna ramar			
		NSV's verksamheter har en stabil ekonomi			

I samband med förra årets granskning påtalade revisorerna att nämnden bör komplettera målen *”med mätbarhet där detta saknas för en tydligare bedömning av måluppfyllelse och om åtgärder är nödvändiga”*<sup>1</sup>.

I årets verksamhetsplan framgår att nämnden beslutade om ett antal indikatorer som är kopplade till målen. Det saknas dock fortfarande indikatorer till de flesta beslutade verksamhetsmålen. Inom Regionalt stöd finns inga indikatorer, inom FoU finns en indikator med målvärde och inom VOC finns ett mål där det finns beslutade indikatorer. Inom Hjälpmedelscentralen har indikatorer beslutats till fyra av de åtta verksamhetsmålen. Indikatorernas relevans och koppling till målen bedömer vi vara av tillräcklig kvalitet.

Ett av de politiska målen (Region Sörmland har en hållbar produktion och konsumtion) tas upp i verksamhetsplanen utan några verksamhetsmål, handlingsplan eller indikator.

En kvalitativ genomgång av de beslutade målen visar att det finns en tydlig koppling mellan verksamheternas mål och politikens mål.

Under intervjuerna framkom det att nämnden bedömer att det finns behov för att hålla verksamhetsmålen på en nivå som möjliggör att dessa implementeras i varje kommun. Samtidigt noterar vi att det inte finns någon återkoppling om hur nämndens mål inkluderas i respektive kommuns målstyrning. Det finns inte heller spårbar dialog eller styrning från kommunernas sida kring behov, önskemål och förväntningar på nämndens arbete och dess resultat.

Åtterrapporering av måluppfyllelsen görs i verksamhetsberättelsen för varje beslutat mål. Det faktum att många av målen fortfarande saknar indikatorer utgör ett hinder för möjligheten att göra en bedömning om måluppfyllelsen. I de fallen där målen saknar indikatorer är åtterrapporeringen av beskrivande karaktär och saknar en bedömning om målet är uppnått eller ej. De beslutade indikatorerna följs inte upp i verksamhetsberättelsen med undantag för tre indikatorer. Åtterrapporeringen av målen görs per verksamhetsområde. Det senare försvårar ytterligare nämndens möjlighet att göra en övergripande bedömning om det aktuella målet har uppnåtts eller ej.

I verksamhetsberättelsen, för fullmäktiges målområden Verksamhetsperspektivet och Resursperspektivet, finns en grön prick vid återredovisningen. Detta tolkar vi som en övergripande bedömning om att målområdet har uppfyllts som helhet. Någon förklaring till prickens betydelse eller hur bedömningen har gjorts framgår dock inte i texten.

Mot ovan bakgrund gör vi den sammanfattande bedömningen att nämndens arbete med att utforma sina mål och indikatorer fortsatt har brister. Det faktum att nämnden ska ta hänsyn till flera huvudmän utgör en särskild utmaning för nämndens arbete med att formulera relevanta mål. Samtidigt har nämnden flera verksamhetsområden, som ytterligare försvårar målstyrningen. Mot denna bakgrund bedömer vi att det finns anledning till att överväga hur nämndens arbete kan förbättras med målstyrningen på ett sätt så att samtliga verksamheter får tydliga styrsignaler som tar i beaktande huvudmännens behov.

Vi finner även att måluppföljningen och hur måluppfyllelsen redovisas till nämnden brister. Bristerna bör åtgärdas genom att sträva efter att formulera tydliga och mätbara mål som klart kopplas till de politiska målen samt genom att ta fram relevanta indikatorer för samtliga beslutade verksamhetsmål. I dagsläget ger åtterrapporeringen en fragmenterad bild om de olika verksamhetsområdenas resultat, men det saknas en sammantagen bedömning om nämnden har nått sina mål eller inte.

---

<sup>1</sup> Översiktlig grundläggande granskning 2021 av NSV, PWC:s rapport från mars 2022.

Nämnden bör eftersträva att utforma rutiner för måluppföljning som möjliggör en sammantagen bedömning om nämnden har uppnått sina mål. Därigenom kan nämndens styrning av verksamheterna förstärkas. Vidare kan en förbättrad måluppföljning ge underlag för utveckling av verksamheten på längre sikt.

### 3.2 Intern kontroll

Regionens reglemente för internkontroll är antagen av fullmäktige och gäller från oktober 2019. Reglementet ålägger nämnderna ansvar för att regler och anvisningar för den interna kontrollen utformas i enlighet med de lokala förutsättningarna samt att dessa formuleras och antas av nämnden<sup>2</sup>. Granskningen visar att nämnden inte har utformat eller antagit några regler för hur nämndens interna kontroll ska utformas.

Nämndens interna kontrollplan utgör en del av verksamhetsplanen för året. Beslut om den interna kontrollplanen togs därmed i samband med att nämnden beslutade om verksamhetsplanen i december 2021. För Hjälpmedelscentralen har det antagits en egen intern kontrollplan.

Risikanalys som ligger till grund för den interna kontrollplanen genomfördes inte inför framtagandet av nämndens interna kontrollplan för 2022. Att risker eller kontrollmålen skulle ha varit föremål för diskussion i nämnden framgår inte av nämndens protokoll eller annan dokumentation.

Nämndens interna kontrollplan innehåller åtta kontrollmål (se Tabell 3). Nämndens kontrollmål är varken kopplade till de av fullmäktige beslutade målperspektiven eller till verksamhetsmålen. Flera av kontrollmomenten är formulerade så att dessa inte anger frekvens eller önskat resultat.

Hjälpmedelscentralen har en dokumenterad riskanalys som ligger till grund för den interna kontrollplanen, men denna riskanalys är identisk med förra årets.

Hjälpmedelscentralens interna kontrollplan innehåller sex kontrollmål (se Tabell 4). Kontrollmålen är kopplade till fullmäktiges perspektiv och till verksamhetsmålen. Kontrollmomenten anger frekvens, konkreta åtgärder och även ansvarig för att genomföra kontrollerna.

Tabell 3: Kontrollmål i nämndens interna kontrollplan

Kontrollområde	Kontrollmål	Kontrollmoment	Utfall
Attestkontroll	Fungerande attestrutin som ska förhindra oberättigade misstankar. Kontraattest ska alltid ske när en beslutsattestant är i jävsituation.	Stickprovskontroll av fakturor där kostnaden berör beslutsattestanten.	Ingen avvikelse
Fullständiga fakturor	Regelverk och krav på innehåll i faktura ska följas för att förhindra misstankar om felaktig utbetalning	Stickprov av fakturor inom kostnadsområden köpta konsulttjänster och inhyrd personal. Resultatet redovisas i antalet ofullständiga fakturor.	Stickprov visade två feladresserade fakturor. Åtgärd vidtogs.
Fördelning av arbetsmiljöuppgifter	Säkerställa att arbetsmiljöuppgifter fördelas ut till chefer	Kontrollera att chefer skrivit under dokumentet fördelning av arbetsuppgifter.	Ingen avvikelse.

<sup>2</sup> Reglemente för internkontroll, dokumentnummer RS-LED19-2068-4, sidan 5.



Medarbetarsamtal	Säkerställa att chefer och medarbetare har ett årligt medarbetarsamtal med sin chef	Kontrollera att chefer och medarbetare haft medarbetarsamtal under året.	Ingen avvikelse.
Miljö	Rutiner för betydande miljöaspekter. Är dessa beslutade och implementerade? Är dessa kända av personalen?	Följa de miljöaktiviteter som finns dokumenterade i PLUSS.	Ingen avvikelse.
Rätt lön	Alla chefer går igenom lönerapporteringen	Månatligen, rätt lön till rätt person.	Ingen avvikelse.
Bisysslor	En uppdaterad lista på bisysslor ska finnas hos varje chef	Vid utvecklingsamtal, 1 gång/år	Ingen avvikelse.
Uppföljning av beslut	Uppföljning av verkställighet av NSV:s beslut	Stickprov av beslut tas genom frågor till Länsstygruppen.	Ingen avvikelse.

Tabell 4: Kontrollmål i Hjälpmedelscentralens interna kontrollplan

Risk och kontrollområde	Kontrollmål	Kontrollmoment	Utfall
<b>Medborgarperspektivet</b>			
Fördröjning av brukarens process. Är verksamhetens riktlinjer kända för hur dokumentation ska ske?	Följsamhet till regionens riktlinjer på hur dokumentation ska ske	Journalgranskning	Mindre avvikelser vid genomförd kontroll. Åtgärd finns.  Ej åter-rapporterad i verksamhetsberättelsen.
Kvalitetsproblem i hjälpmedel som leder till risker för brukaren. Finns en rutin för hur avvikelser med risk för patientskada hanteras? Följs denna?	Minskad risk för patientskador.	Genomgång av protokoll och åtgärder	Ingen avvikelse vid genomförd kontroll.  Ej åter-rapporterad i verksamhetsberättelsen.
Att sekretessen i Sesam och NCS Cross ej följs. Följs sekretessen?	Säkerställa patientsäkerhet.	Loggar kontrolleras.	Vid genomförd kontroll konstateras att det är svårt att garantera korrekt hantering men inga misstankar finns om missbruk, rutin saknas.

			Ej åter-rapporterad i verksamhetsberättelsen.
<b>Verksamhetsperspektivet</b>			
Att vi inte har koll på när kassationer ökar – brist på lagret. Hur utvecklas antalet kassationer och finns noterade anledningar till att de sker?	Ökad månatlig kostnadskontroll	Genomförs kontrollerna enligt rutin?	Avvikelse vid genomförd kontroll. Åtgärd finns.  Ej åter-rapporterad i verksamhetsberättelsen.
Uppblåst balansräkning pga att inventeringar ej gjorts enligt rutin. Att rutinen följs.	Överensstämmelse mellan balansräkning och verklighet.	Genomförs inventeringar enligt rutin?	Avvikelse vid genomförd kontroll.  Ej åter-rapporterad i verksamhetsberättelsen.
<b>Resursperspektivet</b>			
Ökad arbetsbelastning som leder till ökande sjukfrånvaro. Görs tidiga insatser efter 3e frånvarotillfället efter 6 månader?	Minskad risk för långtidssjukskrivningar	Genomgång av noteringar i Heroma	Oklart om kontrollen är genomförd.  Ej åter-rapporterad.

Vid delårsrapport 2022 redovisades inga genomförda kontroller. Det gjordes dock en notering om att kontrollerna skulle utföras efter augusti och att den löpande uppföljning inte visade avvikelser som behöver omedelbar åtgärd. I verksamhetsberättelsen framgår att samtliga kontroller som berör nämndens interna kontrollplan har genomförts. Avvikelse påträffades vid fakturakontrollen, vilket åtgärdades. Hjälpmedelscentralens interna kontrollplan, som beslutades separat i verksamhetsplanen, har inte återredovisats i verksamhetsberättelsen.

Det finns en viss otydlighet i vilka delar av nämndens verksamheter som de genomförda interna kontrollerna berörde. Om nämnden fattar beslut om kontroller inom ett visst verksamhetsområde bör dessa återrapporteras till nämnden. Likt bedömningen ovan kring målstyrningen, ser vi brister i den interna kontrollen där det saknas en sammantagen bild som ger nämnden möjlighet att bedöma om det finns avvikelser i verksamheterna som utgör en risk för att nämndens mål ska kunna nås.

Rutinbeskrivningar eller annan dokumentation som beskriver hur förvaltningen eller nämnden ska agera vid signal om avvikelser som uppmärksammas vid genomförda kontroller finns inte, varken på regionövergripande nivå eller framtagna av nämnden.

Det finns ett pågående arbete med att utveckla det interna kontrollsystemet som initierats från regioncentralt håll.

Vår bedömning är att nämndens interna kontrollsystem i nuläget har grundläggande brister och det bedöms inte vara ändamålsenligt eller effektivt.

- Nämnden följer inte internkontrollreglementets föreskrift att utforma regler för det interna kontrollsystemet.
- Avsaknaden av en strukturerad riskanalys utgör en risk för att det inte är de områden som kontrolleras som är mest relevanta eller som utför en risk för att nå nämndens och regionens mål.
- Avsaknaden av rutiner för hur verksamheten och nämnden ska agera vid avvikelse utgör en risk för att åtgärder inte vidtas eller att åtgärder vidtas för sent.
- Att en del av verksamheten har egen beslutad internkontrollplan som inte återrapporteras bidrar till en otydlighet och utgör en risk för att nämnden inte ska kunna avgöra om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt sätt.
- Nämnden är passiv både när det gäller utformningen av kontrollsystemet och vid påträffade avvikelser.

## 4. Svar på kontrollfrågor för den grundläggande granskningen

Tabell 5: Svar på kontrollfrågor

	Kontrollfråga	Iakttagelse	Bedömning	Svar på frågan
1.	Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen för 2022-2024 beslutades på nämndens sammanträde den 1 december 2021.	Nämnden har antagit en plan för sin verksamhet.	Ja.
1.1	Om ja, följer planen regionens beslutade mål och visioner?	Verksamhetsplanen baseras på de mål och visioner som beslutades av Region Sörmlands fullmäktige.	Planen följer Region Sörmlands beslutade mål och visioner i de delar som är väsentliga för verksamheten.	Ja.
2	Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Verksamhetsplanen med budget för 2022-2024 beslutades på nämndens sammanträde den 1 december 2021.	Nämnden har antagit en budget för sin verksamhet.	Ja.
2.1	Om ja, följer budgeten de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade?	Fullmäktige beslutade om en ekonomisk ram för NSV:s verksamhet som uppgår till 4 598 tkr.  Delar av verksamheten är gemensamt finansierade. Utöver den ekonomiska ramen erhåller nämnden även statliga medel samt har intäkter i form av patientavgifter.  FoU har tilldelats statsbidrag för pågående och kommande uppdrag att genomföra, vilket ger FoU eget kapital	Nämndens interna budget följer de ekonomiska ramarna som fullmäktige beslutade.	Ja.

		på 7,7 mkr. Detta har använts under året.		
3.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan för 2022 i december 2021. Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens verksamhet. I avsnitt ovan framgår en sammanställning och bedömningar rörande nämndens mål.	Det finns mål formulerade för nämndens verksamheter.	Ja.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Nämnden beslutade om sin verksamhetsplan för 2022 i december 2021. Verksamhetsplanen innehåller mål för nämndens ekonomi.	Det finns mål formulerade för nämndens ekonomi.	Ja.
5.	Är målen mätbara och uppföljningsbara?	Nämndens verksamhetsmål är delvis mätbara och uppföljningsbara. En mer detaljerad beskrivning av vår bedömning finns i avsnitt 3.	Några av nämndens mål är mätbara och uppföljningsbara. De flesta beslutade mål saknar dock indikatorer.	Delvis.
6.	Har nämnden upprättat rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske?	Några skriftliga rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske finns inte utöver de instruktioner som fullmäktige beslutat om i verksamhetsplanen. Det fastslår att Regionens verksamheter ska använda Region Sörmlands styrmodell för all planering och uppföljning.  Rapportering till nämnden skedde av kvartalsrapport (29 april), av delårsrapport (19 september). Verksamhetsberättelsen kommer att	Rapportering till nämnden följer den av fullmäktige beslutade styrmodellen. Behov för att nämnden ska ta fram egna rutiner föreligger inte. Vi bedömer därför att det finns tillräckliga rutiner för hur rapportering till nämnden ska ske.	Ja.

		återrapporteras i nämnden i mars 2023.		
7.	Belyser rapporteringen till nämnden målfyllnelse och resultat?	<p>Kvartalsrapporten innehåller en beskrivning av verksamheten, men denna beskrivning är inte kopplad till nämndens mål. Rapporten innehåller även en ekonomisk uppföljning som förklarar avvikelser mot budget.</p> <p>Både delårsrapporten och verksamhetsberättelse innehåller beskrivning av målfyllnelse i verksamheterna. Det saknas uppföljning av beslutade indikatorer i flera fall.</p> <p>Någon samlad bedömning om målfyllnelse görs inte i vare sig delårsrapporten eller verksamhetsberättelsen.</p> <p>Det ekonomiska resultatet redovisas i kvartalsrapporten, delårsrapporten och i verksamhetsberättelsen.</p>	<p>Delårsrapporten och verksamhetsberättelsen behandlar de beslutade målen, men någon bedömning om målfyllnelse redovisas inte, med undantag för några av målen som har indikatorer.</p> <p>Att målen inte är mätbara utgör ett hinder för att följa verksamhetens resultat och målfyllnelse på ett relevant sätt.</p> <p>Att målen är redovisade per verksamhetsområde utgör ett ytterligare hinder för nämnden för att få en sammantagen bild om målfyllnelse och resultat.</p>	Delvis.
8.	Når nämnden uppsatta mål inom verksamheten?	<p>Delårsrapporten och årsrapporten beskriver verksamheternas arbete, kopplat till beslutade mål. Något uttalande om målfyllnelse görs dock inte.</p> <p>Återrapporering om målfyllnelse görs per verksamhetsområde, vilket</p>	<p>Att flertalet av målen inte är mätbara utgör ett hinder för att kunna göra en bedömning om verksamhetens resultat och målfyllnelse på ett relevant sätt.</p>	Delvis.

			försvarar ytterligare att kunna få en samlad bild om nämndens mål har uppnåtts eller inte. Samtliga beslutade indikatorer återrapporteras inte i verksamhetsberättelsen.		
9.	Når nämnden uppsatta mål inom ekonomi?		Verksamhetsberättelsen visar ett resultat på +33 365 tkr, vilket är en avvikelse mot budget med 33 365 tkr. Avvikelsen beror på erhållet statsbidrag som ska täcka kommande års kostnader.	Budgeterat resultat är -7 700 tkr och redovisat resultat är +25 665 kr.	Ja.
10.	Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder vid signaler om avvikelse i målluppfyllelse?		Avvikelser som påvisades i delårsrapporten ledde inte till några åtgärder från nämndens sida. Samtidigt utgör de otydliga formuleringarna av målen och avsaknad av mätbarhet ett hinder i för att nämnden ska kunna följa målutvecklingen.	Nämnden har inte vidtagit några åtgärder vid signaler om avvikelse i målluppfyllelse.	Nej.
11.	Har nämnden antagit en intern kontrollplan?		Den interna kontrollplanen är en del av nämndens verksamhetsplan som nämnden beslutade i december 2021.	Nämnden har antagit en intern kontrollplan.	Ja.
11.1	Om ja, baseras den interna kontrollen på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet?		Risakanalysen som ligger till grund för den interna kontrollplanen är inte dokumenterad. Enligt information gjordes en riskanalys av tjänstepersoner.	Den interna kontrollen baseras inte på genomförda riskanalyser av tillräcklig kvalitet.	Nej.



11.2	Innehåller den interna kontrollplanen rutiner för åtgärder vid avvikelser?	Det finns inga rutinbeskrivningar, varken från regioncentralt håll eller framtagen av nämnden, för hur förvaltningen och nämnden ska agera vid upptäckta avvikelser.	Den interna kontrollplanen innehåller inga rutiner för åtgärder vid avvikelser.	Nej.
------	--	--	---	------

## 5. Svar på granskningens frågeställningar

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

Vår granskning av måluppfyllelse leder till bedömningen att

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

Vår granskning av nämndens styrning och intern kontroll leder till bedömningen att nämndens interna kontrollsystem i nuläget har grundläggande brister och systemet bedöms inte vara ändamålsenligt eller effektivt. Bristerna i det interna kontrollsystemet utgör en risk för att det inte finns tillräckliga systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är effektiv.

De befintliga kontrollerna tillgodoser dock att det på en rimlig nivå säkerställs att

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

## 6. Granskning av årsbokslutet

### **6.1 Har nämndens verksamhetsberättelse upprättats enligt de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen?**

#### 6.1.1 Iakttagelser

Anvisningarna för verksamhetsberättelsen för 2022 anger följande:

*”I verksamhetsberättelsen ska respektive nämnd/division återrapporera på sina mål, indikatorer och större aktiviteter. Lägg extra vikt vid analyser av de avvikelser som har uppstått under året. Verksamhetsberättelsen ska vara ett stöd för politiken att förstå verksamheten och dess påverkansfaktorer.*

*Om större negativ avvikelse jämfört med plan kan noteras ska anges vilka åtgärder som har vidtagits alternativt ska vidtas.*

*Ett särskilt avsnitt läggs till i verksamhetsberättelsen för 2022 där rapportering ska ske av resultatet av anställningsstopp för administratörer (läggs till för alla utom hälso- och sjukvården).”*

Nämndens verksamhetsberättelse för 2022 innehåller fem avsnitt samt två bilagor:

- Inledning
- Medborgarperspektivet
- Verksamhetsperspektivet
- Resursperspektivet
- Resultatrapport
- Investeringar

- Intern kontroll

Resultatrapporten framgår i rapportens avsnitt 5.

Den interna kontrollen beskrivs i avsnitt 7. De beslutade interna kontrollmålen för Hjälpmedelscentralens verksamhet återrapporteras inte.

Verksamhetsberättelsen återrapporterar om nämndens beslutade mål. En sammantagen bedömning om måluppfyllelse saknas dock liksom återrapportering om flertalet beslutade indikatorer.

Återrapportering av anställningsstopp som ska ingå i årets verksamhetsberättelse enligt instruktionerna saknas.

#### *6.1.2 Bedömningar*

Vår bedömning är att verksamhetsberättelsen i allt väsentligt följer de anvisningar som framtagits av regionstyrelsen med undantag för att det saknas återrapportering om resultatet av det genomförda anställningsstoppet.

Mot bakgrund av de brister som framkom under granskningen bedömer vi att verksamhetsberättelsen behöver ses över och struktureras på ett sätt så att denna bättre lever upp till anvisningen om att vara ett stöd för politiken att förstå verksamheten och dess påverkansfaktorer.

Verksamhetsberättelsen bedöms ge en rättvisande bild av årets verksamhet.

Vi rekommenderar att de avvikelser som beskrivs ovan åtgärdas till kommande år.

### **6.2 Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande och årsbokslutet upprättat enligt god redovisningssed?**

#### *6.2.1 Iakttagelser*

Nämndens resultaträkning visar ett resultat på +25 665 tkr, vilket är en avvikelse mot budget med +33 365 tkr. Avvikelsen mot budget förklaras med erhållet statsbidrag för projekt som kommer att pågå under flera år.

Utöver resultatkravet har nämnden inga indikatorer kopplade till resursperspektivet.

Stickprovskontroll av genomförda inventeringar visar på avvikelser. Av de tio proven visade sex på avvikelser (inventeringen inte var genomförd eller var genomförd för sent). I rapportering av genomförd intern kontroll som gjordes i oktober 2022 framgår att flera avvikelser hittades mot rutinerna för inventeringar. Dessa avvikelser återrapporterades inte till nämnden. Det framgår inte heller av rapporten om och i så fall vilka åtgärder som vidtogs. Mot denna bakgrund gör vi bedömningen att efterlevnaden av rutinerna för inventering av Hjälpmedelscentralens lager brister. Bristen utgör en risk för att nämndens resultat- och balansräkning inte är rättvisande under året och därmed att nämnden underlåter att vidta åtgärder för att uppnå ekonomi i balans.

#### *6.2.2 Bedömningar*

Vid vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att verksamhetsberättelsen innehåller väsentliga felaktigheter.

Grundat på vår granskning har det inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att nämndens resultaträkning inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning och god redovisningssed, trots avvikelser i inventeringsrutinerna.

### **6.3 Svar på granskningens frågeställningar**

Sammanfattningsvis bedömer vi att

- årsbokslutet är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed
- resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

Malmö, 2023-02-20

Teodora Heim  
Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor

Mattias Holmetun  
Av Skyrev certifierad kommunal yrkesrevisor