

Revisorerna granskar

Grundläggande granskning av styrelser och nämnder 2025

2026-05-13

Antal sidor: 53

Granskning utförd på uppdrag av revisorerna i Region Kronoberg

Innehållsförteckning

1. Granskningens utgångspunkter	4
1.1 Bakgrund och syfte.....	4
1.2 Revisionskriterier	4
1.3 Metod.....	4
1.4 Avgränsning	4
2. Sammanfattning övergripande iakttagelser	5
2.1 Inledning.....	5
2.2 Styrelser och nämnders planering.....	5
2.3 Styrelser och nämnders måluppfyllelse och genomförande av sina respektive uppdrag	5
2.4 Styrelser och nämnders styrning, uppföljning och rapportering av ekonomi.....	6
2.5 Styrelser och nämnders interna kontroll	7
3. Resultat av grundläggande granskning per styrelse och nämnd.....	9
3.1 Regionstyrelsen	9
3.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden.....	16
3.3 Trafiknämnden	23
3.4 Regionala utvecklingsnämnden.....	27
3.5 Kulturnämnden.....	32
3.6 Styrelsen för Grimslövs folkhögskola.....	37
3.7 Nämnden för folkhälsa och vårdval	41
3.8 Patientnämnden	46
3.9 Samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg	50

1. Granskningens utgångspunkter

1.1 Bakgrund och syfte

Det övergripande syftet med granskningen är att ge revisorerna ett tillräckligt underlag för att kunna pröva om styrelser och nämnder bedriver verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om den interna kontrollen som görs inom styrelser och nämnder är tillräcklig.

Granskningen är en del i den årliga grundläggande granskningen som görs av revisionen. De förtroendevalda revisorerna genomför dessutom hearings/revisionsdialoger med nämnders och styrelser presidier som en del av revisionens grundläggande granskning.

Granskningen har genomförts utifrån God revisionssed, COSO samt Skyrevs vägledning och rekommendationer.

1.2 Revisionskriterier

Granskningen tar sin utgångspunkt främst i vad som anges i kommunallagen 6:e kapitlet 6 § om att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Därutöver har styrelser och nämnders reglementen, regionfullmäktiges budget för 2025 samt lagar, förordningar och andra styrande dokument varit utgångspunkt för granskningen.

1.3 Metod

I granskningen har en genomgång och analys skett av Region Kronobergs styrande dokument, regionfullmäktiges budget, styrelser och nämnders verksamhetsplaner, riskanalyser, internkontrollplaner och månadsrapporter, delårsrapporter samt årsrapporter. En genomgång har också gjorts av styrelser och nämnders samtliga sammanträdeshandlingar och protokoll för 2025.

Utöver ovanstående så har ett 20-tal intervjuer gjorts med förtroendevalda samt ledande tjänstepersoner.

1.4 Avgränsning

Granskningen är avgränsad till år 2025.

2. Sammanfattning övergripande iakttagelser

2.1 Inledning

I detta avsnitt beskriver vi översiktligt generella iakttagelser i genomförd granskning. I avsnitt 3 redovisas iakttagelser per styrelse/nämnd mer i detalj, med våra bedömningar och rekommendationer för respektive styrelse och nämnd.

2.2 Styrelsers och nämnders planering

Utifrån genomförd granskning **bedömer vi** att regionens styrprinciper är relativt tydligt beskrivna i regionens styrdokument och att styrelsers och nämnders planering i allt väsentligt har utgått från regionfullmäktiges budget samt från övriga styrdokument. Vad avser följsamhet till lagstiftningen har det framkommit en del avvikelser inom hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen vad gäller händelser som skett inom den rättspsykiatriska verksamheten.

Den av regionfullmäktige beslutade budgeten, med dess mål, uppdrag m.m. har i stora delar hanterats av styrelser och nämnder i verksamhetsplanerna för året.




I Region Kronoberg finns fyra övergripande strategidokument. Dessa är styrande för flertalet styrelser och nämnder och anger den mer långsiktiga inriktningen.

- Närmare Kronobergaren – utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2020-2030,
- Framtidens Kronoberg i världen – regional utvecklingsstrategi 2025-2035,
- Kulturplan Kronoberg 2025-2028,
- Trafikförsörjningsprogram Kronobergs län 2021-2030.

Vår bedömning är att målstyrningen i Region Kronoberg bör utvecklas. Styrelsers och nämnders verksamhetsplaner är inte fullt ut kopplade till de övergripande strategidokumenterna. Regionen bör ha en mer tydlig röd tråd mellan strategidokument och verksamhetsplaner genom att i budget och verksamhetsplaner beskriva vilka mål och aktiviteter i strategidokumenterna som är prioriterade och har särskilt fokus under det enskilda verksamhetsåret.

2.3 Styrelsers och nämnders måluppfyllelse och genomförande av sina respektive uppdrag

Tabellen nedan sammanfattar de bedömningar som styrelser och nämnder gör i sina årsrapporter avseende fullmäktiges mål samt nämndspecifika mål med tillhörande mätetal i regionens budget 2025. I tabellen anges antal mätetal för respektive styrelse och nämnd som redovisas grönmarkerade, gulmarkerade respektive rödmarkerade i årsrapporterna. Grönmarkerat betyder att måltalet är uppfyllt, gulmarkerat att det delvis är en tillfredsställande måluppfyllelse och rödmarkerat att det är en otillfredsställande måluppfyllelse.

Styrelse/nämnd	Totalt antal mätetal (verksamhet och ekonomi)			
Regionstyrelsen	7	5	1	1

Hälso- och sjukvårdsnämnden	19 varav 1 går ej att mäta	7	7	4
Trafiknämnden	18	7	10	1
Regionala utvecklingsnämnden	7	3	2	2
Kulturnämnden	6	2	4	0
Styrelsen för Grimslöv	10	5	4	1
Nämnden för vårdval och folkhälsa	16	7	7	2
Patientnämnden	2	1	1	0
Samverkansnämnden	19	16	3	0

Noterbart är att det fortfarande är många mätetal som redovisas gul- eller rödmarkerat i nämndernas årsrapporter. Vad avser mål och målandikatorer för god ekonomisk hushållning, som redovisas i regionens årsredovisning, framkommer att ungefär hälften av mätetalen redovisar en förbättring jämfört med 2024 och den andra hälften ett försämrat eller likartat utfall som för 2024. Utifrån genomförd granskning **bedömer vi** att flera styrelsers och nämnders arbete med målstyrning bör utvecklas för att öka graden av måluppfyllelse.

Vi bedömer att vad gäller mätetal som under en följd av år visar på utfall som är långt ifrån uppsatta mål så bör fördjupade analyser göras, som resulterar i konkreta åtgärdsplaner för att komma till rätta med avvikelserna. Vår granskning visar att det ofta saknas beslut om tydliga åtgärder när avvikelser uppkommer.

2.4 Styrelsers och nämnders styrning, uppföljning och rapportering av ekonomi

Region Kronoberg redovisar sammantaget ett positivt ekonomiskt resultat på 661 mnkr (balanskravsjusterat resultat), vilket är 489 mnkr bättre än budget. Det positiva resultatet beror till viss del på att åtgärder vidtagits för att sänka kostnader. En större del av det starka ekonomiska resultatet kan också kopplas till statsbidrag och extraordinära poster såsom elbusspremie i samband med att elbussar infördes i stadstrafiken. Framflyttning av leverans av Krösatåg ger Länstrafiken Kronoberg ett starkt ekonomiskt resultat. Samtliga finansiella mål visar positiva utfall.

Tabellen nedan redovisar budgetavvikelser i delårsrapporter, årsrapporter och i regionens årsredovisning.

Styrelse/nämnd	Budgettram	Avvikelse, Delårsrapport mars (mnkr)	Avvikelse, Delårsrapport aug (mnkr)	Avvikelse, Årsrapport dec (mnkr)
Regionstyrelse	-762	48	153	220
Hälso- och sjukvårdsnämnd	-5 511	36	148	185

Trafiknämnd	-415	34	70	108
Regional utvecklingsnämnd	-81	2	4	0
Kulturnämnd	-75	1	1	1
Styrelsen för Grimslöv	-16	0	1	0
Nämnden för vårdval och folkhälsa	-1 465	20	22	22
Patientnämnden	-1	0	0	0
Regionfullmäktige	-8	1	1	0
Finansiella poster	8 506	-139	-56	-85
Balanskravsjustering	0	150	71	36
Totalt efter balanskravsjustering	172	153	416	489

I granskningen konstaterar vi att samtliga styrelser och nämnder har bedrivit verksamheten inom beslutade ekonomiska ramar. Sjukhusvården inom hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar dock fortsatt stora underskott. För år 2025 uppgick det till -74 mnkr.

Vidare noterar vi att styrelser och nämnder i allt väsentligt, löpande och systematiskt, följer upp den ekonomiska utvecklingen.

2.5 Styrelsers och nämnders interna kontroll

Region Kronobergs reglemente för intern styrning och kontroll anger att intern styrning och kontroll bedrivs utifrån två inriktningar:

- Via en årlig internkontrollplan och på det sätt som arbetet bedrivs säkerställs:
 - följsamhet till författningar och Region Kronobergs styrande dokument (exempelvis policys och riktlinjer),
 - rättvisande och tillförlitlig redovisning och information om verksamheten,
 - skydd mot förluster eller förstörelse av Region Kronobergs tillgångar,
 - upptäckt av allvarliga fel och undanröjande av dessa,
 - ändamålsenliga och väldokumenterade system och rutiner.
- Via månadsrapport, delårsrapporter och årsredovisning kontrolleras att:
 - styrelser och nämnder arbetar i enlighet med fastställd budget med flerårsplan, samt i enlighet med fastställda verksamhetsmål och ekonomiska ramar.

Under senare år har en utveckling skett av styrelsers och nämnders arbete med intern kontroll. Dels fastställer regionstyrelsen regiongemensamma kontrollmoment, dels har en mer strukturerad tidplan för avrapportering av genomförda kontroller införts.

Reglementet för intern kontroll har reviderats av fullmäktige under juni 2025 utifrån revisionens synpunkter vad avser frekvens för uppföljning av genomförda kontroller. Under 2025 sker rapportering tidsmässigt kopplat till delårsrapporterna och årsrapporterna. En samlad uppföljning av den

regiongemensamma internkontrollplanen har dessutom gjorts. Utifrån genomförd granskning **bedömer vi** dock att arbetet med intern kontroll bör vidareutvecklas ytterligare.

I reglementet anges att en regiongemensam internkontrollplan tas fram med kontrollmoment som ska beröra alla eller åtminstone flertalet styrelser och nämnder. I reglementet anges att styrelser och nämnder **vid behov** ska besluta om **egna** kontrollmoment vid sidan av den regionövergripande kontrollplanen. **Vår bedömning** är att styrelser och nämnder **alltid ska** värdera egna risker utifrån den verksamhet som bedrivs och ta fram verksamhetsspecifika kontrollmoment.

Utifrån genomförd granskning noterar vi att det är stor variation i hur styrelser och nämnder arbetar med riskanalyser och intern kontroll och **vår bedömning** är att systematiken i arbetet bör utvecklas. Några av styrelserna och nämnderna har gjort mer omfattande riskanalyser, men i flera fall upptar riskanalyserna **endast några få risker** trots att styrelsernas och nämndernas uppdrag är omfattande. I flera fall saknas kontroller och riskhantering inom väsentliga områden.

Vår bedömning är att riskidentifiering bör ske utifrån ett bredare perspektiv på styrelser och nämnders uppdrag. Vidare **bedömer vi** att ledamöterna i styrelser och nämnder bör arbeta mer proaktivt med risker och inte endast fastställa de förslag på riskanalyser och internkontrollplaner som förvaltningen tar fram.

3. Resultat av grundläggande granskning per styrelse och nämnd

3.1 Regionstyrelsen

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Regionstyrelsen har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Regionens strategidokument inom hälso- och sjukvård, regional utveckling, trafik och kultur är utgångspunkt för arbetet med verksamhetsplanen. Den utgår från dessa och från regionens budget för 2025 och andra styrande dokument. Samtliga mål i budgeten är omhändertagna. Regionstyrelsens verksamhetsplan utgår till stor del från styrelsens roll att leda och samordna regionens arbete. Även om den egna verksamheten berörs mer detaljerat än tidigare år, så **bedömer vi** att verksamhetsbeskrivningen bör utvecklas i verksamhetsplanen.

I verksamhetsplanen anges några mätetal för att följa upp målen. Regionstyrelsen utgår från några få övergripande verksamhetsmål, beslutade av fullmäktige, och ett mål som har tagits fram av regionstyrelsen. Det finns endast fyra mätbara indikatorer kopplad till målen. **Vi bedömer** att regionstyrelsen bör arbeta fram fler mätbara och konkreta mål och mätetal med angiven målnivå.

Rapportering sker löpande till styrelsen. I delårsrapporten per augusti 2025 görs en detaljerad uppföljning av mål, uppdrag med mera. Samlade bedömningar avseende mål och uppdrag görs. Avrapportering av en mängd uppdrag görs löpande på styrelsens sammanträden. I regionstyrelsens årsrapport ges en detaljerad redovisning.

En delegationsordning är beslutad med ett stort antal punkter, i några fall också med vidaredelegering. Åtterrapporering av utövad delegering sker löpande på varje styrelsemöte.

I granskningen noteras att det fortsatt saknas ett regionövergripande ledningssystem. Av Socialstyrelsen föreskrift 2011:9 framgår att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. **Vi bedömer** att regionstyrelsen bör tillse att ett ledningssystem utvecklas som uppfyller de krav som Socialstyrelsen ställer.

Regionstyrelsen får en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering. Regionstyrelsen redovisar för den egna verksamheten ett positivt resultat på +220 mnkr. Några särskilda åtgärder har inte behövt vidtas. Regionen redovisar sammantaget ett ekonomiskt överskott efter balanskravsjustering på 661 mnkr, vilket är 489 mnkr bättre än budget. Arbeta pågår med åtgärdsplaner för att komma till rätta med underskotten inom hälso- och sjukvården. Regionstyrelsen har fått rapportering från berörda nämnder och har vidare rapporterat till regionfullmäktige.

Av reglementet för intern kontroll framgår att regionstyrelsen årligen ska fastställa regionövergripande kontrollmoment. Huvuddelen av kontrollmomenten ska utformas på ett sätt som gör att de berör alla eller flertalet av regionens olika verksamhetsdelar. Styrelsens egen internkontrollplan innehåller förhållandevis få kontrollmoment.

Styrelsen har under året fått en åiterrapporering av genomförda kontroller i internkontrollplanen.

Vår bedömning är att regionstyrelsen bör utveckla arbetet med riskanalys och dessutom utveckla ledamöternas delaktighet i arbetet med riskanalysen.

I 2024 års granskning framkom att regionstyrelsen inte hade följt upp 2024 års internkontrollplan under året utan den första uppföljningen skedde först i februari 2025. Vi noterar att det för 2025 har skett en förbättring då uppföljningar av internkontrollplanen sker per delår och i samband med årsbokslut.

I granskningen noterar vi att information utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt är en stående punkt i dagordningen på regionstyrelsens sammanträden. Anmälningssärenden redovisas löpande på regionstyrelsens sammanträden. Vidare redovisas löpande månadsrapport med övergripande nyckeltal på regionstyrelsens sammanträden.

Regiondirektören rapporterar också löpande om verksamhetens utveckling, personalfrågor, ekonomi m.m. Nämndpresidier och bolag kallas till styrelsens respektive arbetsutskottets sammanträden för att besvara frågor som ställs till nämnd och bolag. Regionstyrelsen rapporterar löpande till regionfullmäktige avseende verksamhetens utveckling och ekonomi. En sammanfattande uppföljning av den regiongemensamma internkontrollplanen har gjorts. **Vår bedömning** är att regionstyrelsen endast delvis bedrivit sin uppsikt.

Riktlinjen för bolagsstyrning är relativt detaljerad avseende hur ägarstyrningen ska gå till och vilka styrprinciper som gäller. **Vår bedömning** är att styrelsen bör säkerställa att bolagen följer samtliga bestämmelser i riktlinjen samt följa upp bolagens tillämpning av riktlinjen. I samband med den fördjupade granskningen under 2025 avseende ägarstyrning av bolagen framgick att det saknas kännedom bland bolagen avseende den "självutvärdering" som rekommenderas i regionens riktlinje för styrning av hel- och delägda bolag och att den därmed inte har implementerats. Vidare delgav bolagen att de inte känner till att regionen tagit fram en ny riktlinje för bolagsstyrning.

I granskningen har framkommit att patientnämnden inte fått stöd av kommunikationsenheten att publicera och kommunicera sina rapporter till alla intressenter. Vi vill klargöra att patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i alla regioner och som har till uppgift att självständigt synliggöra eventuella brister och avvikelser i hälso- och sjukvården. Nämnden ska informera regionen, allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet och de iakttagelser som gjorts.

Under hösten 2025 framkom via visselblåsning att det vid den rättspsykiatriska regionkliniken förekommit vad som kan komma att bedömas som överträdelser av dataskyddsförordningen (GDPR). Det handlar om kameraövervakning och felaktig hantering av personuppgifter. Det har vidare framkommit att otillåten registerföring har skett.

I samband med faktakontrollen av rapportinnehållet har det inkommit uppgift om att majoriteten har fått information i slutet av september (den första dokumenterade informationen i nämndhandlingar framkommer dock först i december). Regiondirektören beslutade i oktober 2025 att påbörja en granskning samt anlidade en konsult för ändamålet. Konsultföretaget SRS Security överlämnade den första rapporten "Säkerhetsrelaterade incidenter vid rättspsykiatriska regionkliniken" i december 2025. Utredningen visade på ett antal områden där det kan ha funnits brister i följsamhet till lagar, riktlinjer och rutiner. Rapporten överlämnades till polismyndigheten för utredning och en förundersökning pågår för närvarande.

En sanktionsavgift bedöms kunna utfärdas. Regionen har avsatt 21 miljoner för detta. Detta kan sammantaget leda till betydande ekonomiska konsekvenser för Region Kronoberg.

Därutöver framkom att relativt stora direktupphandlingar och inköp skett på kliniken som inte är i enlighet med lagen om offentlig upphandling. En analys genomförd av upphandlingsenheten visar på att upphandlingar avseende säkerhetstjänster och olika butiksinköp uppgår till ca 21 mnkr under perioden 2021-2025. Upphandlingsenheten har haft kännedom om köp av säkerhetstjänster samt en stor del av genomförda upphandlingar och inköp som avser butiksinköpen, i flera fall utan avtal.

Vi bedömer sammantaget att styrning, rapportering och den interna kontrollen vad gäller efterlevnaden av inköp och upphandlingslagstiftningen har brustit.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Styrelsen har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har styrelsen formulerat egna mål?	Endast delvis	Styrelsen har formulerat ett eget mål.
Har styrelsen formulerat målen så att de är mätbara/uppföljningsbara?	Endast delvis	Det finns endast ett fåtal konkreta mätetal.
Följer styrelsen upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En verksamhetsuppföljning görs och rapporteras till styrelsen. Regiondirektören och staberna rapporterar löpande om aktuella frågor. I regionens delårsrapport augusti och i årsrapporten för 2025 görs en detaljerad uppföljning och bedömning av arbetet med mål för god ekonomisk hushållning, uppdrag med mera.
Får styrelsen en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	Endast delvis	En redovisning sker till styrelsen löpande. Då det i en del fall saknas fastställda målnivåer och konkreta mätetal uppstår svårigheter med att uppmärksamma avvikelser i måluppfyllelsen.
Har styrelsen beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	Endast delvis	Då det i en del fall saknas fastställda målnivåer och konkreta mätetal uppstår svårigheter att uppmärksamma avvikelser i måluppfyllelsen och att kunna vidta åtgärder. Avrapportering av en mängd uppdrag m.m. görs dock löpande på styrelsens sammanträden.
Har styrelsens mål för verksamheten uppnåtts?	Endast delvis	En del av målen har uppfyllts. För vissa mål går det inte att bedöma graden av måluppfyllelse då det saknas fastställda målnivåer och konkreta mätetal.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har styrelsen antagit en budget för 2025?	Ja	
Har styrelsen följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Styrelsen har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har styrelsen en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Ekonomin avseende regionstyrelsens egen verksamhet rapporteras löpande. Månadsrapport med utfall för regionen totalt samt för nämnder och styrelser redovisas i stort sett varje månad. Delårsrapporterna är detaljerade.
Får styrelsen en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	Styrelsen får i rapporteringen en analys av avvikelser och vad de beror på.
Har styrelsen beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Ej aktuellt	Vad gäller regionstyrelsens egen verksamhet är ekonomin i balans. Särskilda åtgärder har inte behövt vidtas.

Har styrelsen styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +220 mnkr jämfört med budget. Den positiva resultatutvecklingen beror främst på: <ul style="list-style-type: none"> - engångsintäkter i form av elbusspremie, - exitavgift Connect Bus, - ej utnyttjat anslag i ändringsbudget (flytt av driftsram om 40 miljoner kronor från trafiknämnden), - att avskrivningskostnaderna är lägre än budgeterat, - överskott med anledning av vakanser och sjukfrånvaro inom regionstaben.
--	-----------	--

Intern kontroll och uppföljning

Har styrelsen antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Styrelsen har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är styrelsen delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Styrelsen har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att styrelsen kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	4 st nämndspecifika kontrollmål 5 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	Endast delvis	Det finns endast fyra egna risker i riskanalysen, vilket vi bedömer vara för få.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom styrelsens verksamhets-specifika ansvar?	Endast delvis	Förutom de regiongemensamma riskerna har endast ett fåtal egna risker lyfts upp i riskanalysen. Med tanke på styrelsens ansvar och en relativt stor egen verksamhet torde det finnas fler risker att bedöma och eventuellt hantera.
Har styrelsen följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	I uppföljningen anges att vissa åtgärder har vidtagits och att arbete påbörjats inom ytterligare några av kontrollområdena.

Regionstyrelsens uppsikt

Har regionstyrelsen en planering för uppsiktens genomförande?	I allt väsentligt	Det finns ett strukturerat arbetssätt där regionstyrelsen och arbetsutskottet kallar nämnder, styrelser och bolag till möten.
Har regionstyrelsen genomfört uppsikten utifrån sin planering?	I allt väsentligt	Anmälningsärenden redovisas löpande på regionstyrelsens sammanträden. Dessa innehåller protokoll, mötesanteckningar, månadsrapporter och andra rapporter från nämnder, samverkansorgan, arbetsgrupper m.m. Information utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt är en stående punkt i dagordningen. Månadsrapport med övergripande nyckeltal redovisas i stort sett varje månad. RD-rapport redovisas i stort sett varje månad om verksamhetens utveckling.
Har regionstyrelsen utformat en strukturerad process för nämndernas arbete med intern kontroll?	Endast delvis	En utveckling har skett under senare år vad gäller styrelser och nämnders arbete med intern kontroll. Regionstyrelsen har utformat en process som bedöms vara strukturerad, men reglementet för intern kontroll bör revideras vad gäller nämndernas skyldighet att i riskanalysen värdera verksamhetsspecifika risker.
Har regionstyrelsen följt upp nämndernas arbete med intern kontroll?	Endast delvis	En samlad uppföljning av den regiongemensamma internkontrollplanen har gjort med bedömningar av respektive risk. Styrelser och nämnders internkontrollplaner och arbetet med dessa har dock inte följts upp.
Har regionstyrelsen tillsett att få löpande systematisk information under året avseende övriga styrelser och nämnder?	I allt väsentligt	Regionstyrelsen får information via rapportering, men också genom att nämndpresidier kallas till styrelsens sammanträden för att besvara vissa frågor som har ställt till nämnderna.
Har regionstyrelsen en systematik i hur styrningen och uppföljningen av regionens olika bolag sker?	I allt väsentligt	Uppsikten av bolagen sker till stor del via regionstyrelsens arbetsutskott. Avrapportering sker sedan på regionstyrelsens sammanträden.
Har regionstyrelsen tillsett att få löpande systematisk information under året avseende bolagen?	I allt väsentligt	På regionstyrelsens sammanträde i september ges en mer omfattande rapportering avseende uppföljning av intern kontroll vad gäller regionens hel- och delägda bolag. Uppfyllandet av det kommunala ändamålet ska årligen prövas vad gäller aktiebolagen. En sådan prövning har skett. Några bolag har uppmanats ge en analys av det ekonomiska läget.

Rekommendationer - regionstyrelsen

Utifrån genomförd granskning rekommenderas regionstyrelsen:

- att arbeta fram fler konkreta mål med mätetal och tydligt angivna målvärden.
- att årligen följa upp styrelser och nämnders arbete med intern styrning och kontroll och utvärdera Region Kronobergs samlade system för intern kontroll.
- att revidera reglementet för intern styrning och kontroll för fullmäktiges antagande, genom att i reglementet tydligt betona styrelser och nämnders ansvar för att göra egna riskanalyser och ta fram egna kontroller utöver de regionövergripande kontrollmomenten. I nuvarande reglementet anges att styrelser och nämnder **vid behov** ska besluta om **egna** kontrollmoment vid sidan av den regionövergripande kontrollplanen. Styrelser och nämnder **ska alltid** värdera egna risker utifrån den verksamhet som bedrivs och ta fram egna verksamhets-specifika kontrollmoment.
- att mer aktivt och med större djup och bredd analysera befintliga och sannolika risker i styrelsens egen riskanalys inför kommande verksamhetsår.
- att tillse att regionens målstyrning utvecklas. Även om en viss förbättring noteras visar ett flertal mätetal i regionens delårsrapporter och årsrapporter på en låg grad av måluppfyllelse.
- att tillse att styrelser och nämnders delårsrapporter och årsrapporter tydligare redovisar styrelser och nämnders åtgärder för att öka graden av måluppfyllelse.
- att i sin roll att leda och samordna regionens verksamhet tillse att ett ledningssystem färdigställs som uppfyller de krav som Socialstyrelsen ställer. I Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges att vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Denna rekommendation kvarstår från 2024.
- att säkerställa att bolagen följer samtliga bestämmelser i riktlinjen för bolagsstyrning samt följa upp bolagens tillämpning av riktlinjen. Denna rekommendation kvarstår från 2024
- att säkerställa att patientnämnden kan fullgöra sina uppgifter enligt lagstiftning genom att regiongemensamma resurser ställs till nämndens förfogande för att patientnämndens rapporter ska kunna publiceras och kommuniceras till alla intressenter och att informationsmaterial från patientnämnden finns tillgänglig i väntrummen.
- att utifrån inträffade händelser inom den rättspsykiatriska verksamheten säkerställa att samtliga ledamöter i styrelsen informeras om det inträffade och att informationen dokumenteras i styrelsehandlingarna.
- att utifrån inträffade händelser inom den rättspsykiatriska verksamheten säkerställa att regionens upphandlingar och inköp sker i enlighet med lagen om offentlig upphandling och att avvikelser rapporteras till styrelsen.

Bilaga 1
Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Styrelsen bör årligen följa upp hur nämnderna arbetar med intern styrning och kontroll och utvärdera Region Kronobergs samlade system för intern kontroll. I de fall förbättringar behövs bör regionstyrelsen besluta om sådana förbättringar.	Endast delvis	En mer samlad uppföljning har gjorts avseende den regiongemensamma kontrollmomenten, men inte vad avser styrelsers och nämnders internkontrollplaner.
Genomgång av regionstyrelsens möteshandlingar och protokoll avseende 2024 visar att styrelsen inte har följt upp sin internkontrollplan under året. En första uppföljning redovisas först på styrelsens sammanträde i februari 2025. Regionstyrelsen bör mer frekvent följa upp sin egen internkontrollplan och vidta åtgärder om avvikelser noteras i uppföljningen.	Ja	Vi noterar att den bristande uppföljningen av den interna kontrollen har åtgärdats, där uppföljning under 2025 har skett i samband med delår och årsbokslut.
Styrelsen bör tillse att regionens målstyrning utvecklas. Ett stort antal mätetal i regionens delårsrapporter och årsrapporter har under en följd av år visat på låg grad av måluppfyllelse. Regionstyrelsen bör tillse att styrelsers och nämnders delårsrapporter och årsrapporter tydligare redovisar styrelsers och nämnders åtgärder för att öka graden av måluppfyllelse.	Endast delvis	I föregående års granskning framgick att det i årsredovisningen för 2024 för Region Kronoberg angavs att endast ett fåtal av de verksamhetsmässiga resultatmålen hade uppfyllts. Under 2025 noteras vissa förbättringar i rapporteringen av genomförda åtgärder. En viss utveckling noteras också vad gäller utfall för vissa mätetal.
Styrelsen bör tillse att ett regionalt ledningssystem utvecklas och tillse att regionen uppfyller de krav som Socialstyrelsen ställer utifrån sin föreskrift 2011:9 avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	Endast delvis	Arbete med ledningssystem pågår utifrån regionstyrelsens svar på föregående års granskning, men ett ledningssystem som uppfyller Socialstyrelsens krav enligt föreskriften bör färdigställas under 2026.
Regionens riktlinje för bolagsstyrning är relativt detaljerad avseende hur ägarstyrningen ska gå till och vilka styrprinciper som gäller. Regionstyrelsen bör säkerställa att bolagen följer samtliga bestämmelser i riktlinjen samt följa upp bolagens tillämpning av riktlinjen.	Endast delvis	En viss utveckling har skett avseende uppsikten av bolagen men arbetet för att säkerställa att bolagen följer alla bestämmelser i riktlinjen för bolagsstyrning behöver utvecklas.

3.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Regionens strategidokument, Närmare Kronobergaren 2020-2030 – utvecklingsstrategi för hälso- och sjukvården är utgångspunkt för arbetet med verksamhetsplanen. Den utgår från den och från regionens budget för 2025 och andra styrande dokument. Samtliga mål och uppdrag i budgeten är omhändertagna. **Vår bedömning** är att målen inte behöver brytas ned ytterligare utan är tydliga och konkreta utifrån nämndens uppdrag. Nämnden har tagit fram ett flertal mätetal utöver de som anges i regionens budget. Nämnden har också lagt till ytterligare uppdrag.

Rapportering sker löpande till nämnden i enlighet med regionens riktlinjer. Information ges löpande om hur arbetet med "Närmare Kronobergaren" fortlöper. I delårsrapporten per augusti 2025 görs en detaljerad uppföljning av mål, uppdrag med mera. I rapporteringen framgår att en rad åtgärder vidtagits men inte i tillräcklig omfattning för att uppnå alla mål. Graden av måluppfyllelse är i flera fall låg. I årsrapporten redovisas för ett flertal mätetal data som är långt ifrån uppsatta måltal. Ett flertal mätetal visar också på oförändrade resultat över en flerårsperiod. **Vår bedömning** är att det här saknas tydliga åtgärder för att förbättra situationen.

En delegationsordning är beslutad med ca 20 punkter, i några fall också med vidaredelegering. Återrapportering av utövad delegering har under året skett löpande vid nämndens sammanträden.

Vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att säkerställa god vård och omsorg. Av Socialstyrelsen föreskrift 2011:9 framgår att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Det finns inget dokumenterat ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 för hälso- och sjukvården. Det finns en del dokumentation kring ledningssystem och ett utvecklingsarbete pågår för att uppfylla de krav som Socialstyrelsen ställer på kvalitetsledningssystem. Vi vill betona att det är hälso- och sjukvårdsnämnden som ansvarar för att säkerställa att det finns ett kvalitetsledningssystem.

Hälso- och sjukvårdsnämnden får en kontinuerlig och relativt detaljerad ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. Nämnden redovisar en ekonomi i balans främst beroende på ökade statsbidrag, oförändrad kostnad för läkemedel i kombination med budgettillskott, utfasning av hyrpersonal samt genomförda åtgärder i verksamheten. I nämndens årsrapport redovisas en budgetavvikelse på +185 mnkr. Månatliga avstämningar/genomgångar görs i ledningsgrupper och särskilda avstämningar genomförs med de verksamheter som inte följer plan. Beslut fattades 2023-10-04 om en åtgärdsplan fram till 2026. Planen innehåller beskrivning av en rad åtgärder för att nå en ekonomi i balans 2026. Sjukhusvården redovisar dock fortsatt stora underskott, som förklaras främst av att åtgärdsplanen endast fått begränsad effekt. För år 2025 uppgår budgetavvikelsen för sjukhusvården till -74 mnkr.

Nämnden har antagit en internkontrollplan som **vi bedömer** är ändamålsenlig och där risker lyfts upp ur ett flertal olika perspektiv. Riskanalysen är relativt omfattande med beskrivning av ca 20 risker. Dessa följs upp under året inom ramen för verksamhetsuppföljning och rapportering av internkontrollplanen. Där anges också planerade åtgärder. Nämnden har under året fått en återrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen.

Nämnden har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att nämnden bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras, utöver de risker som lyfts fram av hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Under hösten 2025 framkom via visselblåsning att det vid den rättspsykiatriska regionkliniken förekommit vad som kan komma att bedömas som överträdelser av dataskyddsförordningen (GDPR). Det handlar om kameraövervakning och felaktig hantering av personuppgifter. Det har vidare framkommit att otillåten registerföring har skett.

I samband med faktakontrollen av rapportinnehållet har det inkommit uppgift om att majoriteten har fått information i slutet av september den första dokumenterade informationen i nämndhandlingar framkommer dock först i december). Regiondirektören beslutade i oktober 2025 att påbörja en granskning samt anlitate en konsult för ändamålet. Konsultföretaget SRS Security överlämnade den första rapporten "Säkerhetsrelaterade incidenter vid rättspsykiatriska regionkliniken" i december 2025. Utredningen visade på ett antal områden där det kan ha funnits brister i följsamhet till lagar, riktlinjer och rutiner. Rapporten överlämnades till polismyndigheten för utredning och en förundersökning pågår för närvarande.

En sanktionsavgift bedöms kunna utfärdas. Regionen har avsatt 21 miljoner för detta. Detta kan sammantaget leda till betydande ekonomiska konsekvenser för Region Kronoberg.

Därutöver framkom att direktupphandlingar och inköp skett på kliniken som inte är i enlighet med lagen om offentlig upphandling.

Vi bedömer sammantaget att styrning, ledning och den interna kontrollen avseende följsamhet till gällande regelverk för upphandling och inköp och följsamhet till dataskyddsförordningen har brustit.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	Ja	Nämnden har brutit ned mål som regionfullmäktige anger i budget 2025 och har angett ett stort antal mätetal för uppföljning av mål.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/utföljningsbara?	I allt väsentligt	Ett flertal mätetal anges för att följa upp målen. Mätetalen bedöms vara relevanta.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En relativt detaljerad rapportering av verksamhetsdata sker löpande till nämnden i månadsrapporter och delårsrapporter. Därutöver sker en omfattande rapportering från olika chefsnivåer till nämnden. I delårsrapport augusti och i årsrapporten görs en detaljerad uppföljning av nämndens mål.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	Endast delvis	Rapporteringen innehåller analyser, men för de mätetal som i flera år varit långt ifrån uppsatta mål saknas i ett flertal fall djupare förklaringar till avvikelser.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	Endast delvis	I rapporteringen framgår att en rad åtgärder vidtagits men inte i tillräcklig omfattning för att uppnå alla mål. Graden av måluppfyllelse är i flera fall relativt låg, även om det under 2025 redovisas viss förbättring jämfört med tidigare år. För många mätetal redovisas dock fortfarande data som är långt från uppsatta måttal. En rad uppdrag har lagts ut på verksamheten att utreda och genomföra. Omställning avseende nära vård inom hälso- och sjukvården pågår.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	Endast delvis	Flera av målen uppnås inte. Mätetal där mål inte uppnås är framförallt de som avser genomförda hälsosamtal, andel oplanerade återinskrivningar samt andel cancerpatienter som genomgår standardiserade vårdförlopp.
Har nämnden ett fastställt och dokumenterat kvalitetsledningssystem?	Nej	Det finns inget dokumenterat ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 för hälso- och sjukvården. Arbete uppges pågå.
Har nämnden implementerat kvalitetsledningssystemet i verksamheten?	Nej	Se punkten ovan.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med en relativt detaljerad ekonomisk information. Delårsrapport augusti redovisar utfall mycket detaljerat, där också kostnadsutvecklingen under åren 2021-2024 samt prognos 2025-2026 framgår för vissa kostnadslag. Resultaten redovisas också detaljerat per verksamhetsområde.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	Rapporteringen innehåller analyser som förklarar orsaker till avvikelser.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Endast delvis	Möten har hållits med enheter som redovisar underskott. Åtgärder för att sänka kostnader har fördelats till respektive klinik. Månatliga avstämningar/genomgångar görs i ledningsgrupper och särskilda avstämningar genomförs med de verksamheter som inte följer plan. Likväl är det fortsatt stora budgetavvikelser inom sjukhusvården. Åtgärder har inte fått avsedd effekt. Beslutat åtgärdsprogram har under 2025 har endast inneburit besparingar på 3 mnkr och prognostiserad effekt för perioden 2024-2026 har justerats ned till 79 mnkr. I den relativt detaljerade slutrapporten avseende Balans 2026, som redovisats för nämnden, anges ett flertal planerade åtgärder.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Sammantaget redovisar nämnden en ekonomi i balans, även om den negativa budgetavvikelsen avseende sjukhusvården är relativt stor (-74 mnkr inklusive statsbidrag). Årets resultat blev +185 mnkr jämfört med budget. Den positiva resultatutvecklingen beror främst på ökade statsbidrag, oförändrad kostnad för läkemedel i kombination med budgettillskott, utfasning av hyrpersonal samt genomförda åtgärder i verksamheten.

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
---	-----------	--

Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Nämnden har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Nämnden har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att nämnden kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	15 st nämndspecifika kontrollmål 3 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	I allt väsentligt	Femton egna risker lyfts upp i riskanalysen.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhets-specifika ansvar?	I allt väsentligt	Ett stort antal kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar. Dock saknas kontrollmoment avseende efterlevnad av dataskyddsförordningen samt efterlevnad av LOU.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	Nämnden har gjort en samlad bedömning. Nämnden uppger att den övergripande bilden är att hälso- och sjukvårdens interna kontroll fungerar bra, vilket innebär att system och rutiner signalerar på ett tillförlitligt sätt när fel och brister uppstår. Åtgärder vidtas när brister noteras.

Rekommendationer – hälso- och sjukvårdsnämnden

Utifrån genomförd granskning rekommenderas hälso- och sjukvårdsnämnden:

- att, i de delar där resultaten inte förbättras över en flerårsperiod avseende måttal för viktiga mål, mer detaljerat analysera orsakerna till avvikelser samt besluta om mer effektiva åtgärder i syfte att utveckla verksamheten. Ett stort antal måttal i uppföljningen av mål har under senare år visat på avvikelser gentemot uppsatta måttal.
- att fatta beslut om mer effektiva åtgärder som innebär att verksamheterna inom sjukhusvården bedrivs inom tilldelad budget. Verksamheten inom sjukhusvården redovisar fortsatt stora negativa avvikelser mot budget. Åtgärdsplanerna har endast fått begränsad effekt.
- att klargöra i detalj vad som skett inom den rättspsykiatriska verksamheten, utifrån rapporteringen om omfattande kameraövervakning och felaktig hantering av personuppgifter samt omfattande direktupphandlingar som inte är i enlighet med bestämmelserna i lagen om offentlig upphandling. Det är viktigt att klargöra hur det kunde ske samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att undvika att det sker igen, i denna verksamhet men också i all den verksamhet som nämnden ansvarar för. Sammantaget behöver nämnden tillse att det finns en styrning, ledning och intern kontroll som säkerställer att bestämmelserna i dataskyddsförordningen samt lagstiftningen avseende offentlig upphandling följs.
- att utifrån inträffade händelser inom den rättspsykiatriska verksamheten säkerställa att samtliga ledamöter i nämnden informeras om det inträffade och att informationen dokumenteras i nämndhandlingarna.

- att mer aktivt deltaga i arbetat med riskanalyser och internkontrollplan.
- att ett ledningssystem avseende systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller ställda krav i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 färdigställs under 2026. I föreskriften anges att vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Bilaga 1
Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Nämnden bör genom detaljerad uppföljning säkerställa att verksamheten bedrivs inom tilldelad budget.	Endast delvis	Nämnden redovisar en ekonomi i balans. Sjukhusverksamheten redovisar dock fortfarande relativt stora budgetavvikelser.
Ett stort antal mätetal i uppföljningen av mål visar på stora avvikelser gentemot uppsatta måltal och endast liten eller ingen förbättring jämfört med 2023. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i den löpande verksamhetsuppföljningen mer detaljerat analysera orsakerna till avvikelser och orsakerna till att resultaten inte förbättras över en flerårsperiod samt besluta om mer effektiva åtgärder i syfte att utveckla verksamheten.	Endast delvis	En åtgärdsplan med ett flertal åtgärder är beslutad och en omfattande uppföljning av planen sker löpande. Åtgärdsplanen har dock endast fått begränsad effekt. Såväl verksamhetsmål som alla ekonomiska mål har inte uppnåtts.
Månadsrapporter och delårsrapporter under 2024 har visat på en relativt kraftigt minskad vårdproduktion under 2024 jämfört med 2022 och 2023 inom såväl slutenvård som öppenvård samtidigt som hälso- och sjukvårdsnämnden inte redovisar några större förbättringar avseende tillgänglighet till besök och operation/åtgärd. Nämnden redovisar fortsatt stora negativa avvikelser gentemot beslutad budgetram. Med anledning av det bör hälso- och sjukvårdsnämnden tillse att en analys görs av hälso- och sjukvårdens effektivitet och produktivitet.	I allt väsentligt	En relativt detaljerad analys görs av vårdproduktionen i rapporteringen under 2025. Den vårdproduktion som bedrivs har lett till vissa förbättringar avseende beläggningsgrad, tillgänglighet m.m. En positiv trend redovisas för flera av mätetalen.
Nämnden bör verka för att regionen tar fram ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Endast delvis	Det finns fortsatt inget regionövergripande ledningssystem och inte heller något ledningssystem kopplat till Socialstyrelsens föreskrift 2011:9. Däremot finns delar av ett kvalitetsledningssystem på plats, bland annat i form av en samlad styrmodell beskriven i verksamhetsplanen, system för avvikelser och synpunkter, sammanhållet patientsäkerhetsarbete, flertalet personcentrerade sammanhållna vårdförlopp samt riktlinjer/rutiner i verksamheten. Ett arbete pågår för att utveckla ett ledningssystem.

3.3 Trafiknämnden

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Trafiknämnden har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Regionens strategidokument, Trafikförsörjningsprogram 2021-2030, är utgångspunkt för arbetet med verksamhetsplanen. Den utgår från den och från regionens budget för 2025 och andra styrande dokument. Samtliga mål som anges i regionens budget 2025 är omhändertagna i nämndens verksamhetsplan. Målen behöver inte brytas ned ytterligare utan är tydliga och konkreta utifrån nämndens uppdrag. I verksamhetsplanen anges ett flertal mätetal för att följa upp målen. Nämnden har lagt till ett flertal mätetal utöver de som anges i regionens budget.

Rapportering sker löpande till nämnden i enlighet med regionens riktlinjer. En omfattande rapportering sker också löpande till nämnden kopplat till trafikförsörjningsprogrammet med mera. Lägesrapporter ges löpande. I delårsrapporten per augusti 2025 görs en detaljerad uppföljning av mål, uppdrag med mera. De flesta målen uppnås eller är nära att uppnås.

En delegationsordning är beslutad med 13 punkter. Återrapportering av utövad delegering sker löpande på nämndens sammanträden.

Trafiknämnden får en kontinuerlig och relativt detaljerad ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. Inför verksamhetsåret 2024 genomfördes ett flertal åtgärder som bidragit till att nämnden under åren 2024-2025 har redovisat ekonomiska överskott. Den främsta förklaringen till det positiva resultatet är de lägre linjetrafikkostnaderna utifrån nytt trafikavtal. Därutöver har bland annat taxehöjning och anpassningar av busstrafiken bidragit till den kraftiga resultatförbättringen jämfört med 2023. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på 108,4 mnkr. Noteras bör dock att sammanlagt 53 mnkr av överskottet på 74 mnkr mot linjetrafikens kostnadsbudget består av engångsposter samt extraordinära intäkter.

Nämnden har antagit en internkontrollplan som **vi bedömer** i stora delar vara ändamålsenlig och där risker lyfts upp ur ett flertal olika perspektiv. Riskanalysen innehåller 13 risker. Dessa följs upp under året inom ramen för verksamhetsuppföljning och rapportering av internkontrollplanen.

Avtalet med privata utförare inom trafiken har inneburit stora risker. Upphandlat trafikföretag har under 2025 förmedlat att förlusterna är av sådan dignitet att ansökan om insolvensförfaranden kan komma att aktualiseras, så som företagsrekonstruktion eller konkurs och att företaget bedömer att man inte kan fullfölja avtalet till år 2035. **Vår bedömning** är att nämnden i den interna kontrollen löpande borde ha värderat dessa risker i högre grad och stärkt den interna kontrollen i denna del. Detta påtalades redan i granskningen avseende 2024.

Nämnden har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att nämnden bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras. Nämnden har under året fått en återrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	Ja	Nämnden har brutit ned mål som regionfullmäktige anger i budget 2025 och har angett ett flertal mätetal för uppföljning av mål.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/uppföljningsbara?	I allt väsentligt	Ett flertal mätetal anges för att följa upp målen. Mätetalen bedöms vara relevanta.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till nämnden i delårsrapporter samt i särskild uppföljning kopplat till trafikförsörjningsprogrammet. Lägesrapporter ges löpande. På nämndens sammanträden sker löpande avrapporteringar av arbetet med mål.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Rapporteringen innehåller omfattande beskrivning av verksamhetens utveckling och analys.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Åtgärder har vidtagits inför verksamhetsåret. I rapporteringen under året anges inte några särskilda åtgärder. Verksamheten bedrivs i allt väsentligt enligt plan.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	Endast delvis	Några av målen uppnås inte. Mätetal där mål inte uppnås är framförallt de som avser kollektivtrafikens marknadsandel. Även mätetalen som avser kundnöjdhet når inte upp till uppsatta mål.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med ekonomisk information.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	Rapporteringen innehåller analyser som förklarar orsaker till avvikelser.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Ej aktuellt	Ett flertal åtgärder har vidtagits i planeringen av verksamheten. Åtgärder har inte behövt vidtas under året.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +108,4 mnkr jämfört med budget. Noteras bör dock att sammanlagt 53 mnkr av överskottet på 74 mnkr mot linjetrafikens kostnads-

		budget består av engångsposter samt extraordinära intäkter.
--	--	---

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Nämnden har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Nämnden har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att nämnden kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	9 st nämndspecifika kontrollmål 4 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	I allt väsentligt	Nio egna risker lyfts upp i riskanalysen.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhets-specifika ansvar?	Endast delvis	Ett flertal kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar, men risker kopplat till avtal för kollektivtrafiken har inte beaktats tillräckligt.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	Endast delvis	Beslut om nya kontroller har inte behövts kopplat till beslutad internkontrollplan. Utökade kontroller hade dock behövts vad gäller kollektivtrafikavtalen.

Rekommendationer – trafiknämnden

Utifrån genomförd granskning rekommenderas trafiknämnden:

- att mer detaljerat redovisa resultatet av riskanalyser och genomförda kontroller avseende avtalsefterlevnad för olika trafikavtal. Verksamhetsrapporteringen bör också innehålla beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits med anledning av uppföljningen samt hur eventuella avvikelser ska hanteras.
- att mer aktivt delta i arbetet med riskanalyser och internkontrollplan.

Bilaga 1

Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Trafiknämnden bör i den interna kontrollen löpande värdera och analysera risker avseende bristande följsamhet till avtal med privata utförare inom trafiken och mer detaljerat redovisa resultatet av riskanalyser och genomförda kontroller.	Nej	Någon tydlig uppföljning inom ramen för nämndens interna kontroll har inte noterats i sammanträdesprotokollen, med tanke på kollektivtrafikutförarens svårigheter att fullfölja avtalet.

3.4 Regionala utvecklingsnämnden

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Regionala utvecklingsnämnden har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Framtidens Kronoberg - regional utvecklingsstrategi 2025-2035 är utgångspunkt för arbetet med verksamhetsplanen. Den utgår från den och från regionens budget för 2025 och andra styrande dokument. I den av fullmäktige beslutade budgeten anges några få regionutvecklingsmål. I övrigt sker hänvisning till den regionala utvecklingsstrategin och dess mål. Målen och de uppdrag som anges i regionens budget är omhändertagna i nämndens verksamhetsplan. I den regionala utvecklingsstrategin återfinns indikatorer och mätetal som används för att följa upp länets utveckling inom alla de områden som strategin omfattar. **Vår bedömning** är att målen i nämndens verksamhetsplan bör kunna brytas ned ytterligare och konkretiseras. Målen följs endast upp med ett fåtal mätetal. Uppföljningen bör utvecklas. Nämndens verksamhetsplan innehåller ett stort antal handlingsplaner, men endast några få indikatorer för att följa upp arbetet.

Rapportering sker löpande till nämnden i enlighet med regionens riktlinjer. En omfattande rapportering sker också löpande till nämnden kopplat till den regionala utvecklingsstrategin. En rad åiterrapporteringar av genomförda insatser görs. Måluppföljningen i delårsrapport per augusti 2025 och i årsrapporten för 2025 är endast övergripande och beskriver i huvudsak bedrivna aktiviteter. Nämndens bidrag till måluppfyllelse framgår inte tydligt. I insatsrapporten sker en uppföljning av det regionala utvecklingsarbetet och förutsättningar framåt. Den beskriver hur det går med den regionala utvecklingsstrategins mål.

En delegationsordning är beslutad med nio punkter. Åiterrapportering av utövad delegering har skett löpande under 2025.

Regionala utvecklingsnämnden får en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. Nämnden redovisar en ekonomi i balans. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på +201 tkr. Det finns analyser men de är relativt kortfattade. Nämnden redovisar dock inte några större avvikelser sammantaget för verksamheten. Anledningen till att vissa verksamheter uppvisar ett överskott anges vara att några ersättningsrekryteringar stoppats då läget inför budget 2026 var lite osäkert. Negativa differenser i några verksamheter anges till viss del bero på tilldelning av bidrag i slutet av året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan, men **vi bedömer** att riskanalysen kan utvecklas utifrån nämndens uppdrag och omfattning. Riskanalysen är översiktlig och beskriver endast några få risker. **Vår bedömning** är att det finns fler risker kopplat till genomförandet av nämndens uppdrag, verksamhetsplan och regional utvecklingsstrategin.

Nämnden har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att nämnden bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras. Nämnden har under året fått en åiterrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen. Förslag på åtgärder anges för att reducera/eliminera de brister som noterats i uppföljningen.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	Endast delvis	Målen i nämndens verksamhetsplan skulle kunna brytas ned ytterligare och konkretiseras.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/uppföljningsbara?	Endast delvis	Målen följs endast upp med ett fåtal mätetal. Uppföljningen kan utvecklas.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till nämnden i delårsrapporter samt i särskild uppföljning kopplat till den regionala utvecklingsstrategin. Lägesrapporter ges löpande. Rapportering sker också till statliga myndigheter avseende utvecklingen av det regionala arbetet. I insatsrapporten sker en uppföljning av det regionala utvecklingsarbetet och förutsättningar framåt. Den beskriver hur det går med den regionala utvecklingsstrategins mål. På nämndens sammanträden sker löpande avrapporteringar av arbetet med mål.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	I den samlade rapporteringen ges beskrivningar och analyser av arbetet med mål och avvikelser. Nämndens beskrivning i delårsrapporter och årsrapport är i huvudsak uppbyggd på beskrivning av de aktiviteter som bedrivits under året. Graden av måluppfyllelse och djupare analyser redovisas i högre grad i insatsrapporten.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	En rad åtgärder anges i den samlade uppföljningen.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	Endast delvis	Några av målen uppnås inte. Mätetal där mål inte uppnås är framförallt de som avser inrikes flyttnetto och antal nystartade företag.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med ekonomisk information.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	Det finns analyser men de är relativt kortfattade. Nämnden redovisar dock inte några större avvikelser sammantaget för verksamheten. Anledningen till att

		vissa verksamheter uppvisar ett överskott anges vara att några ersättningsrekryteringar stoppats då läget inför budget 2026 var lite osäkert. Negativa differenser i några verksamheter anges till viss del bero på tilldelning av bidrag i slutet av året.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Ej aktuellt	Ett flertal åtgärder har vidtagits i planeringen av verksamheten. Åtgärder har inte behövt vidtas under året.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +201 tkr jämfört med budget.

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Nämnden har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Nämnden har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att nämnden kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	2 st nämndspecifika kontrollmål 4 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhets-specifika kontrollmål?	Endast delvis	Endast två egna risker lyfts upp i riskanalysen. Med tanke på nämndens ansvar finns fler risker att bedöma och eventuellt hantera.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhets-specifika ansvar?	Endast delvis	Endast ett par kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	Förslag på åtgärder anges för att reducera/eliminera de brister som noterats i uppföljningen.

Rekommendationer – regionala utvecklingsnämnden

Utifrån genomförd granskning rekommenderas regionala utvecklingsnämnden:

- att utveckla sin verksamhetsstyrning genom att bryta ner målen och ta fram relevanta indikatorer och i verksamhetsplanen mer konkret ange förväntat resultat under året av handlingsplanerna. Detta för att tydliggöra hur nämndens arbete under året ska bidra till att den regionala utvecklingsstrategins långsiktiga mål uppnås.

- att i delårsrapporter och årsrapport mer tydligt redovisa resultatet av nämndens arbete och hur det bidragit till ökad måluppfyllelse avseende de mål som anges i den regionala utvecklingsstrategin.
- att ha en större bredd och ett större djup i arbetet med riskanalyser och ta fram nämndspecifika kontrollmål.
- att mer aktivt deltaga i arbetet med riskanalyser och internkontrollplan.

Bilaga 1

Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan innehåller ett stort antal handlingsplaner, men endast några få mätetal för att följa upp arbetet. Nämnden bör utveckla sin verksamhetsstyrning genom att i verksamhetsplanen mer konkret ange förväntat resultat under året av handlingsplanerna. Detta för att tydliggöra hur nämndens arbete under året ska bidra till att den regionala utvecklingsstrategins långsiktiga mål uppnås.	Nej	Vår bedömning är att det fortfarande i verksamhetsplanen saknas beskrivning som tydliggör hur nämndens arbete under året ska bidra till att den regionala utvecklingsstrategins långsiktiga mål uppnås.
Nämnden bör i delårsrapporter och årsrapport mer tydligt redovisa resultatet av nämndens arbete och hur det bidragit till ökad måluppfyllelse avseende de mål som anges i den regionala utvecklingsstrategin.	Nej	Det framgår fortfarande inte i delårsrapportering och i årsrapporten hur nämndens arbete bidragit till ökad måluppfyllelse.
Nämnden bör utveckla den ekonomiska analysen och i rapporteringen mer tydligt beskriva och analysera avvikelser mot beslutad budget.	Endast delvis	En viss utveckling av den ekonomiska analysen kan noteras.

3.5 Kulturnämnden

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Kulturnämnden har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Kulturplan Kronoberg 2025-2028 är utgångspunkt för arbetet med verksamhetsplanen. Den utgår från den och från regionens budget för 2025 och andra styrande dokument. I den av fullmäktige beslutade budgeten anges endast några få kultur mål och i övrigt sker hänvisning till kulturplanen och dess mål. De mål och uppdrag som anges i regionens budget är omhändertagna i kulturnämndens verksamhetsplan. I kulturplanen anges såväl nationella mål som regionala mål. Dessa följs upp i särskild ordning. Uppföljningsrapporten avseende kulturplanen är detaljerad. Nämndens bidrag till måluppfyllelse framgår dock inte tydligt i den samlade rapporteringen. **Vår bedömning** är att målen i nämndens verksamhetsplan skulle kunna brytas ned ytterligare och konkretiseras. Målen följs endast upp med ett fåtal mätetal. Uppföljningen bör utvecklas.

Rapportering sker löpande till nämnden i enlighet med regionens riktlinjer. Måluppföljningen i delårsrapport per augusti 2025 och i årsrapporten för 2025 är endast övergripande och beskriver i huvudsak bedrivna aktiviteter. Fokus i rapporterna är beskrivning av genomförda och pågående uppdrag, handlingsplaner och aktiviteter. Uppföljning av kulturplanen har gjorts under året med en mer omfattande beskrivning av genomförda aktiviteter. Nämndens bidrag till måluppfyllelse framgår inte tydligt i den samlade rapporteringen.

En delegationsordning är beslutad med sex punkter. Återrapportering av utövad delegering sker löpande på nämndens sammanträden.

Kulturnämnden får en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. Nämnden redovisar en ekonomi i balans. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på +514 tkr.

Nämnden har antagit en internkontrollplan, men **vi bedömer** att riskanalysen kan utvecklas utifrån nämndens uppdrag. Riskanalysen är översiktlig och beskriver endast några få risker. **Vår bedömning** är att det finns fler risker kopplat till genomförandet av nämndens uppdrag, verksamhetsplan och kulturplan.

Nämnden har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att nämnden kan vara än mer aktiv i arbetet med riskanalyser och bedöma om det finns fler verksamhetsspecifika risker. Nämnden har under året fått en återrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen. Vissa åtgärder har vidtagits.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	Endast delvis	Målen i nämndens verksamhetsplan skulle kunna brytas ned ytterligare och konkretiseras.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/uppföljningsbara?	Endast delvis	Målen följs endast upp med ett fåtal mätetal. Uppföljningen kan utvecklas.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till nämnden i delårsrapporter samt i särskild uppföljning kopplat till kulturplanen. Utöver det sker en löpande rapportering av olika frågor kopplat till nämndens uppdrag. Lägesrapporter ges löpande. En uppföljning av kulturplanen genomförs årligen och rapporteras till nämnden. Rapporten innehåller en samlad bedömning av huruvida verksamheten bedrivits i enlighet med kulturnämndens villkor samt bidragit till de nationella och regionala kultur- och folkbildningspolitiska målen. I rapporten finns ett längre avsnitt om kulturnämndens mål och uppföljning och hur styrning och uppföljning går till.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	I den samlade rapporteringen ges beskrivningar och analyser av arbetet med mål och avvikelser. Nämndens beskrivning i delårsrapporter och årsrapport är i huvudsak uppbyggd på beskrivning av de aktiviteter som bedrivits under året. Graden av måluppfyllelse och djupare analyser redovisas i högre grad i den årliga uppföljningen av kulturplanen.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Vissa åtgärder anges i den samlade uppföljningen.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	Endast delvis	Några av målen uppnås inte. Mätetal där mål inte uppnås är ett par av de som avser olika former av aktiviteter kopplat till kultursamverkansmodellen.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med ekonomisk information.

Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	Det finns analyser men de är relativt kortfattade. Nämnden redovisar dock inte några större avvikelser sammantaget i verksamheten. Överskottet anges delvis bero på att externa verksamheter inte kunnat genomföra utvecklingsinsatser på sedvanligt sätt på grund av det ansträngda ekonomiska läget. Dessutom anges de interna resurserna inte ha räckt till för att upparbeta kostnader.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Ej aktuellt	Ett flertal åtgärder har vidtagits i planeringen av verksamheten. Åtgärder har inte behövt vidtas under året.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +514 tkr jämfört med budget.

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Nämnden har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	I allt väsentligt	Nämnden har medverkat i riskanalysen och har också löpande diskussioner om risker i verksamheten. Nämnden kan dock utveckla sitt arbete med att ta fram fler verksamhetsspecifika risker.
Antal kontrollmål 2025	3 st nämndspecifika kontrollmål 4 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	Endast delvis	Endast tre egna risker lyfts upp i riskanalysen. Med tanke på nämndens ansvar finns fler risker att bedöma och eventuellt hantera.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhets-specifika ansvar?	Endast delvis	Endast ett par kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	Ett flertal åtgärder har vidtagits. I rapporteringen framkommer att fortsatta åtgärder ska vidtas.

Rekommendationer – kulturnämnden

Utifrån genomförd granskning rekommenderas kulturnämnden:

- att utveckla sin verksamhetsstyrning genom att bryta ner målen och ta fram relevanta indikatorer och i verksamhetsplanen mer konkret ange förväntat resultat under året av handlingsplanerna. Detta för att tydliggöra hur nämndens arbete under året ska bidra till att kulturplanens långsiktiga mål uppnås.

- att i delårsrapporter och årsrapport mer tydligt redovisa resultatet av nämndens arbete och hur det bidragit till ökad måluppfyllelse avseende de mål som anges i kulturplanen.
- att ha en större bredd och ett större djup i arbetet med riskanalyser och ta fram nämndspecifika kontrollmål.

Bilaga 1

Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Kulturnämndens verksamhetsplan innehåller ett flertal handlingsplaner, men endast några få måttetal för att följa upp arbetet. Nämnden bör utveckla sin verksamhetsstyrning genom att i verksamhetsplanen mer konkret ange förväntat resultat under året av handlingsplanerna. Detta för att tydliggöra hur nämndens arbete ska bidra till att kulturplanens långsiktiga mål uppnås.	Nej	Vår bedömning är att det fortfarande saknas beskrivning i verksamhetsplanen som tydliggör hur nämndens arbete under året ska bidra till att kulturplanens långsiktiga mål uppnås.
Nämnden bör i delårsrapporter och årsrapport mer tydligt redovisa resultatet av nämndens arbete och hur det bidragit till ökad måluppfyllelse avseende de mål som anges i kulturplanen.	Nej	Det framgår fortfarande inte i delårsrapporteringen och i årsrapporten hur nämndens arbete bidragit till ökad måluppfyllelse.
Nämnden bör utveckla den ekonomiska analysen och i rapporteringen mer tydligt beskriva och analysera avvikelser mot beslutad budget.	Endast delvis	En viss utveckling av den ekonomiska analysen kan noteras.

3.6 Styrelsen för Grimslövs folkhögskola

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Styrelsen för Grimslövs folkhögskola har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Även om regionens budget för 2025 inte specifikt anger mål för Grimslöv så utgår verksamhetsplanen från budgetens inriktning och mål. Uppdrag har kopplats till respektive mål. **Vår bedömning** är att styrelsens angivna mål är relevanta utifrån det uppdrag som styrelsen har. Styrelsen har angivit ett tiotal måttal i olika perspektiv som **vi bedömer** vara relevanta för att följa upp målluppfyllelse.

Rapportering sker löpande till styrelsen i enlighet med regionens riktlinjer. I delårsrapport per augusti 2025 görs en uppföljning av mål. I styrelsens årsrapport framgår att flertalet uppdrag har genomförts och att målen uppnåtts. Redovisningen i delårsrapporter och årsrapport fokuserar mer på redovisning av utfall för olika måttal samt relativt omfattande beskrivning av genomförandet av handlingsplaner och uppdrag. Tydliga analyser av avvikelser saknas i allt väsentligt. Inga särskilda åtgärder har behövt vidtas. Vissa verksamhetsanpassningar har gjorts under året.

En delegationsordning är beslutad med fem punkter. Återrapportering av utövad delegering har skett under året.

Styrelsen för folkhögskolan får en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. Styrelsen redovisar en ekonomi i balans. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på +195 tkr. Under senare år har frågan om finansiering av Ekhagens konferensanläggning lyfts. Verksamheten redovisar relativt stort underskott. Oklarheter finns kring uppdraget för verksamheten samt hur verksamheten ska finansieras. Behov finns av en långsiktig åtgärdsplan för att klargöra förutsättningarna att bedriva verksamheten inom beslutad budgetram. **Vår bedömning** är dock att frågan är svår att hantera för styrelsen utan regionalt beslut.

Styrelsen har antagit en internkontrollplan med en riskanalys där övergripande risker belyses. Riskanalysen är översiktlig och beskriver endast några få risker. **Vår bedömning** är att det finns fler risker kopplat till genomförandet av uppdrag och verksamhetsplan.

Styrelsen har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att styrelsen bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras. Styrelsen har under året fått en återrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen. Vissa åtgärder har vidtagits.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Styrelsen har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har styrelsen formulerat egna mål?	Ja	Styrelsen har brutit ned mål genom att ange ett flertal egna mätetal.
Har styrelsen formulerat målen så att de är mätbara/utföljningsbara?	I allt väsentligt	Styrelsen har angivit totalt 10 mätetal i olika perspektiv. Mätetalen bedöms vara relevanta.
Följer styrelsen upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till styrelsen i månadsrapporter och delårsrapporter samt i årsrapport. En relativt detaljerad årsredovisning lämnas också till folkbildningsrådet.
Får styrelsen en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	Endast delvis	Redovisningen i delårsrapporter och årsrapport fokuserar mer på redovisning av utfall för olika mätetal samt relativt omfattande beskrivning av genomförandet av handlingsplaner och uppdrag. Tydliga analyser av avvikelser saknas i allt väsentligt.
Har styrelsen beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Vissa verksamhetsanpassningar har gjorts för att klara verksamheten så att mål uppnås.
Har styrelsens mål för verksamheten uppnåtts?	I allt väsentligt	I stort sett alla mål uppnås. Mätetalet avseende beläggningsgrad på skolans utbildningar visar dock en mindre avvikelse från uppsatt mål.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har styrelsen antagit en budget för 2025?	Ja	
Har styrelsen följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Styrelsen har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har styrelsen en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på styrelsens sammanträden med ekonomisk information.
Får styrelsen en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	I rapporteringen ges analyser av den ekonomiska utvecklingen. Den positiva budgetavvikelsen anges vara kopplad till skoldelen som haft högre intäkter och lägre kostnader än budgeterat. Därutöver anges uthyrning av skolans sporthall till Alvesta kommun ge ett ekonomiskt tillskott.
Har styrelsen beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	I allt väsentligt	Ekhagen har ett större underskott kopplat till den strukturella utmaning som sedan flera år finns för denna verksamhet. Åtgärder här kräver regionala beslut.

Har styrelsen styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +195 tkr jämfört med budget.
--	-----------	--

Intern kontroll och uppföljning

Har styrelsen antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Styrelsen har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är styrelsen delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Styrelsen har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att styrelsen kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	3 st verksamhetsspecifika kontrollmål 4 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	Endast delvis	Endast tre egna risker lyfts upp i riskanalysen. Med tanke på styrelsens ansvar finns fler risker att bedöma och eventuellt hantera.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom styrelsens verksamhets-specifika ansvar?	Endast delvis	Endast ett par kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar.
Har styrelsen följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	Vissa åtgärder anges i uppföljningen av IK-plan.

Rekommendationer – styrelsen för Grimslövs folkhögskola

Utifrån genomförd granskning rekommenderas styrelsen för Grimslövs folkhögskola:

- att ha en större bredd och ett större djup i arbetet med riskanalyser och ta fram fler verksamhetsspecifika kontrollmål.
- att mer aktivt delta i arbetet med riskanalyser och internkontrollplan.

Bilaga 1

Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Styrelsen för Grimslövs folkhögskola bör ta fram en långsiktig åtgärdsplan som klargör förutsättningarna att bedriva verksamheten för Ekhagen kurs och konferens inom beslutad budgetram.	Nej, men frågan är svår för nämnden att hantera	Ekhagen redovisar även 2025 en relativt stor negativ budgetavvikelse. Vår bedömning är dock att frågan om Ekhagen och dess finansiering är en fråga som bör hanteras på regional nivå.

3.7 Nämnden för folkhälsa och vårdval

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Nämnden för folkhälsa och vårdval är ny i denna mandatperiod och har därför behövt mer tid än andra nämnder för att planera sin verksamhet. Under åren 2024 och 2025 har en rad förbättringar i styrning och uppföljning noterats. Nämnden har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Målen som anges i verksamhetsplanen är i enlighet med regionens budget för 2025. Nämnden har tagit upp de uppdrag som är riktade till nämnden. Målen följs upp med ett flertal mätetal.

Rapportering sker löpande till nämnden i enlighet med regionens riktlinjer. I delårsrapport per augusti 2025 och i årsrapporten görs en relativt detaljerad redovisning av målarbetet och av nämndens uppdrag. En viss förbättring noteras avseende utfallet för flera av mätetalen.

Vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att säkerställa god vård och omsorg. Det finns inget dokumenterat ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 för hälso- och sjukvården. Arbeta uppges pågå i regionen. Vi vill betona att det är hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar att säkerställa att det finns ett kvalitetsledningssystem, men att nämnden för folkhälsa och vårdval bör samverka med hälso- och sjukvårdsnämnden i denna fråga.

En delegationsordning är beslutad med fyra punkter. Nämnden har mycket få delegationsbeslut. Delegationsbeslut har rapporterats under året.

För budgetåret 2025 har regionfullmäktige beslutat om en förstärkning av budgetramen för vårdval BUP med totalt 38,2 miljoner kronor. Av detta belopp tillförs 22 miljoner kronor för att höja kostnadstaket och möjliggöra en ökad produktion med målet att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri. Nämnden redovisar en ekonomi i balans. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på +22,4 mnkr. I rapporteringen ges analyser av den ekonomiska utvecklingen. I rapporteringen redovisas en del vidtagna åtgärder. Problematiken kring ökande vårdbehov inom BUP är dock mycket komplex och svårhanterlig. Vissa förändringar har gjorts kring ersättningar för s.k. vårdepisoder inom vårdval BUP, vilket bidrar till lägre kostnader.

Arbetet avseende den interna kontrollen har utvecklats jämfört med tidigare år. Nämnden har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att nämnden bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.

Nämnden har under året fått en återrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen. Under 2025 genomfördes en särskild granskning av tillämpningen av regelverket avseende Vårdval BUP. Syftet med granskningen var att klarlägga orsakerna till identifierade avvikelser och säkerställa att vårdvalets regelverk tillämpas enhetligt och korrekt av samtliga aktörer.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	Ja	Vår bedömning är att målen inte behöver brytas ned ytterligare utan är tydliga och konkreta utifrån nämndens uppdrag.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/utföljningsbara?	I allt väsentligt	Målen följs upp med ett flertal mätetal som bedöms vara relevanta utifrån nämndens uppdrag.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till nämnden i månadsrapporter och delårsrapporter samt i årsrapport. En detaljerad redovisning sker av målarbetet. En viss förbättring noteras avseende utfallet för flera av mätetalen.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Rapporteringen är relativt detaljerad avseende uppföljningen av mål, med beskrivande analyser.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	En del åtgärder har vidtagits för att öka graden av måluppfyllelse.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	Endast delvis	Några av målen uppnås inte. Mätetal där mål inte uppnås är framförallt de som avser andel patienter som fått en utredning inom vårdval BUP inom 30 dagar och riktade hälsosamtal inom primärvården.
Har nämnden ett fastställt och dokumenterat kvalitetsledningssystem?	Nej	Det finns inget dokumenterat ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 för hälso- och sjukvården. Arbete uppges pågå i regionen.
Har nämnden implementerat kvalitetsledningssystemet i verksamheten?	Nej	Se punkten ovan.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med ekonomisk information.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	I rapporteringen ges analyser av den ekonomiska utvecklingen. För budgetåret 2025 har regionfullmäktige beslutat om en förstärkning av budgetramen för vårdval BUP med totalt 38,2 miljoner kronor. Av detta belopp tillförs 22 miljoner

		kronor för att höja kostnadstaket och möjliggöra en ökad produktion med målet att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	I allt väsentligt	Vissa förändringar har gjorts kring ersättningar för s.k. vårdepisoder inom vårdval BUP, vilket bidrar till lägre kostnader.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +22,4 mnkr jämfört med budget.

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Nämnden har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Nämnden har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att nämnden kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	6 st nämndspecifika kontrollmål 3 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	I allt väsentligt	Sex egna risker lyfts upp i riskanalysen.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhets-specifika ansvar?	I allt väsentligt	Ett flertal kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	I maj beslutas om att genomföra en särskild granskning av tillämpning av regelverket Vårdval BUP. Syftet med granskningen var att klarlägga orsakerna till identifierade avvikelser och säkerställa att vårdvalets regelverk tillämpas enhetligt och korrekt av samtliga aktörer. Förslag på åtgärder anges för att reducera/eliminera de brister som noterats i uppföljningen.

Rekommendationer – nämnden för folkhälsa och vårdval

Utifrån genomförd granskning rekommenderas nämnden för folkhälsa och vårdval:

- att samverka med hälso- och sjukvårdsnämnden så att ett ledningssystem som uppfyller ställda krav i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete färdigställs under 2026. I föreskriften anges att vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- att mer aktivt delta i arbetat med riskanalyser och internkontrollplan.

Bilaga 1

Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Vårdval BUP har under 2023 och 2024 redovisat stora ekonomiska underskott för nämnden för folkhälsa och vårdval. I budget 2025 tillförs nämnden ett relativt stort budgettillskott för att klara att bedriva verksamheten inom tilldelad budgetram. Nämnden bör ha en förstärkt uppföljning av verksamheten inom vårdval BUP och tidigt analysera om avvikelser uppkommer och i så fall vidta åtgärder för att bibehålla en ekonomi i balans.	Ja	Nämndens finansiering av verksamheten har lösts i budgeten för 2025 genom tillskott av budgetmedel samt genom omarbetning av regelboken för vårdval BUP. Uppföljningen är också mer detaljerad än tidigare.
Några av nämndens mål uppnås ej. Nämnden bör vidta mer konkreta åtgärder för att öka graden av måluppfyllelse.	I allt väsentligt	Graden av måluppfyllelse är högre än tidigare. Åtgärder bedöms ha vidtagits.

3.8 Patientnämnden

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Patientnämnden har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Även om regionens budget för 2025 inte specifikt anger mål för patientnämnden så utgår verksamhetsplanen från budgetens inriktning och mål. Handlingsplaner och åtgärder har sedan kopplats till respektive mål.

Rapportering sker löpande till nämnden i enlighet med regionens riktlinjer. I delårsrapport per augusti 2025 och i årsrapporten görs en uppföljning av mål. Ett problem som lyfts tidigare år är den långa svarstiden för verksamheterna att svara på de klagomål som patientnämnden får mottaga. Bristerna ligger hos vårdgivarna och inte hos patientnämnden. Rapporteringen visar att en något större andel ärenden nu besvaras av verksamheterna inom hälso- och sjukvården inom 28 dagar.

En delegationsordning är beslutad med fem punkter. Redovisning av delegationsbeslut sker löpande på nämndens sammanträden.

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i alla regioner. Patientnämnden hanterar klagomål och synpunkter som rör i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård och ska synliggöra brister och avvikelser för att på så sätt bidra till att vårdgivare och vårdenheter uppfyller sina skyldigheter enligt lag. Nämnden ska informera regionen, allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet och de iakttagelser som gjorts. I vår granskning har vi noterat att nämnden inte får tillräckligt stöd från regiongemensamma funktioner som lyder under regionstyrelsen, för att offentliggöra sina iakttagelser i de rapporter som nämnden tar fram.

Vår bedömning är att Patientnämnden bör verka för att regionstyrelsen ställer regiongemensamma resurser till nämndens förfogande för att rapporterna ska kunna publiceras och kommuniceras till alla intressenter.

Patientnämnden får en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. De ekonomiska analyserna i delårsrapporter och årsrapport har utvecklats jämfört med 2023-2024. Styrelsen redovisar en ekonomi i balans. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på +369 tkr.

Nämnden har antagit en internkontrollplan med en riskanalys där övergripande risker belyses, men riskanalysen upptar endast tre risker, som samtliga hämtats från den övergripande regiongemensamma internkontrollplanen. Nämnden bör genomföra en egen riskanalys samt ta fram nämndspecifika kontrollmål. **Vår bedömning** är att det utifrån nämndens ansvar finns flera verksamhetsspecifika risker som är kopplade till patientnämndens verksamhet.

Nämnden har medverkat i riskanalysen, avseende de regiongemensamma kontrollmålen, men **vår bedömning** är att nämnden bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.

Nämnden har under året fått en återrapportering av genomförda regiongemensamma kontrollmål i internkontrollplanen. Åtgärder har vidtagits utifrån kontrollerna.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	I allt väsentligt	Inget mål i RF:s budget är riktat direkt till Patientnämnden. Nämnden har dock tagit fram ett flertal handlingsplaner och åtgärder i enlighet med sitt uppdrag.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/uppföljningsbara?	I allt väsentligt	Några få mätetal följs upp. Fokus i verksamhetsplanen ligger på handlingsplaner och åtgärder, vilket bedöms vara relevant för just denna nämnd.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till nämnden i månadsrapporter, delårsrapporter samt i årsrapport. Utvecklingen av mål redovisas.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Analys av mätetal och mål görs i uppföljningen.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	Endast delvis	Vissa åtgärder har vidtagits avseende den långa svarstiden på klagomål. Verksamhetsansvariga har fått information om att signal kan komma att skickas till IVO om svar uteblir i de ärenden där tidsfristen har förfallit. Svarstiderna rapporteras ha kortats och anges vara av högre kvalitet än tidigare. Nämnden har beslutat att en rapport avseende återkoppling och åtgärder ska presenteras senast vid nämndens sammanträde den 4 december 2025, men detta skjuts nu upp till 3 juni 2026 på grund av bristande personalresurser på förvaltningen under hösten 2025.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	I allt väsentligt	En något större andel ärenden besvaras av verksamheten inom hälso- och sjukvården inom 28 dagar än tidigare år. Andelen godtagbara svar på klagomål har ökat.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats enligt anvisningar från regionstyrelsen.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med ekonomisk information.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	En kortfattad analys redovisas i rapporteringen.

Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Ej aktuellt	Åtgärder har vidtagits i planeringen av verksamheten. Under året har inga åtgärder behövt vidtas.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +369 tkr jämfört med budget.

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Endast delvis	En riskanalys har genomförts endast utifrån de regionövergripande kontrollmålen. Nämnden behöver genomföra en egen riskanalys med verksamhetsspecifika risker.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Nämnden har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att nämnden kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	3 st regionövergripande kontrollmål	
Finns verksamhetsspecifika kontrollmål?	Nej	Endast risker kopplade till den regiongemensamma riskanalysen lyfts. Vår bedömning är att det finns risker som är mer kopplade till patientnämndens verksamhet.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhetsspecifika ansvar?	Nej	Förutom de regiongemensamma kontrollerna finns inga kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens ansvar.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	I allt väsentligt	Vissa åtgärder anges i uppföljningen av IK-plan. Nämnden redovisar att de risker för brister som identifierats har följts upp och förebyggts under året.

Rekommendationer – patientnämnden

Utifrån genomförd granskning rekommenderas patientnämnden:

- att verka för att regionstyrelsen ställer regiongemensamma resurser till nämndens förfogande för att rapporterna ska kunna publiceras och kommuniceras till alla intressenter. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i alla regioner. Patientnämnden hanterar klagomål och synpunkter som rör i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård och ska synliggöra brister och avvikelser för att på så sätt bidra till att vårdgivare och vårdenheter uppfyller sina skyldigheter enligt lag. Nämnden ska informera regionen, allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet och de iakttagelser som gjorts. I vår granskning har vi noterat att nämnden inte får tillräckligt stöd från regiongemensamma funktioner för att offentliggöra sina iakttagelser i de rapporter som nämnden tar fram.

- att årligen genomföra en riskanalys för identifiering av verksamhetsspecifika risker och kontrollmål som sen lyfts in i nämndens internkontrollplan.
- att mer aktivt delta i arbetet med riskanalyser och internkontrollplan.

3.9 Samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg

Sammanfattande iakttagelser och bedömning

Samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg har upprättat verksamhetsplan enligt regionens riktlinjer och anvisningar. Även om regionens budget för 2025 inte specifikt anger mål för samverkansnämnden så utgår verksamhetsplanen från budgetens inriktning och mål. Handlingsplaner och åtgärder har sedan kopplats till respektive mål.

På nämndens sammanträden sker en löpande rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. I delårsrapport per augusti 2025 görs en uppföljning av mål. Redovisningen är detaljerad med ett stort antal mätetal. Rapporteringen visar att flertalet mål uppnås. Inga särskilda åtgärder har behövt vidtas.

Nämnden har valt att inte ha någon delegationsordning.

Samverkansnämnden får en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering i enlighet med regionens riktlinjer. I rapporteringen ges en översiktlig analys. I årsrapporten redovisas ett resultat för 2025 jämfört med budget på +2,1 mnkr.

Nämnden har antagit en internkontrollplan med en riskanalys där övergripande risker belyses, men riskanalysen upptar endast tre risker och ingen av riskerna i den regiongemensamma internkontrollplanen. **Vår bedömning** är att de regionala riskerna även berör denna nämnd samt att det finns fler risker som är kopplade till nämndens verksamhet.

Nämnden har medverkat i riskanalysen, men **vår bedömning** är att nämnden bör vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.

Nämnden har under året fått en åiterrapportering av genomförda kontroller i internkontrollplanen, men åtgärder har inte behövt vidtas utifrån kontrollerna.

Verksamhetsstyrning och uppföljning

Finns antagen verksamhetsplan?	Ja	Nämnden har fattat beslut om verksamhetsplan för år 2025.
Har nämnden formulerat egna mål?	I allt väsentligt	Inget mål i RF:s budget är riktat direkt till Samverkansnämnden. Nämnden har dock formulerat ett flertal mål och mätetal som är i linje med inriktningen i budgetmålen.
Har nämnden formulerat målen så att de är mätbara/uppföljningsbara?	I allt väsentligt	Vår bedömning är att målen inte behöver brytas ned ytterligare utan är tydliga och konkreta utifrån nämndens uppdrag. Ett tjugotal mätetal kopplat till målen har angivits, vilka bedöms vara relevanta kopplat till nämndens uppdrag.
Följer nämnden upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelsen under året?	I allt väsentligt	En rapportering sker löpande till nämnden i månadsrapporter, delårsrapporter samt i årsrapport. Redovisningen är detaljerad med ett stort antal mätetal.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	Rapporteringen är detaljerad med omfattande beskrivning av verksamhetens utveckling och måluppfyllelse. Inga större avvikelser noteras.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	I allt väsentligt	I planeringen inför året har åtgärder vidtagits. Inga särskilda åtgärder har behövt vidtas under året.
Har nämndens mål för verksamheten uppnåtts?	I allt väsentligt	Nästan samtliga mål uppnås. Mätetalen visar dessutom på att uppsatta mål i flera fall uppnås med god marginal.

Ekonomistyrning och uppföljning

Har nämnden antagit en budget för 2025?	Ja	
Har nämnden följt upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året?	Ja	Nämnden har löpande följt upp ekonomin och månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport har upprättats enligt anvisningar från regionstyrelsen.
Har nämnden en tillräcklig ekonomisk uppföljning?	I allt väsentligt	Månadsrapporter och delårsrapporter redovisas löpande på nämndens sammanträden med ekonomisk information.
Får nämnden en analys av orsaker vid avvikelser från budget?	I allt väsentligt	I rapporteringen ges en översiktlig analys.
Har nämnden beslutat om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser?	Ej aktuell	Åtgärder har vidtagits i planeringen av verksamheten. Under året har inga åtgärder behövt vidtas.
Har nämnden styrt verksamheten i enlighet med budget och ekonomiska ramar?	Ja	Årets resultat blev +2,1 mnkr jämfört med budget.

Intern kontroll och uppföljning

Har nämnden antagit en internkontrollplan för 2025?	Ja	
Har en riskanalys genomförts inför val av kontrollmål i 2025 års internkontrollplan?	Ja	Nämnden har gjort en riskanalys och bedömt sannolikhet och konsekvens för respektive risk.
Är nämnden delaktig i riskanalysen?	Endast delvis	Nämnden har medverkat i riskanalysen, men bedömningen är att nämnden kan vara mer aktiv i arbetet med riskanalyser och mer självständigt bedöma om det finns fler tänkbara risker som behöver lyftas fram och hanteras.
Antal kontrollmål 2025	3 st nämndspecifika kontrollmål	
Finns verksamhetspecifika kontrollmål?	Endast delvis	Endast tre egna risker har lyfts upp i riskanalysen. Med tanke på nämndens ansvar finns fler risker att bedöma och eventuellt hantera.
Finns det kontroller som avser väsentliga områden inom nämndens verksamhets-specifika ansvar?	Endast delvis	Endast ett par kontroller avser väsentliga områden inom nämndens ansvar.
Har nämnden följt upp internkontrollplanen under året?	Ja	Ett flertal uppföljningar av IK-planen har gjorts under 2025.
Har åtgärder vidtagits vid avvikelser?	Ej aktuellt	Åtgärder har inte behövt vidtas.

Rekommendationer – samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg

Utifrån genomförd granskning rekommenderas Samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg:

- att ha en större bredd och ett större djup i arbetet med riskanalyser och ta fram fler verksamhetspecifika kontrollmål.
- att mer aktivt delta i arbetet med riskanalyser och internkontrollplan.

Bilaga 1**Uppföljning av lämnade rekommendationer i grundläggande granskning 2024**

Rekommendation	Åtgärdad	Kommentar
Nämnden bör tillse att verksamheten bedrivs inom tilldelad budget.	Ja	Verksamheten bedrivs med en ekonomi i balans 2025.

KB Revision AB

Kari Aartojärvi
Certifierad kommunal revisorBerit Zackrisson
Kommunal revisor