

Omvårdnadsnämnden

Kallelse och föredragningslista

Sammanträdedatum: 2026-05-26

Sammanträdestid: kl. 08:30-17:00

Plats: Valfärd Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen

Övrig information:

Om du inte kan delta anmäler du det till Lena Wigg.

Gruppmöten:

Den 26 maj, klockan 07.30-08.30, Magasinsplan 19. Lokaler finns tillgängliga enligt följande:

(S), (MP), (C), (L), (KD): Gevaliasalen

(M): Milea, plan 3

(SD), Ebony, plan 1

(V): Don Pedro, plan 2

Presskonferens:

Den 26/5 kl 15.00, Valfärd Gävle, Magasinsplan 19 (separat inbjudan kommer).

Eva Älander (S), ordförande

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum 2026-05-12, kl 08.15- 08.45

Närvarande var ordförande Eva Ålander (S) 1:e vice ordförande Ullrica Hurtig Hedin (KD) och 2:e vice ordförande Anders Jansson Gladh (M).

6. Informationsärende: Aktuellt från sektor Valfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

- Frågor från (M) - Boendeplanen - Förtydligat svar gällande "Varför har Gävle högre brytpunkt"?
- Svar på frågor från (M) - Åtgärder efter beslutet "Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden" (Helén Polmé)
- Läget inför sommaren (Helena Vahlund, Anneli Lindblom)
- Inhyrd personal - lägesbild (Anneli)
- Lägesbild Forellplan (Helén Polmé)
- Framsteget - fortsatt hantering (Magnus)
- Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2025, Gävle kommun
- Uppföljande granskning av löneprocessen

Handlingar i ärendet

- Förtydligande svar på frågor från (M) – Obesvarade frågor kring boendeplanen 2026
- Frågor från (M) - Införda åtgärder efter beslutet om att Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden?

- Svar på frågor från (M) - Åtgärder - Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden
- Ny version av grundläggande granskning
- Uppföljande granskning av löneprocessen Revisionsrapport Januari 2026

7. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, april 2026

Diarienummer: 26ON54

Ärendebeskrivning

Handling skickas separat/senare

Beslutsärende. Föredragande: Emma Edorsson.

8. Beslutsärende: Revidering av Verksamhetsplan 2026 för Omvårdnadsnämnden

Diarienummer: 26ON270

Förslag till beslut

- Att anta föreslagen revidering av Verksamhetsplan 2026 för Omvårdnadsnämnden.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner, Anneli Lindblom.

Handlingar i ärendet

- Revidering av Verksamhetsplan 2026 för Omvårdnadsnämnden

9. Beslutsärende: Verksamhetsrapport delår 1 år 2026 med årsprognos för Omvårdnadsnämnden

Diarienummer: 26ON243

Ärendebeskrivning

Handling skickas separat/senare

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

10. Beslutsärende: Intern styrning och kontrollrapport delår 1 år 2026 för Omvårdnadsnämnden

Diarienummer: 26ON251

Förslag till beslut

- Att godkänna rapporten avseende genomförda kontroller delår 1 år 2026 enligt Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2026

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv - Intern styrning och kontrollrapprt delår 1 år 2026 för Omvårdnadsnämnden
- Intern styrning och kontrollrapprt delår 1 år 2026 för Omvårdnadsnämnden

11. Beslutsärende: Omvårdnadsnämndens kommentarer på preliminära ramar 2027

Diarienummer: 26ON224

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet om kommentarer på preliminära ramar 2027 som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Magnus Höijer, Emma Edorsson.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Kommentarer på preliminära ramar 2027

- Kommentarer på preliminära ramar 2027

12. Beslutsärende: Upphandling av vård- och omsorgsplatser

Diarienummer: 26ON89

Förslag till beslut

- Att uppdra till Sektor Välfärd att upphandla ramavtal med externa utförare för att tillhandahålla platser på vård- och omsorgsboenden inom kommunens geografiska område, samt
- Att i enlighet med fastställd besluts- och delegationsförteckning uppdra till biträdande sektorchef att fatta tilldelningsbeslut för upphandlingen och teckna avtal.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: John Larsson.

Handlingar i ärendet

- Upphandling av vård- och omsorgsplatser
- Checklista Näringslivskonsekvensanalys 26ON89
- Barnchecklista 26ON89

13. Beslutsärende: Remissyttrande - Motion från Sverigedemokraterna (SD) - Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun

Diarienummer: 26ON142

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Tillgänglig vid eventuella frågor: Elin Fridell.

Handlingar i ärendet

- Yttrande - Motion från (SD) - Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun
- Missiv - Motion från Sverigedemokraterna (SD) - Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun, 26KS97
- Motion från Sverigedemokraterna (SD) - Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun

14. Beslutsärende: Initiativärende (SD) - Biståndshandläggares nya arbetssätt

Diarienummer: 26ON238

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Helén Polmé
(Bordlades 2026-04-28).

Handlingar i ärendet

- Initiativärende SD- Biståndshandläggares arbetssätt

15. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

16. Beslutsärende: Delegationsbeslut

Diarienummer: 26ON55

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Delegationsbeslut - sammanställning
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess

17. Kommande beslut: Intern styrning och kontrollrapport delår 2 år 2026 för Omvårdnadsnämnden

Ärendebeskrivning

Kommande beslut.

18. Kommande beslut: Verksamhetsrapport delår 2 år 2026 med årsprognos för Omvårdnadsnämnden

Ärendebeskrivning

Kommande beslut.

19. Kommande beslut: Fördjupad granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Diarienummer: 26ON245

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Caroline Engerg, Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv - Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare (Omvårdnadsnämnden)(25REK34-3)
- Pwc Revisionsrapport Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare(25REK34-5)

20. Informationsärende: Uppföljning av genomförande av handlingsplan gällande läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst

Diarienummer: 26ON27

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Anneli Lindblom.

Handlingar i ärendet

- Reviderad handlingsplan gällande läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst

21. Informationsärende: Demensstrategi - handlingsplan

Diarienummer: 26ON68

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Helén Polmé.

22. Informationsärende: Anmälningssärenden

Diarienummer: 26ON80

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Boende och omvårdnad
- §2 KF Godkännande av kommunens Årsredovisning år 2025
- Riktlinje - Publicering av bilder, filmer och ljudupptagningar som innehåller personuppgifter
- §5 KF Riktlinje för publicering av bilder, film och ljudupptagningar innehållande personuppgifter

- §7 KF Reglemente för Gävle kommuns nämnder samt förändrad nämndsorganisation
- §4 KF Urnan anpassning av lokal, behov av utökad investeringsbudget 2026

Informationsärende: Aktuellt från sektor Valfärd

6



Tjänsteskrivelse

2026-05-18

Diarienummer: 26ON141

Handläggare:

Elin Fridell

Tfn 026- 17 80 00

elin.fridell@gavle.se

Nämnd: Omvårdnadsnämnden

Sektor Vårlds förtydligande svar på frågor från (M) – Obesvarade frågor kring boendeplanen 2026

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har tidigare inkommit med frågor till Sektor Vårld angående boendeplan för särskilt boende för äldre. Dessa frågor har besvarats vid Omvårdnadsnämndens sammanträde den 2026-04-25 (26ON141). Sektor Vårld har därefter ombetts att förtydliga sitt svar på fråga angående brytpunkt inom hemtjänsten.

Sektor Vårlds förtydligande svar

”Varför har Gävle en betydligt högre brytpunkt, då det är för kommunen mera lönsamt att erbjuda plats på Vård- och omsorgsboende, på 128 timmar/hemtjänsttagare än de övriga R9 kommuner med en brytpunkt på 77,7 timmar/hemtjänsttagare?”

Vårld Gävles boendeplan för särskilt boende för äldre 2026–2030 använder sig av statistik från verktyget *Koll på äldreomsorgen*. Verktyget har tagits fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

Statistiken i verktyget hämtas från flera olika källor:

- nationell statistik från databasen Kolada,
- uppgifter från kommunernas räkenskapssammandrag (RS),
- samt individ- och mängdstatistik från Socialstyrelsen. (SoS)

Brytpunkten beräknas utifrån flera olika faktorer, bland annat:

- antal beviljade hemtjänstimmar,
- kostnader för hemtjänst och särskilt boende,
- hälso- och sjukvårdsinsatser,
- antal brukare i särskilt boende,
- samt lokalkostnader och lokalintäkter.

Det är därför svårt att ge ett entydigt svar på varför Gävle har en högre brytpunkt än jämförbara kommuner. Måttet bygger på många olika variabler och på statistik som kommunerna själva rapporterar in till nationella databaser. Det finns samtidigt begränsad insyn i hur olika kommuner gör sina beräkningar och kvalitetssäkrar sina uppgifter.

Det innebär att skillnader mellan kommuner inte enbart behöver bero på faktiska kostnadsskillnader, utan också kan påverkas av hur verksamheten organiseras och hur uppgifterna rapporteras in.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Välfärd



Fråga till Sektor Vårld – Är nu åtgärder efter beslutet om att - Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden, 25ON419, infört?

Vid Omvårdnadsnämnden sammanträde den 2025-11-27 beslutades att bifalla Initiativärende (M) – Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden, 25ON419 efter gemensamma kompletteringar av Initiativärende.

Omvårdnadsnämnden beslutade:

- Att sektor Vårld uppmanar alla verksamheter att säkerställa rutiner för att anhöriga alltid ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om önskade händelser,
- Det ska alltid göras en individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende, samt
- Att personalen erbjuds utbildningsinsatser kring sexuellt våld och våld i nära relation.

Vid nämnden den 22 februari redovisades Sektor Vårld att rutiner för att anhöriga alltid ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om önskade händelser har inträffat samt att rutinen för individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende inte var inarbetade i något rutindokument. Vi Moderater utgår nu från att detta är genomfört.

Fråga 1)

Är rutiner utarbetade för att anhöriga ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om önskade händelser har inträffat och i vilket rutindokument finns detta?

Fråga 2)

Är rutiner utarbetade för att genomföra individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende och i vilket rutindokument finns detta?

Fråga 3)

Hur många procent av medarbetarna har under 2025 genomfört utbildningsinsatser kring sexuellt våld och våld i nära relation.

Anders Jansson Gladh (M)



Tjänsteskrivelse

2026-05-19

Handläggare:

Helén Polmé
Tfn 026- 17 80 00
helen.polme@gavle.se

Darienummer: 26ON267

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Sektor Vårldars svar på frågor från (M) – Är nu åtgärder efter beslutet om att Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden, 25ON419, infört?

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har inkommit med frågor till Sektor Vårldard angående åtgärder efter beslut om att "Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden".

"Vid Omvårdnadsnämnden sammanträde den 2025-11-27 beslutades att bifalla Initiativärende (M) – Förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden, 25ON419 efter gemensamma kompletteringar av Initiativärende.

Omvårdnadsnämnden beslutade:

- *Att sektor Vårldard uppmanar alla verksamheter att säkerställa rutiner för att anhöriga alltid ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om oönskade händelser,*
- *Det ska alltid göras en individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende, samt*
- *Att personalen erbjuds utbildningsinsatser kring sexuellt våld och våld i nära relation.*

Vid nämnden den 22 februari redovisades Sektor Vårld att rutiner för att anhöriga alltid ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om oönskade händelser har inträffat samt att rutinen för individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende inte var inarbetade i något rutindokument. Vi Moderater utgår nu från att detta är genomfört.”

Sektor Vårlds svar på frågorna

Är rutiner utarbetade för att anhöriga ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om oönskade händelser har inträffat och i vilket rutindokument finns detta?

Innan verksamheten kan informera anhöriga behöver en menprövning genomföras. En sådan prövning kan endast utföras av personal som har tillräcklig kännedom om den enskilde kunden. Under obekväm arbetstid finns risk att varken sjuksköterska eller arbetsledare i beredskap alltid har den kännedom som krävs för att kunna göra denna bedömning. Prövningen görs utifrån bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen.

Inom vård och omsorg handlar det ofta om att bedöma om information kan lämnas till anhöriga utan att: kränka den enskildes integritet, bryta sekretessen, eller gå emot den enskildes vilja.

Exempelvis kan personal behöva ta ställning till: om kunden samtyckt till att anhöriga får information, om kunden tidigare uttryckt att vissa anhöriga inte ska kontaktas, eller om utlämnande av uppgifter kan skada relationer eller den enskilde. Därför behöver den som gör menprövningen ha god kännedom om kunden.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och enhetschef i verksamheten har ofta bättre förutsättningar att hantera och följa rutinen om att anhöriga ska informeras inom 24 timmar. Det behövs en utformning av en rutin som tar hänsyn till samtliga delar i processen. Arbete pågår kring en ny rutin, men den är ännu inte färdigställd.

Är rutiner utarbetade för att genomföra individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende och i vilket rutindokument finns detta?

Arbete pågår kring en ny rutin, men den är ännu inte färdigställd.

Hur många procent av medarbetarna har under 2025 genomfört utbildningsinsatser kring sexuellt våld och våld i nära relation?

I hemtjänsten har Tantjouren Rigmor deltagit vid arbetsplatsträffar och informerat om våld i nära relation. Uppföljning med enhetschefer inom hemtjänsten kommer att genomföras den 19 maj. Tantjouren Rigmor erbjuder även en tre timmar lång utbildning för hemtjänstpersonalen. Utbildningen ger värdefull kunskap för att kunna stödja de äldre på bästa sätt, och vi kommer att ha ett avstämningsmöte med dem för att vidare diskutera detta.

I vård och omsorg har ca 100 medarbetare lyssnat på en föreläsning om äldre och sexualitet under 2025.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Valfärd

Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2025

Gävle kommun

April 2026

A large, solid orange graphic element consisting of two parallel horizontal bars. The left bar is shorter than the right bar, and they are offset to the right, creating a stepped, staircase-like appearance.

1 Sammanfattning med rekommendationer	3	8 Socialnämnden	Sid 18(364) 109
2 Inledning	5	9 Utbildningsnämnden	127
3 Kommunstyrelsen	9	10 Jävsnämnden	147
4 Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	34	11 Valnämnden	160
5 Kultur- och fritidsnämnden	57	12 Överförmyndarnämnden	173
6 Omvårdnadsnämnden	73	13 Gemensam nämnd för verksamhetsstöd	189
7 Samhällsbyggnadsnämnden	91	14 Bilagor	191

Innehållsförteckning



Sammanfattning

Sammanfattande revisionell bedömning

Sid 20(364)

Revisionsobjekt	Övergripande revisionsfråga		
	Styrning, kontroll och åtgärder	Måluppfyllelse verksamhet	Måluppfyllelse ekonomi
Kommunstyrelsen	Grön	Gul	Grön
Arbetsmarknads- funktionsrättsnämnden	Grön	Gul	Grön
Kultur- och fritidsnämnden	Grön	Grön	Grön
Omvårdnadsnämnden	Grön	Grön	Grön
Samhällsbyggnadsnämnden	Grön	Grön	Grön
Socialnämnden	Gul	Grön	Grön
Utbildningsnämnden	Grön	Gul	Grön
Jävsnämnden	Gul	Gul	Grön
Valnämnden	Grön	Grön	Gul
Överförmyndarnämnden	Röd	Gul	Gul
Gemensam nämnd för verksamhetsstöd	Grå	Grå	Grå

Respektive revisionsfråga bedöms med hjälp av signalsystem: grön (ja/tillräckligt), gul (delvis), röd (nej/otillräckligt) eller grå (går ej att bedöma).

Sid 21(364)



Inledning

Inledning

Bakgrund

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

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

Syfte och revisionsfrågor

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

Följande övergripande revisionsfrågor ska besvaras:

- Utövar och vidtar styrelse och nämnder en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?
- Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?
- Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?

Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har använts i granskningen:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Gemensamt reglemente för nämnderna
- Anvisningar från sektor styrning och stöd
- Kommunplan år 2025

Inledning

Sid 23(364)

Metod och avgränsning

Den grundläggande granskningen har skett genom dokumentanalys, skriftliga frågor och intervjuer. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2025. I övrigt se "syfte och revisionsfrågor".

Respektive revisionsfråga bedöms med hjälp av signalsystem: grön (ja/tillräckligt), gul (delvis), röd (nej/otillräckligt) eller grå (går ej att bedöma).

Granskningen har omfattat kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, omvårdnadsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden, socialnämnden, utbildningsnämnden, jävsnämnden, valnämnden, överförmyndarnämnden samt gemensam nämnd för verksamhetsstöd. Inom KS, AFN, ON, SN, SBN, UN och ÖN har det även gjorts en genomgång av nämndernas arbete med prognos.

Granskningen av kommunstyrelsen har fokuserat på styrning, kontroll och uppföljning av den egna verksamheten (ej styrelsens uppföljning av nämnderna). En fördjupad granskning avseende uppsiktsplikten har skett separat. Granskningen av kommunstyrelsen omfattar även en översiktlig kartläggning av arbetet med expolateringsredovisning.

En fördjupad kartläggning har gjorts inom KS, AFN, ON, SN, SBN och UN kopplat till nämndernas arbete med måluppfyllelse. Stickprov har gjorts inom ett utvalt mål inom respektive nämnd för att se om ett systematiskt arbete sker utifrån KF:s mål.

Övergripande styrning

Gävle kommun har fem kommunövergripande mål för verksamheten. De kommunövergripande målen kompletteras med finansiella mål. De fem kommunövergripande målen ger en vision om hur Gävle ska utvecklas på lång sikt. Målen för år 2025 är följande: Sid 24(364)

- Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor
- Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen
- Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle
- En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun
- En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov

Kommunfullmäktige har beslutat om målnedbrytningar som gäller för nämnder och bolag vilka årligen ska brytas ned i respektive verksamhetsplan. Till målen har fullmäktige beslutat om olika typer av nyckeltal/mätetal vilka används vid uppföljningen av de kommunövergripande målen. Varje indikator har ägarskap hos någon/några av kommunens förvaltningar eller bolag, som även är ansvariga för att indikatorn följs upp och analyseras. Av anvisningarna framgår att indikatorerna bör vara möjliga att mäta och beslutas alltid politiskt.



Kommunstyrelsen

Sammanfattning kommunstyrelsen

Sid 26(364)

Har kommunstyrelsen, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att styrelsen till stor del har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då styrelsen har bedrivit den egna verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Styrelsen redovisar ett resultat för året om +162,9 mnkr, vilket utgör en positiv budgetavvikelse om 78,2 mnkr. Exploateringsverksamheten har ett resultat på 89,4 mnkr, jämfört med budget 84,7 mnkr vilket ger om positiv årsavvikelse om 4,7 mnkr. För den egna verksamheten redovisar styrelsen ett positivt resultat på 30 mnkr.

Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att styrelsen löpande får en rapportering kopplat till ekonomin för den egna verksamheten men även kommunkoncernens verksamhet.

Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.

Gällande granskning avseende måluppfyllelse för kommunen som helhet sker detta inom ramen för granskning av god ekonomisk hushållning år 2025.

Sammanfattning Kommunstyrelsen

Sid 27(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar styrelsen en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att styrelsen till stor del vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att styrelsen har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att styrelsen för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Styrelsen har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi. Den ekonomiska rapporteringen har omfattat prognos för helåret. Vi kan inte styrka att styrelsen i större utsträckning har beslutat om tydliga åtgärder kopplat till den rapporteringen avseende måluppfyllelse för verksamhetsmålen.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat är delvis förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att styrelsen bedömer att tio mål uppnås samt att tio mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då styrelsen har bedrivit den egna verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Styrelsen redovisar ett resultat för året om +162,9 mnkr, vilket utgör en positiv budgetavvikelse om 78,2 mnkr. Exploateringsverksamheten har ett resultat på 89,4 mnkr, jämfört med budget 84,7 mnkr vilket ger om positiv årsavvikelse om 4,7 mnkr. För den egna verksamheten redovisar styrelsen ett positivt resultat på 30 mnkr. Kommunstyrelsens mål för den egna verksamheten avseende stark finansiell ställning bedöms uppnås för året.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har styrelsen antagit en budget för verksamheten?	Grön	Styrelsens budget inkl. kommunbidragsfördelning antogs 2024-12-03 § 237.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-03 § 237 fastställde styrelsen en budget med utgångspunkt i kommunplan 2025. Budgeten är upprättad i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv. Dessa direktiv inkluderar att verksamheten ska bedrivas inom fastställda budgetramar, ekonomisk balans ska uppnås, reserver för oförutsedda behov ska hanteras ansvarsfullt, och drift- samt investeringsplaner ska vara effektiva. Dessutom krävs löpande uppföljning och rapportering för transparens, vilket kommunstyrelsen tydligt följer i sin verksamhetsplan och budget.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar kommunstyrelsens samtliga verksamheter enligt reglementet. Ansvarsområden som ekonomi, samhällsplanering och hållbarhet täcks av verksamhetsplanen och budgeten, som följer fullmäktiges beslut och strategiska mål.
4.	Finns mål formulerade för styrelsens ekonomi?	Gul	Antagen budget är att betrakta som ett mål för ekonomin. Nämnden har i sin reviderade verksamhetsplan – 2025-06-03 § 104 – beslutat om en budget i balans för året. Budgeterade intäkter enligt budget beräknas till 278 mnkr och 535,6 mnkr i kommunbidrag. Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i> . Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Kommunstyrelsen ska ha stark finansiell ställning</i> . (Forts. nästa sida)

Sid 28(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar Sid 29(364)
4.	Finns mål formulerade för styrelsens ekonomi?	Gul	<i>(Forts.)</i> Indikatorerna Gävle kommuns kostnad för räddningstjänst, Gävle kommuns kostnad för Räddningstjänst per invånare, Nämndens verksamhetskostnader per invånare, Nämndens kostnader för Totalförsvaret och samhällsskydd, Nämndens kostnader för Nämnd/styrelseverksamhet, Kostnad för friskvårdsbidraget till anställda, Kostnader för facklig tid inom kommunen, Nämnden har en budget i balans och dvs ett resultat >0% anges kopplade till delmålet. Samtliga indikatorer saknar målvärden.
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	I verksamhetsplanen återfinns mål för ekonomin. Vi kan konstatera att det ej har beslutats om målvärden i verksamhetsplanen men att indikatorerna överlag är mätbara.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Enligt kommunstyrelsens verksamhetsplan används mätetal för att kontrollera ekonomi, prestationer och kvalitet. Här är hur de tillämpas: Ekonomi: Budgetuppföljningar och nyckeltal som intäkter, kostnader, samt avvikelser från budget används för att övervaka den ekonomiska balansen. Prestationer: Indikatorer som kopplas till specifika mål inom verksamheten, t.ex. antal genomförda projekt eller uppnådda målvärden, används för att mäta effektiviteten. Kvalitet: Kvalitetsmätningar genom medborgarundersökningar, uppföljning av verksamhetsresultat, och jämförelser med nationella standarder används för att säkerställa att resurser används effektivt och ger önskad kvalitet.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
7.	Har styrelsens upprättat instruktion för rapportering till styrelsen avseende ekonomi?	Grön	<p>Kommunstyrelsen har tydliga instruktioner för ekonomisk rapportering, vilket framgår av verksamhetsplanen. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet.</p> <p>Av instruktionerna framgår att ekonomisk rapportering sker regelbundet genom månads-, delårs- och årsrapporter som redovisar budgetutfall, prognoser, avvikelser och investeringar.</p>
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Styrelsen får regelbundna ekonomiska rapporter och tertialuppföljningar enligt beslutade riktlinjer. Rapporteringen fokuserar på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi. Enligt anvisningar granskas budgetutfall, prognoser och investeringar noggrant. Ekonomiska indikatorer och mätetal används för att analysera om målen uppnås, och det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet</p> <p>Rapporterna inkluderar också analyser kopplade till målens påverkan på verksamheten, som kostnadseffektivitet, investeringarnas avkastning och jämförelser med andra kommuner.</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas även pågående arbete med anledning av den ekonomiska rapporteringen. I rapporteringen kommenteras i löpande text det pågående arbetet utifrån ekonomiska utvecklingen. (Forts. nästa sida.)</p>

Sid 30(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 31(364)</p> <p>(Forts). För den egna verksamheten har styrelsen erhållit följande prognoser under året:</p> <ul style="list-style-type: none">• April: +27,9 mnkr• Augusti: +93,5 mnkr <p>Styrelsen har under året per april fått ekonomiska månadsrapporter för kommunen och de kommunala bolagen. I samband med rapporteringen lämnas även en översiktlig prognos för finansförvaltningen. Utöver detta lämnas även rapportering från nämnderna till styrelsen i samband med delårsrapport 1 och 2.</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Den är regelbunden och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>Vid styrelsens sammanträden har följande rapportering skett:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2025-04-08 § 84: Årsredovisning 2024 kommunkoncernen• 2025-04-08 § 86: Kommunstyrelsens verksamhetsrapprt per helår• 2025-04-08 §85 Kommunstyrelsens månadsrapport jan-feb 2025• 2025-06-03 § 103: Delårsrapport 1 2025• 2025-10-14 § 187: Delårsrapport 2 2025 för kommunstyrelsen• 2025-10-28 §215 Kommunstyrelsens månadsrapport jan-sept 2025• 2025-12-02 § 242: Kommunstyrelsens månadsrapport jan-okt 2025 <p>(Forts. nästa sida.)</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 32(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.) Styrelsen har under året även tagit del av rapportering avseende kommunkoncernens ekonomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-04-08 § 84: Årsredovisning 2024 (inkl. helägda- och delägda bolag) • 2025-06-09 § 141: Delårsrapport 1 2025 • 2025-10-14 § 188: Delårsrapport 2 2025 för kommunen • 2025-11-25 § 218: Anmälan av kommunplan med årsbudget 2026
10.	När styrelsen uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>Kommunstyrelsens totala resultat uppgick till 162,9 mnkr, i jämförelse med reviderad budget på 84,7 mnkr. Det innebär en positiv avvikelse med +78,2 mnkr.</p> <p>Summering av resultatet utifrån styrelsens verksamhetsområden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • För den egna verksamheten redovisar styrelsen ett positivt resultat på 30 mnkr jämfört med en budget om 0 mnkr, • Exploateringsresultat uppgår till 89,4 mnkr mot en budget på 84,7 mnkr vilket ger en positiv budgetavvikelse om 4,7 mnkr. Verksamhetskostnader/övriga intäkter för exploateringsverksamhet uppgår till 18,1 mnkr. • Realisationsresultatet hos markreserven uppgår till 20,8 mnkr och verksamhetskostnader/övriga intäkter markreserv 2,1 mnkr. <p>Kommunstyrelsens mål avseende stark finansiell ställning bedöms uppnås för året.</p>

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar Sid 33(364)
11. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
12. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Gul	7 mål prognostiseras bli uppfyllda, 11 mål prognostiseras nära att uppnås men uppfylls inte helt och 2 mål rapporteras inte per delår 1.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Gul	10 mål prognostiseras bli uppfyllda och 10 mål prognostiseras nära att uppnås men uppfylls inte helt per delår 2.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Gul	10 mål bedöms uppfyllda och 10 mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte helt per bokslutet.

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar Sid 34(364)
13. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grå	E/T, årsprognos ges ej då målet beslutats under delår 1 och följs upp fr.o.m. delår 2.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Gul	I delårsrapport 2 prognostiseras målet uppnås. 5 indikatorer prognostiseras uppnås, 1 prognostiseras nära att uppnås men uppfylls inte helt uppnås och 2 prognostiseras stora avvikelser.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Gul	I årsredovisningen framgår att det finansiella målet bedöms uppfyllt. 4 indikatorer bedöms uppnås, 1 prognostiseras nära att uppnås men uppfylls inte helt och 3 prognostiseras stora avvikelser.
14. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen avvikelse mellan prognos per delårsrapport 2 och resultat i verksamhetsrapport per helår noterad.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport 2 och resultat i verksamhetsrapport per helår noterad.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har styrelsen antagit en plan för den egna verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-03 § 236. Sid 35(364)
19.	Finns mål formulerade för styrelsens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har styrelsen utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Styrelsen har formulerat verksamhetsmål kopplat till samtliga av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Grön	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer för nämndens strategiska mål. Målvärden framgår endast för en indikator. Revidering av verksamhetsplanen har skett vid nämndens möte 2025-06-03 § 104 då ett finansiellt mål kompletterades.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti framgår bedömning och delvis även prognos för styrelsens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av styrelsens verksamhet kopplat till målen samt en redovisning av indikatorerna. För indikatorerna redovisas endast utfall för ett fåtal men det framgår en bedömning per indikator. För flera av målen framgår även en analys av indikatorerna i text. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål och för vissa mål framgår även en prognos. Totalt bedöms sju mål uppnås, 11 mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 1 och för två mål framgår att det är en stor avvikelse mot målet. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 36(364)</p> <p><i>Forts.</i> I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av styrelsens verksamhet kopplat till målen samt en redovisning av indikatorerna. För indikatorerna redovisas endast utfall för ett fåtal men det framgår en bedömning per indikator. För flera av målen framgår även en analys av indikatorerna i text.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål och för vissa mål framgår även en prognos. Totalt bedöms tio mål uppnådda och tio mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 2.</p> <p><i>Fördjupning om rapporteringen omfattar prognos kommenteras i delfrågor 12a-c.</i></p>
22.	Vidtar styrelsen tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att styrelsen har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål.</p>
23.	Når styrelsen uppsatta mål för verksamheten?	Gul	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att styrelsen bedömer att tio mål uppnås samt att tio mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 37(364)

Valt mål:

2.2.5 Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare

2.2.5.1 Kommunstyrelsen (och Gävle kommun) ska vara en attraktiv arbetsgivare

Indikator:

Kommunstyrelsen ska ta fram konkreta mål för minskad sjukfrånvaro, färre timvikarier och för ökad andel medarbetare som arbetar heltid

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs en redovisning av indikatorn och en övergripande analys utifrån de tre områdena i indikatorn. Indikatorn bedöms gul. Av redovisningen framgår att sjukfrånvaron bedöms ha en positiv trend med en rejäl sänkning året innan, att andelen timvikarier är färre samt att antalet medarbetare som arbetar heltid ligger kvar på samma nivå som tidigare.

I delårsrapporten kommenteras inte hur arbetet fortskrider för att nå målet, dvs det kommenteras inte hur arbetet med konkreta mål fortskrider utan endast utvecklingen inom de tre områdena.

Måluppfyllelsen bedöms som gul.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs en redovisning av arbete inom de tre områdena i indikatorn samt en analys av sjukfrånvaro. Det beskrivs hur kommunstyrelsen arbetar med e-utbildningar kopplat till sjukfrånvaro, kompetenshöjande insatser för timvikarier samt införandet av NPs för att kunna mäta huruvida medarbetare rekommenderar kommunen som arbetsgivare.

I analysen av sjukfrånvaron konstateras att det samtliga ålderskategorier har höjd sjukfrånvaro men att två sektorer har lägre sjukfrånvaro än tidigare.

I delårsrapporten kommenteras inte hur arbetet fortskrider för att nå målet, dvs det kommenteras inte hur arbetet med konkreta mål fortskrider utan endast utvecklingen inom de tre områdena. Måluppfyllelsen bedöms som gul.

Stickprov måluppfyllelse forts.

Sid 38(364)

lakttagelser från verksamhetsrapport per helår

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet är nära att uppfyllas men inte uppfylls helt. Det framgår att indikatorn bedöms nära att uppfyllas men inte uppfylls helt.

Av kommentarerna till målet framgår en kort beskrivning av statistik kopplat till en analys av indikatorn. Det framgår av texten att sjukfrånvaron har sänkts från föregående år samt att det finns ett behov av att utveckla den personalstatistik som finns bland annat genom utökning. Det finns även ett behov av att kvalitetssäkra statistiken för att kunna göra bättre och mer säkra analyser. Av målanalysen framgår även en beskrivning av utvecklingsarbeten som genomförts under året. Kommunen fortsätter att arbeta utifrån kompetensförsörjningsstrategins fyra delområden.

Kommentarer

Vi kan konstatera att indikatorn har formulerats som en aktivitet genom att styrelsen konkret ska formulera mål kopplat till måluppfyllelsen. Av rapporteringen under året har det framgått en beskrivning av arbete och utveckling kopplat till indikatorn inom de tre områdena. Det framgår även en kortare analys av sjukfrånvarons utveckling i delårsrapport 2

Under året har det inte kommenterats hur arbetet med att formulera mål fortskrider utan endast generella analyser och beskrivningar av arbete som har bäring på de tre områdena i indikatorn. Det blir därför svårt att göra en bedömning av hur arbetet med målet fortskrider eftersom arbetet med framtagande av mål ej kommenteras. Det framgår delvis hur arbetet fortskrider för att minska sjukfrånvaron och att det kompetensutveckling för timvikarier. Av helårsrapporteringen framgår att målet bedöms delvis uppfyllt men i beskrivningen kommenteras inte arbetet med att ta fram mål utöver att personalstatistiken behöver utvecklas. Det beskrivs inte hur arbetet med framtagande av mål har bedrivits under året.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 39(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Vi har inte tagit del av någon separat dokumenterad riskanalys för nämnden. I nämndens internkontrollplan finns en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 40(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-11 § 45.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk att det saknas ändamålsenliga rutiner, kontroller och årshjul för pensionsadministration • Risk för säkerhetsincidenter i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar eller informationsförlust • Risk för tekniska driftsstörningar i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar och informationsförlust • Risk för köp utanför avtal, inköpssystem och rutinerna för registrering av utförd direkt upphandling • Risk att det övergripande arbetsgivaransvaret med fokus på arbetsmiljö inte efterlevs • Risk att negativt resultat i Medarbetarundersökningen, MAU, indikerar försämrade förutsättningar för en god arbetsprestation <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 41(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svårighet att hitta rätt kompetens till ledar- och specialistfunktioner • Risk att det försämrade omvärldsläget påverkar Gävle kommun • Risk att den grova brottsligheten påverkar Gävle kommun <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.</p>
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	<p>Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk att det saknas ändamålsenliga rutiner, kontroller och årshjul för pensionsadministration: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för säkerhetsincidenter i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar eller informationsförlust: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för tekniska driftsstörningar i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar och informationsförlust: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	<p style="text-align: right;">Sid 42(364)</p> <p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk att det övergripande arbetsgivaransvaret med fokus på arbetsmiljö inte efterlevs: 3 kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. ett kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. <i>Justeringar och förtydligande av SAM-indikatorer</i> beskrivs inte kunnat genomföras enligt plan på grund av personalbrist. • Risk att negativt resultat i Medarbetarundersökningen, MAU, indikerar försämrade förutsättningar för en god arbetsprestation: ett kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse och ett kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Kontrollmoment <i>Andel arbetsgrupper (i procent) som inte uppnår HME-index över 77</i> visar att 22 procent av arbetsgrupperna inte uppnått ett indexvärde för HME på 77 eller mer. Siffrorna från en undersökning som genomfördes under senhösten 2024. Ny undersökning är inte datumsatt. • Svårighet att hitta rätt kompetens till ledar- och specialistfunktioner: ett kontrollmoment får bedömningen grön utan avvikelse och ett gul med mindre avvikelse. • Risk att det försämrade omvärldsläget påverkar Gävle kommun: 2 kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. • Risk att den grova brottsligheten påverkar Gävle kommun: 2 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. <p>Risk för köp utanför avtal, inköpssystem och rutinerna för registrering av utförd direkt upphandling följs inte upp i rapporten. Anledningen till detta lyfts inte. Risken avseende köp utan avtal följs inte upp i rapporteringen. Rapporteringen fokuserar inte på analys, endast resultat.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 43(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Gul	För majoriteten, men inte alla, av kontrollmomenten där avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen. För samtliga avvikelser ges anledning till avvikelsen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>

Exploateringsverksamheten

Sid 44(364)

Av kommunstyrelsens verksamhetsplan framgår att stora investeringar i exploateringsverksamheten är planerade för perioden 2025–2028. Budgeten uppgår till 313,9 mnkr för perioden.

För år 2025 planeras 188,8 mnkr i exploateringsinvesteringar fördelat på 137,3 mnkr i anläggningstillgångar respektive 51,5 mnkr i omsättningstillgångar. Beräknat utfall på anläggningstillgångar omfattar framförallt de projekt som specificerats nedan. Beräknat utfall på omsättningstillgångar omfattar Ersbo syd etapp 4.

Årets prioriterade projekt är enligt verksamhetsplanen:

- Södra Hemlingby Handel
- Gavlehov västra
- Västra Kungsbäck
- Godisfabriken
- Ersbo syd etapp 4 (både anläggning och omsättning)

Exploateringsverksamheten

Sid 45(364)

laktagelser från granskning av delårsrapport 1

Exploateringsresultatet per delår 1 uppgår till 51,7 mnkr i jämförelse med årsbudget 84,7 mnkr vilket ger negativ prognostiserad årsavvikelse på -33 mnkr.

Av redovisningen kan vi konstatera att det är stora intäktsavvikelser mot budget, framför allt kopplade till försenade projekt: Gavlehov Västra, Godisfabriken, Baggarevarvet, Västra Kungsbäck etapp 2 samt ospecificerade projekt. Totalt är exploateringsintäkterna ca -27,6 mnkr mot budget.

Vi kan konstatera att förseningar i projekt leder till lägre intäkter, lägre konsult- och projekteringskostnader och senarelagda investeringar. Exploateringsintäkterna är lägre än budget, främst på grund av: försenade entreprenader, försenade besiktningar, ändrade tidplaner, lägre efterfrågan i lågkonjunktur samt ökade interna räntekostnader belastar resultatet. Konsult- och projekteringskostnader lägre än budget på grund av effektiviseringskrav.

Gällande Investeringar inom exploatering uppvisar även de avvikelser – främst p.g.a. förseningar där det bland annat omnämns Västra Kungsbäck etapp 2, Gävle Västra stationsområde, Forsbacka norra samt Järvstaglantan etapp 2. Samlad positiv avvikelse: ca 20 mnkr (lägre kostnader på grund av fördröjningar).

För Gavlehov Västra redovisas en avvikelse om -10,4 mnkr p.g.a. framflyttad projektgenomförande.

laktagelser från granskning av delårsrapport 2

Exploateringsresultatet per delår 2 uppgår till 54,8 mnkr i jämförelse med årsbudget 84,7 mnkr vilket ger negativ prognostiserad årsavvikelse på -29,9 mnkr.

Av delårsrapporten framgår att det är förbättrat exploateringsresultat jämfört med delår 1 vilket kan tyda på att försäljningar/intäkter realiserats under sommaren. Dock fortsatt lägre än historiskt och fortsatt påverkat av: osäker efterfrågan, effektbrist, konjunktur, förseningar i prioriterade projekt.

Exploateringsredovisning

Sid 46(364)

lakttagelser från verksamhetsrapport per helår

I verksamhetsrapporten för helåret finns ett avsnitt rörande exploateringsverksamheten. Där framgår att exploateringsverksamheten är uppbyggd med en projektredovisning som anpassas efter resultaträkningens intäkter och direkta kostnader, samt investeringsredovisningen med anläggningstillgångar och omsättningstillgångar, vilket påvisar exploateringsnettot i perioden för projektredovisningen.

Av texten framgår att nettot för exploateringsverksamheten för år 2025 uppgår till -4,9 mnkr.

I årsredovisningen framgår att det den aktiva exploateringsportföljen beräknades att totalt investera -1751,1 mnkr i allmän platsmark. Totalt för år 2025 har redan 672,4 mnkr investerats. Det framgår att -580,7 mnkr är aktiverat genom åren varav det under år 2025 har upparbetade investeringar på -99,9 mnkr aktiverats i anläggningsreskontran och överförts till samhällsbyggnadsnämnden som färdigställda.

Exploateringsresultatet avser resultatet av avyttring av omsättningstillgångar, exploateringsersättning och markanvisningsavgift. Av årsredovisningen framgår att utfallet för året är 89,4 (91,4) mnkr att jämföra med budget på 84,7 (151,5) mnkr, vilket ger en positiv årsavvikelse på 4,7 (60,1) mnkr. Avvikelsen hänförs till att tomtförsäljningar har skjutits till år 2026 samt avvikelser i enskilda projekt.

lakttagelser från protokollsgenomgång:

Inom ramen för granskningen har en protokollsgenomgång gjorts. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen hanterat exploateringen enligt följande:

- 2025-04-08 § 85 Månadsrapport inkl exploateringsredovisning (bilagor exploatering)
- 2025-06-09 § 140 Investering- och exploateringsbudget 2026–2029
- 2025-10-14 § 187 Delårsrapport 2 kommunstyrelsen
- 2025-10-14 § 188 Delårsrapport 2 Kommunen och de kommunala bolagen
- 2025-12-02 § 259 Exploateringsavtal Duvbacken

Exploateringsredovisning

Sid 47(364)

Noteringar från avstämningar

Inom ramen för årets grundläggande granskning har avstämning gjorts med verksamhetsföreträdare kopplat till exploateringsredovisningen. Vid avstämning framgår att budgeteringen sker utifrån rutiner och riktlinjer som har utvecklats under de senaste åren. Det har varit ett fokuserat arbete på budgetering och projektkalkylerna för att kunna följa arbetet löpande. Projektkalkylerna utarbetas och följs av projektledarna men löpande uppföljning sker tillsammans med enhetschef och en exploateringscontroller. Enheten har utarbetat en modell med trafikljus för att ytterligare tydliggöra avvikelser m.m. inom respektive projekt. Det framhålls att det finns en god kontroll men att avvikelser som uppstår till följd av externa faktorer (väder, tjäle, förseningar, faktureringstider från entreprenörer m.m.) är svåra att förutse men att arbetssättet med löpande uppföljning stärker prognosarbetet och underlättar budgeteringen framåt. En utmaning som lyfts är dock att förutse vad projekt kommer att kosta innan upphandlingen är genomförd. Upphandlingen påverkas av marknadsläget och förutsättningarna uppges variera utifrån detta.

Det finns även faktorer som påverkar intäktssidan där de har rutiner som tydliggör att dessa endast budgeteras när de har ett namngivet avtal. Arbetssättet kan dock innebära att intäkter budgeteras men att förändrade förutsättningar för köparen gör att intäkten uteblir vilket kan leda till stora fluktuationer på intäktssidan. Andra faktorer som har blivit mer kännbara kopplat till budgetering av projekten är variationer på marknaden som påverkar priser (intäkter/kostnader) men även att det är svårt att beräkna när projekt startar/kommer igång. Tidsåtgång för upphandling, uppstart från entreprenör etc. är svårare att beräkna idag.

Exploateringsverksamhetens investeringar i anläggningstillgångar (avvikelse mot budget)

Sid 48(364)

Projekt	Delårsrapport 1	Delårsrapport 2	Årsredovisning
Västra Kungsbäck	20 mnkr	8,2 mnkr	10,9 mnkr
Godisfabriken	6,7 mnkr	6,7 mnkr	13,8 mnkr
Gavlehov Västra	10,4 mnkr	13,6 mnkr	15,5 mnkr
Ersbo etapp 4 Anläggningstillg	-2,1 mnkr	-5,3 mnkr	- 7 mnkr
Ersbo etapp 4 Omsättningstillg	6,8 mnkr	39,5 mnkr	41 mnkr
Utfall	17,0 mnkr	45,7 mnkr	52,7 mnkr
Prognos för helåret (budgetavvikelse inom parantes)	109 mkr (+28,3 mnkr)	97,7 mnkr (39,6 mnkr)	-

Exploateringsresultat

Sid 49(364)

	Delårsrapport 1	Delårsrapport 2
Exploateringsresultat Prognos (budget inom parantes)	51,7 mnkr (84,7 mnkr)	54,8 mnkr (84,7 mnkr)
Prognostiserad årsavvikelse	-33 mnkr	-29,9 mnkr
Försäljning av tomtmark	18,8 mnkr (19,5 mnkr)	18,8 mnkr (19,5 mnkr)
<i>Prognostiserad årsavvikelse</i>	-2,5 mnkr	-0,7 mnkr
Exploateringsersättning och markanvisningsavgift	44,7 mnkr (69,7 mnkr)	45,2 mnkr (69,7 mnkr)
<i>Prognostiserad årsavvikelse</i>	-25,0 mnkr	-24,5 mnkr
Exploateringsverksamhetens driftskostnader och övriga intäkter	11,5 mnkr (0 mnkr)	16,5 mnkr (0 mnkr)
<i>Prognostiserad årsavvikelse</i>	11,5 mnkr	16,5 mnkr



Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Sammanfattning Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Sid 51(364)

Har arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden till stor del har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året ett underskott om –6 mnkr för året varav 16,5 mnkr avser kostnader för trygghetsanställda.

Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett underskott hela året. Det framgår i rapporteringen att det pågår ett åtgärdsarbete för att nå en ekonomi i balans. Förväntad effekt av åtgärderna rapporteras löpande till nämnden tillsammans med rapportering av den ekonomiska utvecklingen. Åtgärderna som påbörjades under 2024 finns specificerade i delårsrapporterna och redovisas till nämnden. Vi bedömer att åtgärderna under året har varit tydliga men inte varit tillräckliga för att nå en ekonomi i balans under år 2025. Vi ser det som väsentligt att åtgärdsarbetet fortsätter systematiskt och att ytterligare åtgärder vidtas för att fortsätta ha en ekonomi i balans.

Utifrån fullmäktiges beslut att nämnder med kostnader för trygghetsanställda får redovisa underskott kopplat till de specifika kostnaderna gör vi bedömningen att redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden utöver kostnaderna för trygghetsanställda har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram.

Nämnden har antagit en verksamhetsplan för året som omfattar mål för verksamheten. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att tolv mål uppnås, att åtta mål är nära att uppnås men inte uppfylls samt att två mål inte uppfylls. Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat är delvis förenligt med beslutade mål.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att stärka den interna kontrollen.

Sammanfattning Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Sid 52(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden till stor del vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi. Den ekonomiska rapporteringen har omfattat prognos för helåret. Vi kan inte styrka att nämnden i större utsträckning har beslutat om tydliga åtgärder kopplat till den rapporteringen avseende måluppfyllelse för verksamhetsmålen. Nämnden har delvis beslutat om tydliga åtgärder för att nå de ekonomiska målen.</p>
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Gul	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat är delvis förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att tolv mål uppnås, att åtta mål är nära att uppnås men inte uppfylls samt att två mål inte uppfylls.</p>
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	<p>Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden redovisar ett resultat för året om -6 mnkr. I nämndens resultat ingår kostnaden för sk trygghetsanställningar vilket motsvarar kostnader om ca 16,5 mnkr. I juni beslutade kommunfullmäktige i samband med delårsrapport 1 att de nämnder som har trygghetsanställda tillåts redovisa underskott kopplat till kostnaderna för detta. Vidare framgår av beslutet att kommunfullmäktige fastställer en långsiktig hantering och finansiering av trygghetsanställda i budget och kommunplan för 2026.</p> <p>Utifrån fullmäktiges beslut att nämnder med kostnader för trygghetsanställda får redovisa underskott kopplat till de specifika kostnaderna gör vi bedömningen att redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden utöver kostnaderna för trygghetsanställda har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram.</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 53(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1.	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Nämndens budget antogs i nämnden 2024-12-11 § 156.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-11 §156 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2025.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar flera aspekter av nämndens verksamheter enligt verksamhetsplanen.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin reviderade verksamhetsplan – reviderad 2025-05-27 § 55 – beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter enligt budget beräknas till 228,9 mnkr och 1 263,2 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i>. Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Arbetsmarknads- och funktionsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet</i>. Indikatorerna <i>Kostnad ekonomiskt bistånd, kr/inv, Kostnad funktionsersättning LSS-boenden, kr/brukare</i> samt <i>Kostnad kommunal gymnasial vuxenutbildning, kr/heltidsstuderande</i> anges kopplade till delmålet.</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 54(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Indikatorerna för delmålet beskrivs under fråga 4. <i>Kostnad ekonomiskt bistånd, kr/inv, Kostnad funktionsersättning LSS-boenden, kr/brukare</i> samt <i>Kostnad kommunal gymnasial vuxenutbildning, kr/heltidsstuderande</i> saknar specifikt numerärt målvärde för 2025. Som målvärde anges endast att kostnader ska minska.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Månadsrapporter innehåller mätetal för ekonomin, prestationer och kvalitet.</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från sektor styrning och stöd.</p>
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin. <i>(Forts. nästa sida)</i></p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<i>(Forts.)</i> Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: <ul style="list-style-type: none">• Februari: -20 mnkr• Mars: -20 mnkr• April: -20 mnkr• Augusti: -14 mnkr• September: -14 mnkr• Oktober: -11 mnkr• November: -7 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden: <ul style="list-style-type: none">• 2025-02-26 §§ 5, 6, 8: Ekonomisk månadsrapport, årsredovisning 2024, åtgärder och återrapportering utifrån budget 2025• 2025-03-26 § 24: Ekonomisk månadsrapport• 2025-04-29 § 34: Ekonomisk månadsrapport• 2025-05-27 §§ 52, 53, 55: Ekonomisk månadsrapport, delårsrapport 1, revidering verksamhetsplan (inkl. budget och finansiellt mål)• 2025-09-25 §§ 80, 81: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsrapport delår 2• 2025-10-22 § 106: Ekonomisk månadsrapport• 2025-11-26 § 126: Ekonomisk månadsrapport• 2025-12-10 §§ 144, 146, 147: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsplan 2026, budget 2026

Sid 55(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	<p style="text-align: right;">Sid 56(364)</p> <p>I delårsrapporten per april framgår att det finansiella målet med tillhörande indikatorer följs upp i delårsrapport 2. I budgetuppföljningen framgår att nämndens resultat per delår 1 uppgår till +10,2 mnkr mot ett budgeterat resultat om +9,8 mnkr. Årets resultat prognostiseras till 0 mnkr i budgetuppföljningen vilket är i enlighet med budget.</p> <p>I delårsrapport per augusti framgår att det finansiella målet bedöms delvis uppfyllt. Rapporten omfattar en prognos på måluppfyllelse för de tre indikatorerna där en indikator prognostiseras att uppfyllas, en indikator prognostiseras att delvis uppfyllas och en indikator ej prognostiseras uppfyllas. Prognostiserat resultat per helår framgår delvis av rapporten. I budgetuppföljningen framgår att nämndens resultat efter kommunbidrag uppgår till -1,3 mnkr mot ett budgeterat resultat per delår 2 om +0,4 mnkr. Årets resultat prognostiseras till -14 mnkr mot ett budgeterat resultat på 0 mnkr. De positiva avvikelserna drivs framför allt av högre intäkter från Migrationsverket kopplade till ukrainska medborgare som nu folkbokförts i Sverige. Samtidigt förklaras de största negativa avvikelserna av ökade kostnader för köp av externa LSS-gruppboenden för både barn och vuxna, samt höga personalkostnader i gruppboenden som drivs i egen regi.</p> <p>I verksamhetsrapporten för helår beskrivs framgår att det finansiella målet bedöms delvis uppfyllt. Indikatorn <i>Kostnad ekonomiskt bistånd, kr/inv</i> uppnås inte, indikatorn <i>Kostnad funktionsnedsättning LSS-boenden, kr/brukare</i> uppnås delvis och indikatorn <i>Kostnad kommunal gymnasial vuxenutbildning, kr/heltidsstuderande</i> bedöms uppnås. (Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	<p style="text-align: right;">Sid 57(364)</p> <p>(Forts.) Enligt verksamhetsrapporten för helår 2025 uppgår årets resultat till - 6 mnkr för hela nämndens ansvarsområde vilket avviker negativt mot budgeterat resultat om 0 mnkr.</p> <p>Nämndens personalkostnader har totalt sett minskat jämfört med föregående år, trots fortsatt behov av bemanningssjuksköterskor och resurskrävande individuella lösningar inom boendestöd. Samtidigt har kostnaderna för köpta platser enligt LSS och SoL ökat, liksom behovet av utredningsplatser enligt HSL som är särskilt kostsamma. Antalet personer med beviljad daglig verksamhet i kommunen fortsätter att stiga, vilket kräver fler lokaler. Då lokalytan inte har utökats i samma takt uppstår betydande utmaningar och en risk för framtida viten.</p> <p>Fortsatt lyfts i verksamhetsrapporten för helår att nämndens underskott i praktiken motsvarar kostnaden för trygghetsanställningarna, då dessa inte finansieras genom kommunbidrag utan belastar övrig verksamhet. Om nämnden hade fått full finansiering för trygghetsanställningarna (16,5 mnkr) skulle resultatet varit positivt. Kommunfullmäktige har i delårsrapport 1 tydliggjort att nämnder med trygghetsanställda får redovisa underskott kopplat till dessa, och att långsiktig finansiering ska fastställas i budget och kommunplan för 2026.</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	<p style="text-align: right;">Sid 58(364)</p> <p>I delårsrapport per april respektive per augusti framgår en beskrivning av åtgärder som vidtagits med anledning av underskottet och för att nå en ekonomi i balans.</p> <p>I delårsrapporten per april beskrivs att trots att nämndens tidigare besparingsåtgärder har gett positiva effekter på ekonomin, beräknas årets resultat ändå landa på -20 mnkr. Av detta utgör 3,2 mnkr skillnaden mellan faktiskt och budgeterat PO-påslag samt löneökningar. En central förklaring till underskottet är att kostnaderna för de så kallade trygghetsanställningarna, motsvarande 16,5 mnkr, inte är finansierade genom kommunbidrag utan i stället har belastat nämndens övriga verksamheter. Om nämnden i stället hade erhållit finansiering för trygghetsanställningarna skulle prognosen ha förbättrats avsevärt och uppgått till ett underskott på -3,5 mnkr.</p> <p>I delårsrapporten per augusti beskrivs fortsatt att de besparingsåtgärder nämnden arbetat med sedan föregående år ger goda effekter på det ekonomiska resultatet. Trots detta förväntas nämnden inte klara årets ram, prognosen uppgår till -14 mnkr (varav PO och löneökning 3,3 mnkr).</p> <p>I verksamhetsrapport per helår lyfts att nämnden fortfarande hanterat fortfarande ett underskott från 2024, vilket kommunstyrelsen beslutat fördela över tre år, med start 2025. För 2025 har nämnden därför tilldelats 24 mnkr extra, 2026 minskas kommunbidraget med 20 mnkr och 2027 med resterande 4 mnkr.</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 59(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Gul	Granskningen visar att det finns tydliga planer för besparingsåtgärder där ansvar och roller till viss del framgår men att det inte är helt tydligt kring tidsplan eller ansvarig för genomförandet.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grön	Löpande uppföljning sker av besparingsåtgärder vilket framgår av protokoll samt delårsrapporter.

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

Sid 60(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
14. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
15. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grön	9 mål prognostiseras bli uppfyllda, 6 mål prognostiseras nära att uppnås men inte uppfylls och 6 mål rapporteras inte per delår 1.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	9 mål prognostiseras bli uppfyllda, 9 mål prognostiseras bli nära att uppnås men inte uppfylls uppfyllda och 5 mål rapporteras inte per delår 2.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	12 mål bedöms uppfyllda, 7 mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls och 2 mål bedöms inte uppfyllda.

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

Sid 61(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
16. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grå	E/T, årsprognos ges ej då målet beslutats under delår 1 och följs upp fr.o.m. delår 2.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	I delårsrapport 2 prognostieras målet nära att uppnås men inte uppfylls. Indikatorn <i>Kostnad ekonomiskt bistånd, kr/inv</i> prognostieras inte uppnås, indikatorn <i>Kostnad funktionsnedsättning LSS-boenden, kr/brukare</i> prognostieras delvis uppnås och indikatorn <i>Kostnad kommunal gymnasial vuxenutbildning, kr/heltidsstuderande</i> prognostieras uppnås.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	I verksamhetsrapport per helår framgår att det finansiella målet bedöms nära att uppnås men inte uppfyllt. Indikatorn <i>Kostnad ekonomiskt bistånd, kr/inv</i> uppnås inte, indikatorn <i>Kostnad funktionsnedsättning LSS-boenden, kr/brukare</i> uppnås delvis och indikatorn <i>Kostnad kommunal gymnasial vuxenutbildning, kr/heltidsstuderande</i> bedöms uppnås.
17. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport 2 och resultat i årsredovisning noterad.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport 2 och resultat i årsredovisning noterad.

Granskningsiakttagelser - målstyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Sid 62(364) Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-11 § 155.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till två av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Grön	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och målvärden för nämndens strategiska mål. Målvärden har kompletteras i verksamhetsplanen i samband med delårsrapportering 1 i enlighet med kommunens anvisningar. Revidering av verksamhetsplanen har skett vid nämndens möte 2025-05-27 § 55.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen samt en redovisning av indikatorerna. För ett antal indikatorer saknas utfall men det framgår ett målvärde och en prognos. För ett antal indikatorer saknas utfall. För flera av målen framgår även en analys av indikatorerna i text. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Totalt bedöms nio mål uppnådda och sex mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 1. Det framgår även att uppföljning för två av målen sker i delårsrapport 2. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - målstyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 63(364)</p> <p><i>Forts.</i> I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen samt en redovisning av majoriteterna av indikatorerna. För ett antal indikatorer saknas utfall men det framgår ett målvärde och att målet mäts per helåret. För flera av målen framgår även en analys av indikatorerna i text.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms nio mål uppnådda och nio mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 2. För tre mål saknas bedömning.</p> <p><i>Fördjupning om rapporteringen omfattar prognos kommenteras i delfrågor 12a-c.</i></p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Genomförd protokollsgenomgång visar att nämnden i samband med hanteringen av delårsrapport 2 beslutar om justering av målvärde för ett mål vilket påverkar prognosen för nämnden. Vi har i protokollen i övrigt inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål. Av rapporteringen framgår delvis pågående arbete för att öka måluppfyllelsen.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att tolv mål uppnås, att åtta mål är nära att uppnås men inte uppfylls samt att två mål inte uppfylls.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 64(364)

Valt mål:

2.2.6 Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden ska arbeta för att individen genom effektiva arbetsmarknadsinsatser och kompetenshöjande insatser ska förflytta sig till egen försörjning. Nämnden arbetar samtidigt aktivt för att minska behovet av försörjningsstöd genom att fokuserat jobba med de individer som uppbär försörjningsstöd. Individerna ska bli delaktiga och inkluderade i samhället, med syfte att bli självförsörjande (motsvarar mål 3.13 i nämndens rapportering)

Indikatorer:

Antal försörjningsstödstagare som blivit självförsörjande genom arbete eller studier under 2025

Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd

Antal vuxna individer med ekonomiskt bistånd

Individer som slutför trappstegsutbildning

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet som helhet nära att uppnås men inte uppfyllt medan samtliga indikatorer prognostiseras att uppfyllas. Av analysen framgår att kraftigt minskande budget samt anställningsstopp har gjort att personalstyrkan dragits ner vilket ger effekter på kvalitet och utförande vilket påverkat kunderna. Status för indikatorer är vid delår 1 svårbedömd. Dessa sätts genomgående som "Uppnås" för helåret men detta kan revideras vid delår 2.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs bedömningen att målet som helhet nära att uppnås men inte uppfyllt uppfylls. Tre indikatorer prognostiseras att uppfyllas och en indikator nära att uppnås men inte uppfyllt uppfyllas. Det framgår i redovisningen att mätning av indikatorerna sker i samband med årsredovisningen.

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Sid 65(364)

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet som helhet uppfylls. Tre indikatorer uppfylls och en indikator nära att uppnås men inte uppfyllt. Den indikator som uppfylls nära att uppnås men inte uppfyllt är *Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd*. Indikatorn har utfallet 890 mot målvärdet 873.

Av kommentarerna till målet framgår en kort beskrivning kopplat till respektive indikator. Det tydliggörs exempelvis att antalet individer som gått till egen försörjning ökat rejält jämfört med föregående år. Det lyfts även att sammanhållna insatser i kombination med tydligt kundfokus har gett resultat men att kommunens anställningsstopp bidragit till utmaningar kopplat till leverans och kvalitet i insatser för målgruppen. Det pågår ett arbete med förberedelser för att möta kraven i aktivitetsreformen för att klara kraven som kommer att ställas fr o m 1 juli 2026.

I verksamhetsrapporten finns även en analys av indikatorerna där det påtalas att antalet kunder är i nivå med föregående år samtidigt som att antalet barn är kvar på den lägsta nivån sedan år 2020.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse har en tydlig koppling till indikatorernas resultat då tre av fyra indikatorer bedöms uppfyllda och målvärdet uppfyllts. Vi kan även konstatera att det av analysen av indikatorerna tydliggörs att måluppfyllelsen är bättre än tidigare år även ur ett längre perspektiv. Det framgår även en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet där det lyfts vad som har skett under året, kommentarer till förändringen samt vilka utmaningar som funnits och påverkat nämndens arbete.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov gör vi bedömningen att nämnden till stor del har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 66(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 67(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-02-26 § 16.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig • Felaktiga utbetalningar • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker • Ej avtalstrohet inom organisationen • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 68(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Felaktiga utbetalningar: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker: kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. Mindre avvikelse då nämnden behöver stärka kontrollen inom särskilt riskutsatta områden, främst personlig assistans och köp av vuxenutbildning. • Ej avtalstrohet inom organisationen: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Området beskrivs tydligt förbättrats under 2025 med bättre följsamhet till inköp inom avtal. • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar: 2 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse och 3 kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. En kvarstående utmaning som beskrivs är att göra ledningssystemet känt för alla medarbetare samt att uppdatera befintliga rutiner i ledningssystemet.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 69(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>

Trygghetsanställda: protokollgenomgång

Sid 70(364)

Datum, paragraf	Notering
2024-09-25 § 101	Finansiering saknas för trygghetsanställda, ca 20 mnkr. Detta lyfts som en av nämndens största negativa ekonomiska avvikelser. Kostnaderna är återkommande och saknar täckning i budget.
2024-10-23 § 118	Nämnden ger sektor Vårld i uppdrag att fram förslag för hur kostnaderna ska hanteras, särskilt när trygghetsanställda arbetar under annan nämnd.
2024-11-27 § 130	Nämnden uppdragas ta fram förslag till besparingar inför novembersammanträdet för att bromsa den ekonomiska utvecklingen.
2024-12-11 § 153	I den ekonomiska månadsrapporten för november konstateras att ekonomin fortsatt belastas kraftigt av LSS-kostnader och personalkostnader, där trygghetsanställda är en av stora poster utan finansiering.
2025-02-26 § 8	Budgetåtgärder. Nämnden kommer fortsatt bära kommunens lönekostnader för trygghetsanställda. Kostnaderna beräknas uppgå till 38-40 mnkr för 2026-2027. Frågan beskrivs som ett långsiktigt finansieringsproblem.
2025-03-26 § 24	Att nämnden ska bära kommunens lönekostnader för trygghetsanställda nämns som en del av förklaring till de stora negativa avvikelserna på helårsprognosen.
2025-05-17 § 52	Arbos tilldelas kommunbidrag för trygghetsanställda – andra enheter fått minskade anslag. Detta är ett resultat av besparingsbeslut i februari, där medel flyttats internt för att hantera kostnaderna.
2025-10-22 § 106	Finansiering saknas fortfarande. Kommunbidrag har fördelats om för att täcka trygghetsanställda. KF beslutade i T1 att nämnder med trygghetsanställda får redovisa underskott kopplat till detta om långsiktig finansiering beslutas i budget 2026.

Trygghetsanställda: dokumentgenomgång

Sid 71(364)

Dokument	Notering
Internbudget 2026 AFN	Nämnden har under två år genomfört beslutade besparingar i verksamheten. Inför 2025–2026 har kommunfullmäktige beslutat att nämnder som bär kostnader för trygghetsanställda inte behöver göra motsvarande besparingar . För nämnden handlar det om den kommunala delen av de trygghetsanställdas löner, samt den kommunala delen av handledarkostnader, samt kostnaderna för att organisera arbetet med trygghetsanställda (lednings- och stödfunktioner).
Delårsrapport T1 AFN	Det återkopplas i delårsrapport per sista april att lönekostnaderna för trygghetsanställda var lägre första kvartalet 2025 än planerat. Exempel på skäl som ges är att det dels beror på minskat antal trygghetsanställda till följd av Arbetsförmedlingens beslut i december 2023 om förbud mot vidareplacering i kommunalägda bolag. Fortsatt beskrivs att finansieringen för trygghetsanställningar – 16,5 mnkr – saknas och har i stället lösts genom intern omfördelning från övriga verksamheter.
Delårsrapport T2 AFN	Frågan berörs ej i delårsrapporten per sista augusti.
Årsredovisning AFN 2025	Det beskrivs i årsredovisningen för 2025 att finansieringen av de så kallade trygghetsanställningarna inte motsvarar deras faktiska kostnad på 16,5 mnkr, utan hanteras genom intern omfördelning från nämndens övriga verksamheter. Detta innebär i praktiken att nämnden skulle redovisa ett positivt resultat om kommunbidrag hade tilldelats även för denna verksamhet.

Trygghetsanställda - iakttagelser från granskning

Sid 72(364)

Iakttagelser

Av nämndens verksamhetsrapport för helåret framgår att finansieringen av trygghetsanställningar inte är hanterad motsvarande kostnaden som detta innebär för nämnden om 16,5 mnkr. Det framgår att en intern fördelning har skett från nämndens interna verksamheter vilket i praktiken innebär att nämnden redovisat en ekonomi i balans med ett överskott om detta finansierats inom ramen för kommunbidraget. Det framgår även att nämnderna som har trygghetsanställda tillåts av kommunfullmäktige att redovisa underskott kopplat till dessa och att en långsiktig hantering och finansiering av trygghetsanställda ska fastställas i budget och kommunplan för år 2026.

Fullmäktige beslutade i samband med hanteringen av Delårsrapport 1 år 2025 för kommunen och de kommunala bolagen (2025-06-16 § 2) ”att de nämnder som har trygghetsanställda tillåts redovisa underskott kopplat till dessa och att kommunfullmäktige fastställer en långsiktig hantering och finansiering av trygghetsanställda i Budget och Kommunplan 2026”.

Vid avstämning med verksamhetsföreträdare påtalas att om nämnden fått en kompensation för kostnaderna för trygghetsanställda inom ramen för kommunbidrag för år 2025 skulle de redovisa en ekonomi i balans för året. Vidare lyfts att beslutet som fattades av kommunfullmäktige i juni 2025 innebär att nämndens underskott godkänns eftersom underskottet är direkt hänförligt till kostnaderna för trygghetsanställningar.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens ekonomi under året har påverkats negativt av att finansiering av trygghetsanställda inte har omfattats av kommunbidraget. Vi kan utifrån genomförd granskning även konstatera att nämnden under året har behandlat kostnaderna för trygghetsanställda löpande. Det framgår på ett tydligt sätt omfattningen av kostnaderna och att kommunfullmäktige under året beslutat att nämnden tillåts att redovisa ett underskott med anledning av kostnaderna.

..

Vi noterar att nämnden under året har arbetat med åtgärder för att minska kostnaderna och nå en ekonomi i balans. Ett arbete har även pågått för att synliggöra hur verksamheten påverkas av kostnaderna för trygghetsanställda. Nämnden har utifrån det prognostiserade underskottet arbetat med att omfördela resurser och besparingar för att minska underskottet och bedriva verksamheten inom den tilldelade ramen.

Det framgår tydligt i rapporteringen under året att nämnden följd utvecklingen avseende kostnaderna för trygghetsanställningar.



Kultur- och fritidsnämnden

Sammanfattning Kultur- och fritidsnämnden

Sid 74(364)

Har kultur- och fritidsnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att kultur- och fritidsnämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året resultat om +12,1 mnkr för året. Det positiva resultat hänförs till lägre personalkostnader. Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos.

Nämnden har antagit en verksamhetsplan för året som omfattar mål för verksamheten. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att 15 mål uppnås och ett mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.

Sammanfattning Kultur- och fritidsnämnden

Sid 75(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden till stor del vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat i allt väsentligt är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att 15 mål uppnås och ett mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +12,1 mnkr. Det positiva resultatet beskrivs bl.a. vara hänförligt till lägre personalkostnader.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Nämnden har fastställt en budget för 2025 vid sammanträdet 2024-12-10 §137.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-10 §137 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2025 som fastställdes av kommunfullmäktige.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar nämndens samtliga verksamheter enligt reglementet.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan – reviderad 2025-05-26 § 61 – beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 105,2 mnkr och 411,8 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i>. Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Kultur- och fritidsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet</i>. Indikatorerna <i>Nettokostnader idrotts- och fritidsanläggningar, kr/invånare, Nettokostnad musik- och kulturskola, kr/invånare samt Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> anges kopplade till delmålet.</p>

Sid 76(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Indikatorerna för delmålet beskrivs under fråga 4. <i>Nettokostnader idrotts- och fritidsanläggningar, kr/invånare, Nettokostnad musik- och kulturskola, kr/invånare</i> samt <i>Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> saknar specifikt numerärt målvärde för 2025.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Det finns mätetal för ekonomi och prestationer.</p> <p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från sektor styrning och stöd.</p>
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Det finns mätetal för ekonomi och prestationer.</p> <p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p> <p>Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Februari: 0 mnkr • Mars: 0 mnkr • September: +6,6 mnkr • November: +15,2 mnkr

Sid 77(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>Löpande uppföljning av ekonomi har skett vid följande sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-02-18 § 5: Årsredovisning 2024 • 2025-03-25 § 22: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-22 § 34: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-26 § 59: Delårsrapport 1 2025 • 2025-09-23 § 76: Delårsrapport 2 2025 • 2025-10-21 § 92: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-09 §§ 111-12: Ekonomisk månadsrapport, internbudget 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens resultat per april är +10,2 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +0,7 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till +0 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den positiva avvikelsen bero på exempelvis personalkostnader som var 4,2 mnkr lägre än budgeterat.</p> <p>I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens resultat per augusti är +15,3 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeten för samma period om +0,3 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till +0,7 mnkr.</p> <p><i>(Forts. nästa sida)</i></p>

Sid 78(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	(Forts.) Enligt årsredovisningen för 2025 uppgår årets resultat till +12,1 mnkr för hela nämndens ansvarsområde mot en budget per helåret på 0 mnkr. Det positiva resultatet beskrivs bl.a. vara hänförligt till lägre personalkostnader.
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grå	Nämnden har en ekonomi i balans för år 2025. Det framgår dock att nämnden har en åtgärdsplan utifrån tidigare års ekonomiska underskott i syfte att nå en ekonomi i balans.
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.

Sid 79(364)

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Sid 80(364) Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-10 § 139.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till samtliga av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Grön	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och målvärden för två av nämndens strategiska mål. Till övriga mål har definierats aktiviteter.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de två målen där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna. Utfall framgår ej för samtliga indikatorer då flertalet endast mäts på helårsbasis. För målen där det beslutats om aktiviteter lämnas kommentarer till aktiviteterna. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Totalt bedöms 14 mål uppnådda och 2 mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 1. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 81(364)</p> <p><i>Forts.</i> I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de två målen där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna. Utfall framgår ej för samtliga indikatorer då flertalet endast mäts på helårsbasis. För målen där det beslutats om aktiviteter lämnas kommentarer till aktiviteterna.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms 15 mål uppnådda och ett mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 2.</p> <p><i>Fördjupning om rapporteringen omfattar prognos kommenteras i delfrågor 12a-c.</i></p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att 15 mål uppnås och att ett mål är nära att uppnås men inte uppfylls.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 82(364)

Valt mål:

2.2.6 Alla barn och elever ska ges möjlighet till kultur, skapande och simundervisning

Indikatorer:

Andel elever som tagit del av utbudet inom kulturtrappan 1)

Antal program direkt riktade mot barn och unga – konserthus 2)

Antal program direkt riktade mot barn och unga – bibliotek 3)

Andel elever från förskoleklass till och med årskurs 4 med godkänt i simskoleundervisning ska öka jämfört med föregående år 4)

Antal unika deltagare i Kulturskolans kursverksamheter inklusice El Sistema 5)

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet som helhet uppfylls men att redovisningen inte omfattar utfall för en enda indikator då mätning sker i samband med delårsrapport 2. Av analysen framgår att vilket arbete som pågår inom förvaltningen kopplat till målet.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs bedömningen att målet är nära att uppnås men inte uppfylls helt. Utfall redovisas för en indikator där det framgår att indikatorn bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt. Det framgår i redovisningen att mätning av indikatorerna sker i samband med helåret. Kopplat till redovisningen framgår en analys av indikatorn där verksamheten inte når upp till målet. Det framgår även en beskrivning av verksamhetens arbete utifrån målet under perioden.

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Sid 83(364)

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet är nära att uppfyllas men inte uppfylls helt. I redovisningen framgår att två indikatorer uppfylls och tre indikatorer är nära att uppnås men inte uppfylls helt. Av kommentarerna till målet framgår en kort beskrivning kopplat till respektive indikator.

En indikator som uppfylls delvis är *Andel elever från förskoleklass till och med årskurs fyra med godkänt betyg i simskoleundervisning ska öka jämfört med föregående år*. Indikatorn har utfallet 58,2 % mot målvärdet 66,9 %. Avvikelsen bedöms mindre. I analysen framgår att resultat har minskat med 3,7 procent med föregående år.

Indikatorn avseende *Antal unika deltagare i Kulturskolans kursverksamheter* uppgår till 2 343 st jämfört mot målvärdet om 3000 st. Avvikelsen bedöms mindre. I redovisningen framgår att detta delvis beror på vakanser till följd av anställningsstopp.

I verksamhetsrapporten finns även en beskrivning av arbetet som bedrivits inom året. Här omnämns bland annat att verksamheten har utrett möjligheten att erbjuda simlektioner för äldre elever som riskerar att inte klara kunskapsmålet vilket resulterat i att det finns utrymme i simskoleschemat för att erbjuda extra simlektioner.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse har en tydlig koppling till indikatorernas resultat då tre av fem indikatorer bedöms delvis uppfyllda och målet delvis uppfyllts. Vi kan även konstatera att analysen av indikatorerna tydliggör bedömningen avseende måluppfyllelse som lämnas för målet. Det framgår även en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet där det lyfts vad som har skett under året, kommentarer till förändringen samt vilka utmaningar som funnits och påverkat nämndens arbete.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov gör vi bedömningen att nämnden till stor del har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 84(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 85(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2024-12-10 § 140.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. • Risk att trygghetsronder inte följer upp jämlikhet och jämställdhet. • Risk för förtroendeskada om vi inte följer Lagen om offentlig upphandling. • Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrott, mutor och jäv. • Risk att invånare inte får ut offentliga handlingar på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering. <p><i>(Forts. nästa sida)</i></p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 86(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nämndbeslut genomförs inte. Delegationsordningen följs inte. Risk för felaktigt ekonomiskt resultat. <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet, efterlevnad av externa och interna regelverk samt tillförlitlig rapportering internt och externt.</p>
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	<p>Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. Risk att trygghetsronder inte följer upp jämlikhet och jämställdhet: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Rutin finns att planera, genomföra och följa upp Trygghetsronder. Någon Trygghetsrond har dock inte genomförts under 2025. Risk för förtroendeskada om vi inte följer Lagen om offentlig upphandling: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 87(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrott, mutor och jäv: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse.• Risk att invånare inte får ut offentliga handlingar på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse.• Nämndbeslut genomförs inte: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse.• Delegationsordningen följs inte: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse.• Risk för felaktigt ekonomiskt resultat: 1 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse, 2 kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse och 1 kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Kontrollmomenten med gul bedömning avser mindre avvikelser vid stickprovskontroller. Kontrollmomentet med röd bedömning avser kontroll av fakturor som ligger ohanterade vid periodstängning. Kontrollerade månader – juli och november – stängdes med 69 respektive 9 ohanterade fakturor. <p>Rapporteringen fokuserar på resultat och innehåller i låg grad analys.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 88(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grå	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen”.</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>



Omvårdnadsnämnden

Sammanfattning Omvårdnadsnämnden

Sid 90(364)

Har omvårdnadsnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att omvårdnadsnämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året resultat om +31,8 mnkr för året. Det positiva resultat hänförs till lägre personalkostnader, minskade volymer i hemtjänst och boenden samt statsbidrag. Lägre volymer och tomma externa platser bidrar positivt, liksom flera statsbidrag som inte budgeterats. Samtidigt är kostnaderna för hyrsjuksköterskor fortsatt höga. Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos.

Nämnden har antagit en verksamhetsplan för året som omfattar mål för verksamheten. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att 10 mål uppnås och 7 är nära att uppnås men inte uppfylls för året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med åtgärda riskerna.

Sammanfattning Omvårdnadsnämnden

Sid 91(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden i allt väsentligt vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetet med riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat i allt väsentligt är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att tio mål uppnås och att sju mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +31,8 mnkr. Resultatet beskrivs främst till följd av lägre personalkostnader, minskade volymer i hemtjänst och boenden samt statsbidrag. Lägre volymer och tomma externa platser bidrar positivt, liksom flera statsbidrag som inte budgeterats. Samtidigt är kostnaderna för hyrsjuksköterskor fortsatt höga.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Nämndens budget för verksamhetsåret 2025 antogs 2024-12-12 § 172. Sid 92(364)
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-12 § 172 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2025 som fastställdes av kommunfullmäktige.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten täcker alla verksamhetsområden, inklusive äldreomsorg, funktionshinderverksamhet och hälso- och sjukvård.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin reviderade verksamhetsplan antagen 2025-05-27 § 67 beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 256,9 mnkr och 1 480,4 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i>. Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Omvårdnadsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet</i>. Indikatorerna <i>Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv</i> samt <i>Kostnad ordinärt boende äldreomsorg, kr/inv</i> anges kopplade till delmålet.</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Indikatorerna för delmålet är de som beskrivs under 4. <i>Indikatorerna Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv</i> samt <i>Kostnad ordinärt boende äldreomsorg, kr/inv</i> saknar specifikt numerärt målvärde för 2025. Som målvärde anges att minska kostnadsnivå som målvärde istället för särskilt boende och att bibehålla kostnadsnivå för ordinarie boende.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har tydliga instruktioner för ekonomisk rapportering, vilket framgår av kommunplanen och reglementet samt anvisning från sektor styrning och stöd. Rapporteringen sker regelbundet genom månads-, delårs- och årsrapporter som redovisar budgetutfall, prognoser, avvikelser och investeringar.
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen fokuserar på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi. Det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet. Nämnden erhåller även prognos och utvärdering löpande under året. I delårsrapport 1 och 2 redovisas även pågående åtgärdsarbete kopplat till nämndens ekonomi. I rapporteringen kommenteras i löpande text för det pågående arbetet utifrån ekonomiska utvecklingen (<i>forts. nästa sida</i>).

Sid 93(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>(forts.)</p> <p>Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Februari: +5,7 mnkr • Mars: +5,7 mnkr • April: +32 mnkr • Augusti: +30 mnkr • September: +30 mnkr • Oktober: +30 mnkr • November: +30 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden under verksamhetsåret 2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-02-27 § 5: Ekonomisk månadsrapport • 2025-03-25 § 29: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-30 § 43: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 § 65: Ekonomisk månadsrapport • 2025-09-25 § 90: Ekonomisk månadsrapport • 2025-10-23 § 12: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-27 § 142: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-11 § 166: Ekonomisk månadsrapport <p>Rapportering av ekonomi sker även i samband med delårsrapport 1 och 2.</p>

Sid 94(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 95(364)</p> <p>I delårsrapporten per april framgår att nämndens ackumulerade resultat per april är +21,1 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten är för samma period om +12,5 mnkr. Den positiva avvikelsen förklaras främst av lägre personalkostnader samt lägre kostnader för köpt verksamhet. Den största negativa avvikelsen gäller kostnader för hysjuksköterskor. Fortsatt beskrivs att nämnden har fått cirka 3,7 mnkr mer i kommunbidrag och väntas därför redovisa ett motsvarande överskott vid årets slut. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till +32 mnkr.</p> <p>I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens ackumulerade resultat per augusti är +11,2 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +15,8 mnkr. De besparingsåtgärder som nämnden påbörjade under 2024 beskrivs ge goda ekonomiska effekter och nämndens prognostiserade helårsutfall per augusti uppgår till +30 mnkr, varav 3,4 mnkr avser PO-tillägg och löneökningar.</p> <p>I årsredovisningen uppgår årets resultat till +31,8 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Resultatet beskrivs främst till följd av lägre personalkostnader, minskade volymer i hemtjänst och boenden samt statsbidrag. Lägre volymer och tomma externa platser bidrar positivt, liksom flera statsbidrag som inte budgeterats. Samtidigt är kostnaderna för hysjuksköterskor fortsatt höga.</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 96(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapporter per april och augusti beskrivs de besparingsåtgärder nämnden arbetat med sedan 2024 som kan ge goda ekonomiska effekter. Den avsevärda förbättringen jämfört med föregående år tillskrivs det arbete med bemanningshandboken och utvecklingsstrategin som bedrivs inom samtliga enheter.</p> <p>I verksamhetsrapport per helår lyfts att nämnden hanterar fortfarande ett underskott från 2024, vilket kommunstyrelsen beslutat fördela över tre år, med start 2025. För 2025 har nämnden därför tilldelats 41 mnkr extra, 2026 minskas kommunbidraget med 15 mnkr och 2027 med resterande 26 mnkr.</p>
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grön	Vid samtliga sammanträden samt i månadsrapporterna diskuteras de ekonomiska åtgärder som beslutades inför 2025.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grön	Nämnden följer åtgärdsarbetet i samband med den ekonomiska rapporteringen.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
14. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
15. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grön	5 mål prognostiseras bli uppfyllda, 5 mål prognostiseras nära att uppnås men inte uppfyllas helt och 7 mål rapporteras inte/rapporteras per delår 2.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	7 mål prognostiseras bli uppfyllda, 9 mål prognostiseras nära att uppnås men inte uppfyllas helt och 1 mål rapporteras inte per delår 2.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	10 mål bedöms uppfyllda och 7 mål bedöms nära att uppnås men inte uppfyllas helt.
16. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grå	E/T, årsprognos ges ej då målet beslutats delår 1 och följs upp fr.o.m. delår 2.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	Data för indikatorerna kostnad särskilt boende äldreomsorg och kostnad ordinärt boende äldreomsorg hämtas från Kolada i enlighet med kommunens instruktioner. Datan publiceras en gång per år och avser då föregående år. Data för 2025 saknas därför och indikatorerna bedöms ej i delår 2. Målet ges fortfarande bedömningen gul och delvis.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	Se beskrivning under delår 2 ovan. Vid bokslut ges dock målet bedömningen grön och uppfyllt.

Sid 97(364)

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar Sid 98(364)
17. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport 2 och resultat i årsredovisning noterad.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Gul	Delvis. Indikatorerna som vid delår 2 prognostiserades vara nära att uppnås men inte uppfyllas helt uppnås. Ingen vidare beskrivning ges till varför målet bedöms uppnås med det vid delår 2 bedömdes vara nära att uppnås men inte fyllas helt. Vid båda perioder saknas data för 2025 för indikatorerna.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-12 § 174. Sid 99(364)
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till samtliga av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Grön	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och målvärden för nämndens strategiska mål. Målvärden har kompletteras i verksamhetsplanen i samband med delårsrapportering 1 i enlighet med kommunens anvisningar. Revidering av verksamhetsplanen har skett vid nämndens möte 2025-05-27 § 67.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de mål där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna för ett av målen. Utfall framgår ej för samtliga mål med indikatorer då dessa mäts först vid delårsrapport 2. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Totalt bedöms fem mål uppnådda och fem mål som nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 1. För sju mål lämnas ingen redovisning då uppföljning sker först i delårsrapport 2. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 100(364)</p> <p><i>Forts.</i> I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de mål där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna i de fall utfall finns. Utfall framgår ej för samtliga indikatorer då vissa endast mäts på helårsbasis. Bedömning av måluppfyllelse framgår även om utfall på indikatorer saknas.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms sju mål uppnådda och nio mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte i delårsrapport 2. Ett mål kan inte mätas vid delårsrapport 2.</p> <p><i>Fördjupning om rapporteringen omfattar prognos kommenteras i delfrågor 12a-c.</i></p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att tio mål uppnås och att sju mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 101(364)

Valt mål:

2.4 Omvårdnadsnämnden arbetar för att Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun med god kvalitet på vård och omsorg

Indikatorer

Brukarbedömning - Socialstyrelsens nationella brukarundersökning: Andelen svaranden som uppger att de är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten i sin helhet

Andel kunder som önskar fast omsorgskontakt inom vårdboende eller hemtjänst som erbjuds detta

Brukarbedömning - Socialstyrelsens nationella brukarundersökning: Andelen som svarat att de sammantaget är mycket nöjda eller ganska nöjda med sitt vård- och omsorgsboende

Hemtjänstindex - sammanräknande indexvärde (0-100)

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet som helhet är nära att uppnås men inte uppfylls helt medan endast en indikator mäts vid delårsrapporten. Indikatorn som redovisar är *Andel kunder som önskar fast omsorgskontakt inom vårdboende eller hemtjänst som erbjuds detta* och denna bedöms uppfyllas.

Av beskrivningen kopplat till målet framgår att nämnden har rekryterat 26 nya volontärer vilket överstiger målvärdet som uppgår till 25. I texten framgår det inte om detta är kopplat till indikatorerna eller varifrån detta målvärde finns. I beskrivningen framgår att kommunen arbetar med träffpunkter och införande av digitala inköp.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs bedömningen att målet som helhet är nära att uppnås men inte uppfylls helt. I redovisningen finns ingen redovisning avseende utfall på indikatorerna. Det redovisas inte heller kring indikatorn som redovisades i delårsrapport 1. Det framgår av resultatet av samtliga indikatorer redovisas vid delår 3.

Av beskrivningen till målet framgår återigen att målet avseende nya volontärer är uppfyllt utifrån att verksamheten rekryterat 26 nya volontärer vilket överstiger målvärdet på 25 st. Vidare finns en beskrivning om arbetet med träffpunkter och införande av digitala inköp. Av texten framgår ingen förklaring till nämndens bedömning avseende måluppfyllelsen och orsakerna till att bedömningen är delvis.

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Sid 102(364)

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet som helhet uppfylls. Tre indikatorer uppfylls och en indikator är nära att uppnås men inte uppfylls helt. Den indikator som uppfylls är nära att uppnås men inte uppfylls helt är *Andelen svaranden som uppger att de är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten i sin helhet*. Indikatorn har utfallet 85 % mot målvärdet 87 %. Det framgår ingen analys av indikatorerna. Men av kommentarerna till målet framgår att arbetet har skett utifrån äldrevänlig kommuns handlingsplan. Det beskrivs vilka delar som har bäring på indikatorerna bland annat avseende fast omsorgskontakt för kunderna. Det framgår även att planering för uppdatering av behov kopplat till boendepånen pågår.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse har en tydlig koppling till indikatorernas resultat då tre av fyra indikatorer bedöms uppfyllda och målvärdet uppfyllts. Vi kan även konstatera att det i beskrivningen av nämndens verksamhet kopplat till målet där det lyfts vad som har skett under året. Beskrivningen fokuserar främst på de indikatorer som är uppfyllda. Arbetet med att öka nöjdheten inom hemtjänsten kommenteras inte kopplat till målet.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov gör vi bedömningen att nämnden till stor del har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 103(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 104(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-27 § 30.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig • Felaktiga utbetalningar • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker • Ej avtalstrohet inom organisationen • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar • Otillbörlig påverkan <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 105(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Felaktiga utbetalningar: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Nämnden gör regelbundna kontroller av privata utförare. Inga granskningar har lett till åtgärder kopplade till välfärdsbrott, men erinran och beställningsstopp har använts vid brister och avvikelser. • Ej avtalstrohet inom organisationen: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Noteras att området förbättras under 2025. <p><i>(Forts. nästa sida)</i></p>

Granskningsresultat - Intern kontroll

Sid 106(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar: två av kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. Beskrivs ex. att en omfattande utvecklingsinsats genomförts under våren-hösten 2025 för att skapa möjlighet att rapportera egenkontroll i ledningssystemet (Canea). Arbetet med anpassningar och införande i avdelningarna fortsätter under 2026. Två av kontrollmomenten får grön bedömning utan avvikelse. • Otillbörlig påverkan: kontrollmomentet får gul bedömning med mindre avvikelse. Beskrivs att beredskapsarbetet har erbjudits utbildning och genomförts.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen”.</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>



Samhällsbyggnadsnämnden

Sammanfattning Samhällsbyggnadsnämnden

Sid 108(364)

Har samhällsbyggnadsnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att samhällsbyggnadsnämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året resultat om +37,2 mnkr för året. Som främsta anledning till ökningen anges att nämndens kommunbidrag har reviderats och uppgår till en ökning om +27,5 mnkr för perioden januari–december 2025. Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos.

Nämnden har antagit en verksamhetsplan för året som omfattar mål för verksamheten. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att 16 mål uppnås, att fyra mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året samt att ett mål visar en stor avvikelse.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Internkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att åtgärda riskerna.

Sammanfattning Samhällsbyggnadsnämnden

Sid 109(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden till stor del vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetet med riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat i allt väsentligt är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att 16 mål uppnås, att fyra mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året samt att ett mål visar en stor avvikelse.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +37,2 mnkr mot en budget på 0 mnkr. Som främsta anledning till ökningen anges att nämndens kommunbidrag har reviderats och uppgår till en ökning om +27,5 mnkr för perioden januari–december 2025.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-11 § 302 antog nämnden en budget för verksamheten.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-11 § 302 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2025.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten omfattar samtliga verksamhetsområden utifrån reglementet.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan – reviderad 2025-05-27 § 149 – beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgerade intäkter beräknas till 113,8 mnkr och 425,7 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i>. Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Samhällsbyggnadsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet</i>. Indikatorerna <i>Driftskostnad vinterväghållning kommunala bil och cykelvägar, kr/meter</i>, <i>Kostnad skolskjuts, grundskola åk 1-9 kr/elev</i> samt <i>Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> anges kopplade till delmålet.</p>

Sid 110(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Indikatorerna för delmålet beskrivs under fråga 4. Indikatorerna <i>Driftskostnad vinterväghållning kommunala bil och cykelvägar, kr/meter, Kostnad skolskjuts, grundskola åk 1-9 kr/elev</i> samt <i>Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> saknar numerära målvärden i tabellen.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbets sättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från styrning och stöd.

Sid 111(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 112(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Gul	<p>Det finns mätetal för ekonomi och prestationer.</p> <p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p> <p>Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • September: +11,3 mnkr • Oktober: +21,6 mnkr • November: +26,2 mnkr <p>I vår genomgång av protokollen noterar vi inte att några oegentligheter kopplat till ekonomi lyfts.</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-02-19 § 31: Årsredovisning 2024 • 2025-03-26 § 62: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-23 § 100: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 § 148: Delårsrapport 1 2025 • 2025-06-18 § 176: Ekonomisk månadsrapport

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-08-27 § 199: Ekonomisk månadsrapport • 2025-09-24 § 228: Delårsrapport 2 2025 • 2025-10-22 § 280: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-19 §304: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-10 §§ 329, 330: Ekonomisk månadsrapport och internbudget drift 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapporten per april framgår att nämndens resultat per april är +12,8 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till -20,2 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till 0 mnkr. Av delårsrapporten framgår orsakerna till överskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde.</p> <p>I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens resultat per augusti är +31,3 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till -1,9 mnkr. Resultatförändringen mellan 2025 och 2024 beskrivs främst bero på högre intäkter från skogsdrift, ökade bygglovsvolymer och ett större detaljplaneärende samt Boverkets bidrag, medan 2024 års resultat belastades av makuleringar av felaktiga platsupplåtelsefakturor. Kostnaderna är lägre 2025 tack vare anställningsstopp och minskad vinterväghållning, samtidigt som 2024 tyngdes av höga vinterväghållningskostnader, kostnadsföring av stoppat Stadsbadetprojekt samt förändrade avskrivningar och internränta efter stora exploateringsprojekt. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till +9,2 mnkr.</p> <p>(Forts. nästa sida)</p>

Sid 113(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 114(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<i>(Forts.)</i> Årets resultat är ett överskott om +37,2 mnkr vilket är en förbättring mot prognos per augusti. Den främsta orsaken till överskottet är att nämndens kommunbidrag – kompensation för kapitaltjänstkostnader – har reviderats och uppgår till en ökning om +27,5 mnkr för perioden januari–december 2025.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Sid 115(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
14. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
15. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grön	16 mål prognostiseras bli uppfyllda, 4 mål prognostiseras nära att uppnås men inte uppfylls helt och 1 mål prognostiseras ha en stor avvikelse.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	16 mål prognostiseras bli uppfyllda, 4 mål prognostiseras nära att uppnås men inte uppfylls helt och 1 mål prognostiseras ha en stor avvikelse.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	16 mål bedöms uppfyllda, 4 mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt och 1 mål bedöms ha en stor avvikelse mot målet.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Sid 116(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
16. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grå	E/T, årsprognos ges ej då målet beslutats under delår 1 och följs upp fr.o.m. delår 2. Enligt verksamhetsföreträdare fanns dock en prognos på en ekonomi i balans för året.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	I delårsrapport 2 prognostiseras målet som nära att uppnås men inte uppfylls helt. Indikatorerna <i>Driftkostnad vinterväghållning kommunala bil och cykelvägar, kr/meter</i> samt <i>Kostnad skolskjuts, grundskola åk 1-9 kr/elev</i> bedöms delvis uppfyllda medan <i>Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> bedöms uppfyllt.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	I verksamhetsrapport per helår framgår ingen övergripande bedömning för målet. Indikatorn <i>Driftkostnad vinterväghållning kommunala bil och cykelvägar, kr/meter</i> bedöms delvis uppfyllt, <i>Kostnad skolskjuts, grundskola åk 1-9 kr/elev</i> bedöms inte och <i>Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> bedöms uppfyllt.
17. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport 2 och resultat i verksamhetsrapport per helår noterad.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Gul	Delvis. Ingen prognos lämnades per delårsrapport 1. Vi noterar avvikelse för 1 av 3 indikatorer mellan delårsrapport 2 och helår.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 117(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-11 § 300.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till samtliga av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Grön	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och målvärden för flertalet av nämndens strategiska mål. Till de övriga målen finns en beskrivning och aktiviteter.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de målen där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna för tre av målen. Utfall framgår ej för samtliga mål med indikatorer då dessa mäts först vid delårsrapport 2 eller helårsrapporteringen. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Totalt bedöms 16 mål uppnådda, fyra mål som nära att uppnås men uppfylls inte och ett mål bedöms uppfyllt i delårsrapport 1. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 118(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p><i>Forts.</i></p> <p>I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till varje mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de mål där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna i de fall utfall finns. Utfall framgår ej för samtliga indikatorer då vissa endast mäts på helårsbasis.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms 16 mål uppnådda, fyra mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte och ett mål bedöms ej uppfyllas delårsrapport 2.</p> <p><i>Fördjupning om rapporteringen omfattar prognos kommenteras i delfrågor 12a-c.</i></p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål. Åtgärdsarbete beskrivs delvis i texten.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att 16 mål uppnås, att fyra mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls och att ett mål ej bedöms uppfyllt.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 119(364)

Valt mål:

2.4 Samhällsbyggnadsnämnden ska möjliggöra för fler företag att etableras och växa i Gävle

Indikatorer

NKI - Företag; Bygglov

NKI - Företag; Miljö- och hälsoskydd

NKI - Företag; Livsmedelskontroll

NKI - Företag; Markupplåtelse

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet som helhet är nära att uppnås men inte uppfylls helt medan ingen av indikatorerna mäts vid delårsrapporten. Det framgår dock en text kopplat med analys av indikatorerna där utfallet kommenteras inom de fyra respektive indikatorerna. Tabellen med sammanställningen av indikatorer är inte uppdaterad. Det framgår av analysen att NKI för två av indikatorerna i tabellen har minskat och att två indikatorer har ökat jämfört med mätningen år 2023. I analysen kommenteras även fler NKI-resultat.

Av beskrivningen kopplat till målet framgår att verksamheten har arbetat aktivt med planering och projektledning.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs bedömningen att målet som helhet är nära att uppnås men inte uppfylls helt medan ingen av indikatorerna mäts vid delårsrapporten. I redovisningen finns ingen redovisning avseende utfall på indikatorerna. Det framgår inte heller någon analys kopplat till indikatorerna. Däremot anges att resultatet för NKI uppdateras fortlöpande under året men att slutligt resultat kommer att presenteras i april 2026.

Av beskrivningen till målet framgår att målet att arbetet utifrån målet fortsätter. Ett nytt system har upphandlats kopplat till Miljö och hälsa exempelvis. Det framgår även att det har pågått ett arbete med att ta fram en handlingsplan med åtgärder för att hantera i första hand de områden i undersökningen som visat på sämre resultat än tidigare mätning avseende information, tillgänglighet och effektivitet. Av texten framgår ingen förklaring till nämndens bedömning avseende måluppfyllelsen och orsakerna till att bedömningen är delvis.

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Sid 120(364)

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet som helhet nära att uppnås men uppfylls inte helt. I redovisningen finns ingen redovisning avseende utfall på indikatorerna. Det framgår inte heller någon analys kopplat till indikatorerna. Däremot anges att resultatet för NKI uppdateras fortlöpande under året men att slutligt resultat kommer att presenteras i april 2026.

Av beskrivningen till målet hänvisas till en handlingsplan och pågående analys som nämndes vid delårsrapport 2. Det framkommer även att verksamheterna arbetar med införande av efterhandsdebitering för miljöbalken och livsmedelslagen. Det pågår även arbete med digitalisering för att underlätta för företagen bland annat kopplat till serveringstillstånd.

Av redovisningen framgår ingen förklaring till bedömningen.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse saknar en koppling till indikatorernas resultat då ingen av dessa mäts under året. Vi kan konstatera att det i beskrivningen av nämndens verksamhet kopplat till målet framgår arbete som gjorts under året. Det framgår dock inte på ett tydligt sätt varför nämnden gör bedömningen att målet är nära att uppfyllas men inte uppfyllas helt avseende måluppfyllelse för året.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov gör vi bedömningen att nämnden delvis har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning. Det framgår ingen tydlig grund för bedömning av måluppfyllelse i redovisningen.

Granskningsiakttagelser Intern kontroll

Sid 121(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 122(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2024-12-11 § 301.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen.• Risk för förtroendeskada om vi inte följer lagen om offentlig upphandling.• Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrottslighet, mutor och jäv.• Risk att invånare inte får ut offentliga handling på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering• Risk för felaktigt ekonomiskt resultat <p><i>(Forts. nästa sida)</i></p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 123(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<i>(Forts.)</i> Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet, efterlevnad av externa och interna regelverk samt tillförlitlig rapportering internt och externt.
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. <ul style="list-style-type: none"> • Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för förtroendeskada om vi inte följer lagen om offentlig upphandling: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. • Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrottslighet, mutor och jäv: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk att invånare inte får ut offentliga handling på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering: 1 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse och 2 får gul bedömning med mindre avvikelse. <i>(Forts. nästa sida)</i>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 124(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Risk för felaktigt ekonomiskt resultat: 2 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse, 1 kontrollmoment gul bedömning med mindre avvikelse och 1 kontrollmoment – kontroll av antal fakturor som ligger ohanterade vid periodstängning – röd bedömning med större avvikelse. Ohanterade belopp > 100 tkr anses som en avvikelse. För de två månader som granskades – juli resp. november – noterades ohanterade fakturor om ca 530 tkr i juli och 5,1 mnkr i november, varav en faktura stod för ca 4 mnkr.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs bristerna samt hur nämnden har/ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>



Socialnämnden

Sammanfattning Socialnämnden

Sid 126(364)

Har socialnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att socialnämnden till stor del har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året resultat om +32,8 mnkr för året. Överskottet förklaras bland annat av det hemtagningsarbetet som kraftigt minskat kostnaderna för externa placeringar och köpt öppenvård. Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos.

Nämnden har antagit en verksamhetsplan med mål för året men att det finns ett behov av att utveckla planen avseende beskrivning av målen m.m. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att 13 mål uppnås och att 5 mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.

Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi. Vi kan dock konstatera att nämndens redovisning i delårsrapporter 1 respektive delårsrapport 2 inte innehåller en tydlig information kopplat till bedömningen avseende måluppfyllelse vilket försvårar spårbarheten till gjorda bedömningar. Avsaknaden av bedömningar försvårar även nämndens arbete med att vidta åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen under året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.

Sammanfattning Socialnämnden

Sid 127(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden delvis vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi. Vi kan dock konstatera att nämndens redovisning i delårsrapporter 1 respektive delårsrapport 2 inte innehåller en tydlig information kopplat till bedömningen avseende måluppfyllelse vilket försvårar spårbarheten till gjorda bedömningar. Avsaknaden av bedömningar försvårar även nämndens arbete med att vidta åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen under året.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat i allt väsentligt är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att 13 mål uppnås samt att fem mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +32,8 mnkr. Överskottet förklaras bland annat av det hemtagningsarbetet som kraftigt minskat kostnaderna för externa placeringar och köpt öppenvård.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-10 §248 antogs budget för 2025.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-10 §248 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2025.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten täcker alla verksamhetsområden såsom socialt stöd, barn- och ungdomsvård samt äldreomsorg.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan – reviderad 2025-05-26 § 90 – beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 68,7 mnkr och 685,2 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i>. Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Socialnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet</i>. Indikatorerna <i>Kostnad barn och ungdomsvård, kr/inv</i> samt <i>Kostnad missbruksvård, kr/inv</i> anges kopplade till delmålet.</p>

Sid 128(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Indikatorerna för delmålet beskrivs under fråga 4. <i>Kostnad barn och ungdomsvård, kr/inv</i> samt <i>Kostnad missbruksvård, kr/inv</i> saknar specifikt numerärt målvärde för 2025. Som målvärde anges endast att kostnader ska minska.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april respektive augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet.
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april respektive augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin. I delårsrapport 1 respektive delårsrapport 2 redovisas även resultatet av det omställningsarbete som påbörjades under 2024 kopplat till nämndens ekonomi. I rapporteringen kommenteras i löpande text för det pågående arbetet utifrån ekonomiska utvecklingen. (<i>Forts. nästa sida</i>).

Sid 129(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.)</p> <p>Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Februari: +2,2 mnkr • Mars: +2,2 mnkr • April: +22 mnkr • Augusti: +25 mnkr • September: +25 mnkr • Oktober: +25 mnkr • November: +30 mnkr <p>I vår genomgång av protokollen noterar vi inte att några oegentligheter kopplat till ekonomi lyfts.</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>(Forts. nästa sida).</p>

Sid 130(364)

Granskningsiakttagelser- ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.) Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden förutom augustisammanträdet:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2025-02-25 §§ 18, 19: Ekonomisk månadsrapport samt årsredovisning 2024• 2025-03-25 § 42: Ekonomisk månadsrapport• 2025-04-29 § 62: Ekonomisk månadsrapport• 2025-05-26 §§ 88, 89, 90: Ekonomisk månadsrapport, delårsrapport per april (1), revidering av verksamhetsplan (inkl. ekonomiska ramar och uppdateringar)• 2025-09-23 §§ 121, 122: Ekonomisk månadsrapport, delårsrapport per augusti (2)• 2025-10-21 § 144: Ekonomisk månadsrapport• 2025-11-25 § 164: Ekonomisk månadsrapport• 2025-12-09 §§ 188, 190, 191: Ekonomisk månadsrapport, internbudget 2026, verksamhetsplan 2026

Sid 131(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är +13,7 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +10,5 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till +22 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den positiva avvikelsen bero på effekter av det hemtagningsarbete som inleddes 2024, vilket resulterat i lägre kostnader för externa placeringar och köpt öppenvård.</p> <p>I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är +20,4 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +19,9 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till +25 mnkr. I delårsrapporten per augusti beskrivs den positiva avvikelsen bero på samma anledningar som lyfts ovan.</p> <p>Enligt årsredovisningen för 2025 uppgår årets resultat till +32,8 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Det positiva resultatet beskrivs främst vara hänförligt till hemtagningsarbetet som kraftigt minskat kostnaderna för externa placeringar och köpt öppenvård. Av 25 externa öppenvårdsplatser beskrivs nu endast 3 återstå. Fortsatt har nämnden tilldelats och nyttjat olika riktade statsbidrag som använts i hemtagningsarbetet samt i arbetet kopplat till den nya socialtjänstlagen. Dessa beskrivs ha gett möjlighet till utökning av tjänster kopplat till hemtagningsarbetet samt utnyttjats till utveckling av mer sammanhållet och strukturerat arbetssätt.</p>

Sid 132(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Sid 133(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapporter per april och augusti beskrivs de besparingsåtgärder nämnden arbetat med sedan 2024 ge goda ekonomiska effekter. Den avsevärda förbättringen jämfört med föregående år tillskrivs likt tidigare nämnt det hemtagningsarbete som inleddes 2024, vilket resulterat i lägre kostnader för externa placeringar och köpt öppenvård.</p> <p>I verksamhetsrapport per helår lyfts att nämnden fortfarande hanterar fortfarande ett underskott från 2024, vilket kommunstyrelsen beslutat fördela över tre år, med start 2025. För 2025 har nämnden därför tilldelats 51 mnkr extra, 2026 minskas kommunbidraget med 25 mnkr och 2027 med resterande 26 mnkr.</p>
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grön	Vid samtliga sammanträden samt i samtliga månadsrapporter diskuteras de ekonomiska åtgärder som beslutades inför 2025.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grön	Nämnden följer åtgärdsarbetet i samband med den ekonomiska rapporteringen.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
14. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
15. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grön	Majoriteten av målen följs upp delårsrapport 2. Se nedan.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	12 mål prognostiseras bli uppfyllda, 4 mål prognostiseras nära att uppnås men inte uppfylls och 2 mål rapporteras inte per delår 2.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	13 mål bedöms uppfyllda och 5 mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls.
16. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grå	E/T, årsprognos ges ej då målet beslutats på nämndens majsammanträde och följs upp fr.o.m. delår 2.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	Indikatorn kostnad barn och ungdomsvård prognostiseras uppnås helt medan indikatorn kostnad missbruksvård vuxna prognostiseras delvis uppnås.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	Indikatorn kostnad barn och ungdomsvård samt indikatorn kostnad missbruksvård vuxna uppnås delvis.
17. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårs 2 och resultat i årsredovisning noterad.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Gul	Delvis. Indikatorn kostnad barn och ungdomsvård som vid delår 2 prognostiserades uppnås, bedöms nära att uppnås men inte uppfyllas. Indikatorn kostnad missbruksvård vuxna bedöms nära att uppnås men inte uppfylls i enlighet med prognos per delår 2.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 135(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-10 § 250. En revidering av verksamhetsplanen beslutades 2025-05-26 § 90.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till samtliga av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Gul	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och målvärden för två av nämndens strategiska mål. Verksamhetsplanen omfattar i låg utsträckning beskrivning av målen och aktiviteter. Socialnämnden beslutade om en revidering av verksamhetsplanen i maj där den kompletterades med ett flertal mål. Till något av målen har det även beslutats om indikatorer och målvärden. I verksamhetsplanen framgår endast beskrivningar och/eller indikatorer för fyra av målen. Målen är i hög grad formulerade som att nämnden "ska arbeta för att förebygga" eller "ska verka för".
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Gul	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till fem av de strategiska målen. Till målen som följs upp finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet. För de målen där indikatorer beslutats framgår i redovisningen vilka indikatorer som tillhör målet men ingen mätning har skett i samband med delårsrapport 1. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Totalt bedöms fyra mål bedöms uppnådda. För 12 mål framgår att mätning sker vid delårsrapport 2. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 136(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Gul	<p>I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till alla utom två mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de mål där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna i de fall utfall finns. Utfall framgår ej för samtliga indikatorer då vissa endast mäts på helårsbasis. Det framgår även att två av nämndens mål mäts i samband med delår 3.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms elva mål uppnådda och fem mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte. För två mål saknas redovisning då uppföljning sker i samband med delår 3 enligt beskrivningen.</p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att 13 mål uppnås helt samt att fem mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 137(364)

Valt mål:

2.7 Effektiv vård och skydd i egen regi – minska antalet externa placeringar till förmån för egna öppenvårdsinsatser

Indikatorer

Expandera öppenvård i egen regi. Antal hemtagna placeringar från extern regi

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet som helhet uppfylls medan ingen mätning av indikatorn har skett vid delårsrapporten. Av beskrivningen kopplat till målet framgår att ett omfattande samarbete utvecklades under år 2024 som möjliggjort hemtagning av ungdomar samt förebyggande placeringar. De framgår att fokus varit på rustande förberedelser på hemmaplan för att möjliggöra hemtagning. Det framgår att 19 barn/ungdomar av 31 nu är hemma. Det lyfts även att fältassistenter och familjestödet har givit insatser till 16 unga och deras familjer vilket frigör resurser inom öppenvården. En förklaring till bedömningen framgår inte.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs bedömningen att målet som helhet nära att uppnås men inte uppfylls helt. I redovisningen finns en redovisning avseende utfall på indikatorn där det framgår att utfallet per augusti är 32 % vilket är högre än målvärdet om 30 %. I tabellen står det dock 33 % som utfall vilket inte överensstämmer med textbeskrivningen. Prognosen för indikatorn är att den förväntas uppnås för helåret.

Av beskrivningen till målet framgår att antalet placeringar på institution har minskat i jämförelse med första kvartalet år 2025. Det framgår även att fler ungdomar har sammansatta vårdbehov men att det inte varit möjligt att göra överenskommelser med vården om delade vårdkostnader. I beskrivningen lyfts även att antalet interna öppna insatser fortsätter att öka samtidigt som köp av externa insatser har minskat fram till 1 september 2025. Av beskrivningen framgår statistik kopplat till insatser inom öppenvården som bidrar till att minska antalet placeringar exempelvis.

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Sid 138(364)

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet som helhet nära att uppnås men inte uppfylls. I redovisningen framgår att utfallet för indikatorn uppgår till 27 % att jämföra med målvärdet om 30 %. Kopplat till indikatorn framgår att målsättningen är att minska de totala kostnaderna med 12,5 mnkr per år vilket motsvarar en minskning av de externa öppenvårdsinsatserna om ca 30 %. Det framgår att arbetet lyckats till stor del men att ett negativt trendbrott i slutet av året där placeringar av ungdomar återigen ökade. Ökningen kan enligt redovisningen härledas till den ökade uppmärksamheten på ungdomar i riskzon samt att behovet hos individerna har varit styrande för placeringarna.

Av beskrivningen till målet hänvisas till en handlingsplan som togs fram under år 2022 för att motverka externa placeringar där arbetet fortskrider. Det framgår att arbetet med att förskjuta insatser till den egna öppenvården fortskrider men att behovet är styrande.

I redovisningen sker ingen förklaring till bedömningen av måluppfyllelse men av texten framgår orsakerna.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse har en tydlig koppling till indikatorns resultat. Vidare framgår i beskrivningen av nämndens verksamhet kopplat till målet utvecklingen som påverkat bedömningen och vilket arbete som gjorts under året.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov gör vi bedömningen att nämnden till stor del har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 139(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsresultat - Intern kontroll

Sid 140(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-25 § 43.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig • Felaktiga utbetalningar • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker • Ej avtalstrohet inom organisationen • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.</p>

Granskningsresultat - Intern kontroll

Sid 141(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Felaktiga utbetalningar: kontrollmoment saknar bedömning. • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker: kontrollmoment saknar bedömning. Noteras att det ska genomföras kontroller samt att kontrollmiljön ska utvecklas. • Ej avtalstrohet inom organisationen: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Noteras att förtydligande av information av upphandling och direktupphandlingar behövs. Ska göras lättare att kunna göra rätt. • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar: kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. Beskrivs att utmaning kvarstår gällande att fortlöpande göra ledningssystemet känt för alla medarbetare och därtill göra rutinerna kända med god följsamhet. Fortsatt beskrivs att en omfattande utvecklingsinsats genomförts under våren-hösten 2025 för att skapa möjlighet att rapportera egenkontroll i ledningssystemet (Canea). Arbetet med anpassningar och införande i avdelningarna fortsätter under 2026.

Granskningsresultat - Intern kontroll

Sid 142(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grå	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>



Utbildningsnämnden

Sammanfattning Utbildningsnämnden

Sid 144(364)

Har utbildningsnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att utbildningsnämnden till stor del har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året resultat om +59,7 mnkr för året. Överskottet förklaras bland annat av högre statsbidrag än budgeterat samt minskat köp av verksamhet. Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos.

Nämnden har antagit en verksamhetsplan för året som omfattar mål för verksamheten. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att 3 mål uppnås och att 18 mål är nära att uppnås men inte uppfylls för året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.

Sammanfattning Utbildningsnämnden

Sid 145(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden till stor del vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan och budget för verksamheten i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetet med riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat delvis är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att tre mål uppnås samt att 18 mål är nära att uppnås men inte uppfylls helt för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +59,7 mnkr. Överskottet förklaras bland annat av högre statsbidrag än budgeterat samt minskat köp av verksamhet.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-18 § 129 beslutade nämnden om budget 2025.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2024-12-18 § 129 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2025 som fastställdes av kommunfullmäktige.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar flera aspekter av nämndens verksamheter enligt verksamhetsplanen.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan – reviderad 2025-05-27 § 55 – beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 386 mnkr och 2 860,6 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har ett mål med bäring på ekonomi som lyder <i>Stark finansiell ställning</i>. Målet har brutits ner ytterligare till delmålet <i>Utbildningsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet</i>. Indikatorerna <i>Kostnad kommunal förskola, kr/inskrivet barn, Kostnad för kommunal grundskola åk 1-9 kr/elev, Kostnad för kommunal anpassad grundskola kr/elev, Kostnad kommunal fritidshem kr/inskrivet barn, Kostnad för kommunal gymnasieskola, kr/elev</i> samt <i>Kostnad för kommunal anpassad gymnasieskola, kr/elev</i> anges kopplade till delmålet.</p>

Sid 146(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Samtliga av indikatorerna för delmålet beskrivs under fråga 4., <i>Kostnad kommunal förskola, kr/inskrivet barn, Kostnad för kommunal grundskola åk 1-9 kr/elev, Kostnad för kommunal anpassad grundskola kr/elev, Kostnad kommunal fritidshem kr/inskrivet barn, Kostnad för kommunal gymnasieskola, kr/elev samt Kostnad för kommunal anpassad gymnasieskola, kr/elev</i> , saknar målvärde förutom Kostnad kommunal förskola, kr/inskrivet barn vilket har ett numerärt målvärde.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Månadsrapporter innehåller mätetal för ekonomin, prestationer och kvalitet. I delårsrapport 1 och 2 redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och delårsuppföljningar. Arbets sättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från styrning och stöd.

Sid 147(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och delårsrapporter enligt beslutade riktlinjer. Det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet. Avvikelse kommenteras i delårsrapporterna. Nämnden erhåller även prognos och utvärdering löpande under året.</p> <p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p> <p>Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Januari: 0 mnkr • Februari: +20 mnkr • Mars: +25 mnkr • April: +27 mnkr • Augusti: +40 mnkr • September: +52 mnkr • Oktober: +58 mnkr • November: +58 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p><i>(Forts. nästa sida).</i></p>

Sid 148(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.) Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden förutom augusti sammanträdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-02-26 §§ 2, 3, 5: verksamhetsrapport och verksamhetsrapport per helår 2024, underskottskompensation 2024, ekonomisk månadsrapport 2025 • 2025-03-26 § 18: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-23 § 35: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 §§ 53, 54: Verksamhetsrapport delår 1, kommentarer på ramar (ekonomiska ramar, förutsättningar inför budget 2026) • 2025-09-24 § 75: Verksamhetsrapport delår 2 • 2025-10-22 § 103: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-19 §§125, 126: Ekonomisk månadsrapport, resursfördelningsmodell 2026 • 2025-12-17 §§ 147-149: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsplan 2026, internbudget 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är +32,3 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +31,8 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till +27 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den positiva avvikelsen bero intäkterna som ökat med +7,6 mnkr tack vare två statsbidrag. Kostnaderna avvek med +24,1 mnkr, främst på grund av lägre PO, lägre materialkostnader och minskade köp av verksamhet. Även hyror var lägre än budget. (Forts. nästa sida)</p>

Sid 149(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
			Sid 150(364)
10.	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>(Forts.)</p> <p>I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är +61,1 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeterat resultat om -2,9 mnkr för samma period. Prognostiserat helårsutfall uppgår per augusti till +40 mnkr. I delårsrapporten per augusti beskrivs den positiva avvikelsen bero på samma anledningar som lyfts ovan.</p> <p>Enligt verksamhetsrapport för helår för 2025 uppgår årets resultat till +59,7 mnkr för hela nämndens ansvarsområde vilket avviker positivt mot budgeterat resultat per helår om 0 mnkr. Statsbidragen överstiger budget med 39,1 mnkr, främst riktade satsningar med motsvarande kostnader i personal och läromedel. Köp av verksamhet minskar eftersom ca 300 färre barn/elever finns hos annan huvudman, framför allt i förskolan. Justering av kommunbidraget (lägre PO och högre löner) gav ett netto på -8,2 mnkr, utan ändring av elevpengen. Lokalkostnaderna blev 7,0 mnkr lägre än budget på grund av lägre indexuppräknings.</p>
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar Sid 151(364)
14. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
15. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Gul	21 mål prognostiseras nära att uppnås men uppfylls inte helt.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Gul	21 mål prognostiseras nära att uppnås men uppfylls inte helt.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Gul	3 mål bedöms uppfyllda och 18 mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte helt.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
16. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grön	I delårsrapport 1 beskrivs att nämnden under en längre tid haft en ekonomi i balans samt att arbetet framåt ska fokusera på en långsiktig hållbarhet i ekonomin. Indikatorn Kostnad kommunal förskola, kr/inskrivet barn är den enda indikatorn att utvärderas vid delår 1 och bedöms uppnås med ett utfall på 139 369 mot ett målvärde på 132 435.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grön	I delårsrapport 2 rapporteras inte det finansiella målet. Det sker istället vid bokslutet i årsredovisningen.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grön	I verksamhetsrapport per helår 2025 bedöms det finansiella målet uppfyllt. Samtliga indikatorer uppnås.
17. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport och resultat i år verksamhetsrapport per helår noterad.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Ja. Ingen större avvikelse mellan prognos per delårsrapport och resultat i verksamhetsrapport per noterad.

Sid 152(364)

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 153(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-18 § 131.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till samtliga av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Grön	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och målvärden för flera av nämndens strategiska mål. För de mål som saknar indikatorer finns en beskrivning av målets innebörd.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till fem av de strategiska målen. Till målen som följs upp finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet. För de målen där indikatorer beslutats framgår i redovisningen utfall samt en tillhörande analys av indikatorerna. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Samtliga 21 mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 154(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p><i>Forts.</i></p> <p>I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till samtliga mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För de mål där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms samtliga 21 mål vara nära att uppnås men uppfylls inte.</p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen. I protokollet från den 24 september 2025 när nämnden behandlade delårsrapporten framgår att det i verksamhetsplanen prioriteras de insatser som utifrån analyserna bedöms ge bäst effekt mot målet kraftigt förbättrade resultat. Enligt protokollet innebär det färre, tydligare insatser med riktade indikatorer för uppföljning. Insatser och åtgärder som beskrivs under övriga mål bidrar även till att målet att kraftigt förbättra resultaten.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår en beskrivning av pågående arbete och vidtagna åtgärder kopplat till respektive mål.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att tre mål uppnås samt att 18 mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 155(364)

Valt mål:

3.2. Tryggheten och närvaron i skolan ska öka i Utbildning Gävles skolor

Indikatorer

Närvaro grundskolan

Närvaro anpassad grundskola

Närvaro gymnasieskola

Närvaro anpassad gymnasieskola

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet som helhet är nära att uppnås men uppfylls inte helt. I redovisningen framgår utfallet för de indikatorer som tillhör målet där utfall, målvärde och status framgår. En av fyra indikatorer prognostiseras att uppnås och tre av fyra indikatorer prognostiseras att nära att uppnås men inte uppfyllas för helåret. För respektive indikator framgår även en prognos för helåret. I koppling till indikatorerna framgår även en analys en denna kommenterar endast att statistiken uppdateras läsårsvis samt att indikatorerna följs upp och redovisas i samband med delår 2.

I beskrivningen till målet framgår hur de olika verksamheterna har arbetat utifrån målet. Beskrivningen omfattar även statistik för anmäld frånvaro till huvudman. Statistiken visar att antalet anmälningar till huvudman av elever med problematisk frånvaro ökade inom grundskolan men minskade inom övriga skolformer. Det påtalas att statistiken tyder på skillnader mellan anmälan och utredning framför allt inom gymnasiet där en närmare analys kommer att göras. Av beskrivningen till målet framgår även att arbetsgången kopplat till elevfrånvaro har uppdaterats utifrån genomförd utredning.

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapport 2 görs bedömningen att målet som helhet är nära att uppnås men uppfylls inte helt. I redovisningen framgår utfallet för de indikatorer som tillhör målet där utfall, målvärde och status framgår. En av fyra indikatorer prognostiseras att nära att uppnås men inte uppfyllas och tre av fyra indikatorer prognostiseras en stor avvikelse för helåret.

I delårsrapporten framgår en analys av indikatorerna och hur de beräknas samt uppdateras. I analysen kommenteras respektive indikator separat.

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Sid 156(364)

lakttagelser från delårsrapport 2 2025 forts.

I beskrivningen till målet framgår hur de olika verksamheterna har arbetat utifrån målet. Beskrivningen omfattar även statistik för anmäld frånvaro till huvudman. Statistiken är densamma som framgår i delårsrapport 1. Även beskrivningen av målet omfattar till stor del informationen som lämnades vid delårsrapport 1. Av beskrivningen som lämnas framgår att kommunen under läsåret har infört en digital tjänst via frånvarosystemet så att vårdnadshavare får en notis vid frånvaro. Det lyfts även att frånvaroarbeta behöver prioriteras kommande läsår samt att den centrala elevhälsan i sin kvalitetsrapport anger att det saknas en gemensam struktur, tydlig styrning och en röd tråd för frånvaroarbetet inom Utbildning Gävle.

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet är nära att uppnås men uppfylls inte helt. I redovisningen framgår utfallet för de indikatorer som tillhör målet där utfall, målvärde och status framgår. En av fyra indikatorer bedöms nära att uppnås men inte uppfylls och tre av fyra indikatorer visar stor avvikelse mot målet. Till indikatorerna framgår även en analys där statistiken kommenteras utifrån förändringen.

Av beskrivningen till målet lyfts arbetet under året. Texten är samma beskrivning som lämnats vid delårsrapport 1 och delårsrapport 2.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse till stor del har en tydlig koppling till indikatorernas resultat. Vidare framgår i beskrivningen av nämndens verksamhet kopplat till målet utvecklingen som påverkat bedömningen och vilket arbete som gjorts under året.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov gör vi bedömningen att nämnden till stor del har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning utifrån beskrivningen som ligger till grund för bedömningen.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 157(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 158(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-26 § 19.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omsättning av personal på förskolan medför att lokala rutiner på förskolan inte följs upp ändamålsenligt. • Brister i uppföljning av fattade beslut enligt delegation. • Anmälan och utredning av kränkningar inte hanteras korrekt i alla led i styrkedjan. • Allvarligt våld/hot/kränkningar mot personal inrapporteras inte till arbetsmiljöverket. • Alla elever får inte den utmaning de behöver. • Alla elever får inte det stöd de behöver. • Brist på personal med rätt kompetens. • Brist i det främjande och förebyggande elevhälsoarbetet • Hög frånvaro påverkar måluppfyllelsen. • Brist på vikarier i verksamheten. <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 159(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elever på yrkesprogram får inte APL-plats • Osäkra elevprognoser – befolkningsprognos • Risker att verksamheter handlar utanför avtal <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker som inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet, efterlevnad av externa och interna regelverk, tillförlitlig rapportering internt och externt, en förskola och skola som ger förutsättningar för fortsatt utbildning och arbetsliv samt utbildning Gävle ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk med en bredd av tidiga förebyggande insatser</p>
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omsättning av personal på förskolan medför att lokala rutiner på förskolan inte följs upp ändamålsenligt: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Brister i uppföljning av fattade beslut enligt delegation: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Uppföljning visade på att några av besluten inte markerats som delegationsbeslut i ärendehanteringssystemet, vilket medfört en ökad risk för att de inte anmäls till nämnden. <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser – Intern kontroll

Sid 160(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Anmälan och utredning av kränkningar inte hanteras korrekt i alla led i styrkedjan: kontrollmoment saknar resultat. Stickprov av hantering av kränkningar som har lämnats in från samtliga verksamheter gjorts men kontroll har inte genomförts.• Allvarligt våld/hot/kränkningar mot personal inrapporteras inte till arbetsmiljöverket: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Risker kontrollerades genom stickprov per verksamhet av att registrering och uppföljning av allvarligt våld, hot och kränkningar sker i enlighet med gällande rutiner i våra verksamheter: förskola, grundskola, gymnasiet och anpassad skola. Anmälningar registrerades för förskolan (1 st) och grundskolan (10 st).• Alla elever får inte den utmaning de behöver: kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Kontrollmomentet har genomförts genom att en enkät skickats ut till samtliga rektorer och biträdande rektorer i grundskola, gymnasieskola och anpassad skola. Enkäten visade att 58 procent av skolledarna kände till handlingsplanen samt att 44 procent av lärarna hade arbetat med den. Endast 52 procent av lärarna kände till planen. <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 161(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Alla elever får inte det stöd de behöver: kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Stickprov visade brister: åtgärdsprogram upprättas ibland utan föregående utredning, och flera elever med hög frånvaro saknar utredningar trots tydliga tecken på stödbehov. Med anledning av detta pågår ett utvecklingsarbete på skola för att ta fram en tydligare arbetsgång, som senare ska spridas till övriga skolor.• Brist på personal med rätt kompetens: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse.• Brist i det främjande och förebyggande elevhälsoarbetet: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Intervjuer har genomförts vilka visar att situationen är samma som föregående läsår, det råder fortsatt osäkerhet kring i vilken utsträckning och hur modellen används.• Hög frånvaro påverkar måluppfyllelsen: : kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse.• Brist på vikarier i verksamheten: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Bemanningsnivån av vikarier har minskat jämfört med föregående år. Under 2025 låg bokningsgraden mellan 83 och 97 procent.• Elever på yrkesprogram får inte APL-plats: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Drygt 5 procent av eleverna genomförde inte APL på en arbetsplats 2025.• Osäkra elevprognoser – befolkningsprognos: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse.• Risker att verksamheter handlar utanför avtal: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Utbildning Gävle har en avtalstrohet på 86,8 procent vilket är en ökning jämfört med 2024.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 162(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>

10

Jävsnämnden

Sammanfattning Jävsnämnden

Sid 164(364)

Har jävsnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att jävsnämnden till delvis har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt men från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året resultat om +63 tkr för året. Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos.

Nämnden har antagit verksamhetsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar men att nämnden inte följt anvisningarna fullt ut och kompletterat med finansiella målen vid revidering av verksamhetsplanen. . Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att 2 mål uppnås och att 2 mål är nära att uppnås men inte uppfylls helt för året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Internkontrollplanen har dock inte följts upp enligt gällande direktiv då rapporteringen inte omfattat resultatet av kontrollmomenten i tillräcklig omfattning.

Sammanfattning Jävsnämnden

Sid 165(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden delvis vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar men att nämnden inte följt anvisningarna fullt ut och kompletterat med finansiella mål vid revidering av verksamhetsplanen. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi. Vi kan dock konstatera att rapporteringen av internkontroll under året inte har omfattat resultatet av kontrollmomenten i tillräcklig omfattning.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat delvis är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att två mål uppnås samt att två mål är nära att uppnås men inte uppfylls helt för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Grön	Redovisat resultat för år 2025 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +63tkr. Ingen förklaring ges till överskottet ges i nämndens verksamhetsrapport per helår.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1.	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Beslut om budget för verksamhetsår 2025 fattades 2024-12-09 § 34.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I dokumentet Anvisning internbudget 2025 beskrivs att nämndernas ramar utgår de presenterade i Kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026–2028 som fastställdes av kommunfullmäktige 2024-11-25 § 3.</p> <p>Vid antagandet av nämndens budget under sammanträdet 2024-12-09 § 34 hänvisas inte till ovan anvisning eller kommunplan. Vi noterar dock att nämndens budget är innanför de ramar som presenteras i kommunplanen och bedömer därför att den är upprättad i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv.</p>
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	<p>Nämndens antagna budget består av endast en tabell utan medföljande beskrivning.</p> <p>Poster så som arvoden, ersättningar, skatter, mobil och telefoni, administrativa tjänster, IT-drift samt övriga konsultutgifter lyfts i budget. Baserat på verksamhetens begränsade omfattning bedömer vi budgeten vara heltäckande.</p>

Sid 166(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Gul	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan antagen 2025-03-12 § 9 – beslutat om en budget i balans för året. Budgeterade intäkter beräknas till 0 kr och 279 tkr i kommunbidrag.</p> <p>I Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag beskrivs finansiella mål och indikatorer ska kompletteras i verksamhetsplanen i samband med delårsrapport 1 2025. Nämndens reviderade budget enligt verksamhetsrapport per april 2025 är identisk med den ursprungliga budgeten och inga ytterligare mål med bäring på ekonomin presenteras.</p>
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Det finns inga ytterligare mål med bäring på ekonomin.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Det finns inga ytterligare mål med bäring på ekonomin.</p>
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och delårsuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från styrning och stöd.</p>

Sid 167(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8 – 9.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi? / Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p style="text-align: right;">Sid 168(364)</p> <p>Nämnden har inga mål med bäring på ekonomi utöver beslutad budget.</p> <p>Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och delårsrapporter enligt beslutade riktlinjer. Nämnden erhåller prognos och utvärdering löpande under året genom månadsrapporter.</p> <p>Månadsrapporterna analyserar ekonomiskt resultat, årsprognos, investeringsverksamhet samt ger sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen. Nämnden har under året erhållit följande prognoser genom månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Januari: 0 tkr • April: 0 tkr • Augusti: 0 tkr • Oktober: 0 tkr <p>I nämndens delårsrapporter kommenteras eventuella avvikelser samt ekonomiskt resultat, årsprognos och förväntad utveckling kommenteras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I delårsrapporten per april 2025 presenteras utfallet för jan-april uppgå till +19,9 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos förblir 0 tkr. • I delårsrapporten per augusti 2025 presenteras utfallet för jan-aug uppgå till +36,5 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos förblir 0 tkr.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
			Sid 169(364)
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>I nämndens verksamhetsrapport per helår beskrivs ekonomin som stabil och inom ram. Årets resultat var +63 tkr, vilket är en positiv avvikelse mot reglerad budget om 0 tkr.</p> <p>Under rubriken Finansiella mål i nämndens verksamhetsrapport beskrivs att nämnderna i Gävle kommun under 2025 ska ha arbetat fram finansiella mål för sin verksamhet samt att nämnderna i verksamhetsrapporten ska göra en helårsanalys där kostnaderna sätts i relation till andra kommuner.</p>
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 170(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2025-03-17 § 9.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till ett av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Gul	Av verksamhetsplanen framgår en kort beskrivning av målnedbrytningarna. Verksamhetsplanen omfattar inte indikatorer kopplat till målen.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en bedömning kopplat till de fyra strategiska målen. Till två av målen som följs upp finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Av redovisningen framgår att tre mål bedöms uppnås och ett mål bedöms vara nära att uppnås men uppfylls inte helt. För två av målen som bedöms uppfylla framgår endast att inga särskilda avvikelser har rapporterats eller uppmärksamats under året. Ingen närmare beskrivning av målets innebörd eller mätning/bedömning framgår.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 171(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p>I delårsrapport 2 augusti framgår en bedömning kopplat till de fyra strategiska målen. Till två av målen som följs upp finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. För två av målen framgår endast att inga särskilda avvikelser har rapporterats eller uppmärksammats under året. Ingen närmare beskrivning av målets innebörd eller mätning/bedömning framgår.</p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grå	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>Samtliga mål bedöms uppfyllda i delårsrapport 2.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att två mål bedöms uppnås samt att två mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt.</p>

Stickprov måluppfyllelse

Sid 172(364)

Valt mål:

3.2. Verksamheter som handlägger ärenden på Jävsnämndens uppdrag har effektiva processer och ett högt kvalitetsmedvetande

Indikatorer

Finns ej.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

I delårsrapporten görs bedömningen att målet uppfylls. I redovisningen framgår att inga avvikelser har under året rapporterats eller uppmärksamats. Målet eller bedömningen kommenteras inte närmare.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

I delårsrapporten görs bedömningen att målet uppfylls. I redovisningen framgår att inga avvikelser har under året rapporterats eller uppmärksamats. Målet eller bedömningen kommenteras inte närmare.

lakttagelser från helårsrapportering 2025

I verksamhetsrapporten för 2025 görs bedömningen att målet är nära att uppnås men uppfylls inte helt. Det framgår i beskrivningen till målet att det har uppmärksamats att det behövs en ny delegationsordning i samband med förändring av lagstiftning. Målet eller bedömningen kommenteras inte närmare.

Kommentarer

Vi kan konstatera att nämndens bedömning av måluppfyllelse framgår av redovisningen men att närmare kommentarer kring måluppfyllelse bedömningen framgår ej.

Utifrån vår översiktliga granskning av nämndens rapportering kopplat till genomfört stickprov kan vi inte göra någon bedömning av huruvida nämnden har arbetat systematiskt utifrån kommunfullmäktiges mål och nämndens målnedbrytning utifrån beskrivningen som ligger till grund för bedömningen.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 173(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Riskanalys genomförs i samband med framtagande av internkontrollplanen i Stratsys. Av nämndens internkontrollplan framgår en riskvärdering.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 174(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Beslut om internkontrollplan för verksamhetsår 2025 fattades 2025-03-17 § 8.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Gul	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att beslut fattas på delegation där inte beslutanderätt har delegerats • Att inte delegationsbeslut anmäls till nämnd • Jäv och mutor • Att tjänstemän på sektor Livsmiljö fattar beslut som egentligen skulle ha fattas av Jävsnämnden <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena som bl.a. ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och transparens och likabehandling av nämndens handläggning.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 175(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	Rapporteringen presenterar inte på ett tydligt sätt resultaten av kontrollmomenten. Det arbete som genomförts för kontrollmomentet <i>Att beslut fattas på delegation där inte beslutanderätt har delegerats</i> lyfts och kommenteras kortfattat. Utöver detta saknas presentation av resultat och analys av detta.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grå	E/T, se ovan.
	e) Sker rapportering fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.



Valnämnden

Sammanfattning Valnämnden

Sid 177(364)

Har valnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att valnämnden till stor del har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt men inte från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året ett mindre underskott om -94 tkr för året. Avvikelsen om 94 tkr utgör cirka 24 procent av nämndens ekonomiska ram om 400 tkr.

Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos. Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett nollresultat hela året. Underskottet beskrivs som ett resultat av personalkostnaderna som överskridit budget då löner för obudgeterade medarbetare belastar i november och december. Nämndens underskott på 94 tkr är en negativ avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2 då nämnden beräknades uppnå ett nollresultat per helåret.

Nämnden har antagit verksamhetsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att samtliga mål uppnås för året.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv och vi noterar att det för de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.

Sammanfattning Valnämnden

Sid 178(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden i allt väsentligt vidtar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar men att nämnden inte följt anvisningarna fullt ut och kompletterat de finansiella mål vid revidering av verksamhetsplanen. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Grön	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att samtliga mål uppnås för året.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Röd	Redovisat resultat för år 2025 är inte helt förenligt med beslutade mål då nämnden redovisar ett resultat för året om -94 tkr. Nämndens underskott på 94 tkr är en negativ avvikelse mot årsprognosen i delårsrapporten per delår 2 då nämnden beräknades uppnå ett nollresultat per helåret. Vid delår 2 uppgick nämndens utfall till +74 tkr. Underskottet om 94 tkr utgör cirka 24 procent av nämndens ekonomiska ram om 400 tkr.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	<p>Beslut om budget för verksamhetsår 2025 fattades 2024-11-22 § 52.</p> <p>I ärendebeskrivningen till beslutet lyfts att nämnden under 2025 behöver påbörja sitt planeringsarbete inför valet 2026 vilket medför utgifter under 2025 avseende förändring av valdistriktsindelningen med tillhörande översyn av vallokaler, samt utökning och eventuell flytt av kommunens vallager. Fortsatt beskrivs att det saknas tilldelat utrymme i ramar för personalkostnader i samband med detta förberedande planeringsarbete inför val 2026.</p>
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I dokumentet Anvisning internbudget 2025 beskrivs att nämndernas ramar utgår från de presenterade i Kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026–2028 som fastställdes av kommunfullmäktige 2024-11-25 § 3.</p> <p>Vid antagandet av nämndens budget under sammanträdet 2024-11-22 § 52 hänvisas inte till ovan anvisning eller kommunplan. Vi noterar dock att nämndens budget är innanför de ramar som presenteras i kommunplanen och bedömer därför att den är upprättad i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv.</p>

Sid 179(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	<p>Nämndens antagna budget består av endast en tabell utan medföljande beskrivning.</p> <p>Poster så som kommunbidrag, arvoden, ersättningar, skatter, lokalhyror, mobil och telefoni, varutransporter, IT-drift samt dataprogram lyfts i budget. Baserat på verksamhetens begränsade omfattning bedömer vi budgeten vara heltäckande.</p>
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan antagen 2024-11-22 § 53 – beslutat om en budget i balans för året. Budgeterade intäkter beräknas till 0 kr och 400 tkr i kommunbidrag.</p> <p>I Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag beskrivs att samtliga nämndens finansiella mål och indikatorer ska kompletteras i verksamhetsplanen i samband med delårsrapport 1 2025. Nämndens reviderade budget enligt Verksamhetsrapport per april 2025 är identisk med den ursprungliga budgeten och inga ytterligare mål med bäring på ekonomin presenteras.</p>

Sid 180(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Det finns inga ytterligare mål med bäring på ekonomin.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Det finns inga ytterligare mål med bäring på ekonomin.
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och delårsuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från styrning och stöd.

Sid 181(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor	Bedömning	Noteringar Sid 182(364)
<p>8 - 9. Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi? / Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?</p>	Grön	<p>Nämnden har inga mål med bäring på ekonomi utöver beslutad budget.</p> <p>Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och delårsrapporter enligt beslutade riktlinjer. Nämnden erhåller prognos och utvärdering löpande under året genom månadsrapporter.</p> <p>Månadsrapporterna analyserar ekonomiskt resultat, årsprognos, investeringsverksamhet samt ger sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen. Nämnden har under året erhållit följande prognoser genom månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none">• April: Prognos ändras inte då osäkerheten kring de beräknade kostnader för översyn av valdistrikt och ny lagerlokal bedöms för stor.• Augusti: 0 tkr• September: 0 tkr• Oktober: 0 tkr <p>I nämndens delårsrapporter kommenteras eventuella avvikelser samt ekonomiskt resultat, årsprognos och förväntad utveckling kommenteras.</p> <ul style="list-style-type: none">• I delårsrapporten per april 2025 presenteras utfallet för jan-april uppgå till +47 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos ändras ej enligt beskrivning för april ovan.• I delårsrapporten per augusti 2025 presenteras utfallet för jan-aug uppgå till +74 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos ändras ej enligt beskrivning för april ovan.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	I verksamhetsrapporten per bokslutet redovisar nämnden en negativ avvikelse mot budget på -94 tkr för 2025. Underskottet beskrivs som ett resultat av personalkostnaderna som överskridit budget då löner för obudgeterade medarbetare belastar i november och december.
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering förrän verksamhetsrapport per bokslut som visar på behov av åtgärder.
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering förrän verksamhetsrapport per bokslut som visar på behov av åtgärder.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering förrän verksamhetsrapport per bokslut som visar på behov av åtgärder.

Sid 183(364)

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 184(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-11-22 § 53.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till ett av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Gul	Av verksamhetsplanen framgår en kort beskrivning av målnedbrytningarna. Verksamhetsplanen omfattar inte indikatorer kopplat till målen.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en bedömning kopplat till de två strategiska målen. Till målen finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet. Båda målen bedöms uppnås. I delårsrapport 2 per augusti framgår en bedömning kopplat till de två strategiska målen. Till målen finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet. Båda målen bedöms uppnås. <i>Forts på nästa sida.</i>

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 185(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grå	Samtliga mål bedömdes uppfyllda i delårsrapporteringen.
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att samtliga mål bedöms uppnås.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 186(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Ja. Nämnden har tagit fram både riskmatris samt riskbedömning inför internkontrollarbetet 2025.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 187(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-02-28 § 3.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att beredskapen i händelse av ett extra val eller folkomröstning är för låg innebär en risk för valets genomförande. • Att förändrade förutsättningar gällande valets genomförande 2026 saknar förutsättningar för att förändringen ska kunna genomföras. • Ny valdistriktindelning som innebär fler valdistrikt . <p>Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena som bl.a. beredskap och rättssäkerhet, förutsättningar för valets genomförande och indelning av valdistrikt.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 188(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. Samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. Därav följer ingen mer djuplodande analys av resultatet.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grå	E/T, inget behov av åtgärder framgår i rapportering.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.

12

Sid 189(364)

Överförmyndarnämnden

Sammanfattning Överförmyndarnämnden

Sid 190(364)

Har överförmyndarnämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att överförmyndarnämnden till delvis har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt men inte från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar för året ett underskott om 0,9 mnkr för året. Avvikelsen om 0,9 mnkr utgör cirka 5,8 procent av nämndens ekonomiska ram om 15,5 mnkr

Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos men vi kan inte spåra att nämnden vidtagit åtgärder med anledning av rapporteringen.

Nämnden har antagit verksamhetsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar men att det finns brister kopplat till nämndens följsamhet till anvisningarna avseende de finansiella målen. Rapportering till nämnden kring måluppfyllelse sker vid delårsrapport och verksamhetsrapport per helår men vi kan inte se att nämnden vidtagit åtgärder med anledning av rapporteringen. Gällande måluppfyllelse noteras att nämnden bedömer att två mål är nära att uppnås men inte uppfylls. Två mål saknas bedömning i helårsrapporteringen.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2025 som grundar sig på en genomförd riskanalys. Interkontrollplanen har följts upp enligt gällande direktiv.

Sammanfattning Överförmyndarnämnden

Sid 191(364)

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Utövar och vidtar nämnden en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden delvis utövar en tillräcklig styrning, kontroll och åtgärder inom sina ansvarsområden. Genomförd granskning visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar men att det finns brister kopplat till nämndens följsamhet till anvisningarna avseende de finansiella målen. Vidare framgår att nämnden för året har antagit en internkontrollplan som grundar sig på en riskvärdering. Arbetat har riskvärdering och uppföljning har skett i enlighet med anvisningarna. Nämnden har löpande under året erhållit en rapportering avseende verksamhet och ekonomi. Inga åtgärder har beslutats med anledning av rapporteringen.
Är redovisat resultat för verksamheten förenligt med beslutade mål?	Gul	Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att redovisat resultat delvis är förenligt med beslutade mål. I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att två av fyra mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt. För två mål saknas bedömning i helårsrapporteringen.
Är redovisat resultat för ekonomin förenligt med beslutade mål?	Röd	Redovisat resultat för år 2025 är inte helt förenligt med beslutade mål då nämnden redovisar ett resultat för året om -0,9 mnkr mot en budget på 0 mnkr. Avvikelsen om 0,9 mnkr utgör cirka 5,8 procent av nämndens ekonomiska ram om 15,5 mnkr

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1.	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Beslut om budget för verksamhetsår 2025 fattades 2024-12-09 § 93.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I dokumentet Anvisning internbudget 2025 beskrivs att nämndernas ramar utgår från de presenterade i Kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026–2028 som fastställdes av kommunfullmäktige 2024-11-25 § 3.</p> <p>Vid antagandet av nämndens budget under sammanträdet 2024-12-09 § 93 hänvisas inte till ovan anvisning eller kommunplan. Vi noterar dock att nämndens budget är innanför de ramar som presenteras i kommunplanen och bedömer därför att den är upprättad i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv.</p>
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten bedöms omfatta samtliga verksamhetsområden.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Röd	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 0,2 mnkr och 15,5 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Nämnden har inte antagit ett finansiellt mål avseende stark finansiell ställning för året. I delårsrapport 2 år 2025 framgår att nämnden inte heller inte har påbörjat framtagandet av det finansiella målet.</p>

Sid 192(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Som beskrivs under fråga 4 har nämnden ännu inte tagit fram indikationer eller liknande för det finansiella målet.</p> <p>3 av 4 verksamhetsmål följs upp genom indikatorer såsom andelen granskade årsräkningar, antalet utbildade ställföreträdare och andelen ärenden som hanteras inom lagstadgad tid.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Det finns mätetal för ekonomi och prestationer.</p> <p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapportering sker enligt de direktiv som fastställts i verksamhetsplanen. Ekonomiska månadsrapporter och tertialrapporter tas regelbundet upp på nämndens möten. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet.</p>

Sid 193(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter enligt beslutade riktlinjer.</p> <p>I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p> <p>Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Februari: 0 tkr • Mars: 0 tkr • April: -1,3 mnkr • Augusti: -1,3 mnkr • September: -1,3 mnkr <p>Underskottet beskrivs bero på högre kostnader för arvoden. Dels för de ideella ställföreträdarna på grund av ökat prisbasbelopp och fler ärenden, dels på grund av de professionella ställföreträdarna där ärendena har ökat.</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>Löpande uppföljning av ekonomi har skett vid följande sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-01-27 § 3: Ekonomisk månadsrapport • 2025-02-24 § 9: Verksamhetsrapport helår 2024 • 2025-03-24 § 22: Ekonomisk månadsrapport <p>(Forts. nästa sida)</p>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-04-28 § 28: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-26 §§ 48, 49: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsrapport delår 1 2025 • 2025-06-23 § 61: Yttrande till KS om prognos för ekonomiskt underskott • 2025-09-22 §§ 68, 69: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsrapport delår 2 2025 • 2025-10-20 § 75: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-17 § 82: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-08 § 92: Internbudget 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	<p>I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens resultat per april är -0,6 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till 0 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till -1,3 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den negativa avvikelsen bero på högre kostnad för de ideella ställföreträdarna då prisbasbeloppet och antalet uppdrag har ökat. Kostnaden för Optio, SFE och Emmia har ökat på grund av fler uppdrag. Högre kostnad för Provisum och för personal på grund av ett avgångsvederlag och en frånvaro där återgången till arbetet har gjorts tidigare än planerat.</p> <p>I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens resultat per augusti är -1,5 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till 0 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till -1,3 mnkr.</p> <p>I nämndens verksamhetsrapport per helår framgår att årets resultat för nämnden uppgår till -0,9 mnkr. Överförmyndarnämnden består av två delar, den ordinarie verksamheten och verksamheten för ensamkommande barn.</p> <p>(Forts. nästa sida)</p>

Sid 195(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	Utfallet för ordinarie verksamhet uppgår till -1,1 mnkr och utfallet för ensamkommande barn uppgår till 0,2 mnkr. Det negativa resultatet för ordinarie verksamhet förklaras av ett flertal faktorer. Exempelvis beskrivs att intäkten för momsåterföring och anvisningsschablon från Migrationsverket är högre än budgeterat. Fortsatt beskrivs kostnaden för de ideella ställföreträdarna vara högre då antalet uppdrag har ökat. Kostnaden för Optio, SFE och Emmia har beskrivs även ha ökat pga fler uppdrag.
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	<p>I delårsrapporterna per april och augusti beskrivs att nämnden har skurit ner på utbildningar för personal samt extern representation, exempelvis fika på utbildningar för ställföreträdare. Fortsatt beskrivs att trots ovan insatser kostar det mer att genomföra samma verksamhet med samma resurser som föregående år men att nämnden bedömer att de inte har någon verksamhet som kan läggas ner då all verksamhet som nämnden bedriver är det lagkrav på att kommunen genomför.</p> <p>Vid protokollgenomgång framgår följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2025-06-23 § 61: Nämnden informerar KS om det prognostiserade underskottet om 1,3 mnkr och lyfter att ytterligare medel eller förändrade ramar behövs. • 2025-09-22 § 72: Planerad åtgärd: : kommande beslut om styrning/ändring av hur professionella ställföreträdare används för att hantera kostnader • 2025-10-20 § 78: Nämnden beslutar om en översyn av uppdrag med professionell ställföreträdare för att bedöma ekonomiska effekter och om högre arvoden är motiverade • 2025-11-17 § 87: Budgetläget diskuteras från KS perspektiv. Inga beslut om åtgärder kan spåras.

Sid 196(364)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grå	Som beskrivs under fråga 11 preciserar vad som ska göras och ungefär när i tid, men inte av vem.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grå	Se ovan.

Sid 197(364)

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
14. Direktiv för prognoser	a) Finns antagna direktiv/ instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Vi har tagit del av Anvisning för verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2025 samt Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilka instruktioner för rapportering ges.
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Ja.
15. Verksamhet: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Gul	2 mål prognostiseras bli uppfyllda och 2 mål förväntas nära att uppnås men inte uppfylls helt
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Gul	2 mål prognostiseras bli uppfyllda och 2 mål förväntas nära att uppnås men inte uppfylls helt.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Gul	2 mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt och 2 mål saknar bedömning.
16. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin?	a) Under tidsperioden 1 jan-30 apr	Grå	E/T, årsprognos ges ej då nämnden inte påbörjat framtagandet av det finansiella målet vid delår 1.
	b) Under tidsperioden 1 maj-31 aug	Grå	E/T, årsprognos ges ej då nämnden inte påbörjat framtagandet av det finansiella målet vid delår 2.
	c) Under tidsperioden 1 sept-31 dec	Grå	E/T, årsprognos ges ej då nämnden inte påbörjat framtagandet av det finansiella målet vid bokslutet.
17. Resultat	a) Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Gul	Avvikelser noteras mellan prognos och utfall.
	b) Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Grå	E/T, då årsprognos inte ges kan det inte utvärderas.

Sid 198(364)

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 199(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
18.	Har nämnden antagit en plan för verksamheten?	Grön	Nämndens verksamhetsplan för 2025 antogs i nämnden 2024-12-09 § 95.
19.	Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsplanen har nämnden utifrån målstrukturen som anges i kommunplanen och anvisningarna beslutat om strategiska nämndmål för verksamheten. Nämnden har formulerat verksamhetsmål kopplat till två av fullmäktiges kommunövergripande mål.
20.	Är målen uppföljningsbara?	Gul	Av verksamhetsplanen framgår indikatorer och delvis målvärden för nämndens strategiska mål. För några indikatorer saknas målvärden.
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	I delårsrapporter per april och augusti redovisas utfall och delvis även prognos för nämndens strategiska mål. I delårsrapport 1 per april framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till målen som följs upp finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målet. För de målen där indikatorer beslutats framgår i redovisningen utfall samt en tillhörande analys av indikatorerna. Av delårsrapport 1 framgår en bedömning per mål men det framgår inte om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per delårsrapport 1. Två av nämndens mål bedöms uppfyllas och två mål bedöms nära att uppnås men uppfylls inte.

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

Sid 200(364)

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
21.	Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	<p>I delårsrapport 2 augusti framgår en målanalys kopplat till de strategiska målen. Till samtliga mål finns en beskrivning av nämndens verksamhet kopplat till målen. För två av tre mål där indikatorer beslutats framgår en redovisning och analys av indikatorerna. Indikatorn avseende total ärendemängd saknar information i delårsrapport 2.</p> <p>Av delårsrapport 2 framgår en bedömning per mål men det framgår inte på ett tydligt sätt om det är prognostiserad måluppfyllelse eller bedömning per perioden. Totalt bedöms två mål vara uppfyllda och två mål bedöms vara nära att uppnås men uppfylls inte helt.</p>
22.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	<p>Vi har i protokollen inte kunnat spåra att nämnden har beslutat om åtgärder med anledning av måluppfyllelse kopplat till delårsrapporteringen.</p> <p>I delårsrapporteringen framgår delvis en beskrivning av pågående arbete kopplat till respektive mål.</p>
23.	När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	<p>I verksamhetsrapport för helår framgår att nämnden bedömer att två av fyra mål bedöms nära att uppnås men inte uppfylls helt. För två mål saknas bedömning i helårsrapporteringen.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 201(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
24. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I <i>Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag</i> beskrivs att upprättande av internkontrollplanen ska göras i Stratsys i den rapport som har lagts upp. Vi har tagit del av utdrag av rapportmallen i Stratsys och bedömer att riskanalysen utförts i enlighet med denna.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Ja. Nämnden har tagit fram både riskmatris samt riskbedömning inför internkontrollarbetet 2025.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 202(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO- modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.</p>
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2024-12-09 § 96.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Gul	<p>Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det finns inte tillräckligt med resurser för behövlig personal. • Överförmyndarnämnden hinner inte granska årsräkningarna före den 1 september • Det finns inte tillräckligt många ställföreträdare • Personuppgiftsbehandling <p>Vi bedömer att planen delvis har bäring på nämndens formulerade mål.</p>

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 203(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	<p>Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det finns inte tillräckligt med resurser för behövlig personal: ett kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse och ett kontrollmoment – tillräcklig bemanning – får röd bedömning med större avvikelse. Nämnden beskriver att kommande lagändring som väntas 1 juli 2026 innebär mer ansvar för beslutsfattande och myndighetsutövning samt fler ärenden. Därför bedöms befintlig bemanning inte vara tillräcklig för att möta detta. • Överförmyndarnämnden hinner inte granska årsräkningarna före den 1 september: kontrollmomentet – löpande uppföljning – får gul bedömning med mindre avvikelse. Det beskrivs i rapporten att 97,5 procent av årsräkningarna granskats inom tidsramen mot målet 100 procent. • Det finns inte tillräckligt många ställföreträdare: kontrollmomentet får grön bedömning utan avvikelse. • Personuppgiftsbehandling: kontrollmomentet saknar bedömning då nämnden inte blev granskad av dataskyddsombudet under 2025.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Sid 204(364)

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grå	Den större avvikelse som noteras gällande tillräcklig bemanning blir inte relevant förrän/om nytt lagförslag klubbas igenom. Ingen nödvändig åtgärd finns att ta vid tiden av denna rapports skrivelse.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen".</p> <p>COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.</p> <p>Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.</p>

13

Gemensam nämnd
för verksamhetsstöd

Bakgrund och bedömning

Bakgrund

Nämnden är en samverkan mellan Gävle, Sandviken, Hofors och Ockelbo kommuner. Nämnden startades 2015 och organiserades så att Gävle kommun var huvudman för nämnden och att resurser sköts till från övriga kommuner via fakturering. Nämnden består av respektive kommunstyrelseordförande och mötena har samordnats med Gästrikerådets sammanträden.

Enligt uppgift från kommunen är nämnden i praktisk mening vilande och inga möten eller aktiviteter har genomförts.

Bedömning

Vi har tagit del av verksamhetsrapporter för T1 och T2 2025 samt verksamhetsberättelse 2025 för nämnden. Nämndens enda intäkt är bidrag från kommunen och inga kostnader har belastat nämnden under året.

På grund av den begränsade verksamheten och de därför begränsade underlagen bedömer vi att vi inte kan uttala oss om nämndens arbete under 2025.

Vi lämnar därför bedömningen E/T för nämnden.

14

Sid 207(364)

Bilagor

Sammanställning

Sid 208(364)

Delfrågor - Ekonomistyrning	KS	AFN	KFN	ON	SBN	SN	UN	JN	VN	ÖFN
1. Har styrelsen/nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
2. Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3. Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens samtliga verksamheter?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
4. Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Röd
5. Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Grön	Gul	Grön	Gul	Grön	Gul	Grön	Grön	Gul
6. Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
7. Har styrelsen/nämnden upprättat instruktion för rapportering till styrelsen avseende ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
8. Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
9. Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
10. När styrelsen/nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Röd	Gul
11. Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	-	Gul	Grå	Grön	-	Grön	Grå	Grå	Grå	Gul

Sammanställning

Sid 209(364)

Delfrågor - Ekonomistyrning	KS	AFN	KFN	ON	SBN	SN	UN	JN	VN	ÖFN
12. Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	-	Gul	Grå	Grön	-	Grön	Grå	Grå	Grå	Grå
13. Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	-	Grön	Grå	Grön	-	Grön	Grå	Grå	Grå	Grå

Sammanställning

Sid 210(364)

Delfrågor Prognosarbete	KS	AFN	ON	SBN	SN	UN	ÖFN
14a. Finns antagna direktiv/instruktion för att rapportera prognoser till nämnden?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
14b. Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
15a. Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för verksamheten? <i>Under tidsperioden 1 jan – 30 apr</i>	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Gul
15b. <i>Under tidsperioden 1 maj-31 maj</i>	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Gul
15c. <i>Under tidsperioden 1 sept-31dec</i>	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Gul
16a. Ekonomi: Har nämnden fått årsprognos om måluppfyllelse för ekonomin? <i>Under tidsperioden 1 jan – 30 apr</i>	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grön	Grå
16b. <i>Under tidsperioden 1 maj-31 maj</i>	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grå
16c. <i>Under tidsperioden 1 sept-31dec</i>	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grå
17a. Är rapporterat årsresultat för verksamheten förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul
17b. Är rapporterat årsresultat för ekonomin förenligt med lämnade årsprognoser?	Grön	Grön	Gul	Gul	Gul	Grön	Grå

Sammanställning

Sid 211(364)

Delfrågor måluppfyllelse	KS	AFN	KFN	ON	SBN	SN	UN	JN	VN	ÖFN
18. Har styrelsen antagit en plan för den egna verksamheten?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
19. Finns mål formulerade för styrelsens verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
20. Är målen uppföljningsbara?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Gul	Gul	Gul
21. Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön
22. Vidtar styrelsen/nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	Gul	Grön	Gul	Gul	Gul	Grön	Grå	Grå	Gul
23. När styrelsen/nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Gul

Sammanställning

Sid 212(364)

Delfrågor Intern kontroll	KS	AFN	KFN	ON	SBN	SN	UN	JN	VN	ÖFN
24a. Har riskanalys utförts i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
24b. Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
25a. Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
25b. Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
25c. Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Gul
26a. Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
26b. Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
26c. Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	Grön	Gul	Grön	Grön	Gul	Grön	Gul	Grön	Grön
26d. Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Gul	Grön	Grå	Grön	Grön	Grå	Grön	Grå	Grå	Grå
26e. Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön

2025-04-15

Hanna Franck

Projekt- och uppdragsledare

Uppföljande granskning av löneprocessen

Gävle kommun

Revisionsrapport

Januari 2026



Innehållsförteckning

Sid 215(364)

Inledning	3
Granskningsresultat	5
Bakgrund till uppföljning löneprocessen	5
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?8	
Iakttagelser.....	8
Bedömning.....	8
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	9
Iakttagelser.....	9
Bedömning.....	25
Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer	28
Revisionell bedömning.....	29
Rekommendationer.....	29

Inledning

Sid 216(364)

Bakgrund

Revisorerna i Gävle kommun granskar årligen delårsbokslut och årsredovisning, samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag. Uppföljningen kan t.ex. genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomförde PwC under år 2020 en granskning av kommunens löneprocess där brister noterades. Rapporten innehöll även rekommendationer riktade till kommunstyrelsen samt respektive ansvarig nämnd. Revisionskontoret genomförde på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna en uppföljande granskning av löneprocessen under år 2022 som påvisar att kommunstyrelsen har vidtagit några åtgärder utifrån lämnade rekommendationer men att flertalet rekommendationer fortsatt kvarstår.

Revisorerna har inom ramen för revisionsplanering 2025 funnit det angeläget att genomföra en uppföljande granskning avseende löneprocessen.

Syfte och frågeställningar

Syftet med granskningen är att bedöma om kommunstyrelsen och granskade nämnder vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförd granskning avseende löneprocessen.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

1. Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
2. Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Kommunallag (2017:725) 6:6
- Revisionsrapport: Granskning av löneprocessen, PwC, 2020.
- Revisionsrapport: Uppföljning av granskning av löneutbetalningsprocessen, Revisionskontoret, 2022.

Avgränsning

Sid 217(364)

Granskningen avser uppföljning av den granskning av löneprocessen som genomfördes år 2020 samt den uppföljande granskning av processen som genomfördes år 2022.

Metod

Granskningen har inledningsvis genomförts genom genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av de yttranden som revisorerna erhållit.

Utifrån denna genomgång har därefter inhämtande av lägesbeskrivningar för granskningsområdet genomförts genom utskick av skriftliga frågor till berörda tjänstemän inom HR-service (organiserad inom sektor Styrning och stöd Gävle) och politiker i kommunstyrelsens presidium samt genomgång av erhållna svar. Även inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling har gjorts utifrån det som bedömts nödvändigt för att fånga statusen i respektive rekommendation. En intervju har även genomförts med berörda tjänstemän inom HR-service.

Granskningen har även genomförts genom inhämtande av fyra nämnders internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar för att följa upp om nämnderna beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner. Val av nämnder har skett i samråd med de förtroendevalda revisorerna. Även stickprov av tre utförda kontroller i löneprocessen har gjorts för att verifiera att kommunstyrelsen säkerställer att kontrollerna dokumenteras.

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring. De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Bakgrund till uppföljning löneprocessen

Under 2020 genomfördes en granskning av internkontroll avseende Gävle kommuns löneprocess. Granskningens syfte var att granska huruvida kommunstyrelsen och nämndernas interna kontroll avseende processer och rutiner för utbetalning av löner är tillräcklig och ändamålsenlig.

I granskningen fanns följande revisionsfrågor uppställda:

1. Har kommunstyrelsen och nämnderna ändamålsenliga rutiner kopplat till utbetalning av löner samt beräkning av lönerelaterade skulder?
2. Finns tillfredsställande rutiner för attester och kontroll av lönegrundande dataregistreringar i personalsystemet och försystem?
3. Finns tillfredsställande rutiner för kvalitetssäkring och överföring av lönegrundande data från verksamhetssystem och försystem till personalsystemet?
4. Finns tillfredsställande rutiner för kvalitetssäkring och överföring av lönegrundande data mellan personalsystem och ekonomisystem?
5. Finns det inom kommunen tillfredsställande rutiner för kontroll och uppföljning av väsentlig logginformation från personalsystemet?
6. Är uppgifterna i Personec P tillförlitliga?

Efter genomförd granskning 2020 var revisorernas samlade bedömning att kommunstyrelsens och nämndernas interna kontroll av lönehanteringen inte är tillräcklig och ändamålsenlig. Brister påvisades i dokumentation och rutinbeskrivningar, vilket gjorde lönehanteringen sårbar och personberoende. Vidare saknades struktur för systematiska kontroller och dokumentation av dessa, och ansvarsfördelningen mellan HR-service och ekonomiavdelningen var otydlig. Stickprov visade på vissa avvikelser såsom felaktig utbetalning och brister i verifieringskedjan mellan huvudbok och underlag. Formella beslut om vilka personer som har behörighet att bemyndiga löneutbetalningar saknades. Flertalet manuella utbetalningar per månad förekom och det finns brister i den interna kontrollen gällande tidrapporterings- och attestrutiner. Granskningen konstaterade även att det saknades fullständigt dokumenterade riskbedömningar och kontrollmoment kopplat till lönehanteringen i kommunstyrelsens internkontrollplan.

Utifrån genomförd granskning under 2020 formulerade revisorerna nedanstående rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Kommunstyrelsen bör utveckla sitt systematiska arbete med intern kontroll för att effektivt kunna hantera risker kopplade till lönehanteringen. Detta är särskilt viktigt med tanke på att lönekostnaderna utgör en stor del av kommunens totala kostnader och att riskbedömningar i nuläget inte är fullständigt dokumenterade i internkontrollplanerna. Brister i lönehanteringen kan leda till felaktiga löneutbetalningar. Dessutom bör kommunstyrelsen

säkerställa att även nämnderna tar med lönehantering i sina internkontrollplaner med tillhörande riskanalyser.

Sid 219(364)

- Enligt 6 kap 6 § kommunallagen har både styrelse och nämnder ansvar för att säkerställa att intern kontroll inom deras verksamhetsområden är tillräcklig. Därför är det avgörande att kommunstyrelsen och nämnderna garanterar att underlagen för samtliga lönetransaktioner är korrekta och fullständiga.
- Kommunstyrelsen bör ta fram en komplett dokumentation över lönehanteringsprocessen, inklusive rutiner, vilka manuella kontroller som ska göras samt vilka kontroller som sker automatiskt i lönesystemet. Nuvarande kontroller behöver ses över och kompletteras där brister finns, exempelvis vid ändring av fasta data och avstämningar mellan lönesystem och ekonomisystemets huvudbok. Det är också viktigt att rutinbeskrivningarna regelbundet uppdateras och att det finns utförliga arbetsinstruktioner kopplade till alla kontroller som ska genomföras.
- Ansvarsområdena mellan HR Service och ekonomiavdelningen bör ses över och tydliggöras när det gäller kontroller och avstämningar för att säkerställa en robust intern kontroll genom hela löneprocessen.
- Kommunstyrelsen bör införa ett fullständigt och systematiskt arbetssätt för att dokumentera genomförda kontroller av lönehanteringen. Det ska tydligt framgå när och hur kontrollen skett, eventuella avvikelser och åtgärder samt vilken person som varit ansvarig, för att förbättra spårbarheten av kontrollarbetet.
- Kommunstyrelsen behöver fatta beslut om vilka personer eller befattningar som ska ha rätt att attestera och bemyndiga löneutbetalningar. Det bör också finnas en samlad dokumentation över dessa attesträtter inom lönehanteringen.
- Kommunstyrelsen och nämnderna ska säkerställa att tidrapportering, avvikelserapportering och attestering sker korrekt och inom föreskriven tid. Detta kan minska uppkomna löneskulder gentemot anställda, minska antalet manuella utbetalningar och avlasta personalen på HR Service.
- Slutligen bör kommunstyrelsen säkerställa att processen vid avslut av anställning är ändamålsenlig för att minimera risken för att månadslön betalas ut efter att anställningen upphört.

Utifrån lämnade rekommendationer genomfördes en uppföljande granskning 2022 med ett antal uppställda revisionsfrågor kopplade till lämnade rekommendationer. Syftet med den uppföljande granskningen var att se hur mycket kommunstyrelsen åtgärdat och vad som kvarstod av kommunrevisionens rekommendationer från den tidigare utförda granskningen av löneprocessen. De revisionsfrågor som i uppföljningen från 2022 bedömdes vara ej uppfyllda var följande:

1. Har kommunstyrelsen säkerställt att nämnderna beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar?

2. Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna har kontroller som säkerställer att det finns fullständiga och korrekta underlag till samtliga lönetransaktioner?
Sid 220(364)
3. Har kommunstyrelsen säkerställt att en fullständig dokumentation över lönehanteringsprocessen, rutiner, vilka manuella kontroller som ska utföras samt vilka kontroller som lönesystemet utför har upprättats?
4. Har kommunstyrelsen säkerställt att tidigare kontroller setts över samt kompletterats med kontroller inom områden där det saknas?
5. Har kommunstyrelsen säkerställt att det finns utförliga arbetsbeskrivningar kopplat till samtliga kontroller som ska genomföras?
6. Har kommunstyrelsen säkerställt att ansvarsfördelningen tydliggjorts kring kontroller och avstämning mellan HR-service och ekonomiavdelningen?
7. Har kommunstyrelsen säkerställt att de kontroller som görs dokumenteras så att de blir spårbara?
8. Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt att det finns en samlad dokumentation över attesträtter för lönehantering?
9. Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt att kontroller finns så att de personer/befattningar som ska ha rätt att attestera/bemyndiga är de som faktiskt gör det?
10. Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omföring av löner i styrelsen och i nämnderna?
11. Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna tillsett att tid- och avvikelserapportering samt attest sker korrekt och i tid?
12. Har kommunstyrelsen säkerställt processen vid avslut av anställning så att risk för utbetalning av månadslön efter anställningens slut eliminerats?

Den tidigare lämnade rekommendationen rörande upprättande av en fullständig dokumentation över lönehanteringsprocessen, rutiner, vilka manuella kontroller som ska utföras samt vilka kontroller som lönesystemet utför blev i den uppföljande granskningen uppdelad i tre revisionsfrågor, vilket motsvarar revisionsfrågorna 3–5 ovan.

I vårt uppdrag att göra en ny uppföljande granskning har ovan angivna revisionsfrågor hanterats som rekommendationer.

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

Sid 221(364)

lakttagelser

De förtroendevalda revisorerna i Gävle översände rapporten avseende granskning av löneprocessen till kommunstyrelsen 15 april 2021 med önskemål om svar från styrelsen senast 15 juni 2021. Kommunstyrelsen hanterade rapporten 2021-06-08 § 100 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.

Den 15 december 2022 översände revisorerna revisionsrapporten avseende uppföljning av granskning av löneutbetalningsprocessen med önskemål om svar från styrelsen senast 21 mars 2023. Detta med anledning av de allvarliga brister som lyftes i den ursprungliga granskningen och som vid uppföljningen inte har åtgärdats fullt ut. Kommunstyrelsen hanterade rapporten 2023-03-14 § 60 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer. I samband med hantering av yttrandet beslutade kommunstyrelsen att en uppföljning av arbetet med att säkerhetsställa löneutbetalningsprocessen återrapporteras till kommunstyrelsen under november 2023.

Vi noterar dock att kommunstyrelsen i sitt yttrande från 2023 inte har förklarat på ett tydligt sätt hur de tänker hantera vissa av de kvarvarande brister som upptäcktes vid den senaste uppföljande granskningen, och som då konstaterades inte var fullt ut åtgärdade. Mer information om detta finns under revisionsfråga 2.

Revisorerna översände däremot varken rapporten från granskning av löneprocessen från år 2020 eller rapporten från den uppföljande granskningen från år 2022 till nämnderna utifrån att kommunstyrelsen bedömdes vara det primära revisionsobjektet i granskningen.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

Kommunstyrelsen - Delvis.

Nämnderna – Kan ej bedömas.

Kommunstyrelsen lämnade sitt yttrande på granskningen av löneprocessen den 8 juni 2021 samt yttrande på den uppföljande granskningen den 14 mars 2023, vilket skedde inom utsatt tid. Beslut om yttrande skedde under sammanträdet 2021-06-08 § 100 respektive 2023-03-14 § 60. Vi konstaterar att styrelsen i sitt yttrande från 2023 inte på ett tydligt sätt besvarat hur viss av de kvarstående bristerna ska hanteras.

Någon bedömning av nämnderna kan inte göras med anledning av att något yttrande från nämnderna inte har efterfrågats.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Sid 222(364)

Iakttagelser

Internkontrollplaner

I den tidigare granskningen rekommenderades att kommunstyrelsen bör utveckla sitt systematiska arbete med intern kontroll för att hantera riskområden inom lönehanteringen. Detta mot bakgrund av att lönekostnaderna utgör en omfattande del av kommunens kostnader samt att det saknas fullständigt dokumenterade riskbedömningar kopplat till kommunstyrelsens internkontrollplan. En konsekvens av bristande lönehantering kan i slutändan leda till felaktigt utbetalda löner. Därtill påtalades att kommunstyrelsen även bör säkerställa att nämnderna beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar.

I den uppföljande granskningen följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågorna ”Har kommunstyrelsen säkerställt att en dokumenterad riskbedömning av löneprocessen genomförts?” och ”Har kommunstyrelsen säkerställt att nämnderna beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar?” Den uppföljande granskningen konstaterade att kommunstyrelsen har säkerställt att en dokumenterad riskbedömning av löneprocessen har genomförts. Däremot konstaterades att rekommendationen kopplat till att nämnderna behöver beakta lönehanteringen i sina internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar inte var åtgärdad.

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 framgår att styrelsen inte kan överpröva eller styra över andra nämnders beslut om internkontrollplaner. Nämnderna ska var och en inom sitt område 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. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftliga svar från HR-service framgår att ett arbete pågår med att implementera kommunstyrelsens fastställda *Riktlinjer för intern styrning och kontroll*¹. Det finns en utsedd arbetsgrupp med deltagare från alla sektorer och arbetet anges utgå från styrprocessen ekonomi och verksamhetsstyrning. Av skriftligt svar framgår att förberedelser pågår för att skapa ett kommungemensamt forum med start 2026. Syftet med forumet är att främja en lärande och riskmedveten förvaltning genom systematiskt och strukturerat arbete med internkontroll. Av skriftligt svar från kommunstyrelsens presidium framgår att ett analysarbete pågår i kommunkoncernen kring hur riskarbete och riskkontroller utförs. Utifrån resultatet av analysen kommer kommunstyrelsen att bedöma vilket beslut som behöver fattas.

Riskbedömning av kommunens lönehantering beskrivs ha genomförts under år 2021 och år 2024. Anledningen till att en ny riskbedömning har genomförts under 2024 anges bero på att HR-service tog ett stort omtag gällande löneutbetalningsprocessen under 2023 med dokumentation av processer och upprättande av rutiner, vilket beskrivs närmare under avsnittet ”Dokumentation över

¹ Fastställd av kommunstyrelsen 2022-12-12 § 12

lönehanteringsprocessen”. De risker som identifierades i riskbedömningen 2024 anges vara hanterade. Det framgår att en ny riskbedömning är planerad att genomföras under 2026.^{Sid 223(364)}

Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av *Internkontroll, beskrivning och plan Kommunstyrelsen* för åren 2023, 2024 respektive 2025². Risker kopplat till lönehantering finns i internkontrollplanen för samtliga år. För 2023 finns följande risker kopplade till lönehantering identifierade i kommunstyrelsens internkontrollplan:

- Felaktiga löneutbetalningar till medarbetare.
- Missad registrering av uppsägning av medarbetare som ska sluta.
- Någon lönekonsult/systemadministratör som ansvarar för månadens lönekörning mixtrar med bankfilen för egen ekonomisk vinning.
- Utbetalning av felaktig lön pga att chef missat attesterat enligt tidplan.

Risken kopplat till utbetalning av felaktig lön har en hög risknivå medan övriga tre risker har i riskbedömningen en låg risknivå.

Av kommunstyrelsens *Internkontroll, beskrivning och plan för 2023* framgår att samtliga chefer har till uppgift att se över sina processer utifrån riskdefinitionerna som finns beskrivna i systemstödet *Stratsys* och då även tänka till på de kontrollmoment och aktiviteter som kan tillföras respektive framtagna risk. Vidare framgår att ett större och förändrat arbete ska ske under 2023 där samordning mellan sektorer och gemensamma risker vid övergripande processer behöver adresseras och hanteras. Form och format för det arbetet behöver sättas och testas under året.

I styrelsens *Internkontroll, beskrivning och plan för 2024* framgår risker kopplat till löner som omfattar felaktiga löneutbetalningar, mixtra med bankfilen och utbetalning av felaktig lön. Risk för felaktiga löneutbetalningar till medarbetare har en hög risknivå. Granskningen noterar att till denna risk finns inga egentliga kontrollmoment utan snarare en aktivitet rörande översyn av processen för löneskulds hantering.

Även i styrelsens *Internkontroll, beskrivning och plan för 2025* återfinns risken för felaktiga löneutbetalningar till enskild medarbetare som har en medelrisknivå. Granskningen noterar att till denna risk finns inga kontrollaktiviteter fastställda, däremot framgår att arbetet pågår med att se över gemensamma risker vid övergripande processer mellan de olika sektorerna inom primärkommunen.

Av kommunstyrelsens riskbedömning framgår att styrelsen har identifierat en risk kopplat till ekonomiska konsekvenser för enskild medarbetare på grund av felaktigt utbetald lön. Av riskbedömningen framgår att bakomliggande orsaker till löneskulder är bristande kunskap om hur löneskulder uppstår, att ärenden skickas till HR-service för registrering och att avvikande poster i personalsystemet inte är attesterade innan lönebryt. Av dokumentet framgår att analys av manuella registreringar och löneskulder ska genomföras under 2025. Vid efterföljande intervju beskrivs att en kartläggning av orsak till löneskulder har gjorts för att få förståelse till anledning att löneskulder uppstår. Därtill har ett antal åtgärder och aktiviteter vidtagits, bland annat har rutin för kontroll av

² Internkontrollplan 2023 är fastställd av kommunstyrelsen 2023-02-07 § 34. Internkontrollplan 2024 är fastställd av kommunstyrelsen 2024-02-06 § 28. Internkontrollplan 2025 är fastställd av kommunstyrelsen 2025-03-11 § 45

öppen frånvaro införts och frågan lyfts i olika mötesforum för att medvetandegöra området kring löneskulder.

Sid 224(364)

Av skriftliga svar från HR-service framgår vidare att kommunstyrelsen har påbörjat arbetet med att identifiera risker genom workshops på avdelningsnivå. Nämndernas arbete med riskanalyser och internkontrollplaner anges också ske genom workshops. Underlag till dessa workshops tas fram av verksamheterna och dokumenteras i *Stratsys*.

Av skriftliga svar från kommunstyrelsens presidium framgår att kommunstyrelsen inte har tagit del av någon färdig övergripande gemensam riskbedömning men arbete pågår med att implementera riktlinjer för intern styrning och kontroll som nämnts ovan. Att löneutbetalningsprocessen skulle vara en stående punkt i nämndernas internkontrollplaner anges vara osannolikt. Den kan dock bedömas som kvarstående övergripande risk om det gemensamma utvecklingsarbetet inte ger önskad effekt. Beroende på vad analysarbetet och utbytet visar, så får kommunstyrelsen bedöma vad nästa steg blir.

Stickprov internkontrollplaner

Stickprov av fyra nämnders internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar för att följa upp om nämnderna beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner. Genomförda stickprov redovisas nedan.

- **Omvårdnadsnämnden**

Internkontroll, beskrivning och plan Omvårdnadsnämnden för år 2025³ omfattar inga risker kopplat till lönehantering. Däremot finns en risk kopplat till felaktiga utbetalningar som kan ha bäring på området, men granskningen noterar att det inte tydligt framgår vilken typ av utbetalningar som avses. Inventering och värdering av risker har genomförts på samtliga kontor och åtgärder har tagits fram och analyserats. Enligt uppgift från verksamhetsföreträdare för sektor Valfärd Gävle har riskanalysen inte omfattat lönehantering och det finns ingen separat dokumenterad bruttolista med identifierade risker.

- **Samhällsbyggnadsnämnden**

Internkontroll, beskrivning och plan Samhällsbyggnadsnämnden för år 2025⁴ omfattar inga risker kopplade till lönehantering. Riskvärdering genomförs i samband den verksamhetsplanering som sker inom sektor Livsmiljö Gävles ledningsgrupp. Enligt uppgift från verksamhetsföreträdare för sektor Livsmiljö Gävle har lönehantering inte identifierats eller dokumenterats som en risk att följa upp inom internkontrollen.

- **Utbildningsnämnden**

Internkontroll, beskrivning och plan Utbildningsnämnden för år 2025⁵ omfattar inga risker kopplade till lönehantering. Riskvärdering genomförs i samband med sektor Utbildning Gävle ledningsgrupps verksamhetsplanering. Vi har i samband härmed tagit del av en upprättad riskmatris för 2025 avseende utbildningsnämnden som omfattar 20 identifierade risker men ingen av riskerna har bäring på risker kopplat till lönehantering. Enligt uppgift från verksamhetsföreträdare för sektor Utbildning Gävle har lönehantering inte lyfts upp

³ Fastställd av omvårdnadsnämnden 2025-03-27 § 30

⁴ Fastställd av samhällsbyggnadsnämnden 2025-02-19 § 32

⁵ Fastställd av utbildningsnämnden 2025-03-26 § 19

som ett område att följa genom internkontroll. Lönehanteringen finns därmed inte med i något underlag.

Sid 225(364)

- **Överförmyndarnämnden**

Internkontroll, beskrivning och plan Överförmyndarnämnden för år 2025⁶ omfattar inga risker kopplade till lönehantering. Risker har analyserats under en utvärdering vid nämndsammanträde i november 2024 och ett förslag utformades för att beslutas under sammanträdet i december 2024. uppgift från verksamhetsföreträdare från överförmyndarenheten finns det inte någon ytterligare dokumentation rörande nämndens riskanalys.

Sammanfattning

Riskbedömningar kopplat till lönehanteringen finns dokumenterade i kommunstyrelsens internkontrollplaner för år 2023–2025, däremot saknas specifika kontrollaktiviteter kopplat till risken för felaktiga löneutbetalningar. Av kommunstyrelsens internkontrollplan för 2025 framgår att ett arbete pågår för att identifiera gemensamma risker vid övergripande processer mellan de olika sektorerna.

Genomförda stickprov av internkontrollplaner 2025 för fyra nämnder visar att lönehanteringen i huvudsak inte finns beaktade i internkontrollplanerna.

Fullständiga och korrekta underlag

I granskningen från 2020 påtalades att det åligger styrelse och nämnder ett ansvar enligt 6 kap 6§ kommunallagen att inom sitt verksamhetsområde tillse att den interna kontrollen är tillräcklig. Det är väsentligt att såväl kommunstyrelsen som nämnderna säkerställer att det finns fullständiga och korrekta underlag till samtliga lönetransaktioner.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna har kontroller som säkerställer att det finns fullständiga och korrekta underlag till samtliga lönetransaktioner?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom att denna rekommendation åtgärdas genom de aktiviteter och förbättringar som redovisas kopplat till övriga rekommendationer.

Kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 omfattade inget svar specifikt rörande att säkerställa att det finns fullständiga och korrekta underlag till samtliga lönetransaktioner.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

Av skriftligt svar från verksamhetsföreträdare från HR-service framgår att flera åtgärder har genomförts för att stärka attestflödet och säkerställa korrekta underlag. Bland annat har tvåstegsattest införts i lönesystemet Personec, arbetssättet för digitala tidrapporter för anställda med BEA-avtal⁷ har förändrats och chefsattest krävs vid lönerättningar som skickas via e-tjänst. I

⁶ Fastställd av överförmyndarnämnden 2024-12-09 § 96

⁷ Bestämmelser för arbetstagare i arbetsmarknadspolitiska insatser.

syfte att minska antalet löneskulder har en tydlig markering införts i Personec för medarbetare när en löneskuld har uppstått med uppmaning att kontakta chef.

Sid 226(364)

För att stödja medarbetare och chefer finns manualer och digitala utbildningar tillgängliga via kommunens intranät samt utbildningskatalogen *Kompetensen*⁸. Exempel på utbildningar är utbildningar för medarbetare och chefer i Personec samt utbildning avseende *Anställningsguiden*. Anställningsguiden är enligt uppgift en modul i Personec som skapar anställningen för den nya medarbetaren samt ändringar av befintliga anställningar. Som ytterligare stöd finns e-tjänsten *Lönesupport för chef*, där chefer kan skicka in frågor. För de ärenden som skickas in via den e-tjänsten och avser lönerättningar ställs krav på chefsattest innan HR-service hanterar rättningar i systemet. Vid intervjuer framkommer att manuella underlag har minskat väsentligt och majoriteten av underlag inkommer via e-tjänsten. Enligt uppgift uppmanar medarbetare på HR-service att chefer och chefsstöd skickar in underlag via e-tjänsten, som sedan attesteras av chef innan vidare hantering. De manuella underlag som förekommer avser främst underlag från ferieungdomar som sommarjobbar inom kommunens olika verksamheter. Dessa underlag registreras manuellt av personal på HR-service.

I skriftliga svar beskrivs vidare att det finns stöddokument i form av rutiner och användarmanualer framtagna i syfte att tydliggöra och säkerställa att det finns attesterade underlag till olika typer av lönetransaktioner. Exempel är anställningshantering via Anställningsguiden med digital attest av både chef och medarbetare via Bank-ID, användarmanual för chefer avseende frånvarorapportering samt rutin avseende reseersättningar som registreras av medarbetare och attesteras av chef. Vi har tagit del av dessa rutiner och manualer och konstaterar att de finns upprättade.

Verksamhetsföreträdare från HR-service anger i skriftligt svar att ersättare för beslutsattestanter under dennes frånvaro endast får vara annan beslutsattestant på samma organisatoriska nivå eller överordnad. Det ska också vara tjänsteman som arbetar inom samma nämnd. Vi har tagit del av två upprättade rutiner rörande delegering av attesträtt och rutin för hantering av frånvaroposter. Upprättade rutiner utgörs av en manual som beskriver hur användaren steg för steg går tillväga i Personec. Granskningen noterar att dessa upprättade rutiner är inte daterade.

Sammanfattning

Flera åtgärder har genomförts för att stärka attestflödet och säkerställa korrekta underlag.

Dokumentation över lönehanteringsprocessen

I granskningen från 2020 noterades att kommunstyrelsen behövde upprätta en fullständig dokumentation över lönehanteringsprocessen, inklusive rutiner, manuella kontroller samt systemkontroller i lönesystemet. Det framkom också att nuvarande kontroller behövde ses över och kompletteras, särskilt inom områden som ändring av fast data och avstämning mellan lönesystemet och huvudboken i ekonomisystemet. Vidare poängterades vikten av att upprättade rutinbeskrivningar regelbundet ses över och hålls aktuella, samt att utförliga arbetsbeskrivningar kopplade till samtliga kontroller upprättas och underhålls.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att en fullständig dokumentation över

⁸ System där kommunens utbildningskatalog finns tillgängliga och som registrerar genomförda utbildningar på individnivå

lönehanteringsprocessen, rutiner, vilka manuella kontroller som ska utföras samt vilka kontroller som lönesystemet utför har upprättats?”

Sid 227(364)

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom följande:

”En stor del av löneprocessen finns redan dokumenterad och checklistor och manualer finns tillgängliga för de flesta kontroller som både sker manuellt och automatiskt. Den behöver kompletteras och processkartan göras fullständig och arbetet med det har startat där HR-service är ansvariga för arbetet med kartläggning och beskrivning av löneprocessen. En gemensam arbetsgrupp med representanter för ekonomiavdelningen och HR-service på sektor Styrning och stöd har tillsatts för att se över hur avstämning mellan huvudbok och lönefil i lönesystemet kan säkras och kontrolleras. Det är viktigt att alla data följer med i överföringen mellan dessa båda två system och att en rutin för kontroll och säkrande av överföringen behöver utformas.”

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt lämnas inga kommentarer i styrelsens yttrande kring dokumentation av processen.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

Verksamhetsföreträdare har i skriftligt svar angivit att en omfattande processkartläggning av lönehanteringsprocessen påbörjades i februari 2023, vilket även anges vara ett fortsatt pågående arbete. Arbetet utfördes av medarbetare på HR-service och från andra enheter som ansvarade för att sätta upp processer, rutiner och uppdateringar. Två utsedda medarbetare på HR-service har det övergripande ansvaret för dokumentation och uppdatering av processer och rutiner i dokument-, process- och ärendehanteringssystemet Canea One och ska godkänna framtagna rutiner innan implementering.

Av skriftligt svar framgår att löneutbetalningsprocessen är kartlagd och dokumenterad med processkartor, styrdokument och rutiner, och att stödjande manualer samt utbildningar finns tillgängliga för medarbetare och chefer. I dagsläget finns cirka 109 dokumenterade rutiner. Vi har tagit del av utdrag av processkartorna samt en förteckning av samtliga, vid granskningstillfället, upprättade rutiner. En av de processkartor som finns upprättade omfattar de områden där det sker kontroller. Dessa områden utgörs av:

- Fel och varningslistor
- Partiell frånvaro
- Anteckningar
- Bevakningsmapp
- Semesterväxling
- Anställningsgrad
- Förmånscyklar
- Sjuklön timvikarier
- Sjuk efter 2 år
- Deltidssjukskrivning efter 2 år

- Årsarvode istället för bevakningsdatum
- Kontroll del av dag för ferie/uppehåll

Vid intervjuer framkommer att det, kopplat till respektive område i processkartan för kontroller, finns ett antal upprättade styrande rutindokument för de kontroller som ska göras. Vi har tagit del av dokumentet *Bilaga Varning- och felsignaler på lön Personec P⁹*. Bilagan innehåller en förteckning av de varnings- och felsignaler på lön och logg på verkställd lön som finns inlagda i systemet med tillhörande beskrivning av respektive signal och förslag på åtgärd.

I skriftligt svar beskrivs vidare att uppdateringar av processer och rutiner är planerade att ske årligen. Det anges att i systemet Canea One finns påminnelser inlagda till ansvariga att revidera dokumentet var 365:e dag, vilket anges säkerställa att processer och rutiner hålls aktuella. Utöver den årliga uppdateringen sker uppdateringar av processer och rutiner även vid förändringar under löpande år. Varje process och rutin har enligt uppgift ett sidhuvud där det finns information om versionsnummer och godkännande datum.

Vidare framhåller verksamhetsföreträdare i skriftligt svar att arbetet med löneutbetalningsprocessen och den interna kontrollen är pågående och den utvecklas genom ständiga förbättringar. Arbeta med förbättringar planeras och tidsbestäms i riskanalys och verksamhetsplan för HR-service. Som redogjorts för tidigare i granskningen kommer en risk- och konsekvensanalys att genomföras under 2026, vilket kommer att medföra översyn och uppdatering av processkartor och rutiner.

Sammanfattning

Processkartläggning och dokumentation av löneprocessen har genomförts. Systemstöd används för dokumentation av processkartor, styrdokument, rutiner och arbetsbeskrivningar. I systemet finns påminnelser inlagda till ansvariga att revidera dokumenten i syfte att säkerställa att processer och rutiner hålls aktuella.

Översyn av kontroller

Som omnämns i föregående avsnitt framkom det i granskningen från 2020 att nuvarande kontroller behövde ses över och kompletteras, särskilt inom områden som ändring av fast data och avstämning mellan lönesystemet och huvudboken i ekonomisystemet.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att tidigare kontroller setts över samt kompletterats med kontroller inom områden där det saknas?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom följande:

”En stor del av löneprocessen finns redan dokumenterad och checklistor och manualer finns tillgängliga för de flesta kontroller som både sker manuellt och automatiskt. Den behöver kompletteras och processkartan göras fullständig och arbetet med det har startat där HR-service är ansvariga för arbetet med kartläggning och beskrivning av löneprocessen. En gemensam arbetsgrupp med representanter för ekonomiavdelningen och HR-service på sektor Styrning och stöd har tillsatts för att se över hur avstämning mellan huvudbok och lönefil i lönesystemet kan

⁹ Version 25.4, ej daterad.

säkras och kontrolleras. Det är viktigt att alla data följer med i överföringen mellan dessa båda två system och att en rutin för kontroll och säkrande av överföringen behöver utformas.”

Sid 229(364)

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt lämnas inga kommentarer i styrelsens yttrande kring översyn och komplettering av kontroller.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare anges att i samband med den processkartläggning av lönehanteringsprocessen som påbörjades 2023 även har gjorts ett arbete med att identifiera och dokumentera kontroller. Identifierade kontroller anges vara tydliggjorda och dokumenterade. Det planeras att under första halvåret 2026 genomförs en risk- och konsekvensanalys av kontrollerna för att ytterligare säkerställa deras effektivitet och relevans. Manualer och dokumentation över både manuella och systembaserade kontroller finns tillgängliga i dokumenthanteringssystemet Canea, och kontinuerliga förbättringar sker löpande. Som beskrivits tidigare i rapporten finns en processkarta upprättad som redogör för de områden där det sker kontroller.

I intervju med verksamhetsföreträdare på HR-service beskrivs att ett antal nya kontroller har införts där brister har identifierats, bland annat kontroll av öppen frånvaro och kontroll av eventuella uppkommande löneskulder.

Kopplat till de brister rörande ändring av fast data och avstämning mellan lönesystemet och ekonomisystemets huvudbok, som noterades i granskningen från år 2020, framgår det av skriftligt svar att åtgärder har vidtagits eller är pågående. Gällande ändring av fast data anges att rutiner för att säkerställa att underlagen är attesterade har stärkts genom digitalisering via *Anställningsguiden*, vilket har redogjorts för tidigare i denna rapport. Därtill anges att ändring av fast data loggas på medarbetarnivå i lönesystemet och det är chefens ansvar att attestera tillhörande underlag. Vid efterföljande intervju framkommer däremot att det inte sker några systematiska kontroller av ändringsloggar, vilket enligt tidigare granskning kan bidra till ökad intern kontroll inom området.

I skriftligt svar och vid intervju anges att det har införts rutiner och kontroller avseende avstämning mellan lönesystem och huvudbok men att det pågår en fortsatt utveckling av dessa avstämmningar även under 2026 tillsammans med ekonomiavdelningen. En gemensam rutin för ekonomi och HR-service kommer att tas fram första halvåret 2026. Medarbetare på HR-service har löpande avstämningsmöten med ekonomiavdelningen för avstämmningar av olika löneposter, bland annat löneskulder och personalens källskatt. Denna process anges finnas beskrivet i processkartläggningen men däremot är inte rutinen dokumenterad.

I skriftliga svar framgår även det finns ett antal rutiner upprättade för att säkerställa att överföring från lönesystemet till ekonomisystemet blir korrekt. Bland annat anges att ekonomisystemet skickar uppdaterade koddelar två gånger i månaden till lönesystemet som då läses in och uppdaterar lönesystemet. Det finns en upprättad rutin för hur medarbetare på HR Service utför uppdaterad kodkontroll samt rutin för manuell ombokning av löner.

Sammanfattning

Ett arbete med att identifiera och dokumentera kontroller har genomförts. Det planeras att under första halvåret 2026 genomföras en risk- och konsekvensanalys av kontrollerna för att ytterligare säkerställa deras effektivitet och relevans. Den uppföljande granskningen visar att det inte sker några systematiska kontroller av ändringsloggar samt att det pågår en fortsatt utveckling kring avstämning mellan lönesystem och huvudbok.

Arbetsbeskrivningar

Som omnämnts under avsnittet dokumentation av löneprocessen påtalade granskningen från 2020 vikten av att upprättade rutinbeskrivningar regelbundet ses över och hålls aktuella, samt att utförliga arbetsbeskrivningar kopplade till samtliga kontroller upprättas och underhålls.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att det finns utförliga arbetsbeskrivningar kopplat till samtliga kontroller som ska genomföras?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom följande:

”En stor del av löneprocessen finns redan dokumenterad och checklistor och manualer finns tillgängliga för de flesta kontroller som både sker manuellt och automatiskt. Den behöver kompletteras och processkartan göras fullständig och arbetet med det har startat där HR-service är ansvariga för arbetet med kartläggning och beskrivning av löneprocessen. En gemensam arbetsgrupp med representanter för ekonomiavdelningen och HR-service på sektor Styrning och stöd har tillsatts för att se över hur avstämning mellan huvudbok och lönefil i lönesystemet kan säkras och kontrolleras. Det är viktigt att alla data följer med i överföringen mellan dessa båda två system och att en rutin för kontroll och säkrande av överföringen behöver utformas.”

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetsätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt lämnas inga kommentarer i styrelsens yttrande kring översyn av arbetsbeskrivningar.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att arbetsbeskrivningar med versionshistorik har upprättats och dokumenterats i det gemensamma dokumenthanteringssystemet Canea. Som redogjorts för tidigare i rapporten finns det för närvarande cirka 109 rutiner, vilka löpande revideras antingen genom ständiga förbättringar eller via den årliga påminnelse som Canea genererar till ansvariga. Dessutom finns det dokumenterade rutiner för de kontroller som ska göras samt ett årshjul för löneprocessen där uppgift om datum och vem som genomfört respektive kontroll dokumenteras.

Sammanfattning

Arbetsbeskrivningar med versionshistorik har upprättats och dokumenterats.

Ansvarsfördelning

I granskningen från 2020 noterades att kommunstyrelsen borde se över och tydliggöra Sid 231(364) ansvarsfördelningen mellan HR-service och ekonomiavdelningen kring kontroller och avstämning, för att säkerställa en god intern kontroll i löneprocessens olika delar.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att ansvarsfördelningen tydliggjorts kring kontroller och avstämning mellan HR-service och ekonomiavdelningen?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom följande:

“Arbetet med att tydliggöra ansvarsfördelning mellan HR-avdelning och ekonomiavdelning hanteras inom ramen för gemensam arbetsgrupp från de två avdelningarna där de olika rollerna och ansvarsfördelningen för planerade kontroller tydliggörs och dokumenteras. Antalet kontroller som HR-service ska genomföra behöver också begränsas till nuvarande resursfördelning men samtidigt vara av den omfattningen att de minimerar chansen till att fel lön betalas ut.”

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt framkom inget svar specifikt rörande att ansvarsfördelningen mellan HR-service och ekonomiavdelningen.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare anges att ett omfattande arbete har gjorts för att förbättra samarbetet mellan HR-service och ekonomiavdelningen. Bland annat har processkartläggning genomförts rörande gemensamma processer. Medarbetare från båda enheterna har tillsammans arbetat fram processer och rutiner i form av arbetssätt för riskanalyser och avstämningsmöten har implementerats. Av erhållna svar och vid intervju beskrivs samarbetet mellan enheterna som god, vilket inkluderar regelbundna möten och ett ökat kunskapsutbyte mellan enheterna. Dokumentation av rutiner för avstämningsmöten och ansvarsfördelning kommer att upprättas och finnas tillgänglig i dokumenthanteringssystemet Canea under första halvåret 2026. Detta kommer att inkludera att anteckningar förs vid respektive avstämningsmöte.

Sammanfattning

Ett omfattande arbete har genomförts för att förbättra samarbetet mellan HR-service och ekonomiavdelningen men det kvarstår att dokumentera rutiner för avstämningsmöten och ansvarsfördelning.

Dokumentation av utförda kontroller

I granskningen från 2020 noterades att kommunstyrelsen borde tillse att ett fullständigt systematiskt arbetssätt inrättas för att dokumentera utförda kontroller avseende lönehanteringen. Det bör framgå när och hur kontrollen genomförts, eventuella avvikelser och åtgärder, samt ansvarig person i syfte att öka spårbarheten gällande utförd kontroll.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att de kontroller som görs dokumenteras så att de blir spårbara?”
Sid 232(364)

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom följande:

“HR-service genomför en hel del kontroller i löneprocessen, både manuella och sådana som systemet Personec P gör automatiskt. Den här punkten handlar om att HR-service och ekonomiavdelning inte i tillräcklig grad dokumenterar de kontroller som görs och därmed inte är spårbara. HR-service har inlett ett arbete för att se över hur kontrollerna på ett bättre sätt kan dokumenteras och därmed bli spårbara. Hänsyn måste även här tas till omfattning av kontroller och dokumentation utifrån en rimlig resursförbrukning.”

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt framkom inget svar specifikt rörande att säkerställa att det finns dokumentation av kontroller.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att samtliga utförda kontroller dokumenteras och sparas i en säker mapp på HR-services interna yta. I det löpande arbetet används som tidigare nämnt ett årshjul där det dokumenteras vilken lönekonsult som har utfört kontrollen samt datum för genomförandet. Dessutom finns en rutin för en rullande veckovis kontroll, utförd av utsedd ”morgonvärd”, som säkerställer att samtliga kontroller blir genomförda. Av skriftligt svar framkommer att rutinen inte är dokumenterad men det är något som ska ske. I samband med efterföljande intervju har vi tagit del av upprättad rutin *Personec-Rutin för listdag-HR-Service*¹⁰. Av rutinen framgår att morgonvärden ska signera att samtliga kontroller är genomförda.

I intervju med HR-service tydliggörs att årshjulet används för dokumentation av kontroller. Årshjulet anger kontrollmoment, ansvarig person/funktion och när kontrollen ska utföras. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av dokumentet *Årshjul lön HR-service* och kan bekräfta att det innehåller en översikt över samtliga kontrollmoment som utförs inom lönehanteringsprocessen. Det framgår vilken person eller funktion som är ansvarig för respektive kontroll samt när kontrollen ska genomföras. Slutligen ska årshjulet signeras av morgonvärden när denne har kontrollerat att alla kontroller är genomförda.

Verifiering av kontroller

Vi har genomfört verifiering av tre utvalda kontroller i lönehanteringsprocessen. Genomförda verifieringar av kontroller redovisas nedan.

- **Verifiering av kontroll: kontroll öppen frånvaro**

Kontroll av öppen frånvaro genomförs varje vecka från månadens start fram till lönebrytdatum. Vi har hämtat in underlag för verifiering avseende denna kontroll.

Verifiering av kontrollen har skett för två veckor i september 2025. Under denna period finns

¹⁰ Upprättad 2025-11-06, reviderad 2025-11-13 och godkänd av enhetschef HR-service.

35 ärenden avseende öppen frånvaro. Av underlagen framgår att 33 stycken av dessa ärenden är åtgärdade. Vid uppföljning med HR-service förklaras att resterande två ärenden har hanterats, varav den ena är hanterad efter vår urvalsperiod och den andra har hanterats av ansvarig chef i lönesystemet. I upprättat årshjul finns angivet att genomförd kontroll är utförd 18 september 2025. Kontrollen har således skett utan anmärkning.

- **Verifiering av kontroll: godkännande av löneutbetalningsunderlag**

Vi har hämtat in underlag för godkännande av huvudutbetalning av lön samt beslut om bemyndigande. Verifiering av kontrollen har skett för mars och oktober 2025 och vi konstaterar att löneutbetalning har verkställts av personer som har bemyndigats att köra kommunens lönebearbetning enligt kommunstyrelsens beslut för 2025. Kontrollen har således skett utan anmärkning.

- **Verifiering av kontroll: kontroll av löneskulder**

Kontroll av löneskulder genomförs en gång per månad via varnings- och felsignaler i lönesystemet. Vi har hämtat in underlag för verifiering avseende denna kontroll. Verifiering av kontrollen har skett för januari och april 2025. Vid dessa tillfällen fanns 64 respektive 48 olika löneskuldsposter. Vid uppföljning med HR-service förklaras att varje enskild post kontrolleras för att säkerställa att det avser en uppkommen löneskuld. I upprättat årshjul finns angivet att genomförd kontroll är utförd 17 januari respektive 15 april 2025. Vi noterar att det av erhållet underlag inte framgår om det funnits några avvikelser och vilka eventuella åtgärder som har vidtagits. Kontrollen har således skett med en mindre anmärkning.

Sammanfattning

Ett årshjul används för att säkerställa spårbarhet av utförda kontroller. Genomförda verifieringar visar på att genomförda kontroller finns dokumenterade i årshjulet, däremot saknas anteckningar om eventuella avvikelser och vilka åtgärder som har vidtagits kopplat till kontrollen om löneskulder.

Dokumentation av attesträtter

I granskningen från 2020 noterades att kommunstyrelsen borde överväga att tillse att det finns en samlad dokumentation över attesträtter för lönehantering.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågorna ”Har kommunstyrelsen säkerställt att det finns en samlad dokumentation över attesträtter för lönehantering?” och ”Har kommunstyrelsen säkerställt motsvarande för nämnderna?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning från maj 2021 framkom att dokumentation kring attesträtter för lönehantering tas fram av HR-service.

I kommunstyrelsens yttrande gällande den uppföljande granskningen från mars 2023 framkommer att rapporterings- och attestansvar följer med chefsuppdraget vilket påverkar följsamheten i attestansvaret kopplat till befogenheterna i löneutbetalningsprocessen. Styrelsens bedömning är att fortsätta det redan identifierade behovet av att tydliggöra detta i chefsuppdraget.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

Vi har tagit del av *Attestreglemente*¹¹ där det framgår att syftet med reglerna är att undvika oavsiktliga och avsiktliga fel och säkerställa att bokförda transaktioner är korrekta. Sid 234(364)

Attestreglementet gäller för kommunens samtliga ekonomiska transaktioner, och bidrar till en rättvisande redovisning samt motverkar oegentligheter. Kommunstyrelsen ansvarar för övergripande uppföljning och utvärdering av reglementet, medan varje nämnd har det yttersta ansvaret för att reglerna följs och att attestförteckningen hålls aktuell. I dokumentet beskrivs att varje nämnd utser beslutsattestanter och att dessa sammanställs i en attestförteckning, som ska stämma överens med uppgifter om attestanter i de system där attester hanteras. Dualitet ska tillämpas, vilket innebär att minst två personer ska ingå i kontrollkedjan vid attest, och undantag får endast göras i särskilda fall. Det framgår även att beslutsattesträtt tilldelas den som har ekonomiskt ansvar enligt nämndens internbudget, och att det är beslutsattestanten som har det slutliga ansvaret för att transaktionen är riktig.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att varje nämnd utser de tjänstepersoner som ska vara beslutsattestanter och ersättare. Enligt uppgift har mallar tagits fram för attestförteckning och tjänsteskrivelser som används av alla nämnder sedan november 2024. Ersättare finns även med i attestförteckningen. Rutin för förändringar som sker under året hanteras i en e-tjänst.

I intervjuer framkommer att det tidigare funnits brister i tillämpningen av attestreglementet och som en del av förbättringsarbetet har nya tillämpningsanvisningar tagits fram och beslutats av kommunstyrelsen. Utifrån detta arbete har en utbildning för chefer utvecklats, som alla nya chefer ska genomföra vid introduktion till tjänsten. Utbildningen innehåller kunskapsprov och leder till certifikat, och ska genomföras igen vart tredje år. Alla chefer ska genomföra utbildningen, och från och med juni 2025 är det krav på att samtliga chefer ska ha genomfört den.

Vi har tagit del av *Tillämpningsanvisning för attestreglementet*¹² som utgör ett komplement till attestreglementet och gäller för styrelsen och samtliga nämnder. Av anvisningarna framgår att varje nämnd ska upprätta en attestförteckning över behöriga beslutsattestanter samt ersättare som tas årligen i november inför kommande år. Av anvisningarna framgår även att det finns mallar för tjänsteskrivelse och förteckning upprättade för att säkerställa att samtliga nämnder hanterar ärendet likvärdigt. Vidare anger anvisningarna att varje nämnd ansvarar för att gällande attestförteckning stämmer överens med uppgifter om attestanter i system där attester hanteras. Upptäckta fel ska dokumenteras och rapporteras i nämndens internkontrollrapport. Anvisningarna gör även gällande att för få beslutsattesträtt i system måste personen genomgå en utbildning och tilldelas ett certifikat.

Av intervjuer framkommer att medarbetare på HR-service arbetar aktivt med registervård för att säkerställa att inlagda attester är korrekta, och att detta är ett pågående arbete med hög prioritet. Kommunens IT-enhet har även tagit fram en vy (Panorama) där det går att kontrollera att beslutade attestanter stämmer överens med systemet. Kommunen har som tidigare nämnt infört tvåstegsattest i lönesystemet Personec och tillhandahåller manualer och checklistor för hur attesthantering ska ske.

¹¹ Antagen av kommunfullmäktige 2018-05-28 § 5

¹² Fastställt av kommunstyrelsen 2024-10-29 § 205

Sammanfattning

Varje nämnd ansvarar för att utse beslutsattestanter och att dessa sammanställs i en attestförteckning. Mallar tagits fram för attestförteckning och tjänsteskrivelser som används av alla nämnder sedan november 2024. Ersättare finns även med i attestförteckningen. Rutin för förändringar som sker under året hanteras i en e-tjänst. Sid 235(364)

Kontroll av attest/bemyndigande av löneutbetalning

I granskningen från 2020 rekommenderades att kommunstyrelsen bör fatta beslut avseende vilka personer/befattningar som ska ha rätt att attestera/bemyndiga löneutbetalningen. I den uppföljande granskningen från 2022 konstaterades att denna rekommendation var hanterad av kommunstyrelsen.

Däremot kompletterades den uppföljande granskningen från 2022 med revisionsfrågorna ”Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns så att de personer/befattningar som ska ha rätt att attestera/bemyndiga löneutbetalningen är de som faktiskt gör det?” och ”Har kommunstyrelsen säkerställt motsvarande för nämnderna?”

Kommunstyrelsens yttrande

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt framkom inget svar specifikt rörande att säkerställa att kontroller finns så att de personer/befattningar som ska ha rätt att attestera/bemyndiga löneutbetalningen är de som faktiskt gör det.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att Gävle kommun bytte bank i april 2024 till Swedbank, vilket innebär att ett sigill används vid överföring av lönefilen till banken. Det är sex medarbetare som finns med i bemyndigandet som kommunstyrelsen beslutar om varje år. Enligt uppgift finns det ett årshjul med en plan på vilka som kör lön per månad. Det finns även en upprättad manual och checklistor för lönekörning. Enligt uppgift är det alltid två personer som utför lönekörningen och en person som kontrollerar nettolönesumman. Av skriftligt svar framgår även att medarbetare på HR-service har möten kontinuerligt med banken.

Vi har inhämtat kommunstyrelsens beslut från den 3 december 2024 § 238 rörande bemyndiganden och förordnanden inom kommunstyrelsens förvaltningsområde för år 2025. Av beslut framgår att sex namngivna personer har bemyndigats att köra lönebearbetningen. Vid uppföljning med HR-service anges att dessa personer arbetar på HR-service, två av dessa är systemförvaltare och övriga fyra är lönekonsulter.

I avsnitt ovan kring dokumentation av attesträtter framgår att tillämpningsanvisningar till attestreglementet gör gällande att varje nämnd ansvarar för att gällande attestförteckning stämmer överens med uppgifter om attestanter i system där attester hanteras. Upptäckta fel ska dokumenteras och rapporteras i nämndens internkontrollrapport.

Sammanfattning

Sigill används för överföring av lönefil till banken. Kommunstyrelsen har beslutat att sex namngivna personer har bemyndigats att köra lönebearbetningen för år 2025.

Beslut avseende omföring av löner

Den uppföljande granskningen från 2022 kompletterades med revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omföring av löner i styrelsen och i nämnderna?” Sid 236(364)

Kommunstyrelsens yttrande

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt framkom inget svar specifikt rörande att säkerställa att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omföring av löner i styrelsen och i nämnderna.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att det finns upprättade manualer för ombokning av löner Gävle kommun för HR-service och Ekonomiservice som anges finnas tillgänglig på intranätet. Därtill finns en e-tjänst för ombokning av redan verkställd lön/arvode som kan användas av chef eller chefstöd. Av dokumentet *Manual – ombokning av lön/arvode inom Gävle kommun*¹³ framgår exempel på när e-tjänsten ska användas och hur ombokningar ska registreras i e-tjänsten. Av manualen framgår att ombokningar ska attesteras av den chef som är ansvarig för det aktuella ansvaret (verksamheten).

Sammanfattning

E-tjänst ska användas för ombokning av löner som kan användas av chef eller chefstöd.

Tid- och avvikelserapportering

I granskningen från 2020 rekommenderades kommunstyrelsen och nämnderna att tillse att tid- och avvikelserapportering samt attest sker korrekt och i tid. Det kan bidra till att uppkomna löneskulder på anställda reduceras och att antalet manuella utbetalningar minskar. Likaså kan det bidra till minskad arbetsbelastning för personalen på HR-service.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna tillsett att tid- och avvikelserapportering samt attest sker korrekt och i tid?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande från granskningen i maj 2021 framgår att utebliven eller för sen registrering av medarbetare eller chef samt attestering av chef är den viktigaste orsaken till att löneskulder uppkommer. Gävle kommun har ca 350 chefer och en informationsinsats till kommunens chefer planeras för att påtala vikten av registrering i tid och att även attestering av poster sker korrekt och i rätt tid. Löneskulder är särskilt negativa för medarbetaren utifrån Skatteverkets regelverk rörande återkrav på bruttolönesumma från medarbetaren. Det skapar besvär och ofta svåra situationer även för medarbetare.

¹³ Manualen SG-STÖ-8692-v.2.0

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetsätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt framkom inget svar specifikt rörande att säkerställa att det finns tid- och avvikelserapportering.

Sid 237(364)

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att flera åtgärder har genomförts för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa korrekt och tidsenlig rapportering och attest. Exempelvis skickas kalenderbokningar ut varje månad till alla chefer med påminnelser om sista dagen för attest inför löneutbetalningen. Tvåstegsattest är som nämnt tidigare i granskningen infört i Personec och samtliga nya chefer ska genomgå utbildning i attesträtt, medan befintliga chefer ska genomföra utbildningen senast november 2025. Informationsmöten har hållits med ledningsgrupper och fackliga företrädare för att betona chefsansvaret. Dessutom finns lönebrickor i Personec som visuellt informerar medarbetare om lönen är preliminär eller om löneskuld uppstått, vilket bidrar till ökad medvetenhet hos både chefer och medarbetare.

I intervju framkommer att arbetet med att minska löneskulder har fortsatt genom flera konkreta åtgärder. Det pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete där HR-service bland annat skickar ut kalenderbokningar till chefer med påminnelser om att attestera i tid. En rutin med öppen frånvaro har införts, där HR-service kontrollerar frånvaro mellan månadsskifte och brytdag och skickar till chefen för attest. Orsaker till löneskulder kartläggs löpande och dokumenteras, och det finns processkortor för hur löneskuldshantering ska gå till. Det pågår även ett arbete med att digitalisera och kvalitetssäkra manuella schemaunderlag.

Sammanfattning

Flera åtgärder har genomförts för att tydliggöra ansvar och säkerställa korrekt och tidsenlig rapportering och attest.

Avslut av anställning

I granskningen från 2020 noterades att kommunstyrelsen borde säkerställa processen vid avslut av anställning i syfte att minimera risk för utbetalning av månadslön efter anställningens slut.

I den uppföljande granskningen från 2022 följdes denna rekommendation upp genom revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt processen vid avslut av anställning så att risk för utbetalning av månadslön efter anställningens slut eliminerats?”

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande från granskningen i maj 2021 framgår att HR-service genomför ett utvecklingsarbete med att digitalisera arbetet med avslut av anställning vilket eliminerar risken av att blanketter kommer bort eller blir försenade i internposten. I det arbetet ingår även att kartlägga samt upprätta rutiner för hur processen för avslut av anställning ska gå till samt göra den känd för kommunens chefer.

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetsätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att

det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt lämnas inga kommentarer i styrelsens yttrande kring processen vid avslut av anställning.

Sid 238(364)

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att processen rörande avslut av anställning är digitaliserad och rutiner finns upprättade för medarbetare, chefer och lönekonsulter. När medarbetare säger upp sin tjänst ska denna lämna in en begäran om avslut av anställning via e-tjänsten "Avslut av anställning på egen begäran". Medarbetarens chef ska via e-tjänsten bekräfta sista anställningsdagen. Vi har tagit del av rutindokumentet *Personec – Avsluta anställning – HR-service* som är gällande för lönekonsulter på HR-service att tänka på vid avslut av en anställning. Vi har även tagit del av *Checklista när en medarbetare slutar* som gör gällande att närmsta chef har det formella ansvaret för avslut av en medarbetares anställning.

I intervju framkommer att checklistan som har tagits fram utgör ett stödmaterial till chefer för att underlätta processen vid avslut av anställning. Det finns dock inget krav på att checklistan ska sparas efter användning. Vidare beskrivs att den framtagna rutinen för HR-service beskriver hur avslut av medarbetare ska hanteras.

Sammanfattning

Åtgärder har genomförts genom digitalisering av processen.

Övriga iakttagelser

I samband med kommunstyrelsens hantering av yttrandet från 2023 beslutade styrelsen att en uppföljning av arbetet med att säkerhetsställa löneutbetalningsprocessen återrapporteras till kommunstyrelsen under november 2023.

Av skriftliga svar från kommunstyrelsens presidium anges att kommunstyrelsen har fått beskrivningar från förvaltningen om hur arbetet fortskrider och diskuterat status och risknivå på exempelvis löneutbetalningsprocessen. Återkoppling kring arbetet med att säkerställa processen anges ha skett till arbetsgivarutskottet och till kommunstyrelsen i oktober 2023. Av kommunstyrelsens protokoll 2023-10-31 § 194 framgår att tjänstemän från HR-avdelningen har informerat om arbetet med löneutbetalningsprocessen med anledning av revisorernas granskning.

Bedömning

Revisionsfråga: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Kommunstyrelsen – Ja **Nämnderna – Delvis**

Vi bedömer att kommunstyrelsen till stora delar har vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar att det finns ett visst utrymme för förbättringar och åtgärder inom några områden. Vi bedömer att nämnderna delvis vidtagit åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförda granskningar.

Grund för bedömning av kommunstyrelsen

Bedömningen baseras på att kommunstyrelsen har utvecklat sitt systematiska arbete och riskbedömningar kopplat till lönehanteringen finns nu dokumenterade i internkontrollplanerna för år 2023–2025. Granskningen visar däremot att det i kommunstyrelsens internkontrollplan för 2025 saknas specifika kontrollaktiviteter mot risken för felaktiga löneutbetalningar. Arbete pågår för att identifiera gemensamma risker vid övergripande processer mellan de olika sektorerna. Ett gemensamt forum för lärande och riskmedvetenhet inom internkontroll planeras till 2026, vilket vi ser som positivt.

Gävle kommuns lönehanteringsprocess är numera dokumenterad och har föregåtts av en omfattande processkartläggning. Systemstöd i form av ett dokumenthanteringssystem används för dokumentation av processkartor, styrdokument, rutiner och arbetsbeskrivningar där systemstödet även säkerställer en årlig revidering av samtliga processer och rutiner. Mot bakgrund av detta bedöms tillräckliga åtgärder har vidtagits kopplat till tidigare lämnad rekommendation.

Vår bedömning av kommunstyrelsen baseras vidare på att ett arbete med att identifiera och dokumentera kontroller har genomförts i samband med processkartläggningen. Vi bedömer dock att det kvarstår ett behov av fortsatt utveckling av systematiska kontroller av ändringsloggar t.ex. de förändringar som sker av fasta data. Avsaknad av denna typ av systematiska uppföljande kontroller kan medföra en risk för felaktiga uppgifter i lönesystemet. Införandet av kontroller kan bidra till att öka den interna kontrollen inom området.

Bedömningen baseras vidare på att åtgärder delvis har genomförts gällande ansvarsfördelning mellan HR-service och ekonomiavdelningen. Samarbetet mellan avdelningarna har stärkts. Regelbundna möten har etablerats och processer har dokumenterats, men ytterligare tydliggörande och dokumentation av rutiner för avstämningsmöten och ansvarsfördelning är pågående. Vi bedömer att detta i sin tur bidrar till att säkerställa att kommunens räkenskaper är rättvisande.

Bedömning av kommunstyrelsen baseras även på att i huvudsak tillräckliga åtgärder har vidtagits för att säkerställa att samtliga utförda kontroller dokumenteras och sparas. Ett årshjul används för att säkerställa spårbarhet. Genomförda verifieringar av kontroller visar på att genomförda kontroller finns dokumenterade i årshjulet, däremot visar granskningen på att dokumentation av kontroller av löneskulder inte innehåller anteckningar om eventuella avvikelser och vilka åtgärder som har vidtagits. Inom områdena tid- och avvikelserrapportering samt avslut av anställning har tillräckliga åtgärder vidtagits för att säkerställa att rapportering och attesting sker korrekt och i tid. Detta inkluderar kalenderpåminnelser och särskild utbildning för chefer. Avslutsprocessen för anställningar har digitaliserats för att minimera risken för felaktiga utbetalningar efter anställningens slut.

Sammantaget har kommunstyrelsen genomfört omfattande förändringar och förbättringar. Även om det fortfarande finns utrymme för att stärka vissa områden i den interna kontrollen, har huvuddelen av revisorernas rekommendationer mötts med effektiva åtgärder, vilket bidrar till en långsiktig effektivitet och säkerhet i lönehanteringsprocessen.

Grund för bedömning av nämnderna

Utifrån genomförda stickprov av internkontrollplaner för fyra nämnder bedömer vi att nämnderna i huvudsak inte beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner, vilket innebär att tillräckliga åtgärder inte har vidtagits. Vi ser det som angeläget att nämnderna vidtar ytterligare insatser

kopplat till sitt systematiska arbete och riskbedömningar kopplat till lönehanteringen utifrån deras ansvar för att säkerställa att nämndens driftsredovisning ger en rättvisande bild av nämndens resultat i förhållande till fastställd driftbudget. Sid 240(364)

Gemensam grund för bedömning av kommunstyrelsen och nämnderna

Bedömningen baseras vidare på att tillräckliga åtgärder har genomförts avseende fullständiga och korrekta underlag till lönetransaktioner, exempelvis införande av tvåstegsattest, digitalisering av tidsrapporter och införande av ett antal e-tjänster såsom lönerättningar och anställningsguiden. Manualer och digitala utbildningar har tagits fram för att stödja chefer och medarbetare, och rutiner för attest och ersättare har tydliggjorts.

Vår bedömning av kommunstyrelsen och nämnderna baseras även på införandet av en samlad dokumentation över attesträtter och på att utbildningsinsatser för chefer har genomförts. Nya tillämpningsanvisningar till attestreglementet har fastställts av kommunstyrelsen i oktober 2024 och gäller för styrelsen och samtliga nämnder. Mallar för attestförteckning och tjänsteskrivelser har tagits fram för att säkerställa enhetlig tillämpning i kommunens samtliga nämnder. Mot bakgrund av detta bedöms tillräckliga åtgärder har vidtagits kopplat till tidigare lämnad rekommendation.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Sid 241(364)

Rekommendation	Rekommendation genomförd
1. Har kommunstyrelsen säkerställt att nämnderna beaktar lönehanteringen i sina internkontrollplaner med tillhörande riskbedömningar?	Nej. Tillräckliga åtgärder bedöms ej vara vidtagna.
2. Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna har kontroller som säkerställer att det finns fullständiga och korrekta underlag till samtliga lönetransaktioner?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
3. Har kommunstyrelsen säkerställt att en fullständig dokumentation över lönehanteringsprocessen, rutiner, vilka manuella kontroller som ska utföras samt vilka kontroller som lönesystemet utför har upprättats?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
4. Har kommunstyrelsen säkerställt att tidigare kontroller setts över samt kompletterats med kontroller inom områden där det saknas?	Delvis. Genomförda åtgärder bedöms vara vidtagna men vissa åtgärder saknas.
5. Har kommunstyrelsen säkerställt att det finns utförliga arbetsbeskrivningar kopplat till samtliga kontroller som ska genomföras?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
6. Har kommunstyrelsen säkerställt att ansvarsfördelningen tydliggjorts kring kontroller och avstämning mellan HR-service och ekonomiavdelningen?	Delvis. Åtgärder bedöms vara vidtagna men behöver formaliseras.
7. Har kommunstyrelsen säkerställt att de kontroller som görs dokumenteras så att de blir spårbara?	Ja. I huvudsak tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
8. Har kommunstyrelsen respektive nämnderna säkerställt att det finns en samlad dokumentation över attesträtter för lönehantering?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
9. Har kommunstyrelsen respektive nämnderna säkerställt att kontroller finns så att de personer/befattningar som ska ha rätt att attestera/bemyndiga löneutbetalningen är de som faktiskt gör det?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
10. Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omföring av löner i styrelsen och i nämnderna?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
11. Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna tillsett att tid- och avvikelserapportering samt attest sker korrekt och i tid?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.
12. Har kommunstyrelsen säkerställt processen vid avslut av anställning så att risk för utbetalning av månadslön efter anställningens slut eliminerats?	Ja. Tillräckliga åtgärder bedöms vara vidtagna.

Revisionell bedömning

Sid 242(364)

PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun, genomfört en uppföljande granskning av avseende löneprocessen som genomfördes under år 2020. Syftet har varit att bedöma om granskade nämnder och kommunstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförd granskning avseende löneprocessen.

Vi bedömer att kommunstyrelsen *i allt väsentligt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av löneprocessen.

Vi bedömer att nämnderna *inte helt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av löneprocessen.

Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till **kommunstyrelsen**:

- Införa systematiska kontroller av loggarna t.ex. de förändringar som sker av fasta data i syfte att förstärka den interna kontrollen inom området och därmed minska risken för felaktiga uppgifter i lönesystemet. Denna rekommendation kvarstår från den tidigare granskningen.
- Se över möjligheten att dokumentationen av utförda kontroller av löneskulder även innehåller spårbarhet rörande de eventuella iakttagelser som noterats och vilka åtgärder som har vidtagits.
- Tillse att arbetet med upprättande av rutiner för avstämningsmöten och ansvarsfördelning mellan HR-service och ekonomiavdelningen färdigställs. Det är väsentligt att rutiner finns etablerade för att säkerställa korrekt överföring från lönesystemet till ekonomisystemet för att säkerställa att kommunens räkenskaper är rättvisande. Denna rekommendation kvarstår till delar från den tidigare granskningen, även om vissa åtgärder redan har vidtagits.
- Fastställa specifika kontrollaktiviteter kopplat till identifierad risk för felaktiga löneutbetalningar inom ramen för det systematiska internkontrollarbetet.
- Säkerställa att arbetet med att identifiera gemensamma risker vid övergripande processer mellan de olika sektorerna färdigställs. En sådan övergripande process är löneprocessen där det är väsentligt att samtliga sektorer beaktar lönehanteringen i sitt systematiska internkontrollarbete främst i form av underlag till den månatliga lönekörningen.

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till **nämnderna**:

- Vidta insatser kopplat till det systematiska internkontrollarbetet och riskbedömningar kopplat till lönehanteringen utifrån nämndernas ansvar att säkerställa att driftsredovisningen ger en rättvisande bild av nämndernas resultat i förhållande till fastställd driftbudget.

2026-04-15

Hanna Franck

Uppdragsledare

Cecilia Axelsson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029–6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

**Beslutsärende: Revidering av
Verksamhetsplan 2026 för
Omvårdnadsnämnden**

8

26ON270



Tjänsteskrivelse

2026-05-19

Handläggare:

Martin Wagner, Anneli Lindblom
Tfn 026- 17 80 00
martin.wagner@gavle.se
anneli.lindblom@gavle.se

Diariumnummer: 25ON435

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Revidering av Verksamhetsplan 2026 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att anta föreslagen revidering av Verksamhetsplan 2026 för Omvårdnadsnämnden.

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden fastställde 2025-12-11 Verksamhetsplan 2026 för Omvårdnadsnämnden till kommunplan 2026 med utblick 2027-2029".

I samband med att Omvårdnadsnämnden behandlade Årsredovisning år 2025 för Omvårdnadsnämnden, dnr 26ON52, beslutade nämnden att ge sektorn ett utredningsuppdrag vad gäller indikatorerna kring kontinuitet och läkemedelsgenomgång och att återkomma till Omvårdnadsnämnden under åren 2026.

En komplettering av Verksamhetsplanen föreslås nu göras utifrån föreliggande förslag.

Förslag

Utredningen visar att antagna indikatorer avseende "Kontinuitet kring patient" samt "Läkemedelsgenomgångar" inte går att kvalitetssäkra så att ett säkerställt resultat kan presenteras. Resultat på dessa mått kommer därför inte att kunna redovisas framöver.

Nämnden föreslås istället att anta att egenkontroll som metod i verksamheten ska implementeras och genomföras under 2026 *samt* att resultatet av dessa sammanfattningsvis ska återredovisas till Omvårdnadsnämnden i samband med helårsrapportering.

Egenkontrollen syftar till att verksamheten själv systematiskt ska kontrollera och följa upp och förbättra sin verksamhet, inom exempelvis läkemedelshantering. Det primära målet är att säkerställa att lagar och regler inom patientsäkerhetsområdet följs, samt att förebygga risker. Genom att införa och genomföra egenkontroll – samt till nämnd återredovisa resultat - kommer ett heltäckande kvalitetsperspektiv att beaktas och följas upp över tid, istället för ett fåtal utvalda kvalitetsindikatorer varje år.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Vårld

Beslutsärende: Intern styrning
och kontrollrapport delår 1 år
2026 för
Omvårdnadsnämnden

10

260N251



Missiv

2026-05-19

Diarienummer: 26ON251

Handläggare:

Martin Wagner
026-17 80 00
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Intern styrning och kontrollrapport delår 1 år 2026 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att godkänna rapporten avseende genomförda kontroller delår 1 år 2026 enligt
Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2026

Sammanfattning av ärendet

Sektor Vårld har sammanställt en uppföljning av den plan för intern styrning och kontroll som nämnden beslutat för perioden jan – april avseende de kontrollmoment som ska följas upp till delår 1.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Vårld



Tjänsteskrivelse

2026-05-19

Diarienummer: 26ON251

Handläggare:

Martin Wagner
026-17 80 00
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Intern styrning och kontrollrapport delår 1 år 2026 för Omvårdnadsnämnden

Sammanfattning av ärendet

De risker med medföljande kontrollmoment som nämnden beslutade ska följas upp vid delår 1 redovisas här. På grund av att verksamhetssystemet Stratsys inte är tillgängligt redovisas denna uppföljning i form av en tjänsteskrivelse mot vad brukligt är.

Ärendebeskrivning

1. Risk: Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig

Kontrollmoment: Uppdaterade kontinuitetsplaner ska finnas för fortsatt drift av verksamheten.

Enhetschef är ansvarig för kontinuitetsplanen i enheten och en fastställd rutin för när den ska revideras årligen eller vid förändringar. Kontroll sker av rutin som är reviderad under första delåret 2026 för bemanningslösningar och prioriterade insatser. En viktig del är att säkerställa att personalen känner till innehållet och det görs genom avstämningar på arbetsplatsträffar.

Kontinuitetsplanerna revideras och utvecklas löpande i takt med att arbetet inom sektorn utvecklas tillika lagkraven förändras. Tidigt under delår 1 drabbades Gävle kommun av ett omfattande snöoväder, snöstormen Anna, som i sin tur avlöste stormen

Johannes som drabbade Sverige under slutet av delår 3 2025. Före, under och efter snöstormen tillämpades kontinuitetsplaner med tillhörande åtgärdskort vilket medförde att sektorn klarade av att lösa det lagstadgade uppdraget. Dock med viss fördröjning av besök och identifierade utvecklingsbehov som hanteras för en kort- och långsiktig horisont.

2. Risk: Ej tillräcklig kompetensförsörjning - svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare inom hälso- och sjukvård samt svårighet att erbjuda erforderlig kompetensutveckling

Kontrollmoment: Säkerställa att handlingsplaner upprättas vid behov för att säkra kompetensförsörjning

Arbetet med kompetensförsörjning bedrivs systematiskt på ledningsnivå och handlingsplaner upprättas vid behov som identifieras årligen. Utbildningsinsatser prioriteras utifrån verksamhetens samlade behov, med särskilt fokus på det som bedöms vara mest verksamhetskritiskt för att upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet. Uppföljning sker för att säkerställa att planerade åtgärder genomförs, att identifierade kompetensbrister hanteras samt att insatser leder till önskad effekt i verksamheten.

3. Risk: Brister i följsamhet av rutiner, vilket innebär risk att invånare lider skada.

Kontrollmoment: Uppföljning av individuella genomförandeplaner

Uppstart delår 1 av systematisk egenkontroll/enhet där kontrollmoment sker genom granskning av genomförandeplaner. Stickprov görs per enhet ca 10 ärenden. Kontrollpunkter är att planen är upprättad och/ eller uppdaterad de senaste 6–12 månaderna. Att den är individuellt utformad (beskriver hur insatser genomförs). Den enskildes behov, mål och önskemål framgår, delaktighet är dokumenterad och att dokumentation är tydlig och följer riktlinjer. Frekvens: 2 gånger per år (eller kvartalsvis vid behov)

Åtgärd vid avvikelse: Upprättande av åtgärdsplan samt uppföljning vid nästa kontrolltillfälle.

Kontrollmoment: Journalgranskning

Pågående arbete bedrivs för att åtgärda identifierade brister avseende dokumentation-journalföring. En risk – och konsekvensanalys har genomförts och en handlingsplan har upprättats. Flera funktioner är involverade i åtgärdsarbetet, däribland verksamhetschef, MAS, MAR samt systemförvaltare.

De identifierade bristerna avser såväl arbetssätt och efterlevnad av rutiner som kompetens i dokumentation. Åtgärder har vidtagits och arbetet med uppföljning och förbättring fortgår.

4. Risk: Nämnden ska ha ett förebyggande arbete gentemot välfärdsbrottslighet**Kontrollmoment: Förebyggande arbete mot välfärdsbrott ska finnas. Metodstöd "Kompassen" ska implementeras**

Under delår 1 har sektorn rekryterat en funktion med särskilt uppdrag att arbeta mot oegentligheter i välfärden inom nämndens ansvarsområden. Uppdraget innefattar att förbygga välfärdsbrottslighet där bland annat en implementering av Sveriges kommuner och regioner (SKR) metodstöd Kompassen är initierad.

Kontrollmoment: Ärendegranskning

Ärendegenomgång efter beslut sker fortlöpande i verksamheten.

5. Risk: Finns god kontroll över den ekonomiska utvecklingen**Kontrollmoment: Rapportering via ekonomisk månadsrapport sker kontinuerligt**

Nämnden följer den ekonomiska utvecklingen via månadsrapport varje nämnd. Rapportering utvecklas fortlöpande.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Valfärd

Beslutsärende:
Omvårdnadsnämndens
kommentarer på preliminära
ramar 2027

11

26ON224



Missiv

2026-05-18

Diarienummer: 26ON224

Handläggare:

Emma Edorsson
026-17 88 37
emma.edorsson@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Kommentarer på preliminära ramar 2027

Förslag till beslut

Att anta yttrandet om kommentarer på preliminära ramar 2027 som sitt eget.

Sammanfattning av ärendet

Nämnden förväntas bedriva sin verksamhet inom given budget. Utifrån de ekonomiska förutsättningar som gäller innehåller de preliminära ramarna krav på kostnadsreduceringar.

Nämnden redogör för vad som görs för att hålla ram 2027, där bland annat ett arbete pågår för att flytta undersköterskor från hemsjukvård till hemtjänst. Vidare redogör nämnden för nya förutsättningar som kan påverka detta arbete.

Den framtida nämnden kommer fortsatt behöva arbeta med omställningsarbeten både inom ramen för SoL och LSS, samt inom ramen för andra pågående nationella omställningar som påverkar den lokala nivån. Det innebär att nämnden på övergripande nivå behöver känna till pågående omställningsarbeten, föra en dialog med sektorn, och vid behov kunna fatta strategiska rikttningsbeslut.

Nämnden och sektorn kommer fortsatt vara beroende av kommunens (förvaltningens och koncernens) samlade förmåga att stödja i omställnings-, planerings- och förändringsarbete. Det handlar om alltifrån tillgången till boende, fordon, stödjande digitala lösningar och kompetensförsörjning.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Vårld



Tjänsteskrivelse

2026-05-18

Diarienummer: 26ON224

Handläggare:

Emma Edorsson
026-17 88 37
emma.edorsson@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Kommentarer på preliminära ramar 2027

Ärendebeskrivning

Nämnden förväntas bedriva sin verksamhet inom given budget. Utifrån de ekonomiska förutsättningar som gäller innehåller de preliminära ramarna krav på kostnadsreduceringar.

Arbetet med grundkalkylen pågår. Förväntade volymförändringar behöver uppdateras efter sommaren. Från Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens ramar 2026 förväntas ca 1,3 mdkr tillfalla Stöd och omsorgsnämnden (875 mnkr i kommunbidrag samt ca 430 mnkr i övriga intäkter) i och med ny politisk organisation, då de delar som avser funktionsstöd flyttas till Stöd och omsorgsnämnden tillsammans med befintlig Omvårdnadsnämnd.

Vad gör nämnden för att klara sig inom ram 2027?

Omställning från vård- och omsorgsboende till hemtjänst/hemsjukvård
Ett arbete för att flytta undersköterskor från hemsjukvård till hemtjänst har inletts, i syfte att säkerställa en ändamålsenlig organisation, tydlig ansvarsfördelning och likvärdig tillgång till medicinska och omvårdnadsnära insatser. Det finns behov av såväl specialistundersköterskor som undersköterskor med baskunskaper. Att växla över undersköterskor från hemsjukvård till hemtjänst medför stora fördelar då medicinsk kompetens inom hemtjänsten stärks. Behovet av specialistundersköterskor i

hemtjänsten har ökat i takt med att kundernas vård- och omsorgsbehov blivit mer komplexa. Fler personer bor kvar hemma längre, ofta med flera samtidiga sjukdomar, kognitiv svikt eller avancerade omvårdnadsbehov, vilket ställer högre krav på kompetens i det dagliga arbetet.

Förändringen innebär flera fördelar, framför allt stärkt medicinsk kompetens i hemtjänsten. Behovet av specialistundersköterskor har ökat i takt med att fler äldre bor kvar hemma längre med mer komplexa vårdbehov. Specialistundersköterskor bidrar med fördjupad kunskap, förebyggande arbete, handledning av kollegor samt ökad kvalitet, kontinuitet och trygghet för kunderna, vilket kan minska akuta insatser och sjukhusinläggningar.

Då nästan hälften av hemtjänstkunderna även har hemsjukvård bedöms kompetensväxlingen nödvändig för att möta framtida krav inom äldreomsorgen. För omställningen har nämnden fått en ramförstärkning på 8 miljoner kronor.

Resursturer

Användningen av resursturer har inte nått önskad effekt, dvs att ha en mer resurseffektiv användning. Det finns också en viss negativ påverkan på arbetsmiljön för medarbetare, bland annat genom otydlighet i planering, variation i arbetssätt och en ojämn belastning mellan enheter. Ett arbete pågår med att ta fram en gemensam strategi, där syftet är att säkerställa följsamhet till gemensamma rutiner samt att etablera ett enhetligt arbetssätt som underlättar samplanering inom geografiska områden.

Finns det nya förutsättningar som kan påverka detta arbete?

Bemanning på demensboende och nytt arbetssätt

Behov av platser på vård- och omsorgsboende anpassade för personer med demenssjukdom ökar. En omställning från somatiska platser till fler demensplatser behöver övervägas. Andelen personer med demenssjukdom ökar i befolkningen, vilket i sin tur ställer högre krav på verksamhetens förmåga att erbjuda anpassad vård och omsorg med rätt kompetens, struktur och miljö. Personer som flyttat in till boende på en somatisk plats kan också över tid kan utveckla en kognitiv svikt. Demenssjukdomar innebär särskilda behov av kontinuitet, personcentrerat arbetssätt och specialiserad

omvårdnad, vilket skiljer sig från den somatiska vårdens inriktning. För demensboenden är det generellt ett högre bemanningsbehov än för somatiska boenden, eftersom personer med demenssjukdom ofta behöver mer tillsyn, kontinuitet, struktur och stöd i vardagen. Det innebär också behov av kompetens inom demensvård, lågaffektivt bemötande och strukturerade arbetssätt.

En omställning syftar till att bättre möta det faktiska vårdbehovet och säkerställa att personer med demenssjukdom får rätt stöd i rätt miljö. Det handlar också om att stärka kvalitet och patientsäkerhet genom att anpassa platser och arbetssätt efter målgruppens behov, samt att skapa bättre förutsättningar för strukturerade arbetssätt, kompetensutveckling och en mer sammanhållen demensvård. På så sätt kan verksamheten i högre grad möta den demografiska utvecklingen och säkerställa en mer ändamålsenlig och likvärdig vård och omsorg.

I takt med en förbättrade produkter inom välfärdsteknik kommer sektorn att behöva tillgängliggöra och implementera ytterligare välfärdsteknik, i syfte att ge ökad självständighet men också för att möjliggöra kvarboende i högre utsträckning. Införande av ny teknik, exempelvis GPS-larm eller andra individuella hjälpmedel, innebär ökade kostnader både vid införande och för fortsatt drift.

Omställning och behov av medel för införande av insatser utan behovsprövning i hemtjänsten

Trygghetslarm är i dag en insats som ges utan individuell biståndsbedömning. Förslag finns om att matdistribution ska hanteras på samma sätt. Syftet med denna inriktning är att förenkla tillgången till vissa serviceinsatser och göra stödet mer tillgängligt för invånare, samtidigt som handläggningen av mer komplexa behov kan fokuseras där individuell behovsprövning är nödvändig. En sådan utveckling förutsätter dock tydliga ramar för vilka insatser som kan erbjudas utan biståndsbeslut, samt anpassade arbetssätt, rutiner och uppföljning för att säkerställa likvärdighet, rättssäkerhet och kvalitet i utförandet.

För att ställa om inom utredningsenhet omsorg (SoL) från att främst utreda biståndsbedömda insatser till en övergång med icke biståndsbedömda insatser i hemtjänsten behöver verksamheten utveckla nya arbetssätt och tydliggöra vilka insatser som kan ges utan individuell behovsprövning. Handläggarens roll behöver samtidigt förändras till ett mer rådgivande och stödjande uppdrag. Detta kräver en

översyn av processer, rutiner och digitala system för att möjliggöra en mer tillgänglig och enkel service, samtidigt som rättssäkerhet och likabehandling säkerställs. Information till invånare behöver förtydligas och uppföljning av kvalitet och effekter stärkas för att säkerställa att insatserna är ändamålsenliga.

Lagerhållning

Sedan 2024 har nämnden gjort stora inköp för att säkerställa tillgång på så kallad krismat och vatten ur ett beredskapsperspektiv. Från och med 1 januari 2027 införs därtill krav om att lagerhålla sjukvårdsprodukter motsvarande en månads normalförbrukning av läkemedel och medicinteknisk utrustning/skyddsutrustning, enligt reglerna om hälso- och sjukvårdens beredskap (8 kap. 10 § och 12 kap. 7 § HSL). Detta kommer medföra ökade kostnader för nämnden. Upphandling av lagerhållningssystem genomförs under 2026. Upphandling finansieras genom statsbidrag.

2027 innebär denna upphandling ökade driftskostnader men även ökade kostnader i form av administration samt inköp av läkemedel, skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial. Ökade kostnader i form av behov större lokaler kan även komma att uppstå utifrån krav på lagerhållning. Därtill tillkommer behov av personella resurser för att hantera lagerhållningen exempelvis behöver produkterna packas upp, köras ut och produkterna behöver dessutom omsättas.

Beredskap

Idag har nämnden till största del tillgång till elbilar, vilket ställer till problem speciellt vintertid då dessa laddar sämre och drar mer el vid kyla, samtidigt som verksamheten saknar snabbbladdare. Avsaknad av tak över bilarna innebär dessutom att snö fastnar i uttaget vilket gör att bilarna inte tar laddning. Vissa av bilarna används dygnet runt och har därför inte möjlighet att ladda under lång tid. För att klara uppdragen behöver nämnden 1 - 2 driftsäkra bilar per enhet.

Omställning till Regionens bolagisering

Behovet av samverkan inom och utanför sektorer, förvaltningen och kommunen bedöms öka. Inom alla välfärdsnämnder finns idag starka beroenden av hur andra

offentliga aktörer arbetar och fokuserar, beroenden som gör att nämndernas verksamheter påverkas direkt och indirekt. Ibland handlar det om rena nationella riktningar och uppdrag, till exempel Nära Vård. Ibland handlar det om hur andra organisationer anpassar sig och sina verksamheter utifrån faktiska resurser, och därmed kan belastningen öka på kommunala verksamheter, till exempel om den regionala hälso- och sjukvården minskar sjukhusplatser eller om Primärvårdens bolagisering innebär en omtolkning av Primärvårdens uppdrag.

Att stärka organisationers förmåga till samverkan är inte enkelt. Det berör kulturer, processer, uppdragssyn, regler och reglementen och lagstiftning. Dessutom kan det vara svårt att leda i samverkan – vem bär det yttersta ansvaret?

Detta perspektiv behöver finnas med i arbetet framåt, och i dialoger om resurssättning. Det finns för välfärdsnämnderna ibland en okänd kostnad där andra aktörers arbete, organisering och förändring kommer belasta välfärdsnämnderna.

Huruvida Region Gävleborgs omställning av primärvården kommer påverka kommunens hemsjukvård under 2027 är svårt att bedöma. Redan i dagsläget syns en förskjutning, dvs volymökning avseende läkemedelshantering. Eftersom bolagiseringen är en omställning så bör kommunen räkna med att det kan komma att ge vissa effekter på kommunen, dvs det finns en risk för att kommunen får öka insatserna om primärvårdens omställning påverkar den samlade förmågan för patienter.

Boenden funktionsstöd

En del av det omställningsarbete som pågått under de senaste åren har bland annat berört schema och planering för verksamheter inom LSS och socialpsykiatri. Arbetet fortgår och har gett effekt men det krävs fortsatt utveckling och arbetet behöver göras gemensamt med Avdelning Vård och omsorg.

Nämnden har i uppdrag att, tillsammans med det bolag som tillhandahåller anpassade bostäder, erbjuda boenden utformade för bostad med särskild service.

Byggprocessen är kommunövergripande och involverar därmed flera delar av kommunkoncernen. Sedan flera år tillbaka råder dock brist på dessa bostäder. Enligt lagstiftningen ska kommunen tillhandahålla bostäder inom 3 månader för att beslutet inte ska rapporteras som icke verkställt med risk för vite. Det innebär att köp av plats behöver ske, ibland utanför kommunen. Därtill har nämnden betalt vite, 635 tkr, under 2025 på grund av icke verkställt boendebeslut. I dagsläget finns en kö motsvarande ca

2 gruppboheter LSS (á 6 platser). Det behöver vara ett fortsatt fokus på att bidra i arbetet med lokalanskaffning för att motverka detta samt på övergripande nivå finnas mer utvecklade former för hantering av bostadsbehoven.

Daglig verksamhet

Utbildning Gävle har informerat att det under 2026 – 2027 är fler elever än vanligt som lämnar anpassad gymnasieskola och som kommer att ha behov av insatsen daglig verksamhet i form av basverksamhet. I den framtagna och beslutade lokalplanen för 2026 – 2029 beskrivs verksamhetens behov av lokaler. Trots detta finns ett underskott av platser som gör att nämnden inte kan verkställa beslut om daglig verksamhet.

Nämnden har i april mottagit ett vitesföreläggande om 1 miljon kronor avseende icke verkställt beslut om daglig verksamhet kopplad till extern boendeplacering.

I juni 2026 tillkommer 11 nya brukare i behov av basverksamhet och en liknande siffra varslas om för juni 2027. Brukare med insats om daglig verksamhet inom basverksamhet behöver vanligen ha en personal på en brukare, för vissa två på en. Det höga antalet nya brukare 2026 – 2027 innebär behov av både lokaler och personal som kan ta emot brukarna när de lämnar skolan. På grund av brist på lokaler och långa handläggningstider för om- och nybyggnationer riskerar nämnden ytterligare viten under resterande del av 2026 och för 2027.

Volymförändringar och besparingskrav

Den resursfördelningsmodell kommunen tillämpar tar hänsyn till volymförändringar för de verksamheter där det finns en korrelation mellan volym (tid, dygn) och kostnad, såsom exempelvis hemtjänst och vård- och omsorgsboende. En stor del av Stöd- och omsorgsnämndens verksamheter är volymbaserade och får medel utifrån tidigare faktisk volym samt prognosticerad volym för kommande år. Detta gör att nämnden vid ökande volymer kompenseras med medel och vid minskande volymer blir av med medel, i efterhand. Konsekvensen är att besparingar till följd av minskad volym inte tillfaller nämnden, utan regleras bort i kommande års ramar och tillfaller Kommunstyrelsen. Samtidigt har nämnden ett årligt besparingskrav på 1 %, vilket i praktiken måste hanteras inom den mycket begränsade del av verksamheten som inte är volymbaserad. Görs besparing på volymbaserad verksamhet behöver nämnden

utöver det spara ytterligare 1 % av nämndens omslutning, därav saknas incitament att effektivisera i form av att minska eller avsluta verksamhet.

Exempel: Omvårdnadsnämnden avslutade ett vård- och omsorgsboende under 2025, vilket innebär en lägre kostnad för köpt verksamhet från 2026. Detta regleras i ramarna för 2027 då nämnden får ca 45 mnkr mindre i kommunbidrag för minskat antal platser. Detta motsvarar ca 3 % av nämndens totala kommunbidrag, vilket egentligen innebär att nämnden redan gjort besparing för flera år framöver (givet samma volymer i övrigt). Trots det behöver nämnden spara ytterliga 1 % för att hålla tilldelad ram.

Utöver detta har ON 26 mnkr kvar att hantera för tidigare års underskott och den del av AFN's tidigare underskott som beräknas överföras till Stöd och omsorgsnämnden motsvarar ca 2,8 mnkr.

Välfärdsbrottslighet

Inom nämndens ansvarsområden har ett arbete pågått över tid för att förebygga och motverka välfärdsbrott. Nämnden har, liksom övriga nämnder, riskområden som behöver hanteras och utvecklas. Välfärd Gävle har sedan årsskiftet en strateg med uppdrag att motverka välfärdsbrottslighet. Denna tjänst är tänkt att finansieras genom förhindrad brottslighet (minskade felutbetalningar), vilket gynnar kommunen som helhet. Men utifrån resonemanget i föregående avsnitt finns inte medel till detta i sektorn. Förutom denna funktion behöver flertalet befintliga resurser såsom systemförvaltare, ekonomer, upphandlare, biståndshandläggare, jurist med flera vara stödjande i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Arbetet är väldigt resurskrävande och ständigt föränderligt. Nämnden behöver förstärkas resursmässigt för att hantera arbetet framöver.

Summering

Flera arbeten pågår för att hålla tilldelad ram samtidigt som nämnden ser ökade omvårdnadsbehov hos kunder och högre krav på kompetens i det dagliga arbetet.

Den framtida nämnden kommer fortsatt behöva arbeta med omställningsarbeten både inom ramen för SoL och LSS, samt inom ramen för andra pågående nationella omställningar som påverkar den lokala nivån. Det innebär att nämnden på

övergripande nivå behöver känna till pågående omställningsarbeten, föra en dialog med sektorn, och vid behov kunna fatta strategiska rikttningsbeslut.

Nämnden och sektorn kommer fortsatt vara beroende av kommunens (förvaltningens och koncernens) samlade förmåga att stödja i omställnings-, planerings- och förändringsarbete. Det handlar om alltifrån tillgången till boende, fordon, stödjande digitala lösningar och kompetensförsörjning.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Vårld

Beslutsärende: Upphandling av vård- och omsorgsplatser

12

260N89



Tjänsteskrivelse

2026-05-05

Diarienummer: 25ON89

Handläggare:

John Larsson
026-17 93 59
john.larsson@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Upphandling av vård- och omsorgsplatser

Förslag till beslut

Att uppdra till Sektor Valfärd att upphandla ramavtal med externa utförare för att tillhandahålla platser på vård- och omsorgsboenden inom kommunens geografiska område, samt

Att i enlighet med fastställd besluts- och delegationsförteckning uppdra till biträdande sektorchef att fatta tilldelningsbeslut för upphandlingen och teckna avtal.

Sammanfattning av ärendet

Nya avtal med vård- och omsorgsboenden i privat regi behöver upphandlas då befintliga avtal löper ut utan möjlighet till förlängning 2027-05-31. En ny upphandling kommer vara öppen både för befintliga och planerade verksamheter i kommunen.

Med fast pris i upphandlingen kommer anbuden att utvärderas gällande kvalitet enligt ställda krav. Anbud som uppfyller ställda krav tilldelas avtal.

Genom upphandlingen, och efterföljande avtal, kan sektorn ställa kvalitetskrav på innehåll och uppföljning. Avtal möjliggör också transparens och kostnadskontroll.

Bakgrund

Vård- och omsorgsboenden i privat regi upphandlades 2018 med avtalsstart från 2019-06-01. Fem avtal tecknades med vård- och omsorgsboenden inom kommunen och dessa avtal löper ut 2027-05-31 utan möjlighet till vidare förlängning vilket innebär att

en ny upphandling behöver göras. Avtalen benämns Köp av plats vilket innebär att inga volymgarantier lämnas utan varje plats avropas separat.

De fem vård- och omsorgsboenden som i dagsläget har Köp av plats-avtal är:

Attendo Muréngatan

Attendo Pukslagarvägen

Humana Södra Centralgatan

Norlandia Sätträåsen

Vardaga Villa Vallonen

Förberedande information och dialog

Som förberedelse inför beslut om upphandling har följande kommunikation genomförts.

Gävle kommuns Pensionärsråd (KPR) informerades 2026-02-19 om den preliminära planen för kommande upphandling.

En RFI (Request for information, dvs. begäran om information) skickades 2026-01-26 till de fyra företag som i dagsläget har avtal samt Ersta diakoni och Forenede Care. Samtliga tillfrågade företag lämnade synpunkter angående hur upphandlingar av vård- och omsorgsboenden kan utformas.

Uppsala kommun genomförde en liknande upphandling 2025 och de har kontaktats i syfte att ta del av upphandlingsunderlaget samt erfarenheter.

Upphandlingens genomförande

Upphandlingen föreslås genomföras, enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU), under 2026 med planerad avtalsstart i juni 2027. Avtalstiden är tänkt att vara 4 år, med möjlig förlängning 2+2 år.

Förutom att befintliga vård- och omsorgsboenden kan få nya avtal kommer upphandlingen att öppna för fler verksamheter att lämna anbud. Upphandlingen kommer tillåta anbud gällande planerade verksamheter som startar under den första avtalsperioden, dvs senast 2031-05-31. Det är känt att Vardaga planerar att öppna ett nytt boende i Hagaström under 2027.

Förändrade krav och avtalsvillkor

Nuvarande avtal bedöms ha varit väl fungerande men sedan den tidigare upphandlingen har det skett ett antal förändringar i tillämpliga lagar samt beställarens

organisation och rutiner, dessa förändringar gör att ett antal krav och villkor behöver uppdateras.

Nedan beskrivs fyra förändringar av betydelse som föreslås.

- 1. Krisberedskap** är ett område som blivit mer prioriterat de senaste åren, kommande avtal kommer behöva reglera utförarens ansvar vid kris eller krig.
- 2. Sanktionen *beställningsstopp*** införs, detta innebär att inflödet av nya kunder till ett boende kan pausas medan allvarliga brister utreds eller åtgärdas.
- 3. En ny *ersättningsmodell*.** Nuvarande avtal upphandlades med anbudspris som reglerats årsvis, 2026 års pris per plats och dygn varierar mellan 2155 och 2753 kronor. Den nya upphandlingen föreslås göras med fast ersättning om 2450 kr per dygn och plats i 2026 års kostnadsläge. Den föreslagna ersättningen motsvarar att avrundat snittpris i nuvarande avtal, summan är också i nivå med vad vård- och omsorgsboenden inom egenregion kostar.
- 4. De nuvarande avtalen avser även *korttidsvistelse*** vilket inte är aktuellt i kommande upphandling.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Välfärd



26ON89

Bilaga 1 – Mall till näringslivskonsekvensanalys

1. Påverkas näringslivet av aktuellt beslut? Ja Nej

2. På vilket sätt påverkas näringslivet? (båda kan kryssas i)

Positivt? Negativt

Beskrivning:

Förutom att befintliga verksamheter får en chans till nya avtal öppnas även
möjlighet att lämna anbud för planerade nya verksamheter.

3. Finns åtgärder som kommunen kan genomföra eller bidra med som skulle kunna
undvika/minimera/mildra negativa konsekvenser för näringslivet?

Ja Nej

Beskrivning:

4. Krävs en fördjupad näringslivskonsekvensanalys?

Ja Nej

5. Hur kommer eventuella konsekvenser för näringslivet kommuniceras till berörda
aktörer?

Beskrivning:

Ingen speciell kommunikation är planerad. Potentiella leverantörer känner till
upphandlingen genom att en RFI genomförts. Upphandlingen kommer annonseras
publikt.

BARNCHECKLISTA

Dnr 26ON89
2026-03-04

Ärende: Upphandling av vård- och omsorgsplatser
Handläggare: John Larsson
Ansvarig nämnd: Omvårdnadsnämnd

Barnchecklista

Varje beslut som berör barn och ungdomar ska föregås av en bedömning om barns rättigheter tillvaratagits i enlighet med FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnchecklistan ska upprättas vid beredning av ärenden till nämnd och styrelse och ska bifogas ärendet som en bilaga.

Kommer beslutet på ett direkt eller indirekt sätt att beröra barn/ungdomar?

Ja Nej

Motivera svaret: Indirekt genom att de kan ha anhöriga som bor eller arbetar inom privata våbo. Studenter inom vård och omsorg kan praktisera på våbo. Ungdomar som är volontärer kan komma att bistå boenden med sociala aktiviteter.

Innebär beslutet att barns och ungdomars bästa sätts i främsta rummet?

Ja Nej

Motivera svaret:

Upphandlingen avser äldreomsorg och kraven fokuserar på de boendes behov av vård och omsorg.

Har barn och ungdomar fått uttrycka sin mening?

Ja Nej

Motivera svaret:

Ingen direkt påverkan på barn och ungdomar,

Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar i behov av särskilt stöd?

Ja Nej

Motivera svaret:

Upphandlingen avser äldreomsorg.

Användarstöd vid ifyllande av barnchecklistan

För att leva upp till sina åtaganden enligt barnkonventionen strävar regeringen efter att det i såväl det egna arbetet som i alla andra offentliga organs verksamheter ska integreras både ett barnperspektiv och ett barnrättsperspektiv. De aktörer som är centrala för genomförandet av konventionen är i första hand riksdagen, regeringen, myndigheterna, kommunerna och landstingen.

I nationella strategin står att ”barnperspektivet innebär att inför ett beslut eller en åtgärd ska ansvariga beslutsfattare överväga om det berör barnet eller barnen och isåfall på vilket sätt. Om åtgärden eller beslutet bedöms få konsekvenser för barnet eller barnen ska hänsyn tas till de mänskliga rättigheterna som barn har enligt bl.a. barnkonventionen. Att på så sätt säkerställa barnets rättigheter i åtgärder eller vid beslut som rör barn innebär att ha ett barnrättsperspektiv.”¹.

Utgå från FN:s definition på barnperspektiv vid ifyllandet av barnchecklistan: att ha ett barnperspektiv innebär också att försöka se beslutsalternativen ur barnets/den unges synvinkel, och att ta reda på hur dessa uppfattar situationen.

Fråga 1.

Artikel 4 – genomförandet av konventionens rättigheter.

Artikel 3 – barnets bästa.

Hur kan ni beskriva de konsekvenser beslutet får för barn och unga?

Fråga 2.

Artikel 3 – barnets bästa.

Hur har ni tänkt då ni säger att detta beslut är utifrån barnets/den unges bästa?

Det barnkonventionen kräver är att vi i enlighet med barnperspektiv enligt ovan, gör en bedömning av barnets/den unges bästa inför beslut.

Om barnets/den unges bästa inte kan vara vägledande i beslutet blir det viktigt att redogöra för skälen till detta. Varför väger annat intresse tyngre, och vad kan göras för att kompensera barnet/den unge? Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter² ska säkerställas till det yttersta av våra tillgängliga resurser (artikel 4)

¹ Regeringens proposition (prop. 2009/10:232) *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*.

² Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är:

Rätt till sjukvård och rehabilitering (artiklarna 24 och 39)

Rätt till utbildning (artiklarna 28 och 29)

Rätt till lek, vila och fritid (artikel 31)

Rätt till skydd mot skadligt barnarbete (artikel 32)

Det kan vara oundvikligt att enskilda barns/ungas intresse ibland ställs mot andra barns/ungas intressen. Redogör för hur har ni tagit hänsyn till detta - på vilka grunder har ni fattat ert beslut?

Fråga 3.

Artikel 12 – respekt för barnets åsikter.

Artikel 12 innehåller två perspektiv:

- Demokratiperspektivet som tar sig uttryck i den representativa delaktigheten.
- Brukarperspektivet som handlar om det enskilda barnet.

Om man tar eleven som exempel, blir demokratiperspektivet aktuellt via elevrådet och brukarperspektivet vid den enskilda elevkontakten.

På vilket sätt har barn/unga beretts möjlighet att framföra sina synpunkter? På vilket sätt har deras synpunkter påverkat beslutet. Hur kommer återkopplingen till barn och unga att se ut?

Fråga 4.

Artikel 6 - barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling.

Handlar inte bara om fysisk hälsa utan om barnets hela utveckling, fysisk, psykisk, andlig, moralisk, psykologisk och social. Det handlar om att skapa en miljö för barnet som garanterar det maximala möjligheter till överlevnad och utveckling. Aktuell forskning bör användas vid ställningstagande om denna fråga kräver fördjupning.

Artikel 2 - icke diskriminering.

Inget barn får diskrimineras, vare sig för sin könstillhörighet, sin hudfärg, föräldrarnas inkomst, vart de bor etc.

Hur undvika att något barn/ungdom, enskilt eller i grupp diskrimineras? Det är tänkbart att ett beslut innebär att enskilt barn/ungdom eller grupper av desamma diskrimineras i förhållande till annat barn/ungdom - enskilt eller i grupp. Hur tänker ni - hur motiverar ni ert beslut?

Beslutsärende:
Remissyttrande - Motion från
Sverigedemokraterna (SD) -
Inrätta ett äldreombud i Gävle
kommun

13

26ON142



Missiv

2026-04-13

Diarienummer: 26ON142

Handläggare:

Elin Fridell
026-17 80 00
elin.fridell@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Yttrande – Remiss på motion från (SD) – Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Sammanfattning av ärendet

Omvårdnadsnämnden har erhållit rubricerad remiss, där yttrande ska lämnas senast den 10 juni 2026.

Av motionen framgår följande att-satser:

- Att Gävle kommun inrättar ett äldreombud med uppdrag att stödja och vägleda äldre samt deras anhöriga, samt att följa upp och uppmärksamma brister i kommunens verksamheter som rör äldre.
- Att äldreombudet ska fungera som ett komplement till pensionärsrådet och befintliga stödinsatser, såsom äldrelots, i syfte att stärka äldres inflytande, rättssäkerhet och trygghet.
- Att äldreombudet årligen ska redovisa sina iakttagelser och rekommendationer till kommunfullmäktige.

Yttrande

Gävle kommun har sedan flertalet år tillbaka arbetat för att förbättra äldres möjligheter att leva ett hälsosamt och oberoende liv med ökad delaktighet i samhällsfrågor.

Kommunen är bland annat medlem i Världshälsoorganisationens nätverk för äldrevänliga städer.

Förslaget om att inrätta ett äldreombud utgår från viktiga och angelägna syften som ligger i linje med det fortsatta arbetet kring att vara en äldrevänlig kommun även framgent. Sektor Vårld delar uppfattningen att stärka äldres rättigheter, förbättra dialogen samt följa upp kvaliteten av äldreomsorgen är centrala delar i detta. Samtidigt är de uppgifter som beskrivs i motionen redan en del av kommunens grunduppdrag då respektive nämnd har ansvar för kvalitet, rättssäkerhet och uppföljning av sina verksamheter.

Inom Vårld Gävle finns avdelningen Utveckling och stöd som organiserar tjänstemän med det gemensamma uppdraget att stötta Vårld Gävles chefer och verksamheter. I deras uppdrag ingår, förutom att stötta, även att granska, utvärdera och komma med förbättringsförslag. Som stöd i det dagliga arbetet används bland annat olika kvalitetsregister, enkäter och undersökningar som möjliggör att granska hur kvaliteten inom Gävle Kommuns äldreomsorg står sig i jämförelse mot andra kommuner. Vidare har kundtjänst och biståndsenheten skapat ett nära samarbete för att det skall vara så enkelt som möjligt för kund eller anhörig att få svar på frågor eller att komma i kontakt med en biståndshandläggare.

Arbetet med information till invånare, hantering av synpunkter och klagomål samt rapportering till kommunfullmäktige ingår även det i ordinarie styrning och uppföljning. Att inrätta ett särskilt äldreombud som komplement till redan befintliga pensionärsrådet riskerar därför att skapa en otydlighet i ansvarsfördelningen, snarare än att tillföra ett tydligt mervärde.

Magnus Höijer
Sektorchef
Sektor Vårld

Missiv

Ärende Dnr 26KS97
Dok/Handl id 26KS97-2
2026-03-09

kommunstyrelsen@gavle.se

Till Omvårdnadsnämnden

Ärende Motion från Sverigedemokraterna (SD) - Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun

Vårt dnr **26KS97**

Begäran om yttrande i rubricerat ärende.

Handlingar Motion från Sverigedemokraterna (SD)

Svarsdatum Senast den **10 juni 2026**

Upplysningar

När du skriver ett yttrande, svara enbart på den att-sats/att-satser som motionären föreslagit eftersom det är den som ansvarig nämnd eller Kommunfullmäktige tar ställning till. Tänk också på att ett yttrande i sig inte behöver vara omfattande, viktigast i yttrandet är att frågorna nedan ska vara besvarande:

- Är det något som vi redan gör/finns idag? Något som det redan tagits beslut om?
- Är det i linje med ambitioner i politiskt beslutande program eller andra inriktningsbeslut? Är det rimligt och önskvärt i verksamheterna? Förbättrar det för kunden/medborgaren?
- Är det förenligt med lagen?
- Är det möjligt att genomföra detta inom befintlig ram eller behövs det resurstillskott eller omfördelning/nya prioriteringar?

Efter beslut ska protokollsutdrag samt yttrande skickas till Kommunstyrelsens diarium kommunstyrelsen@gavle.se senast angivet svarsdatum. Ange **26ks97** i ämnesraden.

Med vänlig hälsning

Registrator
Styrning och stöd
Informationsförvaltningsenheten

Motion

2026-02-12



Motion från Sverigedemokraterna

Inrätta ett äldreombud i Gävle kommun

Förslag till beslut

I kommunfullmäktige

1. **Att** Gävle kommun inrättar ett äldreombud med uppdrag att stödja och vägleda äldre samt deras anhöriga, samt att följa upp och uppmärksamma brister i kommunens verksamheter som rör äldre.
2. **Att** äldreombudet ska fungera som ett komplement till pensionärsrådet och befintliga stödinsatser, såsom äldrelots, i syfte att stärka äldres inflytande, rättssäkerhet och trygghet.
3. **Att** äldreombudet årligen ska redovisa sina iakttagelser och rekommendationer till kommunfullmäktige.

Äldreomsorgen i Gävle kommun står inför stora utmaningar. Brist på personal, hög arbetsbelastning och språkbrister riskerar att försämra kvaliteten i omsorgen och skapar oro och otrygghet hos både äldre och deras anhöriga.

De generationer som byggt vårt land förtjänar trygghet, respekt och värdighet på äldre dar. Kommunen har ett ansvar att säkerställa att äldre får en god, rättssäker och likvärdig omsorg samt att deras röster blir hörda. För att stärka äldres ställning och trygghet föreslår Sverigedemokraterna att Gävle kommun inrättar ett äldreombud med följande uppdrag:

- Fungera som en oberoende och lättillgänglig länk mellan äldre, anhöriga, kommunen och dess verksamheter.
- Granska kommunens äldreomsorg genom att identifiera brister och förbättringsområden, följa upp hur lagar efterlevs och samverka med olika aktörer för att stärka äldres rättigheter.
- Identifiera problem, exempelvis inom hemtjänsten, och föreslå lösningar.
- Samverka med nämnder, pensionärsråd, myndigheter och frivilligorganisationer för att säkerställa att äldres intressen tas tillvara.
- Ge information och rådgivning till äldre och deras närstående om deras rättigheter.
- Årligen rapportera till kommunfullmäktige om iakttagelser, rekommendationer och förbättringsförslag.

Richard Carlsson

Elizabeth Puhls

Wanja Delén

Beslutsärende: Initiativärende
(SD) - Biståndshandläggares
nya arbetssätt

14

26ON238

Initiativärende

2026-04-28



Initiativärende från Sverigedemokraterna

Biståndshandläggares nya arbetssätt

Förslag till beslut

1. **Att** omvårdnadsnämnden får en genomgång av hur arbetssättet enligt födelsedatum fungerar i praktiken, om förändringen har lett till förbättringar samt vilka konsekvenser som har uppmärksammats för kunderna och biståndshandläggarnas arbetsmiljö.

Bakgrund till initiativärende

I samband med omorganisationen förra året ändrades arbetssättet för hur biståndsärenden fördelas mellan handläggare. Fördelningen gick från att vara områdesbaserad till att i stället utgå från den enskildes födelsedatum.

I det tidigare områdesbaserade arbetssättet fanns en kontinuitet där handläggarna hade ansvar för sina kunder inom ett geografiskt område. Det skapade kännedom om både området, verksamheterna, kontorspersonal och de personer som bodde där. Denna kontinuitet upplevdes bidra till ett mer personcentrerat arbetssätt.

Med nuvarande ordning, där ärenden fördelas utifrån födelsedatum, har flera aspekter uppmärksammats som väcker frågor, bland annat minskad kontinuitet för både kunder och handläggare samt att sammanboende personer kan ha olika biståndshandläggare trots gemensam bostad. Andra risker i form av ökad administrativ belastning genom fler överlämningar och samordningsbehov samt risk för minskad helhetssyn kring kundens situation kan komma att uppstå.

Syftet med förfrågan är att få en tydlig bild av hur omställningen har påverkat kvalitet, effektivitet och personcentrering i handläggningen, samt om det finns behov av justeringar eller kompletterande arbetssätt.

Sverigedemokraterna,

Elizabeth Puhls
Anna-Karin Åström
Marianne Larsson
Anneli Sjöholm

Beslutsärende:
Delegationsbeslut

16

26ON55

Delegationsbeslut

1. Avgiftsbeslut
Perioden 2026-04-07 – 2026-05-05 79 st
2. Sammanställning av yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
3. Sammanställning av Personuppgiftsincidenter

Kommande beslut: Fördjupad
granskning av avtalsförvaltning
och avtalsuppföljning av
privata utförare

19

260N245



Till: Omvårdnadsnämnden

2026-04-15

Dnr:25REK34

Missiv - Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

PwC har på uppdrag av revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare. Granskningens syfte har varit att bedöma om omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare med tillräcklig intern kontroll.

Revisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 15 april 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att omvårdnadsnämnden inte helt säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare med tillräcklig intern kontroll. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer omvårdnadsnämnden:

- att årlig uppföljningsplan av privata utförare upprättas och antas av respektive berörd nämnd avseende år 2026.
- att se över organisationen för avtalsuppföljning utifrån verksamhetens förutsättningar och behov.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en tregradig skala: i allt väsentligt, inte helt eller ej.

- att säkerställa att avtalsuppföljning sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument.
- att upprätta och rutiner och processer avseende systematiskt stöd i att förebygga och upptäcka välfärdsbrott eller andra oegentligheter inom ramen för avtalsuppföljning.
- att stärka sitt riskbaserade och kontinuerligt uppföljningsarbete inom ramen för upphandling och avtalsuppföljning.

Revisorerna vill ha ett yttrande från omvårdnadsnämnden med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 30 september.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Rosalie Carlén
Revisor

Bilaga:

- Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Signering

Sida 3 av 3

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-27 15:09

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B830D315CBE20296C0CAFC44B83E40ECE0B48985B21F82DC05F66937395CD7EC

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-04-27 11:39

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B830D315CBE20296C0CAFC44B83E40ECE0B48985B21F82DC05F66937395CD7EC

Namn: Rosalie Carlén

Datum: 2026-04-26 21:55

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B830D315CBE20296C0CAFC44B83E40ECE0B48985B21F82DC05F66937395CD7EC

Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Gävle kommun

April 2026



Sammanfattning







SS1226(064)

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare.

Granskningens syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare med tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden inte helt säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare med tillräcklig intern kontroll.¹

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning	
1. Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?	Delvis	
2. Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?	Delvis	
3. Har nämnderna i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare?	Delvis	
4. Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?	Delvis	
5. Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?	Nej	
6. Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?	Delvis	

¹ Granskningens samlade bedömningsgrunder utgår från i allt väsentligt, inte helt eller ej.

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden:

- att årlig uppföljningsplan av privata utförare upprättas och antas av respektive berörd nämnd avseende år 2026.
- att se över organisationen för avtalsuppföljning utifrån verksamhetens förutsättningar och behov.
- att säkerställa att avtalsuppföljning sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument.
- att säkerställa att uppföljning av privata utförare inom vuxenutbildning sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument.
- att upprätta och rutiner och processer avseende systematiskt stöd i att förebygga och upptäcka välfärdsbrott eller andra oegentligheter inom ramen för avtalsuppföljning.
- att stärka sitt riskbaserade och kontinuerligt uppföljningsarbete inom ramen för upphandling och avtalsuppföljning.

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen:

- att säkerställa att kommunfullmäktige vid varje mandatperiod antar mål och program för privata utförare.

Innehållsförteckning

SSR(064)

Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	5
Revisionskriterier	5
Avgränsning	6
Metod	6
Granskningsresultat	7
Organisation	8
Iakttagelser	8
Bedömning	12
Riktlinjer och rutiner för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning	12
Iakttagelser	13
Bedömning	17
Reglerade former för uppföljning av kontroll	17
Iakttagelser	17
Bedömning	18
Uppföljning och kontroll av privata utförare	19
Bedömning	21
Rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter	22
Iakttagelser	22

Bedömning.....	23
Uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet	23
Bedömning.....	29
Samlad bedömning.....	29
Rekommendationer.....	30
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	30
Bilaga 1.....	35

Sida 4 (064)

Bakgrund

Regler för offentlig upphandling finns för att tillvarata konkurrensen på marknaden och uppnå en god ekonomi i den offentliga verksamhetens inköp. Upphandling och inköp har en stor betydelse för kommunens ekonomi utifrån hur processerna hanteras, vilka leverantörer som anlitas, vilka prestationer som erhålls och till vilka villkor samt hur dessa efterlevs och följs upp. Det finns även stora risker för ekonomisk skada och förtroendeskada om upphandling och inköp inte hanteras i enlighet med gällande regelverk och om det finns brister i hanteringen av avtal.

Ett antal avslöjanden avseende oegentligheter inom den offentliga sektorn har inneburit en ökad uppmärksamhet på risker för oegentligheter inom dessa organisationer. Offentliga verksamheter arbetar på uppdrag av medborgare. För att upprätthålla allmänhetens förtroende är det väsentligt att det finns tillräckliga kontrollstrukturer som motverkar förekomsten av oegentligheter.

Det är viktigt att det finns rutiner för att kontrollera och följa upp efterlevnaden av avtalen för att säkerställa att verksamheten utförs på ett ändamålsenligt sätt. Det måste också finnas rutiner för att uppmärksamma och åtgärda brister i utfört arbete och för att skapa oseriösa utförare.

I Gävle kommun utgörs en stor del av verksamheten, inom omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens ansvarsområde, av privata utförare där uppföljning av avtal är av stor vikt.

I verksamhetsrapporterna för helår 2024 anger nämnderna att de följer upp privata utförare enligt en uppföljningsplan. Dock anges att det finns utmaningar i att bedriva avtalsuppföljning i den omfattning som vore nödvändigt med hänsyn till välfärdsbrottslighet. Vidare anges att Valfärd Gävle kommer att utvärdera hur uppföljning av privata utförare ska genomföras.

Revisionen har utifrån genomförd riskanalys bedömt det som angeläget att genomföra en granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning² under år 2025.

² Begreppsbeskrivning från upphandlingsmyndigheten - Avtalsuppföljning är aktiviteter som syftar till att säkerställa att leverantören uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten och att den upphandlande myndigheten eller enheten får det som har efterfrågats.

Avtalsförvaltning innefattar förutom avtalsuppföljning, en intern administration av er organisations samtliga avtal och möjlighet att arbeta med avtalstrohet, det vill säga styra inköpen till de leverantörer som myndigheten har avtal med. Detta innebär bland annat att registrera avtalet i en avtalsdatabas och att hantera eventuella förlängningar och prisjusteringar. Vidare innebär avtalsförvaltning att arbeta med avtalstrohet, det vill säga att styra inköpen till de leverantörer som myndigheten har avtal med.

Syfte och revisionsfrågor

S&S 29 (4064)

Granskningen syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning med tillräcklig intern kontroll.

Revisionsfrågor:

1. Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?
2. Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?
3. Har nämnderna i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare?
4. Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?
5. Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?
6. Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Kommunallagen 6 kap 1, 6 samt 11 §
- Lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU)
- Upphandlingsmyndighetens vägledning för avtalsförvaltning
- Fullmäktiges mål och budget 2025
- Interna riktlinjer/policys ex inköps- och upphandlingspolicy/
mål och riktlinje för privata utförare inom området

Avgränsning

Granskningen avgränsas till omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden i egenskap av avtalsägare. Granskningen fokuserar i huvudsak på år 2025 men avtal som tecknades innan år 2025 kan bli föremål för granskning om dessa har följts upp under år 2025. De avtal som blivit föremål för stickprov i granskningen avser avtal med privata utförare.

Metod

SSR2024(064)

Granskningen har genomförts med följande metod:

- Genomgång av för granskningen relevanta dokument, såsom rutiner för uppföljning av upphandlad kärnverksamhet och rutiner för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning.
- Genomgång av omvårdnadsnämndens och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens protokoll för perioden januari-december 2024 och januari-december 2025.
- Stickprovskontroll har genomförts avseende sex avtal med fokus på avtalsförvaltningen. Tre stickprov avser arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och tre stickprov avser omvårdnadsnämndens ansvarsområde. För avtalen har fakturor begärts ut i syfte att kontrollera efterlevnad i avtalet utifrån pris, uppgifter på fakturan samt andra ställda krav.
- Intervjuer har genomförts med:
 - Sektorchef, Vårdförvaltning Gävle
 - Biträdande sektorchef, Vårdförvaltning Gävle
 - Verksamhetschef upphandlingsteamet (Verksamhetsområde Planering, Analys och Utvärdering)
 - Upphandlingscontroller
 - Avtalssamordnare
 - Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens presidium
 - Omvårdnadsnämndens presidium

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

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Organisation

Revisionsfråga 1: Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?

Iakttagelser

Kommunfullmäktiges antagna styrdokument

I kommunfullmäktiges antagna *Mål och riktlinje för privata utförare*³ för mandatperioden 2018–2022 framgår att fullmäktige varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av en privat utförare. Ett program för mandatperioden 2022–2026 har inte antagits av fullmäktige, dock framgår att nämnderna följer programmet antaget för år 2018–2022. Det framgår i faktaavstämningen att programmet har aktualiserats i mars 2026. Vid tid för granskningen har inte fullmäktiges protokoll publicerats avseende mars månad.

Syftet i programmet för mandatperioden 2018–2022, är att ange *hur* fullmäktiges antagna mål och riktlinjer ska *följas upp och hur* allmänhetens *insyn* ska tillgodoses när en kommunal angelägenhet utförs av en privat utförare. Dessa grundförhållanden vilar på att kommunen är ansvarig för verksamhet som genom avtal överlämnats till en privat utförare. Kommunen är fortfarande huvudman och ansvaret åligger kommunen oaktat om verksamheten bedrivs i en nämnds egen förvaltning eller av en privat utförare. Vidare framgår i underlaget att det i huvudsak finns tre uppföljningsområden som styr både kommunala och privata utförare och att varje nämnd ska i tillräcklig omfattning kontrollera att en av dem kontrakterad privat utförare:

1. följer de lagar, förordning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten (legaluppföljning)
2. följer de av fullmäktige antagna mål och riktlinjer som fastställs i kommunens budget och andra kommunövergripande mål- och styrdokument samt sådana mål och riktlinjer som nämnden fastställt i internbudget och andra av nämnden antagna styrdokument (måluppföljning)
3. följer ingånget avtal och särskilt sådana klausuler i avtalet som reglerar kommunens rätt till information och allmänhetens rätt till insyn (avtalsuppföljning)

Vidare framgår i underlaget att det är varje nämnd som ansvarar för att säkerställa att all verksamhet bedrivs i enlighet med gällande rätt samt antagna mål och riktlinjer. Sådana mål och riktlinjer ska framgå av upphandlingsunderlaget samt i lämplig omfattning ingå i de avtal som sluts med den privata

³ Antogs i kommunfullmäktige 2020-05-18 § 11.

utföraren. Varje nämnd ansvarar med andra ord för att formerna för uppföljningen regleras i de avtal som tecknas med varje utförare. Upphandlingsunderlaget och avtalet ska innehålla krav på att utföraren aktivt medverkar vid uppföljning av verksamheten. Det kan exempelvis handla om att bereda kommunen tillgång till den privata utövarens lokaler för oanmälda besök och inspektion eller att den privata utföraren/kommunen genomför brukarundersökningar och individuppföljning. I ett upphandlingsförfarande ska sådan information som efterfrågas beaktas redan vid upprättande av förfrågningsunderlaget. Nämnden måste därför, inför en upphandling, noga överväga vilken information man anser sig behöva få från den privata utföraren.

Syftet med att tillförsäkra sig information från den privata utföraren är framförallt att kommunen ska kunna kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och ingångna avtal.

Kommunstyrelsens antagna styrdokument och organisation för inköp och upphandling

I *Inköp- och upphandlingspolicy*⁴ noteras bland annat de huvudprinciper som gäller för all upphandling och alla inköp inom Gävle kommunkoncern. Syftet är att säkerställa att inköp sker affärsmässigt och i enlighet med kommunens värderingar, mål och rutiner. Styrning av inköpsprocessen är ett strategiskt verktyg för verksamhetsutveckling inom Gävle kommunkoncern. Vidare framgår i policyn att den gäller samtliga nämnder och helägda bolag och avser samtliga inköp och upphandlingar som görs med Gävle kommunkoncerns medel, oavsett vem som är upphandlande myndighet och oavsett vem som praktiskt hanterar inköpet eller upphandlingen. Underlaget omfattar även regler för inköp och upphandling. Exempelvis att alla verksamheter ska använda systemverktyg som bidrar till effektiva processer samt att god dokumentation ska genomsyra all inköps- och upphandlingsverksamhet i syfte att uppnå en god ordning, transparens vid upphandling, inköp och avtalsuppföljning.

Vidare omfattar underlaget att varje nämnd, bolag och styrelse bland annat har ansvar för att verksamheten har tillräcklig beställarkompetens och kapacitet för hela processen, från behovs- och marknadsanalys till kravställning, utvärdering, implementering och uppföljning under avtalstiden. Det innebär att identifiera och tydliggöra behov i god tid, initiera upphandlingar när det behövs samt säkra finansiering. Inom respektive ansvarsområde ska policyn följas och organisationen bemannas med rätt kompetens utifrån anskaffningsbehoven. Upphandlade avtal ska implementeras i verksamheten och följas upp ur verksamhetsperspektiv under hela avtalstiden. Varje chef och medarbetare är ansvarig för att ta till sig kunskap om den lagstiftning och de regelverk som berör dem, och att följa dessa lagar och regler.

Enheten för Inköp och upphandling som är organiserad under kommunledningsförvaltningen ansvarar bland annat för att ta fram styrdokument, leda och utveckla kommunens gemensamma inköpsprocess

⁴ Antagen i kommunstyrelsen 2021-04-13 § 60.

och systemstöd. Den samordnar upphandlingar för gemensamma behov, genomför upphandlingar, förvaltar avtal, ger råd och kompetensutveckling. Dessutom följer enheten upp och analyserar inköpsdata, föreslår förbättringar och samverkar med näringslivet för dialog och kunskapsspridning kring upphandlingar.

Kommunstyrelsen ansvarar för att säkerställa att inköpspolicyn granskas, följs upp och regelbundet revideras.

Nämndernas antagna styrdokument

Några nämndsantagna styrdokument som utgår från kommunfullmäktiges *Mål och riktlinje för privata utförare* som nämns ovan (se punkt 2) saknas. Enligt uppgift får nämnderna ett stort antal riktade mål som nämnderna årligen ska uppnå måluppfyllelse för. Bland dessa målnedbrytningar finns inga mål riktade mot de privata utförarna.

I samband med faktaavstämningen av rapporten framgår att nämnden uppger att detta hanteras inom ramen för plan för intern styrning och kontroll. Något krav på att anta ett särskilt styrdokument utöver denna plan uppges inte föreligga.

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden antagna styrdokument och organisation

Som vi nämnt ovan saknar nämnden antagna styrdokument som utgår från kommunfullmäktiges *Mål och riktlinje för privata utförare*.

I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens verksamhetsplan 2024–2027 framgår att det enligt beslut i kommunfullmäktige ska uppföljning av privata utförare ske. Detta regleras av nämnden av fastställd uppföljningsplan. Valfärd Gävle har utöver egenregiverksamhet, cirka 165 avtal med privata utförare omfattande; hem för vård eller boende (HVB), gruppboende och gruppboendestäder för personer med funktionsnedsättning, konsulentstött jour- och familjehemsvård, hemtjänstutförare, vård- och omsorgsboende för äldre, stöd- och behandlingsinsatser i öppenvård samt stödboende för unga vuxna. Uppföljning av verksamheten sker enligt avtal eller överenskommelser.

Vid granskning av arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens protokoll kan vi inte utläsa att nämnden har antagit någon uppföljningsplan för 2025. Detta bekräftas även vid avstämning med strateg inom Valfärd Gävle som noterar att det inte skett sedan år 2023.

Beställaren, det vill säga Valfärd Gävle, utför även granskningar på förekommen anledning vid exempelvis indikationer på brister i utförandet. Tillsyn utförs av tillsynsmyndigheter som Arbetsmiljöverket (AMV) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Samtliga rapporter delges respektive nämnd efter genomförd uppföljning.

Omvårdnadsnämnden antagna styrdokument och organisation

Sida 292 (364)

Som vi nämnt ovan saknar nämnden antagna styrdokument som utgår från kommunfullmäktiges Mål och riktlinje för privata utförare.

I omvårdnadsnämndens verksamhetsplan 2024–2027 framgår att Valfärd Gävle har utöver egenregiverksamhet, cirka 165 avtal med privata utförare omfattande; hem för vård eller boende (HVB), gruppboende och gruppboendestäder för personer med funktionsnedsättning, konsulentstött jour- och familjehemsvård, hemtjänstutförare, vård- och omsorgsboende för äldre, stöd- och behandlingsinsatser i öppenvård samt stödboende för unga vuxna. Uppföljning av verksamheten sker enligt avtal eller överenskommelser.

Vi kan inte utläsa av omvårdnadsnämndens verksamhetsplan att uppföljning av privata utförare ska genomföras utifrån en nämndsantagen uppföljningsplan, vilket ska genomföras i enlighet med kommunfullmäktiges beslut om uppföljning av privata utförare.

Beställaren, det vill säga Valfärd Gävle, utför även granskningar på förekommen anledning vid exempelvis indikationer på brister i utförandet. Tillsyn utförs av tillsynsmyndigheter som Arbetsmiljöverket (AMV) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Samtliga rapporter delges respektive nämnd efter genomförd uppföljning.

Central organisation för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

Valfärd Gävle består av sex kontor. Kontoret för Utveckling och stöd⁵ ansvarar för enheten Kvalitet och utredning, där upphandlingsteamet ingår. Upphandlingsteamet består av två upphandlingscontrollers, en avtalssamordnare samt en verksamhetschef. Under perioden 2024–2025 har en upphandlingscontroller på 50 procent ingått i teamet. Enligt uppgift ingår en av upphandlingsenhetens upphandlingscontroller i kvalitetsteamet (tillhör enhet Kvalitet och utredning) som har till uppgift att genomföra uppföljningar inom Valfärd Gävles samtliga verksamheter, vilket är ett nytt arbetssätt sedan år 2025. Vidare framkommer att kvalitetsteamet arbetar med uppföljning inom egen regi och det är upphandlingsteamet som ansvarar för uppföljning avseende extern regi med stöd från andra funktioner, exempelvis med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Enligt uppgift har upphandlingsteamets verksamhetschef veckovisa avstämningar med upphandlingsteamet. Enligt de intervjuade har upphandlingsteamet inte haft tillgängliga resurser till att följa upp alla privata utförare utifrån avtal och styrande dokument. Vid intervjuer framkommer att uppföljningen av privata utförare bland annat sker som egen kontroll genom att översända en Excel fil med ett antal kvalitetsfrågor som

⁵ Från och med 2026 används benämningen Avdelning i stället för Kontoret.

upphandlingsteamet tillsammans med kvalitetsteamet har valt ut. Dokumenterade instruktioner och rutiner för hur verksamheten tar fram urvalet av frågor till den privata utföraren uppges saknas. (Sak 23/2024)

Vid intervjuer framkommer även att upphandlingsteamet har hanterat flera ärenden där omvårdnadsnämnden hävt avtal med privata utförare till följd av identifierade brister och avvikelser, vilket uppges ha varit resurskrävande för upphandlingsteamet.

Bedömning

Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?

Delvis.

Vi bedömer att det finns en organisation för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning. Organisationen för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning inom Valfärd Gävle är i grunden ändamålsenlig, med en tydlig central struktur, definierade roller och ansvar enligt kommunens styrdokument. Samtidigt finns ett antal begränsningar som påverkar hur väl organisationen fungerar i praktiken. Brist på resurser innebär att alla privata utförare inte hinner följas upp, uppföljningsplaneringen har inte beslutats av nämnd sedan 2023 och målstyrning gentemot privata utförare saknas.

Vidare kan vi konstatera att omvårdnadsnämnden och arbetsmarknad- och funktionsrättsnämnden inte har en antagen uppföljningsplan för år 2025 i enlighet med kommunfullmäktiges krav. Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden gör en uppföljning i sin verksamhetsrapport av privata utförare, vilket inte omvårdnadsnämnden gör.

I intervjuer framkommer (se revisionsfråga 5) att misstankar om välfärdsbrott eller andra oegentligheter hanteras genom fördjupade granskningar och i vissa fall polisanmälan. I dessa situationer involveras säkerhetsavdelningen och dialog förs med såväl avtalsägare som berörd nämnd. Mot bakgrund av att det under senare år funnits skäl till fördjupade granningsinsatser inom området uppger upphandlingsenheten att behovet av resurser har ökat, till följd av högre krav på uppföljning och kontroll. På grund av detta får verksamheten i högre grad prioritera fördjupade uppföljningar framför planerade uppföljningar i enlighet med styrdokument och avtal.

Sammanfattningsvis finns en organisation och ett arbetssätt, dock noteras vissa brister kopplat till resurser, uppföljningsplanering och intern kontroll vilket innebär att organisationen för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning delvis är ändamålsenlig.

Riktlinjer och rutiner för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

SS1298(364)

Revisionsfråga 2: Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?

Iakttagelser

Styrande principer och ansvar för inköp och upphandling

I tidigare beskrivna *Mål och riktlinje för privata utförare* framgår att det är nämndernas ansvar, att inom ramen för sin internkontroll, följa upp sådan verksamhet som bedrivs av en privat utförare. Detta ska göras inom ramen för nämndernas årliga verksamhetsplanering och särskilt i arbetet med riskanalysen. Riskanalysen ska omfatta punkterna (legal-, mål- och avtalsuppföljning). I riskanalysen skall det framgå hur verksamheten säkerställer tillräcklig insyn, uppföljning och kontroll av privata utförare. Om nödvändigt identifieras risker som ska omfattas av internkontrollplan. Vidare noteras att kommunstyrelsen ska följa upp nämndernas arbete och deras uppföljning av privata utförare på två sätt. Det sker dels i samband med kommunens årsredovisning, dels genom årlig uppföljning av nämndernas internkontrollplaner.

Riktlinjer och rutiner för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

Vi har inom ramen för granskningen erhållit *Rutin för avtalsförvaltning*⁶. I rutinen framgår att upphandlingsteamet ansvarar för all avtalsförvaltning av kärnverksamhet för Sektor Valfärd Gävle och hur sektorn förvaltar avtal. Avtalsförvaltning är en central del av organisationens arbete med att säkerställa att ingångna avtal uppfyller sina syften och ger avsedd nytta. Genom att införa en tydlig rutin skapas förutsättningar för effektiv styrning, riskhantering och transparens, samt en grund för goda leverantörsrelationer och planering av framtida upphandlingar. Rutinen gäller främst för upphandlingsteamet som avtalsförvaltare. Rutinen beskriver övergripande kring avtalsprocessens olika steg, enligt nedan:

1. Avtalsprocessen startar med en upphandling efter beslut i nämnd där delar av upphandlingen sedermera övergår till ett avtal med den vinnande anbudsgivaren (eller flera anbudsgivare).

⁶ Upprättad 2025-11-07, reviderad 2025-11-12. Upprättad av avtalssamordnare, godkänd av kontorschef.

Sektor Vårld Gävle upphandlar avtal enligt LOU eller LOV. Dessa avtal hanteras olika. LOU avtal löper under avtalsperioden och eventuella förändringar sker genom omförhandling. LOV-avtal uppdateras och följs upp årligen och vid större förändringar efter nämndsbeslut.

2. Avtal skrivs med vinnande anbudsgivare/godkänd utförare och avtalet skrivs på av båda parter.
3. Därefter startas avtalet upp med en avtalsstart där man går igenom samtliga delar av avtalet och sätter en struktur för hur man vill arbeta med avtalsuppföljningen tex hur ofta och vad man vill gå igenom.
4. Avtalet sparas ned i avtalsdatabasen samt diarieförs under rätt nämnd. Avtalsförvaltningen innebär allt från uppdateringar, omförhandlingar, förlängningar av avtal, prisjusteringar, olika tilläggsavtal, PUB-avtal till hävningar och avtalsslut. Detta görs kontinuerligt under hela avtalstiden.
5. Avtalsuppföljningen görs i regel av en upphandlingscontroller och tillsammans med avtalssamordnare.

Avtalsuppföljning är aktiviteter som syftar till att säkerställa att leverantören uppfyller de krav som har ställts i upphandlingen och att upphandlande myndigheten får det som efterfrågats.

6. Avtalet avslutas då avtalstiden går ut eller om utföraren väljer att avsluta, beställaren väljer att avsluta eller om avtalet hävs.
7. När avtalet avslutas görs en utvärdering av avtalsperioden för att se vad som varit bra och vad som varit mindre bra. Avslutade avtal bevaras i våra register under en period efter avslut.

I *Rutin för uppföljning av upphandlad kärnverksamhet*⁷ framgår bland annat att Sektor Vårld ansvarar för upphandling och avtal för kärnverksamhet/vårldstjänster. Upphandlingsteamet ansvarar för upphandling, avtalsförvaltning och uppföljning av avtal initierade via nämndsbeslut i omvårdnadsnämnden, socialnämnden och arbetsmarknads- och funktionsnämnden. Beställande enheter ansvarar för uppföljningar av placeringar. I de fall där det sker direktupphandlingar ansvarar beställande enheter även för avtalsuppföljningen. Uppföljning av direktupphandlingar utanför ramavtal ansvarar verksamheterna själva för enligt rutinen. Vidare framgår att upphandlingsteamet inte ansvarar för avtal gällande stödprocesser (köp av varor och tjänster till personal och egna verksamheter).

Uppföljning av upphandlad kärnverksamhet noteras ske genom årlig uppföljning som utföraren ansvarar för att skicka in: avtalsuppföljning under avtalsperioden, uppföljning på förekommen anledning och tematisk uppföljning. Samtliga utförare ska årligen redovisa olika uppföljningsdelar till beställaren.

⁷ Upprättad 2025-11-07, reviderad 2025-12-01. Upprättad av upphandlingscontroller, godkänd av kontorschef.

Instruktioner för detta skickas till berörda utförare senast den 31 december för kommande år.

Uppföljningen sker i två delar enligt nedan:

SS1306(30#)

- **Del 1** avser uppföljning för innevarande år relaterat till avtalet. Beställaren fastställer årligen vilka delar som ska redovisas. Utföraren ska ha inlämnat uppgifterna senast den 30 november årligen.
- **Del 2** avser egenkontroller för innevarande år vilka fastställs av beställaren och är samma för så väl externa verksamheter som för verksamheter i kommuns egen regi. Utföraren ska ha inlämnat uppgifterna senast den 30 november årligen.

För verksamheter som har Hälso-och sjukvård skall även Patientsäkerhetsberättelse inlämnas till beställaren senast 1 mars årligen.

Årlig uppföljning sker i Gävle Kommuns ledningssystem (Canea).

Avtalsuppföljningen utgår från en särskild mall för respektive verksamhet. Resultatet från genomförd uppföljning sammanställs i en verksamhetsrapport.

I samband med faktaavstämning av rapporten framgår att en årlig uppföljning enligt ovan inte avser en hel uppföljning utan en del av flera.

Som tidigare noterat finns en särskild rutin för uppföljning av direktupphandlingar utanför ramavtal. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av en bilaga till denna rutin, vilken enligt uppgift utgör den checklista som ska användas för verksamheternas egen uppföljning av direktupphandlingar som genomförs utanför ramavtal. Checklistan avser bland annat kontroll av giltigt tillstånd IVO, aktuell kreditupplysning och om det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete hos utföraren.

Vi har även tagit del av instruktioner avseende den årliga redovisningen och dess olika uppföljningsdelar som skickats ut till utföraren för de vi inom ramen för granskningen genomför stickprov på.

Vid avstämning med upphandlingsteamet framgår att den årliga uppföljningen kommer från år 2026 att dokumenteras i Gävle kommuns ledningssystem (Canea).

Avtalsuppföljning, uppföljning på förekommen anledning och tematisk uppföljning ska diarieföras i respektive nämnds arkiv och rapporteras till sektor/nämnd.

Vidare har vi erhållit *Checklista för agenda vid avtalsuppföljning*⁸ som uppges vara ett stöd för verksamheten i samband med avtalsuppföljningen. I checklistan framgår bland annat att kontroller som

⁸ Daterad 250115

ska genomföras utifrån områdena: styrning, systematiskt kvalitetsarbete, samverkan, personal, säkerhet, miljö och ekonomi.

SS1307(364)

Övrigt om riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

Inom ramen för granskningen har vi erhållit *Rutin för klagomålshantering*⁹. Rutinen gäller för alla verksamheter inom Valfärd Gävle, inklusive privata utförare. Syftet med att registrera, utreda/bedöma, åtgärda och följa upp klagomål är att säkerställa att den enskildes delaktighet och inflytande, att uppmärksamma samt åtgärda fel och brister samt ge verksamheten underlag till förbättringar. Klagomål noteras att de kan tas emot både muntligt och skriftligt av medarbetare och chefer inom Valfärd Gävle, inklusive privata utförare. Rör ett inkommit klagomål en privat utförare, ska en särskild utsedd utredare inom enheten Planering, analys och utvärdering registreras som handläggare, även om ansvarig chef hos den privata utföraren hanterar klagomålet.

Vid inkomna klagomål som berör flera enheter inom Valfärd (inkl. dess privata utförare) ska utredning ske av berörda enhetschefer och svaret till den klagande samordnas. Rutinen beskriver inte att inkomna klagomål som rör privata utförare ska vidtalas upphandlingsteamet.

I *Rutin för att lämna klagomål till andra*¹⁰ hänvisas Valfärd Gävles verksamheter och dess privata utförare att hantera inkomna klagomål enligt ovan beskrivna *Rutin för klagomålshantering*. Rutinen beskriver att ett klagomål avseende om oönskad händelse upptäcks hos en annan verksamhet ska klagomålet lämnas skriftligt, och vid akuta fall även muntligt. Klagomålet ska innehålla en beskrivning om vad som hänt, när det hände, vilka som berörts, konsekvenser samt vem som lämnar klagomålet och önskar återkoppling. Upprättaren bevakar och initierar vid behov en revidering av rutinen. En gång per år noteras att kontroll av rutinens innehåll av upprättare och granskare ska ske. Revideringsdatum ändras därefter oavsett om förändringar i texten skett.

Vi har även tagit del av en checklista avseende inkommande klagomål/synpunkter/avvikelser till Valfärd Gävle avseende privata utförare. Checklistan beskriver övergripande hur inkommande klagomål, synpunkter och avvikelser som avser händelser hos privata utförare ska hanteras. Klagomål och synpunkter som inkommer från annan aktör (exempelvis patientnämnd/Region Gävleborg) ingår även i checklistan. När ett klagomål eller en synpunkt kommer in till Valfärd Gävle noteras att ärendet ska diarieföras, registreras i upphandlingsteamets verksamhetssystem och vidarebefordras till den privata utföraren för åtgärd. Vidare framgår att svaret från den privata utföraren ska diarieföras och registreras i upphandlingsteamets verksamhetssystem. Vad gäller Lex Sarah och Lex Maria ska den privata utföraren omedelbart informera om händelsen och påbörja utredning; alla steg (utredning, anmälan, svar från

⁹ Upprättad 2016-05-04, reviderad 2024-05-16. Upprättad av socialt ansvarig samordnare, godkänd av verksamhetschef.

¹⁰ Upprättad 2016-12-13, reviderad 2023-11-09. Upprättad av socialt ansvarig samordnare, godkänd av verksamhetschef.

IVO) diarieförs och dokumenteras i verksamhetssystemet tills ärendet avslutas. Syftet med checklistan uppges vara att säkerställa spårbarhet, korrekt hantering och uppföljning av alla klagomål och avvikelser. Vid intervjuer bekräftas att ovanstående rutiner och checklistor är kända och uppges efterlevas.

I *Rutin för lex Sarah*¹¹ noteras att avsikten med lex Sarah är att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och till att skydda den enskilde från missförhållanden. Lex Sarah reglerar anställdas, uppdragstagares och praktikanter skyldighet att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden i verksamheten. I lex Sarah ingår också en skyldighet för den som bedriver verksamheten att utreda och undanröja missförhållanden och risken för missförhållanden samt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om det anses allvarligt. Rutinen beskriver bland annat vilken rutinen gäller mot, information om skyldigheten att rapportera, vad som ska rapporteras och fördelning mellan ansvar och roller samt vad som ska anmälas till IVO.

Bedömning

Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?

Delvis.

Vi bedömer att det till viss del finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning. Det finns dokumenterade riktlinjer, rutiner och processer för både avtalsförvaltning och avtalsuppföljning, inklusive dokumenterade arbetsrutiner och stödmaterial som checklistor. Granskningen visar dock att dessa inte tillämpas konsekvent i granskningens berörda verksamhet. Systematiska uppföljningar sker inte fullt ut i enligt gällande styrdokument.

I *Rutin för att lämna klagomål till andra* kan vi konstatera att det saknas spårbarhet som visar att den årliga kontrollen av rutinens innehåll har genomförts, i enlighet med vad rutinen föreskriver.

Sammantaget är styrdokumentet i hög grad ändamålsenliga, dock påvisas vissa brister i efterlevnad och uppföljning vilket innebär en bedömning i att det delvis finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer.

¹¹ Upprättad 2016-05-27, reviderad 2025-10-23. Upprättad av socialt ansvarig samordnare, godkänd av socialt ansvarig samordnare (annan person än den som upprättat rutinen).

Reglerade former för uppföljning av kontroll

S81809(364)

Revisionsfråga 3: Har nämnderna i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare?

lakttagelser

I tidigare beskrivna styrdokument, såsom *Mål och riktlinje för privata utförare*, *Inköps- och upphandlingspolicy* och *Rutin för avtalsförvaltning* framgår att varje nämnd ansvarar för att formerna för uppföljningen regleras i de avtal som tecknas med varje utförare och bereda kommunen tillgång till den privata utövarens lokaler för anmälda beslut och inspektion samt att avtalsuppföljning görs regelbundet av en upphandlingscontroller tillsammans med avtalssamordnare. Vidare noteras att LOV-avtal ska uppdateras löpande och följas upp årligen och vid större förändringar efter nämndsbeslut.

Som tidigare noterats i rapporten saknar både omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden antagna uppföljningsplaner för privata utförare avseende år 2025, i enlighet med kommunfullmäktiges beslut om uppföljning av privata utförare. I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens verksamhetsplan framgår att nämnden ska fastställa en uppföljningsplan i enlighet med kommunfullmäktiges krav, något vi inte kan utläsa av omvårdnadsnämndens verksamhetsplan.

I samband med faktaavstämning av rapporten framgår att Välfärd Gävle arbetare med ett riskbaserat urval vid uppföljning av privata utförare istället för planerade uppföljningar.

Bedömning

Har nämnderna i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare?

Delvis.

Vi bedömer att det finns kommunövergripande antagna mål och riktlinjer för uppföljning av privata utförare.

Vidare bedömer vi att nämnden till viss del har i avtal och annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare. Nämnderna har enligt styrdokumentet ett ansvar att reglera formerna för uppföljning och kontroll av privata utförare genom avtal eller andra beslutade strukturer. Granskningen visar dock att detta inte är uppfyllt. Det saknas nämndantagna uppföljningsplaner för 2025, uppföljningens omfattning och former varierar mellan olika avtal och det finns ingen övergripande, beslutad struktur som tydligt anger hur uppföljning och kontroll ska genomföras gentemot privata utförare.

Inom ramen för granskningens genomförda stickprovskontroll har det identifierats att uppföljning och kontroll finns reglerat i samtliga avtal.

SS1300(30%)

Sammanfattningsvis är uppföljning och kontroll reglerad i avtal, men det saknas nämndantagna uppföljningsplaner samt att systematiska uppföljningar inte sker fullt ut i enlighet med gällande styrdokument, varför frågan bedöms som delvis uppfylld.

Uppföljning och kontroll av privata utförare

Revisionsfråga 4: Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?

Lakttagelser

Enligt *Rutin för uppföljning av upphandlad kärnverksamhet* framgår att årlig uppföljning ska ske i kommunens ledningssystem. Vid avstämning med verksamheten framgår att från och med uppföljningsåret 2026 inför Gävle kommun en ny rutin där all årlig uppföljning ska genomföras direkt i Canea Ledningssystem. Samtliga utförare med avtal inom kommunen kommer att besvara egenkontrollfrågor i systemet, och utbildningar för verksamheterna genomförs under de kommande månaderna för att säkerställa att alla kan rapportera på rätt sätt. Detta ersätter tidigare års arbetsätt där uppföljningen skett genom att verksamheterna skickat in kvalitetsberättelser och, när det varit aktuellt, patientsäkerhetsberättelser enligt bifogade instruktioner.

Enligt *Rutin för uppföljning av upphandlad kärnverksamhet* framgår vidare att utförare årligen ska redovisa olika uppföljningsdelar till beställaren och att instruktioner för detta ska skickas till berörda utförare senast den 31 december kommande år. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av instruktioner för rapportering avseende 2025 inom ramen för de leverantörer som ingår i vårt stickprov.

Vid intervjuer framkommer att uppföljning av avtal genomförs bland annat genom fysiska besök och inhämtning av ett antal underlag som exempelvis kvalitetsberättelser. Enligt uppgift ska samtliga avtal följas upp årligen men att resursbrist gör att inte alla uppföljningar hinns med. Prioriteringar genomförs utifrån indikatorer, inkomna klagomål och tips. Information vid indikatorer på brister eller inkomna tips om oegentligheter uppges användas för urval om fördjupad granskning ska genomföras. Återkommande brister kan leda till tydligare hävningsgrunder i avtalen. Vidare framgår vid intervjuer att privata utförare följs upp mer noggrant än verksamheter som bedrivs i egen regi. Det finns en ambition att likställa uppföljningarna framöver. Någon generell sanktionstrappa finns inte utan detta styrs utifrån respektive avtal.

Som vi tidigare noterat i rapporten arbetar upphandlingsteamet i hög grad med tillit och att uppföljning av privata utförare sker främst genom att den privata leverantören återkopplar på ett antal kvalitetsfrågor som upphandlingsteamet tillsammans med kvalitetsteamet har valt ut. Dokumenterade

instruktioner och rutiner för hur verksamheten tar fram urvalet av frågor till den privata leverantören uppges saknas.

S&B05(36#)

Kvalitetsfrågorna utgår från ett antal övergripande områden, exempelvis ledningssystem, samverkan, delaktighet och värdegrund, avvikelser och Lex Sarah-Maria, rehabilitering och säkerhet. Det uppges vidare att det är den privata utföraren som själv fyller i underlaget som därefter delges uppföljningsteamet. Några kontroller på att det som noteras av de privata utförarna i uppföljningsdokumentet stämmer, genomförs inte.

Vidare framgår vid intervjuer att årliga uppföljningar av de privata utförarna sker inte fullt ut enligt gällande riktlinjer och krav. Årliga uppföljningar uppges prioriteras främst av nya privata utförare, vid misstanke eller på förekommen anledning samt utifrån resultat från senaste avtalsuppföljning. Att inte samtliga privata utförare följs upp i enlighet med gällande riktlinjer och krav uppges bero på resursbrist. Vid de årliga uppföljningarna som genomförs sker platsbesök där efterlevnaden av respektive avtal följs upp. I samband med detta ses även eventuella avvikelser och klagomål över, liksom frågor som har uppkommit med utgångspunkt i den inlämnade redovisningen av kvalitetsuppgifter.

Vid dessa uppföljningar uppges att kommunens MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) i vissa fall följer med. Inför de årliga uppföljningarna sker en kontroll av aktuellt tillstånd (IVO) och det tas en kreditinformation genom UC. De kontroller som sker dokumenteras inte på ett systematiskt och konsekvent sätt. Det uppges pågå ett arbete med att se över hur och vart dokumentation av kontroller, eventuella stickprov och uppföljningar ska ske.

Upphandlingsteamet efterfrågar i samband med den årliga uppföljningen att få ta del av leverantörens årliga patientsäkerhets- eller kvalitetssäkerhetsberättelse. I underlaget anges att denna ska innehålla en övergripande redovisning av antal inkomna synpunkter och klagomål till leverantören.

Från och med år 2026 framgår att de privata utförarna ska inlämna en årsredovisning.

Stickprov

Stickprovskontroll har genomförts avseende sex avtal med fokus på avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning. Tre stickprov avser arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden (Leverantör 2, 5 och 6) och tre stickprov avser omvårdnadsnämndens ansvarsområde (Leverantör 1, 3 och 4).

För varje avtal har fakturor begärts ut i syfte att kontrollera efterlevnad i avtalet utifrån pris, uppgifter på fakturan samt andra ställda krav. Utifrån inhämtade fakturor görs bedömningen att rätt uppgifter framgår på fakturan och att priset överensstämmer med avtal eller prisbilaga inklusive indexuppräknings. För leverantör 1 hade för många timmar fakturerats vid ett tillfälle, vilket reglerades på fakturan månaden efter.

Kontroller som genomförts framgår i bilaga 1. Sammanfattningsvis görs nedan iakttagelser utifrån stickproven:

S&B00(30%)

- Leverantör 1, Underlag för kvalitetsfrågor saknas. I genomfört stickprov framgår att brister har noterats vid kontroller som lett till en erinran och krav på handlingsplan. Bristerna som identifierades återkopplades till leverantören att en handlingsplan med åtgärder ska inkomma inom en viss tidsintervall. Vi kan i dokumentationen följa de olika delarna av uppföljningen kopplat till erinran. Dock framkommer att förvaltningen inte gjort en utökad uppföljning efter svar från leverantören, dvs det saknas en ny uppföljningsplan.
- Leverantör 2, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök och ingen spårbarhet av att en regelbunden ekonomisk kontroll av leverantören har genomförts.
- Leverantör 3, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök.
- Leverantör 4, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök.
- Leverantör 5, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök och ingen spårbarhet av att en regelbunden ekonomisk kontroll av leverantören har genomförts.
- Leverantör 6, Uppföljning har inte genomförts.

I avtalen för samtliga stickprov framgår krav som ställs på den privata utföraren samt att utföraren aktivt ska medverka vid uppföljning av verksamheten. Sammantaget noteras att förvaltningen skickar ut en särskild mall med frågor till privata utförare att besvara. Det görs ingen kontroll av att svaren som anges är korrekta. Återkopplingen från intervjuer är att Välfärd Gävle har en tillitsbaserad styrning.

Inom ramen för granskningens genomförda stickprovskontroll har det identifierats att uppföljning och kontroll finns reglerat i samtliga avtal. Vi noterar avseende uppföljningsregleringen i avtalen att kommunen kan genomföra fördjupade avtalsuppföljningar, revisioner och tillsyner. Dock saknas det en uttrycklig rätt att genomföra oanmälda inspektioner och en möjlighet att följa upp efter avtalets upphörande vilket är av vikt för att möjliggöra upptäckt av eventuella oegentligheter i efterhand.

Vi har inom ramen för stickproven noterat att kontroll av styrelsen samt ledningen inte utförts, såsom kontroller om styrelsens sammansättning och löpande förändring eller om roller kombineras som kan skapa en intressekonflikt.

I samband med faktaavstämning framgår att uppföljning och kontroll av privata utförare genomförs till högre grad kopplat till inkomna uppgifter. På grund av känsligheten i pågående utredningar och även avslutade utredningar, kan vi inom ramen för granskningen inte ta del av allt material.

Bedömning

SKR 2023(364)

Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?

Delvis.

Vi bedömer att revisionsfrågan avseende uppföljning och kontroll av privata utförare delvis är uppfylld. Uppföljning och kontroll av privata utförare genomförs inte fullt ut i enlighet med gällande styrdokument. Granskningen visar att alla utförare inte följs upp årligen, att arbetet i hög grad baseras på tillit och att systematiska verifieringar av inlämnade uppgifter saknas. Sammantaget sker uppföljning, men inte fullt ut i den omfattning eller med den kvalitet som styrdokumenterna förutsätter.

Genomförda stickprov är avgränsad till sex avtal vilket gör att det inte med säkerhet går att uttala att resultatet är representativt totalt för de berörda nämnderna. Stickproven ger dock en indikation i ljuset av aktuella bestämmelser på området. Vår bedömning är att berörda nämnder behöver införa systematiska kontroller samt stärkt systemstöd för att säkerställa uppföljning och kontroll av privata utförare.

Rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter

Revisionsfråga 5: Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?

SKR definierar begreppet välfärdsbrott som när en extern aktör - företag eller privatperson - otillbörligen utnyttjar kommunala medel för egen vinning. Ekonomisk vinning är en av de viktigaste drivkrafterna för organiserad brottslighet. Angrepp på utbetalande system och brottslighet i form av undandragande av skatter och avgifter innebär årligen miljardförluster för staten. Enligt SKR:s bedömning är att det finns välfärdsbrottslighet i princip alla verksamheter där det är möjligt att göra en vinst, för en individ eller ett företag. Det gäller i alla kommuner och regioner och i flertalet verksamheter.

I kommunen hanteras flera viktiga välfärdssystem. Kommuner gör utbetalningar till exempelvis privata utförare, till enskilda i form av ekonomiskt bistånd eller till civilsamhället i form av olika stöd, t.ex. stöd till föreningslivet. Vidare gör kommunen årligen upphandlingar och inköp för betydande belopp. I alla dessa delar finns det risk för oegentligheter och för att kommunen utnyttjas. Det kan röra sig om både välfärdsbrott i mindre skala, men också välfärdsbrott i en mer organiserad och systematisk skala. Välfärdsbrottslighet finns inom hela välfärdssystemet och har särskilt uppmärksammats inom bland annat hemtjänst och assistans. Oegentligheter har även konstaterats inom flera kommunala områden. Det finns också risk för att personer på insidan, det vill säga anställda i kommunen, agerar som så kallade möjliggörare. En möjliggörare kan exempelvis tipsa om brister på insidan och ge tips på upplägg i syfte att utnyttja systemet. Det kan också handla om anställd som har otillåten bisyssla i t.ex. ett företag som

tillhandahåller varor/tjänster i kommunen.

SS1808(364)

Inom ramen för denna revisionsfråga har vi specifikt granskat om det finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning.

lakttagelser

Inom ramen för granskningen har vi inte erhållit några specifika rutiner eller processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. I respektive nämnds plan för intern kontroll och styrning år 2025 framgår ett antal risk- och kontrollområden kopplat till välfärdsbrottslighet. Vilket även bekräftas av intervjuer, att en övergripande strategi för att motverka välfärdsbrott saknas.

Vid intervjuer framkommer att om det finns en misstanke om välfärdsbrott eller andra oegentligheter sker en djupare granskning och ibland polisanmälan, med involvering av säkerhetsavdelningen och dialog med avtalsägare och nämnd. Vidare framkommer att kraven i förfrågningsunderlagen har stärkts utifrån att förebygga och förhindra välfärdsbrott. Det nya förfrågningsunderlaget har beslutats av omvårdnadsnämnden den 2025-12-11 § 171.

Vid intervjuer framkommer vidare att det är svårt att upptäcka och bevisa oegentligheter, särskilt när det gäller välfärdsbrottslighet. Vidare lyfts ett behov av att stärka tvärfunktionella arbetssätt och specialistkompetens inom området. Vidare lyfts att fokus på välfärdsbrottslighet har ökat i verksamheten.

I samband med faktaavstämning av rapporten framgår att Sektor Valfärd uppges arbeta tvärfunktionellt vid förekommen anledning med fördjupade kontroller inom sektorns samtliga verksamheter. Vidare framkommer att det finns en medvetenhet och upparbetad process kopplat till upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Dock finns detta inte dokumenterat och diariefört.

Bedömning

Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?

Nej.

Vi bedömer att det inte finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Det saknas dokumenterade rutiner och processer som systematiskt stödjer en förebyggande upptäckt av välfärdsbrottslighet eller andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Granskningen visar att åtgärder vid misstankar sker mer ad hoc och är beroende av enskilda medarbetares bedömningar, snarare än av en etablerad och enhetlig process. Även om kraven i

förfrågningsunderlagen har stärkts bedöms detta inte fullt ut utgöra en faktisk struktur för upptäckt i den löpande uppföljningen.

S&S 2025(364)

Vi ser positivt på det arbete som pågår kopplat till uppföljning av upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning.

Uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet

Revisionsfråga 6: Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

lakttagelser

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens och omsorgsnämndens respektives planer för intern styrning och kontroll för 2025 redovisas respektive nämnds riskvärdering av olika områden, baserat på sannolikhet och konsekvens, samt de kontrollaktiviteter som valts utifrån årets prioriterade risker.

Plan för intern styrning och kontroll 2025

I plan för intern styrning och kontroll år 2025 från arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden ingår kontrollområdet *Efterlevnad av både externa och interna regelverk*, vilket är relevant för den aktuella granskningen.

Inom detta kontrollområde har flera risker identifierats, vilka presenteras nedan:

- *Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister. (Risk för välfärdsbrott)*

Beskrivning: Uppföljning privata utförare ska genomföras. Metodik för kontroll samt riskanalyser på operativ nivå ska utvecklas.

- *Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling*

Beskrivning: som är inköpta utanför avtal, men där avtal finns. Förtydliga och förenkla information om upphandlingar och direktupphandlingar. Det ska bli enklare att kunna göra rätt (och öka leverantörstroheten).

- *Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 ej fungerar.*

Beskrivning: Brister i uppföljningen av nämndens verksamhet kan göra att nämnden inte på tillräckliga grunder kan säkra att kvalitet sker i enlighet med uppdraget. Brister i avrapportering till nämnden kan leda till att beslut om satsningar och åtgärder tas på felaktiga grunder. Det systematiska kvalitetsarbetet inte genomförs enligt lagkrav, förordningskrav eller annan regel/kravställning, se särskilt Socialstyrelsens föreskrifter enligt SOSFS 2011:9. Risk att patient

eller klient lider skada p.g.a brist i insats eller utebliven insats. Säkerställs att nämndens verksamhet fullgör sina skyldigheter enligt SOFS - Ej följsamhet beslutad rutin kvalitetsarbete enl. 31/12/2025 (30%)

Uppföljning - Plan för intern styrning och kontroll 2025

I uppföljningen av arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens plan för intern styrning och kontroll, delår 2 år 2025¹², framgår att kontroller kopplat till risken *“Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister”* redovisar en mindre avvikelse med en kommentar: ”Vuxenutbildning: riktade insatser gentemot privata utförare behöver utvecklas och samordnas med vårt generella arbete inom området. Mindre avvikelse då det föreligger behov av utvecklingsinsatser för en effektiv kontroll inom nämndens ansvarsområde, särskilt gällande personlig assistans och köp av vuxenutbildning som Skolinspektionen pekat ut som ett riskområde.”

I uppföljningen per den 31 december 2025¹³ kan vi utifrån ovanstående risk utläsa att kontrollmomentet delvis uppnåtts och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: ” Vuxenutbildning: riktade insatser gentemot privata utförare behöver utvecklas och samordnas med vårt generella arbete inom området. Mindre avvikelse då det föreligger behov av utvecklingsinsatser för en effektiv kontroll inom nämndens ansvarsområde, särskilt gällande personlig assistans och köp av vuxenutbildning som Skolinspektionen pekat ut som ett riskområde.”

För risken *“Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling”* har ingen kontroll genomförts under delår 2. Uppföljning av denna kontroll noteras ske till delår 3 (årsredovisningen). För risken *”Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar”* framgår att beslutade rutiner i stort följs men att vissa undantag finns. En kvantitativ uppföljning kommer att redovisas för helåret 2025.

I uppföljningen per den 31 december kan vi utifrån ovanstående risk utläsa att kontrollmomentet delvis uppnåtts och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: ” Området har tydligt förbättrats under 2025 med bättre följsamhet till inköp inom avtal. Bakom liggande orsaker är bland annat förbättrat inköpssystem, utbildningar och information till berörda.”

För risken *”Risk att invånare lider skada då det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 inte fungerar”* framgår bland annat att en kvarstående utmaning är att fortlöpande göra ledningssystemet känt för samtliga medarbetare, säkerställa att rutinerna är välkända och följs samt att uppdatera befintliga rutiner i ledningssystemet. I huvudsak följs beslutade rutiner, men vissa undantag förekommer. Vidare noteras att sektorn har genomfört en uppföljning av avvikelser och klagomål, vilket

¹² Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens protokoll 2025-09-24 § 82.

¹³ Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden protokoll 2026-02-25 § 10

bland annat har lett till krav på egenkontroller inom Sektor Vårld och att dessa ska kunna aggregeras på ett systematiskt sätt. Genom en stärkt egenkontrollsmiljö skapas förbättrade förutsättningar för uppföljning och utvärdering.

Verksamhetsrapport 2025

I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens verksamhetsrapport 2025 noteras bland annat att det inom LSS och socialpsykiatri noteras att avtalsuppföljning under året har genomförts avseende 5 boenden. Uppföljningarna resulterade i åtgärdsplaner som kommer vidare att följas upp under 2026. I underlaget noteras även att det genomförts två uppföljningar under året på förekommen anledning utifrån inlämnat klagomål och uppstartsproblem i verksamheten. Uppföljningarna resulterade i kontinuerliga dialoger med verksamheten samt kommer fortsättningsvis följas upp under 2026. Utifrån årlig inrapportering framgår bland annat att verksamheterna arbetar löpande med att hantera avvikelser och klagomål. Samt ger information avseende utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. De vanligaste avvikelserna rör fallhändelser och läkemedel, men det förekommer även avvikelser kopplade till bemötande, hot och våld. Samtliga enheter har upprättade kris- och beredskapsplaner, och alla har de tillstånd och försäkringar som krävs enligt avtal. Vidare framgår att den årliga inrapporteringen redovisar att verksamheternas fokus från år 2026 omfattar att stärka dokumentation och uppföljning, arbeta mer strukturerat med avtalens mervärden samt fördjupa arbetet med självbestämmande, delaktighet och kommunikation. De vill också förbättra samverkan med anhöriga, gode män och hälso- och sjukvården samt satsa på kompetensutveckling inom autism, demens och lågaffektivt bemötande.

I nämndens verksamhetsrapport noteras vidare att det inom vuxenutbildningen under år 2025 inte har genomförts några uppföljningar. Vidare framgår att de fyra upphandlade avtalen om vuxenutbildning har förlängts. Vidare noteras att det under 2025 inte har framkommit några indikationer som motiverat en uppföljning på förekommen anledning.

I verksamhetsrapporten framgår vidare att upphandlingsteamet har ökat samverkan med samverkanspartners och beställande enheter gällande uppföljningar. Samverkan har också startat med boendesamordnare. Vidare framgår att upphandlingsteamet har deltagit på webinarie kring välfärdsbrott anordnat av Socialstyrelsen.

Omvårdnadsnämnden

Plan för intern styrning och kontroll 2025

I omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2025 ingår även här kontrollområdet *Efterlevnad av både externa och interna regelverk*. Inom detta kontrollområde har tre risker identifierats, vilka presenteras nedan:

- *Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister. (Risk för välfärdsbrott)*
- *Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling.*
Beskrivning: Följa upp Inköp i upphandlingssystem som är inköpta utanför avtal, men där avtal finns. Förtydliga och förenkla information om upphandlingar och direktupphandlingar. Det ska bli enklare att kunna göra rätt (och öka leverantörstroheten)
- *Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 ej fungerar.*
Beskrivning: Brister i uppföljningen av nämndens verksamhet kan göra att nämnden inte på tillräckliga grunder kan säkra att kvalitet sker i enlighet med uppdraget. Brister i avrapportering till nämnden kan leda till att beslut om satsningar och åtgärder tas på felaktiga grunder. Det systematiska kvalitetsarbetet inte genomförs enligt lagkrav, förordningskrav eller annan regel/kravställning, se särskilt Socialstyrelsens föreskrifter enligt SOSFS 2011:9.

Uppföljning - Plan för intern styrning och kontroll 2025

I uppföljningen av omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll, delår 2 år 2025¹⁴, framgår att kontroller kopplade till risken *"Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling"* inte har genomförts under delår 2. Uppföljningen av dessa kontroller kommer i stället att genomföras till delår 3 (årsredovisningen).

I uppföljningen per den 31 december kan vi utifrån ovanstående risk utläsa att kontrollmomentet delvis uppnåtts och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: "Området har tydligt förbättrats under 2025 med bättre följsamhet till inköp inom avtal. Bakom liggande orsaker är bland annat förbättrat inköpssystem, utbildningar och information till berörda."

För risken *"Invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 ej fungerar"* framgår att rutinerna inom ledningssystemet uppvisar en mindre avvikelse. I huvudsak följs de beslutade rutinerna, men vissa undantag förekommer. En kvantitativ uppföljning kommer att redovisas för helåret 2025 i samband med delår 3.

I uppföljningen per den 31 december 2025¹⁵ kan vi utläsa utifrån ovanstående risk att kontrollmomentet avseende att rutiner i ledningssystemet följs har delvis uppnåtts och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: "En kvarstående utmaning är att fortlöpande göra ledningssystemet känt för alla

¹⁴ Omvårdnadsnämndens protokoll 2025-09-25 § 99.

¹⁵ Omvårdnadsnämndens protokoll 2026-02-24 § 8.

medarbetare och därtill göra rutinerna kända med god följsamhet samt att uppdatera befintliga rutiner i ledningssystemet. Men i stort följs beslutade rutiner, men vissa undantag finns.” S&B29(36#)

Vidare framgår att kontrollmomentet kopplat till egenkontroller i ledningssystemet – finns möjlighet att rapportera dessa uppnått och ingen avvikelse noteras.

För risken ”Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister. (Risk för välfärdsbrott)” framgår i uppföljningen per den 31 december att kontrollmomentet delvis uppnått och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: ”Nämnden genomför kontinuerligt riktade kontroller och uppföljning av externa (privata) utförare. Granskningar kan vara olika omfattande och återkoppling sker dels muntligt, dels skriftligt med förväntad åtgärd. Under perioden har ingen granskning föranlett vidare åtgärd avseende välfärdsbrott. Kontroller genomförs regelbundet och i erinran och/ eller beställningsstopp har inträtt kopplat till brister och avvikelser.”

Verksamhetsrapport 2025

I omvårdnadsnämndens verksamhetsrapport 2025 framgår bland annat att det under året har åtta utförare haft avtal gällande hemtjänst och inga nya ansökningar har inkommit under året. Vad gäller vård- och omsorgsboende har ett entreprenadavtal upphandlats samt ett avvecklats. Vid ingången av 2026 finns ett avtal gällande entreprenadavtal vård- och omsorgsboende och fem avtal med extern utförare för köp av plats vård- och omsorgsboende.

Vidare noteras att avtalsuppföljningar har under 2025 genomförts av tre privata utförare inom hemtjänsten. Samtliga utförare har upprättat åtgärdsplaner utifrån uppföljningarnas utfall, vilka ska fortsätta att följas upp under år 2026. Vidare framgår att uppföljning på förekommen anledning har genomförts på ett par företag varav ett har resulterat i sanktionen betalningsstopp. Åtgärdsplaner noteras följas upp på dessa företag.

Utifrån den årliga inrapporteringen noteras att verksamheterna har rapporterat enligt instruktionerna och bedriver i stort ett strukturerat kvalitetsarbete, även om mognadsgraden varierar mellan utförare. Brister har identifierats främst inom dokumentation, TES-registrering¹⁶ och läkemedelshantering, vilket lett till åtgärdsplaner, utbildningsinsatser och tydligare rutiner. Flera utförare uppger även rekryteringssvårigheter, vilket påverkar möjligheterna att nå uppsatta mål.

I underlaget framgår även uppföljning avseende vård- och omsorgsboenden. De fem aktuella avtalen med vård- och omsorgsboende för köp av plats löper ut 2027-05-31 utan ytterligare möjlighet till förlängning. Planering för ny upphandlingen av vård- och omsorgsboende - köp av plats noteras ha påbörjats och kommer att annonseras under 2026. Uppföljning har genomförts under året utifrån brister som

¹⁶ Program för schemaplanering, insatsregistrering, larm och låshantering

identifierades 2024 vid ett vård- och omsorgsboende. Verksamheten har under året kontinuerligt arbetat med upprättad åtgärdsplan och verksamheten visar vid årets slut på att bristerna åtgärdats. Uppföljning kommer att fortlöpa under första delen av 2026. Inga uppföljningar har genomförts på förekommen anledning.

Vidare noteras att samtliga utförare har lämnat in sina rapporteringar enligt instruktionerna och beskriver ett strukturerat arbetssätt kring klagomål och avvikelser, inklusive utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. De vanligaste avvikelserna gäller fallolyckor och läkemedel, och flera verksamheter rapporterar ökad kundnöjdhet. Utvecklingsområden som återkommer är behov av utbildningar inom BPSD¹⁷, förbättrad dokumentation och genomförandeplaner, samt stärkt följsamhet till basala hygienrutiner.

Verksamhetsrapporten omfattar inte nämndens måluppfyllelse kopplat till fullmäktiges övergripande mål.

Bedömning

Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

Delvis.

Vi bedömer att det till viss del sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet, men genomförs inte alltid med den systematik och omfattning som krävs. Även om riktade kontroller, åtgärdsplaner och vissa sanktioner förekommer kvarstår brister inom bland annat dokumentation, avtalstrohet och uppföljning av vissa verksamhetsområden såsom vuxenutbildning och omsorg. Sammantaget behöver nämnderna stärka sitt riskbaserade och kontinuerliga uppföljningsarbete för att säkerställa fullgott genomslag och tidig upptäckt av brister.

¹⁷ BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens
30 Revisionsrapport

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare.

Granskningens syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare med tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden inte helt säkerställer en ändamålsenlig verksamhet av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare med tillräcklig intern kontroll.

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden:

- att årlig uppföljningsplan av privata utförare upprättas och antas av respektive berörd nämnd avseende år 2026.

- att se över organisationen för avtalsuppföljning utifrån verksamhetens förutsättningar och behov.
- att säkerställa att avtalsuppföljning sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument.
- att säkerställa att uppföljning av privata utförare inom vuxenutbildning sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument.
- att upprätta och rutiner och processer avseende systematiskt stöd i att förebygga och upptäcka välfärdsbrott eller andra oegentligheter inom ramen för avtalsuppföljning.
- att stärka sitt riskbaserade och kontinuerligt uppföljningsarbete inom ramen för upphandling och avtalsuppföljning.

S&B32(36*)

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen:

- att säkerställa att kommunfullmäktige vid varje mandatperiod antar mål och program för privata utförare.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
1. Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?	<p>Delvis</p> <p>Vi bedömer att det finns en organisation för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning.</p> <p>Organisationen för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning inom Valfärd Gävle är i grunden ändamålsenlig, med en tydlig central struktur, definierade roller och ansvar enligt kommunens styrdokument. Samtidigt finns ett antal begränsningar som påverkar hur väl organisationen fungerar i praktiken. Brist på resurser innebär att alla privata utförare inte hinner följas upp, uppföljningsplaneringen har inte beslutats av nämnd sedan 2023 och</p>



målstyrning gentemot privata
utförare saknas.

S&B33(36#)

Vidare kan vi konstatera att
omvårdnadsnämnden och
arbetsmarknad- och
funktionsrättsnämnden inte har en
antagen uppföljningsplan för år 2025
i enlighet med kommunfullmäktiges
krav. Arbetsmarknads- och
funktionsrättsnämnden gör en
uppföljning i sin verksamhetsrapport
av privata utförare, vilket inte
omvårdnadsnämnden gör.

I intervjuer framkommer (se
revisionsfråga 5) att misstankar om
välfärdsbrott eller andra
oegentligheter hanteras genom
fördjupade granskningar och i vissa
fall polisanmälan. I dessa situationer
involveras säkerhetsavdelningen och
dialog förs med såväl avtalsägare som
berörd nämnd. Mot bakgrund av att
det under senare år funnits skäl till
fördjupade granskningsinsatser inom
området uppger
upphandlingsenheten att behovet av
resurser har ökat, till följd av högre
krav på uppföljning och kontroll. På
grund av detta får verksamheten i
högre grad prioritera fördjupade
uppföljningar framför planerade
uppföljningar i enlighet med
styrdokument och avtal.

Sammanfattningsvis finns en
organisation och ett arbetssätt, dock
noteras vissa brister kopplat till
resurser, uppföljningsplanering och
intern kontroll vilket innebär att
organisationen för avtalsförvaltning

och avtalsuppföljning delvis är ändamålsenlig.

SSB33(36)

-
2. Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?

Delvis

Vi bedömer att det till viss del finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning. Det finns dokumenterade riktlinjer, rutiner och processer för både avtalsförvaltning och avtalsuppföljning, inklusive dokumenterade arbetsrutiner och stödmaterial som checklistor. Granskningen visar dock att dessa inte tillämpas konsekvent i granskningens berörda verksamhet. Systematiska uppföljningar sker inte fullt ut i enligt gällande styrdokument.

I Rutin för att lämna klagomål till andra kan vi konstatera att det saknas spårbarhet som visar att den årliga kontrollen av rutinens innehåll har genomförts, i enlighet med vad rutinen föreskriver.

Sammantaget är styrdokumentet i hög grad ändamålsenliga, dock påvisas vissa brister i efterlevnad och uppföljning vilket innebär en bedömning i att det delvis finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer.

-
3. Har nämnderna i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare?

Delvis

Vi bedömer att det finns kommunövergripande antagna mål och riktlinjer för uppföljning av privata utförare.

Vidare bedömer vi att nämnden till viss del har i avtal och annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare. Nämnderna har enligt styrdokumentet ett ansvar att reglera formerna för uppföljning och kontroll av privata utförare genom avtal eller andra beslutade strukturer.

Granskningen visar dock att detta inte är uppfyllt. Det saknas nämndantagna uppföljningsplaner för 2025, uppföljningens omfattning och former varierar mellan olika avtal och det finns ingen övergripande, beslutad struktur som tydligt anger hur uppföljning och kontroll ska genomföras gentemot privata utförare.

Inom ramen för granskningens genomförda stickprovskontroll har det identifierats att uppföljning och kontroll finns reglerat i samtliga avtal.

Sammanfattningsvis är uppföljning och kontroll reglerad i avtal, men det saknas nämndantagna uppföljningsplaner samt att systematiska uppföljningar inte sker fullt ut i enlighet med gällande styrdokument, varför frågan bedöms som delvis uppfylld.

4. Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?

Delvis

Vi bedömer att revisionsfrågan avseende uppföljning och kontroll av privata utförare delvis är uppfylld. Uppföljning och kontroll av privata utförare genomförs inte fullt ut i enlighet med gällande styrdokument. Granskningen visar att alla utförare



inte följs upp årligen, att arbetet i hög grad baseras på tillit och att systematiska verifieringar av inlämnade uppgifter saknas. Sammantaget sker uppföljning, men inte fullt ut i den omfattning eller med den kvalitet som styrdokumenterna förutsätter.

SS1326(36*)

Genomförda stickprov är avgränsad till sex avtal vilket gör att det inte med säkerhet går att uttala att resultatet är representativt totalt för de berörda nämnderna. Stickproven ger dock en indikation i ljuset av aktuella bestämmelser på området. Vår bedömning är att berörda nämnder behöver införa systematiska kontroller samt stärkt systemstöd för att säkerställa uppföljning och kontroll av privata utförare.

-
5. Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?

Nej

Vi bedömer att det inte finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Det saknas dokumenterade rutiner och processer som systematiskt stödjer en förebyggande upptäckt av välfärdsbrottslighet eller andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Granskningen visar att åtgärder vid misstankar sker mer ad hoc och är beroende av enskilda medarbetares bedömningar, snarare än av en etablerad och enhetlig process. Även om kraven i förfrågningsunderlagen har stärkts bedöms detta inte fullt ut utgöra en faktisk struktur för upptäckt i den löpande uppföljningen.



Vi ser positivt på det arbete som pågår kopplat till uppföljning av upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning.

SS1327(36)

-
6. Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

Delvis

Vi bedömer att det till viss del sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet, men genomförs inte alltid med den systematik och omfattning som krävs. Även om riktade kontroller, åtgärdsplaner och vissa sanktioner förekommer kvarstår brister inom bland annat dokumentation, avtalstrohet och uppföljning av vissa verksamhetsområden såsom vuxenutbildning och omsorg.



Sammantaget behöver nämnderna stärka sitt riskbaserade och kontinuerliga uppföljningsarbete för att säkerställa fullgott genomslag och tidig upptäckt av brister.

Bilaga 1

S81322(364)

Kommunallag

Kap 6, 1 § Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska även ha uppsikt över sådan avtalsamverkan som sker enligt 9 kap. 37 § eller enligt annan lag eller författning.

Kap 6, 6 § Nämnderna ska var och en inom sitt område 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.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Kap 6, 11 § Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på kommunens eller regionens utveckling och ekonomiska ställning.

Styrelsen ska också hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter göra de framställningar som behövs. Lag (2019:835).

I lagrådsremiss "förbättrad kontroll och uppföljning av privata utförare i kommuner och regioner" föreslås att det i kommunallagen (2017:725) ska förtydligas att kommun- eller regionstyrelsens uppsiktsplikt även omfattar övriga nämnders kontroll och uppföljning av kommunala angelägenheter som lämnats över till privata utförare. Förtydligandet föreslås även omfatta styrelsens uppsikt över sådana gemensamma nämnder som en kommun eller en region har med en annan kommun, respektive en annan region. Vidare föreslås att styrelsen varje år ska rapportera till fullmäktige om övriga nämnders kontroll och uppföljning av sådana överlämnade angelägenheter. Syftet med förslagen är förstärka styrnings- och uppföljningskedjan när kommunala angelägenheter lämnas över till privata utförare så att välfärdsbrott, oseriösa aktörer och korruption inom välfärden kan motverkas.

Upphandlingsmyndigheten - Avtalsförvaltning vägledning nr 2 2016

Vägledningen beskriver följande huvudpunkter:

Avtalsförvaltning: Innefattar aktiviteter som säkerställer att leverantörer uppfyller sina avtalsförpliktelser och att den upphandlande enheten mottar de överenskomna lösningarna. Det består av interna administrativa uppgifter såsom registrering av avtal, hantering av förlängningar och

prisjusteringar. En viktig aspekt är att säkerställa att inköp görs från kontrakterade leverantörer, vilket underlättas genom informationsförmedling och förenklade orderprocesser.

S&B29(36#)

Cyklisk Process: Avtalsförvaltningen är en kontinuerlig cykel som överlappar upphandlingsprocessen och startar redan i förstudiefasen. Under denna fas analyseras tidigare avtalsperioder för att forma nuvarande krav, utvärderingskriterier och villkor.

Mål för Avtalsförvaltning:

- Att säkerställa att leverantören följer avtalen.
- Att upprätthålla rättvis konkurrens mellan leverantörer.
- Att kontrollera volym och kostnad för varor/tjänster.
- Att säkerställa avtalad kvalitetsnivå.
- Att optimera användningen av offentliga medel.
- Att göra inköp från rätt leverantör.
- Att erbjuda en grund för framtida upphandlingar.
- Att tillgodose operativa behov och mål.
- Att etablera en affärsmässig relation.

Steg i Avtalsförvaltning:

Anpassning: Definiera processer, klassificera avtal, utföra riskanalyser, välja systemstöd och mallar.

Planering: Strukturera planeringen, definiera uppföljningsmetoder och sätta dokumentation samt kommunikationsprotokoll.

Implementering: Övervakning av krav, hantera avvikelser, säkerställa intern kontroll och genomföra marknadsövervakning.

Utvärdering: Bedöma målens uppfyllelse, relationer med leverantörer, interna operationer och att avsluta avtal.

Dokumentet betonar även vikten av internkontroller och marknadsövervakning för att förbättra inköpsbeteenden samt att identifiera risker och möjligheter.

2026-04-15

Hanna Franck

Rebecca Lindström

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 27 augusti 2025. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Informationsärende:
Uppföljning av genomförande
av handlingsplan gällande
läkemedelshantering inom
sjukvård och hemtjänst

20

260N27

Rekommendation	
Rek. 1	Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta för att efterleva gällande krav i SOSFS 2011:9
Rek. 1	
Rek. 1	
Rek. 2	Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.
Rek. 2	
Rek. 2	
Rek. 3	Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).
Rek. 3	
Rek. 3	
Rek. 4	Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering
Rek. 4	
Rek. 4	
Rek. 4	
Rek. 5	Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.
Rek. 5	
Rek. 5	

Rek. 6	Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften
Rek. 6	
Rek. 6	
Rek. 7	Säkerställa efterlevnad av gällande rutiner exempelvis - att det finns lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin för läkemedelshantering - att Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen. - att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med Rutin för läkemedelshantering.
Rek. 7	
Rek. 7	
Rek. 7	

Aktivitet	Klart	Ansvar
Säkerställa att Canea omfattar uppföljning, analys och förbättringsarbete	2026-06-30	Verksamhetschef HSL + Kvalitetsteam Kvalitetsteam + Enhetschefer+
Utbildning i navigering och användning av Canea	2026-06-30	Kvlitetsutvecklarna
Tydliggöra rutinstruktur och kommunikationsflöde vid revidering av rutiner	2026-09-01	MAS + Kvalitetssamordnare
	2026-09-01	
Införa gemensamt material för APT-kommunikation om rutiner		Kvalitetsteamet
Standardiserad introduktion för ny personal om ledningssystemet	2026-09-01	Enhetschefer + HR+bemanningsenheten
Instruktionsfilmer/guider om Canea	2025-12-01	Kvalitetsteam
Upphandling av ny extern farmaceutfunktion	2026-06-30	MAS + Upphandling+AC
Årlig plan för externa kvalitetsgranskningar	2026-10-15	MAS
Uppföljning av åtgärdsplaner efter granskning	Löpande	Verksamhetschef HSL+ MAS
Tydliggöra när avvikelser ska skrivas (checklista + exempel)	2026-06-30	Kvalitetsteam SAS, MAS
Obligatorisk utbildning i avvikelshantering	2026-06-30	Enhetschefer kvalitetssteamet, SAS,MAS
Årlig analys av avvikelser med riskbedömning	Årligen 15 jan	Verksamhetschef + Enhetschefer Enhetschefer+
regelbundna avvikelseavstämningar med MAS/MAR	Löpande	MAS,MAR,Kvalitetesutvecklarna
Skapa analysmodell för jämförelse mellan stadsdelar	2026-06-30	MAS + Kvalitetsteam
Framtagande och uppföljning av analys till nämnd	2026-10-30	Nämnden ingår i patientsäkerhetsberättelsen
Rapportera skillnader + åtgärdsförslag till nämnden	2026-10-30	AC,VC

Genomföra ny delegeringsutbildning Årlig kunskapskontroll om delegering obligatorisk Årlig legitimationskontroll, IVO och kontroll mot brottsregistret	2026-01-31 Från 2026 Löpande	Enhetschefer + SSK MAS + Enhetschefer HR
Säkerställa lokala arbetsordningar Årlig egenkontroll enligt checklista Säkra uppdaterade läkemedelslistor hos kund Stärka systematik i löpande kvalitetsarbete	2025-10-30 Årligen Löpande 2026-06-30	Enhetschef, MAS MAS + Enhetschefer SSK Verksamhetschef + Kvalitetsteam

3
3
3

3
3
3
3

Informationsärende: Anmälningssärenden

22

260N80

Interpellationssvar

Dnr 25KS336-5
2025-12-10

Kommunfullmäktige

Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Boende och omvårdnad

Vid kommunfullmäktiges sammanträde den 16 juni 2025, väckte Anna Cullfors - Vänsterpartiet (V) följande interpellation.

”I lokalpressen (Arbetsbladet 25 maj Christian, 46, fast på äldreboendet – Arbetsbladet, uppföljning av artikel från 22 mars ”Barnen saknar mig och det vi har när vi är hemma” – Arbetsbladet) beskrivs hur en fysiskt funktionshindrad 46-årig man hänvisas till särskilt boende för personer med demenssjukdom för att få stöd och hjälp, då han pga. sin funktionsnedsättning inte kan bo kvar i sin egen lägenhet.

Självklart kan Kommunfullmäktige varken kommentera eller ta beslut om enskilda fall, men situationen behöver uppmärksammas.

Mina frågor till ansvarigt (ansvariga?) kommunalråd är:

- Vilka alternativ kan kommunen idag erbjuda en yngre person med fysiska funktionsnedsättningar (permanenta eller temporära) som har behov av ökat stöd i sin vardag?
- Vilka kompletteringar i utbudet behöver göras för att situationen ska bli tillfredsställande?
- Hur tillvaratas barnrättsperspektivet när barn i förskole- och lågstadieålder har en förälder som hänvisas till särskilt boende som vänder sig till äldre personer med demenssjukdom, oftast i livets slutskede?”

Eva Älander (S), Omvårdnadsnämndens ordförande fick i uppdrag att besvara interpellationen.

Som svar på interpellationen vill jag anföra följande

Tack Anna Cullfors för interpellationen och frågorna om kommunens boendialternativ för yngre personer med permanenta eller temporära fysiska funktionsnedsättningar.

Vilka alternativ kan kommunen idag erbjuda en yngre person med fysiska funktionsnedsättningar (permanenta eller temporära) som har behov av ökat stöd i sin vardag?

Generellt sett så är det oftast det bästa alternativet att, så länge det är möjligt, bo kvar hemma i sitt ordinära boende när en person får temporära sjukdomar eller skador. Vid olika typer av temporära funktionsnedsättningar så ska insatserna alltid kunna anpassas, det vill säga både öka och minska, beroende på hur de individuella behoven förändras. Sådana här insatser ges med stöd av Socialtjänstlagen och behovet av insatser bedöms alltid individuellt. De absolut vanligaste insatserna som det handlar om i de här fallen är hemtjänstinsatser och/eller hemsjukvård. Det finns en lång rad av hemtjänstinsatser som kan bli aktuella, beroende på vad personen har för behov på grund av sjukdom eller skada.

När ordinärt boende av någon anledning inte är ett bra alternativ för en person som får insatser via Socialtjänstlagen så är vård- och omsorgsboende den boendelösning som finns för medborgare över 18 år. Vård- och omsorgsboende är ett kollektivt boende som finns för samhällets alla medborgare utifrån samtliga perspektiv, även om de allra flesta som bor på vård- och omsorgsboendena är äldre personer. Gemensamt för de som bor där är att alla har ett omfattande vård- och omsorgsbehov som enbart kan tillgodoses via vård- och omsorgsboende.

På några av våra vård-och omsorgsboenden finns det resursplatser, som kan användas vid temporära sjukdomar, skador eller funktionsnedsättningar under den tid som individen behöver en boendeplats för att få sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett.

De inriktningar som vi idag har på vård och omsorgsboenden idag är somatiska avdelningar samt avdelningar för personer med demenssjukdom. Därutöver finns det boendeplatser med finländsk inriktning, boende för yngre dementa samt demensboende för personer med en utåtagerande problematik.

Vid mer varaktiga eller bestående funktionsnedsättningar så kan det också vara så att LSS-insatser (Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade) blir aktuella förutsatt att man tillhör en av lagens personkretsar, vilket även det utreds och bedöms av kommunen.

Några exempel på vanligt förekommande stöd som erbjuds som LSS-insatser är hjälp i hemmet, personlig assistans (hjälp med grundläggande behov i vardagen), ledsagarservice, kontaktperson, bostad med särskild service samt färdtjänst och bostadsanpassning.

Vilka kompletteringar i utbudet behöver göras för att situationen ska bli tillfredsställande?

Från kommunens sida försöker vi alltid lyssna in individens önskemål om utformningen av sina insatser och tillgodose dessa så långt det är möjligt. Kommunen har ett brett utbud av stödinsatser för personer med funktionsnedsättning, men det kan finnas behov av utveckling för att ännu bättre möta yngre personers behov och hitta mer ändamålsenliga

boendeformer för den målgruppen. Det är många faktorer som styr en persons önskan om boendeplats, vilket ibland kan göra matchningen komplex. Kommunen blir uppvtaktade från många målgrupper och de föreningar som ser ett behov av specialinriktning utifrån just deras målgrupp.

Framåt skulle det kunna vara intressant att undersöka olika slags flexibla stödformer, där det kan finnas flera möjligheter till kombinationer av digitalt stöd och fysiska insatser. För att kunna erbjuda fler boendialternativ för yngre personer så skulle det också kunna vara intressant att vidare undersöka boenden med rehabiliteringsinriktning för yngre som har omfattande temporära behov av vård, omsorg och/eller rehabilitering. Den frågan skulle kommunen med fördel skulle kunna undersöka tillsammans med Region Gävleborg, för att undvika att den här målgruppen hamnar mellan stolarna och slussas mellan kommun och region.

Hur tillvaratas barnrättsperspektivet när barn i förskole- och lågstadieålder har en förälder som hänvisas till särskilt boende som vänder sig till äldre personer med demenssjukdom, oftast i livets slutskede?

Barnrättsperspektivet måste alltid vara en integrerad del av handläggningen när en förälder placeras i någon form av boende. Detta för att säkerställa barnets trygghet, delaktighet och rätt till umgänge.

När någon som är förälder till ett minderårigt barn föreslås placeras i ett vård- och omsorgsboende (tillfälligt eller permanent) så ska kommunen:

- Utgå från Barnkonventionen och Socialtjänstlagen – med barnets bästa i fokus.
- Informera barnet på ett sätt som är anpassat till barnets ålder och mognad.
- Ge barnet möjlighet att uttrycka sina åsikter och ta hänsyn till dem.

Kommunen ska säkerställa barnets umgänge med föräldern genom möjlighet till besök i en trygg miljö och/eller digital kontakt vid behov. Kommunen kan också erbjuda extra stödinsatser till barnet, när det finns behov, såsom exempelvis samtalsstöd, kontaktperson eller kontaktfamilj.

Härmed anser jag interpellationen besvarad.

Eva Älander (S)

Omvårdnadsnämndens ordförande

Sammanträdesdatum 2026-05-11

§ 2 Godkännande av kommunens Årsredovisning år 2025 för Gävle kommun och ansvarsfrihet för styrelsen, övriga nämnder och de förtroendevalda i dessa, samt revisionsberättelse

Diarienummer: 26KS12

Expedieras till:

Samtliga nämnder och bolag, SG Ekonomiavdelning

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar

att godkänna årsredovisningen 2025 för kommunen och de kommunala bolagen samt lägga denna till handlingarna

att lägga revisionsberättelsen, med underliggande bilagor som sammanfattar granskningsarbetet, till handlingarna

att bevilja ansvarsfrihet för Kommunstyrelsen samt de förtroendevalda i detta organ

att bevilja ansvarsfrihet för Samhällsbyggnadsnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Kultur- och fritidsnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Omvårdnadsnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Socialnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Utbildningsnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Överförmyndarnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för Jävsnämnden samt dess förtroendevalda

Sammanträdesdatum 2026-05-11

att bevilja ansvarsfrihet för Valnämnden samt dess förtroendevalda

att bevilja ansvarsfrihet för de gemensamma nämnderna och de förtroendevalda i dessa organ

att från årets resultat föreslå att reservera 360,0 mnkr till resultatreserven (RER) i enlighet med Gävle kommuns riktlinje för God ekonomisk hushållning.

att fastställa aktieutdelningen avseende räkenskapsåret 2025 från Gävle Stadshus AB till 131,8 mnkr.

Ärendebeskrivning

Kommunstyrelsen har upprättat en årsredovisning för Gävle kommun för år 2025 samt överlämnat denna till Kommunfullmäktige för godkännande. I samband med behandlingen av årsredovisningen tar Kommunfullmäktige också ställning till frågan om ansvarsfrihet och eventuella anmärkningar.

Som underlag för Kommunfullmäktiges ställningstagande i frågan finns, utöver årsredovisningen, även revisorernas revisionsberättelse och de granskningar som revisionen har genomfört under året.

Revisorerna konstaterar att årsredovisningen är upprättad i enlighet med Lag om kommunal bokföring och redovisning samt i övrigt god revisionsbedömning. Kommunrevisionen tillstyrker att Kommunfullmäktige godkänner årsredovisningen för 2025 samt att styrelsen, övriga nämnder, gemensamma nämnder och de förtroendevalda i dessa organ beviljas ansvarsfrihet.

Mot bakgrund av vad som framkommit i årsredovisningen och i revisionens granskningar föreslår presidiet att Kommunfullmäktige beviljar ansvarsfrihet till styrelsen, övriga nämnder, gemensamma nämnder och de förtroendevalda i dessa organ.

Revisionens ordförande Eva-Karin Hamilton (M) och Andreas Halvarsson revisionschef redovisar revisionsberättelsen.

Sammanträdesdatum 2026-05-11

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund-Lång (S), Paula Larsson (M), Elizabeth Puhls (SD), Maritha Johansson (V), Julia Brozin (C), Jan Myléus (KD), Kristofer Dahlgren (L), Therese Metz (MP), Roland Nilsson (M), Daniel Olsson (S), Eva Ålander (S), Thomas Norrman (SD), Wanja Delén (SD), Niclas Bornegrim (M), Ahmed Amin (S), Bengt Nises (M), Mari-Anne Larsson (SD), Anna Cullfors (V), Lars Beckman (M), Jan-Eric Andersson (KD), Michael Agerbring (M), Pekka Seitola (M), Håkan Alenius (S), Roger Hedlund (SD), Mårten Gulin (MP), Lena Lundgren Rörick (S), Fredrik Åberg Jönsson (V), Lars-Erik Oxbacke (S), Matilda Sundquist Boox (S), Mikael Brodin (M), Lena Säfström (S), Richard Carlsson (SD), Carmen Centeno De Lundkvist (L), Jörgen Edsvik (S), Hans Wahlström (S), Mattias Eriksson Falk (SD), Eva Ålander (S), Anders Ekman (C) och Daniel Weiss (KD).

Yrkande

Åsa Wiklund Lång (S), Elizabeth Puhls (SD), Maritha Johansson (V), Julia Brozin (C), Jan Myléus (KD), Kristofer Dahlgren (L), Therese Metz (MP), Roland Nilsson (M), Daniel Olsson (S), Ahmed Amin (S), Håkan Alenius (S), Mårten Gulin (MP), Lena Lundgren Rörick (S), Lars-Erik Oxbacke (S), Matilda Sundquist Boox (S), Lena Säfström (S), Carmen Centeno De Lundkvist (L), Jörgen Edsvik (S) och yrkar bifall till presidiets förslag.

Jäv

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för kommunstyrelsen:

Åsa Wiklund Lång (S), Jörgen Edsvik (S), Eva Ålander (S), Daniel Olsson (S), Ahmed Amin (S), Lena Lundgren Rörick (S), Julia Brozin (C), Anders Ekman (C), Kristofer Dahlgren (L), Therese Metz (MP), Pekka Seitola (M), Eva-Marja Andersson (M), Jan Myléus (KD), Jan-Eric Andersson (KD), Maritha Johansson (V), Eva Enmarker (M), Elizabeth Puhls (SD), Richard Carlsson (SD), Thomas Norrman (SD) och Wanja Delén (SD).

Sammanträdesdatum 2026-05-11

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för samhällsbyggnadsnämnden:

Anders Ekman (C) Elin Lundgren (S), Kent Edin (S), Erik Holmestig (C), Mårten Gulin (MP), Azad Taher (L), Mikael Brodin (M), Bengt Nises (M), Maria Ahlmén (M) och Åsa Norling (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för kultur- och fritidsnämnden: Lars-Erik Oxbacke (S), Niclas Bornegrim (M) och Thomas Norrman (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden: Frida Olsson (S), Hiwa Kasem (S), Anna Cullfors (V), Roland Nilsson (M) och Olle Larsson (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för omvårdnadsnämnden: Eva Ålander (S), Sara Astner (S), Anna-Karin Åström (SD), Mari-Anne Larsson (SD) och Elizabeth Puhls (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för socialnämnden: Lena Lundgren Rörick (S), Lena Ålander (S), Fredrik Åberg Jönsson (V) och Elizabeth Puhls (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för utbildningsnämnden: Daniel Olsson (S), Håkan Alenius (S), Mårten Gulin (MP), Carmen Centeno De Lundqvist (L), Margareta Larsson (L), Jan-Eric Andersson (KD), William Wigren (M) och Wanja Delén (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för valnämnden: Bengt Valdemarsson (S), Roland Nilsson (M), Mattias Eriksson Falk (SD) och Richard Carlsson (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för Gemensam nämnd för Företagshälsovård: Eva Ålander (S) och Mattias Eriksson Falk (SD)

Kommunfullmäktige

Sid 5 (64)

Sammanträdesdatum 2026-05-11

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för Gemensam nämnd för Hjälpmedelsnämnd: Lena Lundgren Rörick (S) och Mattias Eriksson Falk (SD).

På grund av jäv deltar inte följande ledamöter i beslutet att bevilja ansvarsfrihet för Gemensam nämnd för verksamhetsstöd: Åsa Wiklund Lång (S) och Julia Brozin (C).

Handlingar i ärendet

- Presidiets förslag till beslut - Årsredovisning år 2025 för Gävle kommun och ansvarsfrihet för styrelsen, övriga nämnder och de förtroendevalda i dessa, dnr 26KS12-9
- §101 KS Årsredovisning år 2025 för kommunen och de kommunala bolagen, dnr 26KS12-6
- Tjänsteskrivelse - Årsredovisning år 2025 för kommunen och de kommunala bolagen, dnr 26KS12-5
- Årsredovisning 2025 för Gävle kommun och de kommunala bolagen. Uppdaterad 6 maj 2026, dnr 26KS12-11
- Ändringar i årsredovisningen mellan KS och KF - 2026-05-06, dnr 26KS12-12
- Bilaga 1 - Verksamhetsrapporter 2025 för kommunens nämnder, dnr 26KS12-2
- Bilaga 2 - Verksamhetsrapporter 2025 för de kommunala bolagen, dnr 26KS12-3
- Bilaga 3 - Kommunfullmäktiges ärenden 2025, dnr 26KS12-4
- Kommunrevisionens årsredogörelse 2025 med bilagor, dnr 26KS12-15
- Borttagen på grund av personuppgifter., dnr 26KS12-13
- Borttagen på grund av personuppgifter., dnr 26KS12-14
- Debattregler vid årsredovisningen den 11 maj 2026, dnr 658488



Kommunfullmäktige

Sammanträdesdatum 2026-05-11

Sida 6 (64)

Riktlinje för publicering av bilder, filmer och ljudupptagningar som innehåller personuppgifter

Typ av dokument: Riktlinje.

Överordnat dokument: -

Fastställt av: Kommunfullmäktige.

Datum: 2026-05-11.

Diarie- eller ärendenummer: 26KS105.

Revideringshistorik: Saknas

Dokumentet gäller för: Gävle kommun.

Dokumentägare: Kommunstyrelsen.

Dokumentansvarig: HR-avdelningen, kommunikationsenheten.

Innehåll

.....	1
Om GDPR och reglerna.....	5
Ta hjälp av vägledningen	5
Fem grundprinciper	6
Tydligt kommunikativt syfte.....	6
Stöd i laglig grund.....	6
Allmänt intresse	7
Integritetsstärkande medgivande.....	7
Avtal	7
Modellavtal.....	8
Informationssäker hantering	8
Lagring.....	8
Gallring och publiceringstid	9
Frivilligt.....	9
Information till de registrerade	9
Större arrangemang.....	10
Person, syfte och kanal.....	11
Grupper av registrerade	11
Person med framträdande roll.....	11
Medelskyddsvärda personer	11
Extra skyddsvärda personer.....	12
Medarbetare i utsatt roll.....	12
Personer i verksamhet av obligatorisk karaktär.....	12
Personer i känslig verksamhet	13
Barn och unga	13
Barn och unga under 16 år	13

Unga mellan 16–18 år.....	13
Olika syften ger olika förutsättningar.....	13
Välj kanal efter syfte och registrerad.....	14
Internas kanaler.....	14
Externa kanaler, egna.....	14
Externa kanaler, köpta inkl. trycksaker.....	14
Externa kanaler, sociala medier.....	14

Det här är ett kommunövergripande styrdokument och gäller för Gävle kommun (inkl. alla nämnder). Utifrån riktlinjerna kan en verksamhet ha en mer restriktiv hållning, men inte en mer tillåtande. Det nämns även hur lagring av bilder, filmer och ljudupptagningar som utgör personuppgifter för publicering bör hanteras.

Varje nämnd eller styrelse är personuppgiftsansvarig för sin respektive verksamhet och har olika förutsättningar att publicera bilder, filmer och ljudupptagningar som innehåller personuppgifter beroende på uppdrag.

Om GDPR och reglerna

Dataskyddsförordningen (GDPR)¹ och en rad andra kompletterande bestämmelser² sätter ramarna för hur vi i kommunen får hantera personuppgifter. Bestämmelserna syftar till att skydda enskilda personer från att deras uppgifter samlas in och används på ett sätt som innebär risker för till exempel deras personliga integritet.

En personuppgift är en uppgift som kan knytas till en person som är i livet. Personen kallas enligt GDPR för registrerad. När en identifierbar person är med på en bild eller film, eller i en ljudupptagning, är materialet en personuppgift. Ofta innebär det att personens ansikte syns eller röst hörs tydligt. Även ett unikt födelsemärke, en tatuering eller andra unika kännetecken kan göra en bild, film eller ljudupptagning till en personuppgift även om inte ansiktet syns. Attribut som inte är beständiga (exempelvis kläder, hårfärg) gör inte automatiskt en bild eller film till en personuppgift.

Ta hjälp av vägledningen

Som ett komplement till riktlinjerna finns praktisk vägledning. Vägledningen är till för att hjälpa dig att följa reglerna i olika situationer i din verksamhet. Beroende på person och syfte får du vägledning om laglig grund och kanal för publicering. Observera att du bör läsa riktlinjerna i sin helhet innan du använder vägledningen. Om du behöver stöd ska du kontakta din sektors kommunikatör eller dataskyddssamordnare.

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning/GDPR).

² Till exempelvis dataskyddslagen, brottsdatalagen, patientdatalagen, lag och förordning om behandling av personuppgifter i socialtjänsten.

Fem grundprinciper

Riktlinjerna baseras på fem grundprinciper som utgår från GDPR:

1. Det måste finnas ett tydligt *kommunikativt syfte* med publiceringen som ligger i linje med kommunens kommunikationsbehov.
2. Publiceringen ska ha *stöd i en laglig grund* genom förankring i kommunens uppdrag.
3. Personuppgifterna ska hanteras enligt kommunens rutiner för *informationssäkerhet*.
4. Den registrerade ska medverka *frivilligt*.
5. *Information* ska ges till den registrerade.

De fem grundprinciperna utvecklas nedan.

Tydligt kommunikativt syfte

Personuppgifter får bara samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Vi måste därför ha klart för oss innan vi fotograferar, filmar eller spelar in varför vi ska ha med personuppgifter.

När det gäller bilder, filmer eller ljudupptagningar för publicering måste det finnas ett tydligt *kommunikativt syfte* som ligger i linje med kommunens kommunikationspolicy eller nämndens kommunikationsbehov. Syftet ska också förtydliga ändamålet med publiceringen.

Ett exempel på ett berättigat ändamål med ett tydligt kommunikativt syfte är att publicera en film på kommunens intranät där kommundirektören informerar om en nyhet som berör medarbetarna.

Stöd i laglig grund

För att få behandla personuppgifter måste det finnas en laglig grund enligt GDPR. När det gäller att publicera bilder, filmer eller ljudupptagningar som utgör personuppgifter är det följande lagliga grunder som är aktuella för kommunen:

- Allmänt intresse
- Avtal

I kommunen kan vi inte använda *samtycke* som laglig grund eftersom de registrerade står i en beroendeställning till kommunen som organisation (till exempel invånare och medarbetare), vilket gör samtycket ogiltigt.

Allmänt intresse

Allmänt intresse som laglig grund kräver att det i en lag, annan författning eller beslut med stöd i lag framgår att behandlingen kan anses vara ett led i att uppfylla kommunens uppdrag. Den lagliga grunden ska då kopplas till exempelvis kommunallagen, verksamheternas speciallagstiftning, nämndernas reglementen eller de förtroendevaldas prioriterade mål för kommunen. För att kunna använda allmänt intresse som laglig grund måste det vara mycket tydligt på vilket sätt personen i bilden, filmen eller ljudupptagningen är relevant för det sammanhanget.

De registrerade har ett antal rättigheter³ när vi behandlar personuppgifter om dem. Den lagliga grunden påverkar rättigheterna. När vi använder den lagliga grunden allmänt intresse har den registrerade kvar flera av sina rättigheter enligt GDPR, till exempel att invända mot att hans personuppgifter behandlas.

³ GDPR Artikel 12-23

Integritetsstärkande medgivande

I vissa fall behöver den lagliga grunden allmänt intresse stärkas med ett integritetsstärkande medgivande. Ett integritetsstärkande medgivande innebär att den registrerade bekräftar att hen tagit del av informationen om hur personuppgifterna kommer användas och om rättigheterna hen har. Integritetsstärkande medgivande ska inhämtas i samband med fotografering eller inspelning, eller senast innan publicering. Medgivandet ska dokumenteras och lagras på ett sådant sätt att det är lätt att söka fram och koppla ihop med rätt bild, film eller ljudupptagning.

Avtal

Avtal som laglig grund innebär att det finns ett avtal som reglerar användningen av personuppgifterna. När avtal som laglig grund x§är aktuellt för bild, film eller ljudupptagning så använder vi antingen inköpsavtal eller modellavtal. Då blir vissa rättigheter begränsade för den registrerade, bland annat möjligheten att få sina uppgifter raderade (till exempel i samband med att en publikation trycks).

När kommunen köper bild, film eller ljudupptagning från extern part används inköpsavtal enligt kommunens process för inköp. Inköpsavtalet ska ställa krav på att den som tillhandahåller bild, film eller ljudupptagning ansvarar för att säkerställa att det finns modellavtal med den registrerade.

S813889(564)

Modellavtal

Modellavtal som laglig grund innebär att personuppgiftsansvarig tecknar ett avtal med den registrerade. Modellavtal är aktuellt när kommunen anlitar extern modell för att delta i fotografering, filmning eller ljudupptagning i avsikt att publicera i en större produktion eller publikation, samt för genrebilder. Modellavtalet ska lagras på ett sådant sätt att det är lätt att söka fram och koppla ihop med rätt bild.

Ett avtal omfattar en transaktion eller utbyte. Genom att teckna modellavtal får vi behandla den registrerades personuppgifter i utbyte mot att den registrerade får en ersättning. För barn och ungdomar under 18 år tecknas modellavtal med vårdnadshavare.

Informationssäker hantering

Bilder, filmer eller ljudupptagningar som utgör personuppgifter ska hanteras i enlighet med kommunens rutiner för informationssäkerhet. Det innebär bland annat att:

- lagring, gallring och bevarande ska ske i enlighet med kommunens vid var tid gällande informationshanteringsplaner
- det ska finnas tidsbegränsning för hur länge en personuppgift får publiceras
- modellavtal eller integritetsstärkande medgivanden ska vara kopplat till respektive bild, film eller ljudupptagning.

Lagring

Bilder, filmer och ljudupptagningar som innehåller personuppgifter och ska publiceras, ska lagras i kommunens bildbank för kommunikation eller i verksamhetens egen lagringsyta. Materialet ska lagras på ett informationssäkert och kontrollerat sätt så att det går att uppfylla de registrerades rättigheter. I bildbanken finns kommungemensamma lagringsytor i form av mappar för genrebilder samt bilder där det finns modellavtal med den registrerade. Där finns även sektorsspecifika, och i vissa

fall verksamhetsspecifika, mappar för bilder, filmer eller ljudupptagningar som enbart får användas av en viss del av verksamheten. ^{§§ 89(5) & 90(5) 4}

När bilder, filmer eller ljudupptagningar läggs upp i bildbanken, måste även viss obligatorisk information anges. Om det finns modellavtal eller integritetsstärkande medgivande ska de kopplas till specifik bild, film eller ljudupptagning.

Gallring och publiceringstid

Bilder, filmer eller ljudupptagningar som innehåller personuppgifter (där publiceringen är baserad på allmänt intresse och allmänt intresse stärkt av ett integritetsstärkande medgivande) bör ha en publiceringstid om högst fem år. Varje nämnd är personuppgiftsansvarig för all behandling av personuppgifter inom sin verksamhet.

Bilder, filmer eller ljudupptagningar som utgör personuppgifter där publiceringen är baserad på avtal får publiceras under den tid som anges i avtalet.

Frivilligt

Den registrerade ska medverka i bild, film eller ljudupptagning frivilligt. Det innebär bland annat att den registrerade inte ska stå i beroendeställning till den som ber om att få fotografera, filma eller spela in. I de fall det är svårt att undvika bör en mer neutral person ställa frågan, exempelvis fotografen eller en kommunikatör. Frågan ska ställas så att det är ett aktivt val att ställa upp, inte att avstå.

Exempel på personer som är i beroendeställning till varandra:

- Medarbetare är i beroendeställning till chef.
- Brukare är i beroendeställning till omvårdnadspersonal.
- Elev är i beroendeställning till lärare.

Information till de registrerade

Den registrerade har rätt att få information när dennes personuppgifter behandlas. Information om personuppgiftsbehandlingen ska lämnas i samband med att uppgifterna samlas in. Det gör att vi på förhand måste veta hur bilder, filmer eller ljudupptagningar ska användas och säkerställa att den registrerade får ta del av den informationen.

Den registrerade har rätt att få veta:

- för vilka ändamål som bild, film eller ljudupptagning kommer att publiceras ^{§§ 350(36*)}
- den lagliga grunden för publiceringen
- hur länge bild, film eller ljudupptagning kommer att lagras
- vem som kommer att ta del av bild, film eller ljudupptagning
- registrerades rättigheter enligt GDPR
- om personuppgifter kommer att överföras till ett så kallat tredjeland (land utanför EU/EES, vilket kan bli aktuellt vid publicering i sociala medier)
- att hen kan lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)
- kontaktuppgifterna till den personuppgiftsansvariga och dataskyddsombudet

Informationen kan ges på olika sätt, beroende på situation. I vissa fall räcker muntlig information, med hänvisning till kommunens hemsida där informationen står. I andra fall finns skriftliga mallar såsom i integritetsstärkande medgivande eller textmallar.

Större arrangemang

Vid större arrangemang, till exempel en invigning, mässa eller event där många människor är samlade kan det vara svårt att ställa frågan om medverkan på bild, film eller ljudupptagning är okej. Därför är det viktigt att informera om att fotografering, filmning eller ljudupptagning kommer att genomföras. Information ska ges till exempel i informationsmaterial om arrangemanget, i inbjudan, på skyltar i anslutning till arrangemanget samt om möjligt via en konferencier eller liknande.

Den som fotograferar, filmar eller spelar in ska synas tydligt genom att bära varselväst med texten fotograf. Det ska finnas tydligt utmärkta foto- och filmfria zoner, eller ett bestämt tidsintervall då fotograf är på plats, så att personer som inte vill förekomma i bild, film eller ljudupptagning ändå kan ta del av händelsen. Med den här typen av åtgärder får översiktliga bilder, filmer eller ljudupptagningar tas för att publiceras.

Den som beställer foto-, film- eller ljuduppgiften är ansvarig för att information ges innan och under evenemanget. Samt att det finns foto- och filmfria zoner.

När en person i bild, film eller ljudupptagning är tydligt i fokus ska hen alltid informeras om hur bilden, filmen eller ljudupptagningen kommer att användas och vilka rättigheter hen har. I vissa fall räcker det att informera muntligt, i andra fall ska ett integritetsstärkande medgivande användas för att försäkra oss om att personen tagit del av informationen.

Allt det som gäller för arrangemang gäller även vid fotografering, filmning och ljudupptagning på offentlig plats. Då är det särskilt viktigt att människor ska kunna röra sig fritt utan att hamna i bakgrunden på bilder, filmer eller i ljudupptagningar. S&B52(36*)

Person, syfte och kanal

Vem vi ska fota, filma eller spela in samt i vilket syfte vi ska publicera materialet påverkar vilken kanal vi får använda för publicering.

Grupper av registrerade

Vissa registrerade anses vara extra skyddsvärda och deras personuppgifter behöver skyddas, medan andra anses ha en framträdande roll genom sitt uppdrag och därmed kan bilder, filmer eller ljudupptagningar med de personerna publiceras i större omfattning. Vi behöver därför ta hänsyn till hur skyddsvärd den registrerade är. För enkelhetens skull delar vi in de registrerade i tre olika grupper som markerar olika stort skyddsvärde.

Person med framträdande roll

En framträdande roll har till exempel en chef eller en förtroendevald. Bilder och filmer på, eller ljudupptagningar med, denna grupp kan i större utsträckning publiceras i externa kanaler då det anses vara en del av deras uppdrag att vara företrädare eller talesperson för ett visst område. Även registrerade som har framträdande roller hos externa aktörer och samarbetspartners räknas till denna kategori, till exempel vid för en organisation som kommunen samarbetar med.

Om personuppgifterna kommer att exponeras under en lång tid och/eller för en bred krets ska integritetsstärkande medgivande inhämtas för att försäkra oss om att den registrerade förstår innebörden av att vara med på bild, film eller ljudupptagning.

Medelskyddsvärda personer

Allmänhet från 16 år i öppen verksamhet räknas som medelskyddsvärda. Bilder och filmer på eller ljudupptagningar med dessa personer kan om syftet tillåter publiceras i interna kanaler och även i externa kanaler om integritetsstärkande medgivande inhämtas.

Den här gruppen inbegriper också medarbetare samt representanter från externa aktörer som varken har en framträdande roll eller utsatt position. Medarbetare som har ett yrke där identitet och relationsbyggande är avgörande kan i större utsträckning publiceras i externa kanaler. Att publicera material med till exempel projektledare eller företrädare för verksamheter där nätverkande och personlig profil spelar roll kan i många fall bidra till trygghet och ökat förtroende. Övriga medarbetare, alltså anställda som inte särskilt företräder en verksamhet eller ett projekt, är i undantagsfall aktuella att publicera bilder och filmer på eller ljudupptagningar med. Det kan till exempel vara aktuellt att de agerar som budbärare när det handlar om goda exempel.

Även registrerade som kommunen har modellavtal med ingår i denna grupp, men för dem regleras publiceringen av avtalet.

Extra skyddsvärda personer

Registrerade som befinner sig i en utsatt situation eller befinner sig i en verksamhet som är av obligatorisk eller känslig karaktär ska behandlas med stor försiktighet. Det gäller även alla registrerade som är under 16 år.

Medarbetare i utsatt roll

Personuppgifter gällande medarbetare som arbetar i en verksamhet som är av känslig karaktär ska som regel inte publiceras och aldrig i externa kanaler.

Observera att det utöver exempelvis biståndshandläggare (vars personuppgifter omfattas av sekretess) även gäller medarbetare som jobbar med verksamhet som tenderar att röra upp känslor hos allmänheten (exempelvis snöröjning).

Personer i verksamhet av obligatorisk karaktär

Kommunen bedriver en rad verksamheter som inte är av frivillig karaktär, till exempel grundskola. Det finns också verksamheter som visserligen inte är obligatoriska, men som ändå likställs med dem till exempel förskola och gymnasie- och vuxenutbildning. Registrerade i verksamheter av den här typen, till exempel elever, kan publiceras i vissa kanaler om syftet tillåter och integritetsstärkande medgivande inhämtas. Vissa av ovanstående verksamheter omfattas av sekretess, till exempel förskola.

Personer i känslig verksamhet

Kommunen bedriver en rad verksamheter där den registrerade är i beroendeställning till kommunen, till exempel vård- och omsorgsboende, hemtjänst och socialtjänst. Kommunen erbjuder också verksamheter och service som kan upplevas som känsliga för den som deltar, till exempel anhörigstöd och ekonomisk rådgivning. Vi får inte publicera personuppgifter om registrerade i denna grupp.

Alla ovanstående verksamheter omfattas dessutom av sekretess.

Barn och unga

Personuppgifter om barn är extra skyddsvärda eftersom barn har svårare att förutse riskerna med att lämna ifrån sig uppgifter och att förstå vilken rätt till skydd de har.

Barn och unga under 16 år

Barn och unga under 16 år ska vi som regel inte publicera bilder och filmer på eller ljudupptagningar med. Om publicering i något syfte skulle vara nödvändigt ska integritetsstärkande medgivande inhämtas eller modellavtal tecknas med vårdnadshavare.

Unga mellan 16–18 år

Unga mellan 16–18 år räknas som medelskyddsvärda. Om publicering sker ska integritetsstärkande medgivande inhämtas från ungdomen själv. Modellavtal tecknas med vårdnadshavaren eller ungdomen och vårdnadshavare.

Olika syften ger olika förutsättningar

Publicering av bilder, filmer eller ljudupptagningar som utgör personuppgifter måste *alltid både* ha stöd i en laglig grund och ha ett tydligt syfte. Följande syften har identifierats som generellt förekommande i kommunens verksamhet.

1. Berätta om person
2. Bjuda in till något
3. Berätta om ett beslut
4. Berätta om aktivitet, tidsstyrd händelse eller nyhet
5. Berätta om löpande verksamhet

6. Rekrytera
7. Kommunera om Gävle som plats
8. Dokumentera händelse eller utveckling
9. Sända eller tillgängliggöra digitala möten och föreläsningar

Välj kanal efter syfte och registrerad

Vilka kanaler som får användas vid publicering av bilder, filmer eller ljudupptagningar som innehåller personuppgifter beror dels på hur skyddsvärd den registrerade är, dels vilket syfte publiceringen sker.

Interna kanaler

På kommunens intranät får vi i större utsträckning publicera bilder och filmer på eller ljudupptagningar med våra medarbetare. Vi publicerar som regel inte bilder och filmer på eller ljudupptagningar med invånare där.

Externa kanaler, egna

På kommunens webbplats får vi publicera bilder och filmer på eller ljudupptagningar med personer med framträdande roller och medarbetare som har relationsyrken. Om syftet tillåter, får vi även publicera bilder och filmer på eller ljudupptagningar med övriga medarbetare eller kommuninvånare. Integritetstärkande medgivande kan krävas.

Externa kanaler, köpta inkl. trycksaker

I samband med annonsering och vid trycksaksproduktion ska i första hand modellavtal tecknas eftersom det är svårt och ibland omöjligt att avsluta en pågående publicering. I vissa fall bör integritetstärkande medgivande inhämtas.

Externa kanaler, sociala medier

Att som kommun publicera personuppgifter på sociala medieplattformar medför ett extra ansvar och är inte alltid möjligt. Vi ska vara mycket återhållsamma med att publicera personuppgifter på sociala medieplattformar som innebär överföring till tredje land, eftersom skyddet från GDPR inte självklart följer med.

Inför varje publicering ska en proportionalitetsbedömning göras. Den bedömningen innebär att väga de registrerades integritetsintresse mot kommunens behov att

publicera personuppgifterna. Bedömningen ska dokumenteras i respektive verksamhets verktyg för publicering på sociala medieplattformar.

S&B56(36*)

Vi publicerar aldrig personuppgifter på registrerade som är extra skyddsvärda på sociala medieplattformar. Om vi vill publicera personuppgifter om medelskyddsvärda personer med allmänt intresse som laglig grund, ska ett integritetsstärkande medgivande finnas.

Sammanträdesdatum 2026-05-11

§ 5 Riktlinje för publicering av bilder, film och ljudupptagningar innehållande personuppgifter

Diarienummer: 26KS105

Expedieras till:

Gävle kommuns samtliga nämnder, bolag och kommunalförbund

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag att anta riktlinje Publicering av bilder, video och ljud med personuppgifter enligt bifogad bilaga.

Ärendebeskrivning

Publicering av bilder, film och ljudupptagningar innehållande personuppgifter är ofta aktuellt i den kommunala verksamheten men kräver att vi förhåller oss till gällande lagstiftning angående skydd av personuppgifter.

Under de senaste åren har stor osäkerhet rått kring vilka publiceringar som är möjliga och lämpliga att göra vilket lett till osäkerhet i organisationen. Efter gemensam beredning av frågan har denna riktlinje tagits fram för att klargöra hur vi skall förhålla oss. Viktigt fokus är att möjliggöra god kommunikation och laglig grund för publicering och samtidigt värna om den personliga integriteten i synnerhet för känsliga grupper som barn och unga.

En praktisk vägledning baserat på denna riktlinje kommer att arbetas fram som stöd.

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund Lång (S).

Kommunfullmäktige

Sid 52(264)

Sammanträdesdatum 2026-05-11

Yrkanden

Åsa Wiklund Lång (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Handlingar i ärendet

- §112 KS Riktlinje för publicering av bilder, film och ljudupptagningar innehållande personuppgifter, dnr 26KS105-4
- Tjänsteskrivelse - Riktlinje för publicering av bilder, film och ljudupptagningar innehållande personuppgifter, dnr 26KS105-1
- Riktlinje - Publicering av bilder, filmer och ljudupptagningar som innehåller personuppgifter, dnr 26KS105-2

Sammanträdesdatum 2026-05-11

§ 7 Reglemente för Gävle kommuns nämnder samt förändrad nämndsorganisation

Diarienummer: 25KS547

Expedieras till:

Samtliga nämnder och kommunrevisionen

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag att Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden upphör, att Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden inrättas, att Omvårdnadsnämnden byter namn till Stöd- och omsorgsnämnden, att Utbildningsnämnden byter namn till Förskole- och grundskolenämnden, att anta nya reglementen för Gävle kommuns nämnder enligt bifogat förslag

samt

att samtliga ovanstående förändringar ska gälla från och med den 1 januari 2027.

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige beslutade om att ställa sig bakom POG kommitténs betänkande, där beslutet var att bereda förslag på revideringar av de nuvarande reglementena. Kommittén föreslog att nämnden Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden ska avvecklas och nämndens ansvar ska överföras till andra nämnder, att en ny nämnd med namnet Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden ska inrättas, att Utbildningsnämnden byter namn till Förskole- och grundskolenämnden samt att Omvårdnadsnämnden ska byta namn till Stöd- och omsorgsnämnden.

De förslag på förändringar har sin utgångspunkt från POG kommitténs

Kommunfullmäktige

Sid 562(364)

Sammanträdesdatum 2026-05-11

förslag och har skickats ut på remiss till samtliga nämnder samt till den fackliga Centrala samverkansgruppen.

POG kommitténs förslag har initierat arbetet med förändringar av kommunens reglemente. Följden av antaganden av nya reglementen är också att arbetet med att implementera de förvaltningsorganisatoriska förändringarna startas upp. Eftersom det ställs höga krav på reglementenas tydlighet så innebär det att den fortsatta följderna av detta arbete kan leda till att ytterliga behov att förtydliga eller justera reglementena kan uppkomma.

Inlägg i ärendet

Daniel Olsson (S).

Yrkanden

Daniel Olsson (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Handlingar i ärendet

- §116 KS Reglemente för Gävle kommuns nämnder samt förändrad nämndsorganisation, dnr 25KS547-41
- Tjänsteskrivelse - Reglemente för Gävle kommuns nämnder samt förändrad nämndsorganisation, dnr 25KS547-40
- Sammanfattning av remissvar och kommentarer efter remissutskick, dnr 25KS547-39
- Sammanfattning förslag till förändringar av reglementet - Remissversion, dnr 25KS547-1
- Gemensamt reglemente för Gävle kommuns nämnder, dnr 25KS547-29
- Reglemente för Förskole- och grundskolenämnden, dnr 25KS547-36
- Reglemente för Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, dnr 25KS547-37
- Reglemente för Jävsnämnden, dnr 25KS547-32

Kommunfullmäktige

Sid 663(364)

Sammanträdesdatum 2026-05-11

- Reglemente för Kommunstyrelsen, dnr 25KS547-28
- Reglemente för Kultur- och fritidsnämnden, dnr 25KS547-33
- Reglemente för Samhällsbyggnadsnämnden, dnr 25KS547-38
- Reglemente för Socialnämnden, dnr 25KS547-34
- Reglemente för Stöd- och omsorgsnämnden, dnr 25KS547-35
- Reglemente för Valnämnden, dnr 25KS547-30
- Reglemente för Överförmyndarnämnden, dnr 25KS547-31

Sammanträdesdatum 2026-05-11

§ 4 Urnan anpassning av lokal, behov av utökad investeringsbudget 2026

Diarienummer: 26KS145

Expedieras till:

Omvårdnadsnämnden

Gavlefastigheter Gävle kommun AB

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att höja beslutad investeringsbudget (25KS28) gällande investeringsposten Urnan anpassning, från 5,0 mnkr till 12,0 mnkr för budgetår 2026

att öka omvårdnadsnämndens kommunbidrag med 600 tkr med anledningen av tillkommande hyra på grund av den utökade investeringen

Ärendebeskrivning

En anpassning av lokalen Urnan beslutades i höstas i samband med kommunplan 2026. Inför beslutet hade behovet lagts till i investeringsbudgeten med kort varsel då nuvarande hyresavtal behövde sägas upp för att undvika en flerårig förlängning.

Kostnaden för att anpassa lokalen uppskattades då till 5 mnkr.

Därefter har en grundligare beredning gjorts och verksamheten har under programarbetet konstaterat att lokalerna är i sämre skick än vad man först antog. Av den anledningen finns behov av nya ytskikt i lokalen.

Anpassningen kommer också att omfatta en ändrad planlösning vilket påverkar ventilationen. Ventilationsaggregat som är placerat på taket, och som betjänar delar av lokalerna, behöver flyttas då dessa är svårtillgängliga för kommande drift och underhåll. Om planlösningen inte ändras hade ventilationen kunnat vara orörd i några år till, men Gavlefastigheter hade ändå planerat att byta ut flera av ventilationsaggregaten i fastigheten under de närmaste åren.

Kommunfullmäktige

Sid 562(364)

Sammanträdesdatum 2026-05-11

Det finns också stora osäkerheter kopplat till el och nätverk som kräver en utökad investeringsbudget jämfört med första antagandet.

I samband med att lokalen anpassas önskar verksamheten och Gavlefastigheter också att lägga till en carport till projektet för att tillgodose behovet av väderskydd för verksamhetens bilar, kalkyl 1 mnkr.

Välfärds behov av väderskydd till sina bilar har varit uppe i samband med åiterrapportering av uppdraget Ett klimatneutralt Gävle 2030. Uppdraget åiterrapporterades i ärende 25KS27-8. I rapporten framkommer det ett behov av att göra en översyn av investeringsbehov för att kunna stödja en ökning av fossilfria fordon. Behovet handlar både om väderskydd och elstolpar.

Programhandlingskalkylen efter beredning landade på 12 mnkr varpå en utökad investeringsbudget behövs med 7 mnkr.

Idag betalar verksamheten en årshyra på ungefär 2 mnkr för två externt inhyrda lokaler, Skolgången och Kristinelundsgården. Den nya hyran i lokalen Urnan beräknas bli 2,5 mnkr. Idag är lokalen Urnan vakant men efter anpassningen kan externt inhyrda lokaler lämnas till förmån för egenägda.

Efter att nuvarande beredning har gjorts föreslås lokalen att anpassas med en utökad budget, för att passa verksamheten för många år framåt och bli mer hållbar över tid.

Om projektet ska hålla tidplanen behöver ett beslut fattas i särskild ordning för att kunna genomföras. I detta projekt är tiden prioriterad, utförandet måste ske under 2026.

Byggstart är planerat till juni 2026.

Sammanträdesdatum 2026-05-11

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund Lång (S) och Eva Älander (S).

Yrkanden

Åsa Wiklund Lång (S) och Eva Älander (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Handlingar i ärendet

- §105 KS Urnan anpassning av lokal, behov av utökad investeringsbudget 2026, dnr 26KS145-4
- Tjänsteskrivelse - Urnan anpassning, behov av utökad investeringsbudget 2026, dnr 26KS145-1
- Urnan - beräkningsunderlag, dnr 26KS145-2
- Programhandlingskalkyl anpassning Urnan, dnr 26KS145-3