

Omvårdnadsnämnden

Kallelse och föredragningslista

Sammanträdedatum: 2026-09-22

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 22 september, 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 22/9 kl 13.00, 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 2026-09-09, kl 08.15 - 08.40

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 Velfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

- Lägesrapport sommaren (Helena)
- Presentation ny avdelningschef Hälso- och sjukvård
- POG:en - förberedelser inför organisatoriska förändringar
- Hävning avtal - lägesrapport (Caroline)
- Forellplan - lägesrapport (Helén P)
- Svar på frågor från (M) - När är beslutet om att "sexuellt våld på Gävles äldreboenden", 25ON419, infört?
- Svar på frågor från (M) - Bemanningskvoten per boende uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar?

Handlingar i ärendet

- Svar på frågor från (M) - Beslut rörande sexuellt våld
- Frågor från (M) - När är beslutet om att "sexuellt våld på Gävles äldreboenden", 25ON419, infört?
- Svar på frågor från (M) - Bemanningskvoten per boende

- Frågor från (M) - Bemanningskvoten per boende uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar?

7. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, augusti 2026

Diarienummer: 26ON54

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende augusti 2026.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Emma Edorsson.

Eventuellt separat utskick.

Handlingar i ärendet

- Missiv Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, augusti 2026
- Bilaga 1 Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, augusti 2026

8. Beslutsärende: Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontrollrapport, delår 2 år 2026

Diarienummer: 26ON246

Förslag till beslut

- Att anta plan för intern styrning och kontroll med internkontrollplan delår 2 2026.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv - Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll, delår 2 2026
- Omvårdnadsnämndens rapport Intern styrning och kontroll, tertial 2 år 2026

9. Beslutsärende: Verksamhetsrapport delår 2 år 2026 med årsprognos för Omvårdnadsnämnden

Diarienummer: 26ON247

Förslag till beslut

- Att godkänna verksamhetsrapport delår 2 år 2026 för Omvårdnadsnämnden,
- Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Verksamhetsrapport delår 2 år 2026 med årsprognos för Omvårdnadsnämnden
- Verksamhetsrapport delår 2 år 2026 för Omvårdnadsnämnden

10. Beslutsärende: Fördjupad granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Diarienummer: 26ON245

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Caroline Engberg, Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

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

11. Beslutsärende: Remiss - Uppföljande granskning av löneprocessen

Diarienummer: 26ON263

Förslag till beslut

-

Omvårdnadsnämnden antar yttrandet avseende granskning av löneprocessen.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Helena Vahlund.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Remissvar - Uppföljande granskning av löneprocessen
- Svar på revisionsrapport - Uppföljande granskning av löneprocessen, 25REK30-1
- Borttagen på grund av sekretess
- Uppföljande granskning av löneprocessen Revisionsrapport Januari 2026

12. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

13. Beslutsärende: Delegationsbeslut

Diarienummer: 26ON55

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess

14. Kommande beslut: Uppföljningsplan 2026 privata utförare Omvårdnadsnämnden

Diarienummer: 26ON410

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Caroline Engberg.

Handlingar i ärendet

- Uppföljningsplan 2026 privata utförare Omvårdnadsnämnden

15. Informationsärende: Nattfasterapport 2026

Diarienummer: 26ON332

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Ingen föredragning.

Handlingar i ärendet

- Nattfasterapport 2026

16. Informationsärende: Rapport om ej verkställda beslut, kvartal 2 år 2026

Diarienummer: 26ON175

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- Rapport om ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen, kvartal 2år 2026

17. Informationsärende: Anmälningssärenden

Diarienummer: 26ON80

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- Statistik och fördelning av boendeval
- §162 KS Resultat årlig uppföljning SAM 2025(26KS267-3)
- Svar på interpellation - Moderaterna (M) - Hur ska återkommande brister i äldreomsorgen stoppas
- Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Fast omsorgskontakt
- Årlig uppföljning av SAM 2025. Central nivå(26KS267-1)

- § 81 Anmalningsaren den
- Revisionsberättelse 2025 - Omvårdnadsnämnden

Informationsärende: Aktuellt från sektor Valfärd

6



Tjänsteskrivelse

2026-09-09

Handläggare:

Helén Polmé

Tfn 026- 17 80 00

helen.polme@gavle.se

Diarienummer:

26ON411

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Sektor Velfärds svar på frågor från (M) – När är beslutet om att förhindra sexuellt våld på Gävles äldreboenden, 25ON419, infört?

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har inkommit med frågor till Sektor Velfärd 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. I tjänsteskrivelse den 2026-05-19, Dnr: 26ON267 redovisades att fortfarande efter sex månader var inte beslutet genomfört. Vi Moderater utgår nu från att detta är genomfört tio månader efterbeslutet.

Omvårdnadsnämnden beslutade 2025-11-27:

- Att sektor Velfärd 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.

Sektor Velfärds svar på frågorna

Är rutiner utarbetade för att anhöriga ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om oönskade händelser har inträffat. I Sektor välfärds svar 2026-05-19 redovisas "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 nu rutinen färdigställd och implementerad?

Rutinen 04250 – Stöd vid våld och övergrepp har reviderats och färdigställts. Information av förändringar och tillägg i rutinen påbörjas från och med vecka 37 inom avdelningen Vård och omsorg samt Hälso- och sjukvård.

Är rutiner utarbetade för att genomföra individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende. I Sektor välfärds svar 2026-05-19 redovisas "Arbete pågår kring en ny rutin, men den är ännu inte färdigställd". Är nu rutinen färdigställd och implementerad?

Bedömning av om en kund är i behov av ett annat boende görs utifrån det enskilda individärendet och kundens individuella behov och förutsättningar. Bedömningen sker i samband med handläggning och uppföljning av insatsen, där kundens situation, behov av stöd och omsorg samt boendemiljö beaktas.

Det innebär att behovet av annat boende inte bedöms generellt, utan utifrån en individuell bedömning i varje enskilt ärende.

Att personalen erbjuds utbildningsinsatser kring sexuellt våld och våld i nära relation. I Sektor välfärds svar 2026-05-19 redovisas "Tantjouren Rigmor erbjuder även en tre timmar lång utbildning för hemtjänstpersonalen". Har detta erbjudande utnyttjats?

Tantjouren Rigmor har besökt ledningsgruppen inom avdelningen för vård och omsorg, där information och planering har genomförts.

Utbildning för hemtjänstens medarbetare i egen regin kommer att genomföras under hösten 2026.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Fråga till Sektor Velfärd – När är beslutet om att ”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. I tjänsteskrivelse den 2026-05-19, Dnr: 26ON267 redovisades att fortfarande efter sex månader var inte beslutet genomfört. Vi Moderater utgår nu från att detta är genomfört tio månader efterbeslutet.

Omvårdnadsnämnden beslutade 2025-11-27:

- Att sektor Velfärd 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.

Fråga 1)

Är rutiner utarbetade för att anhöriga ska (inom 24 timmar) informeras av chef eller sjuksköterska om oönskade händelser har inträffat. I Sektor välfärds svar 2026-05-19 redovisas ”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 nu rutinen färdigställd och implementerad?

Fråga 2)

Är rutiner utarbetade för att genomföra individuell bedömning om vilken brukare som eventuellt behöver få ett annat boende. I Sektor välfärds svar 2026-05-19 redovisas ”Arbete pågår kring en ny rutin, men den är ännu inte färdigställd”. Är nu rutinen färdigställd och implementerad?

Fråga 3)

Att personalen erbjuds utbildningsinsatser kring sexuellt våld och våld i nära relation . I Sektor välfärds svar 2026-05-19 redovisas ”Tantjouren Rigmor erbjuder även en tre timmar lång utbildning för hemtjänstpersonalen”. Har detta erbjudande utnyttjats?

Anders Jansson Gladh (M)



Tjänsteskrivelse

2026-09-09

Diarienummer: 26ON412

Handläggare:

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

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Sektor Velfärds svar på frågor från (M) – Vilken är bemanningskvoten per boende uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar?

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har inkommit med frågor till Sektor Velfärd angående bemanningskvoten per boende uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar.

Bemanningsfrågan har varit uppe på agendan under valrörelsen. För att följa eventuella förändringar av bemanningskvoten vill vi moderater ha en redovisning av bemanningskvoten för somatiska avdelningar och demensavdelningar per Vård och omsorgsboenden i kommunen. Med bemanningskvot avses antal årsarbetet delar med antalet boende.

Sektor Velfärds svar på frågorna

Vilken är bemanningskvoten uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar på samtliga vård och omsorgsboenden i Gävle kommun?

Vård- och omsorgsboende

Bemanningsstätheten budgeteras till 0,57 dagtid och 0,15–0,16 nattetid. För Fleming 5 är täthetsmättet något högre nattetid, 0,18.

Ett täthetsmått inom vård och omsorg beskriver hur mycket personal som planeras i förhållande till antalet kunder/boende. Detta ligger till grund för vad respektive enhet

får i budget. Om personalkostnaderna överstiger budget, innebär detta att verksamheten har en högre täthet än det budgeterade täthetsmålet.

Vård och omsorgsboende både soma och demens

- Täthetsmål dag 0,57
- Täthetsmål natt 0,15 eller 0,16 (Fleming 5 har 0,18)

Specialdemens VÅBO (Fleming)

- Täthetsmål dag 0,86
- Täthetsmål natt 0,22

Avlösningstvistelse

- Täthetsmål dag 0,76
- Täthetsmål natt 0,10

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Vårld

Fråga till Sektor Velfärd – Vilken är bemanningskvoten per boende uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar?

Bemanningsfrågan har varit uppe på agendan under valrörelsen. För att följa eventuella förändringar av bemanningskvoten vill vi moderater ha en redovisning av bemanningskvoten för somatiska avdelningar och demensavdelningar per Vård och omsorgsboenden i kommunen.

Med bemanningskvot avses antal årsarbetet delar med antalet boende.

Fråga

Vilken är bemanningskvoten uppdelat på somatiska avdelningar och demensavdelningar på samtliga vård och omsorgsboenden i Gävle kommun?

Anders Jansson Gladh (M)

Beslutsärende: Ekonomisk
månadsrapport för
Omvårdnadsnämnden, augusti
2026

7

26ON54



Tjänsteskrivelse

2026-09-14

Diarienummer: 26ON54

Handläggare:

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

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, augusti 2026

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden
avseende augusti 2026.

Ärendebeskrivning

Akkumulerat resultat uppgår till -14,1 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -13,4 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -14,7 mnkr, den största avvikelsen avser vård- och omsorgsboende. Hemtjänstverksamheten har lägre volymer är förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till 39 mnkr.

Sektorn har beviljats flertalet statsbidrag, av dessa har nämnden hittills mottagit 22 mnkr som nyttjats av både egen regi och externa utförare (främst i form av personella resurser, dvs personalkostnader och bidrag till juridiska personer).

Vissa taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även negativ avvikelse på nämndens intäkter.

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att kostnadsutvecklingen ska minska utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen.

Hemtjänsten har minskande volymer i förhållande till budget, vilket för verksamheter i egen regi innebär lägre ersättning och omställning av resurser behöver göras. Åtgärder pågår i form av personalplanering, utvecklingsstege samt arbete med korttidsfrånvaron.

Hälso- och sjukvården har fortsatt höga kostnader för hyrsköterskor som kommer innebära att verksamheten överskrider budget.

Nämnden har rekviderat flertalet statsbidrag, vilket har och komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll.

Investeringsbudget för året uppgår till 11,9 mnkr efter beslut i Kommunfullmäktige i mars om ombudgetering med 2,3 mnkr från föregående år. Utfallet är 1,9 mnkr för ackumulerad period och avser inventarier såsom exempelvis möbler, alkoskåp, trygghetslarm och passagesystem.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga 1 redovisas omvårdnadsnämndens resultat och investeringar för augusti 2026.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Velfärd

Månadsrapport till nämnd

Omvårdnadsnämnd

Aug 2026

2026-09-14

Diarienummer: 26ON54

Handläggare: Emma Edorsson

Innehållsförteckning

1 Resultatrapport.....	3
2 Resultat	3
3 Årsprognos	7
4 Investeringsverksamhet	8
5 Sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen (FU).....	8

1 Resultatrapport

Omvårdnadsnämnden	Utfall fg år	Utfall	Budget	Avvikelse mot budget	Förändring %	Budget
	202501-202508	202601-202608	202601-202608		2025 / 2026	202601-202612
Intäkter						
Taxor och avgifter	81 474	75 993	82 205	-6 213	-6,7%	123 308
Hysesintäkter	38 676	38 517	37 971	545	-0,4%	56 957
Statsbidrag	38 122	37 632	15 223	22 409	-1,3%	22 834
Övriga intäkter	41 964	40 613	39 849	764	-3,2%	59 820
Kommunbidrag	986 978	982 005	982 005	-0	-0,5%	1 473 007
Summa intäkter	1 187 213	1 174 760	1 157 253	17 506	-1,0%	1 735 926
Kostnader						
Personalkostnader	-567 182	-581 988	-567 323	-14 665	2,6%	-848 681
Inhyrd personal och konsulter	-34 414	-40 332	-1 371	-38 961	17,2%	-2 057
Bidrag och transfereringar	-10 212	-14 472	-1 097	-13 375	41,7%	-1 645
Köp av verksamhet och entreprenader	-361 752	-342 980	-370 996	28 016	-5,2%	-557 258
Hyror och fastighetskostnader	-115 664	-116 308	-120 049	3 742	0,6%	-180 224
Övriga kostnader	-22 162	-25 811	-28 733	2 922	16,5%	-43 100
Material och förbrukning	-25 885	-26 146	-26 565	420	1,0%	-39 848
Fordon och transporter	-12 190	-14 279	-13 992	-287	17,1%	-20 988
Måltider	-19 140	-19 281	-20 197	917	0,7%	-30 641
Avskrivningar och intern ränta	-7 483	-7 311	-7 656	345	-2,3%	-11 484
Summa kostnader	-1 176 084	-1 188 907	-1 157 980	-30 927	1,1%	-1 735 926
Resultat	11 129	-14 148	-727	-13 421		0

2 Resultat

Sammanfattning av resultatet för omvårdnadsnämnden, augusti 2026

Ackumulerat resultat uppgår till -14,1 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -13,4 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -14,7 mnkr, den största avvikelsen avser vård- och omsorgsboende.

Hemtjänstverksamheten har lägre volymer är förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet.

Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till 39 mnkr.

Sektorn har beviljats flertalet statsbidrag, av dessa har nämnden hittills mottagit 22 mnkr som nyttjats av både egen regi och externa utförare (främst i form av personella resurser, dvs personalkostnader och bidrag till juridiska personer).

Vissa taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även negativ avvikelse på nämndens intäkter.

Kommunstyrelsen har beslutat tillföra nämnden kompensation för helårseffekt av hyror

och kapitaltjänstkostnader för investeringar gjorda under 2025 med 954 tkr, inklusive omfördelning på delegation enligt punkt 16 i kommunplanen.

Kommentarer och åtgärder till större avvikelser i resultatet per verksamhetsområde

Vård- och omsorgsboende egen regi / Avlösningvistelse -17,0 mnkr (apr -9,8 mnkr)

Det är fortsatt hög sjukfrånvaro inom samtliga områden, vilket resulterat i ökade kostnader för timvikarier och övertid. Övertidskostnader i augusti består främst av timvikariernas övertid i juli. De nya reglerna kring utebliven fyllnadstid, som innebär direkt övertid när en personal stannar längre på sitt pass, har resulterat i ökade övertidskostnader. Behov av förstärkningar inom verksamheterna, ofta på grund av stor vårdtyngd och orosvak, har också bidragit till ökade kostnader för timvikarier. Ofta krävs även extra introduktioner på grund av oerfaren personal.

Den negativa avvikelsen för månadslön beror främst på att resursturer inte har kunnat nyttjas optimalt utifrån verksamhetens bemanningsbehov. Samordning av resursturer medför att tillgängliga personalresurser inte alltid kan styras till de tider där behovet är som störst.

Heltidsbeslut samt regler om dygnsvila begränsar flexibiliteten i bemanningsplaneringen. Detta innebär att bemanningen periodvis är högre under eftermiddagarna, samtidigt som behovet av personal är större under helgerna. Sammantaget leder detta till en lägre effektivitet i resursutnyttjandet och därmed högre personalkostnader än planerat.

Pågående åtgärder fokuserar på att minska personalkostnader och förbättra resursutnyttjandet. En särskild satsning görs för att minska korttidssjukfrånvaro genom ett förändrat arbetssätt, där bland annat flera enhetschefer deltar i HälsoPuls.

Arbetet med resursturer är fortsatt prioriterat, med fokus på att minska överkapacitet. Schema- och planeringsteamet stödjer verksamheten i detta arbete för att bättre anpassa bemanningen efter verksamhetens behov.

Vidare ses rutinerna tillsammans med Hälso- och sjukvårdsavdelningen över, med syfte att öka samordningen och samarbetet samt säkerställa att beslut om vak fattas utifrån aktuellt behov. En av enheterna inför under hösten ett nytt och mer effektivt schema, vilket förväntas bidra till ett förbättrat resursutnyttjande och positiva

ekonomiska effekter.

Hemtjänst egen regi -7,2 mnkr (apr -3,6 mnkr)

Varav ytterområden -1,9 mnkr, innerområden -5,3 mnkr.

Verksamhetens intäkter avviker negativt till följd av lägre volymer än budgeterat. En enhet har nyligen fått fler kunder på grund av avslutat samarbete med en extern utförare, vilket kan innebära högre volymer framöver. Verksamheten har inte lyckats minska kostnaderna motsvarande volymminskningen. En anledning till de ökade kostnaderna är ovädret i början av året med ökade kostnader för timvikarier och övertid som följd. Hög sjukfrånvaro inom området har också resulterat i ökade kostnader för timvikarier och övertid. Övertidskostnader i augusti består främst av timvikariers övertid under juli månad.

Åtgärder pågår för att minska korttidssjukfrånvaro, bland annat genom att enhetschefer deltar i Hälso- och sjukvård. Med stöd av schemateamet arbetar verksamheten med personalplanering och resursturer för att schemat ska spegla behovet, detta för att öka nyttjandegraden och möta de minskade volymerna med en effektivare personalplanering. Några enheter fortsätter också arbetet med utvecklingsstegen, vilket följs upp kontinuerligt. Målet är att bromsa in den negativa kostnadsutvecklingen. Under hösten förväntas positiva effekter av det pågående förbättringsarbetet.

Hälso- och sjukvård -31,1 mnkr (apr -11,5 mnkr)

Kostnader för bemanningssköterskor är fortsatt höga och anledning till negativ avvikelse, per augusti uppgår kostnaden till 39 mnkr. Hyrsköterskor ersätter vid vakanser. Utöver dessa finns hyrsköterskor i verksamheten för att stödja vid introduktion av nya medarbetare. Totalt nyttjar verksamheten i augusti 41,2 årsarbetare hyrsköterskor.

Verksamheten nyttjar statsbidrag för en god och nära vård samt för att säkerställa god vård och omsorg av äldre personer, detta bland annat för kompetenshöjande åtgärder. Verksamheten har för avsikt att öka antalet läkemedelsautomater fram till årsskiftet, så att kompetenser kan användas på bästa sätt utifrån patienternas behov.

Förslag på åtgärder:

- Besluta om ett maxtak för att ersätta vakanser med bemanningssjuksköterskor

utan allvarlig påverkan på patientsäkerhet. Idag ersätts vakanser 1:1.

- Besluta om principer för bemanningssjuksköterskor.
- Utvärdera och analysera modellen för "lång introduktion". Besluta om fortsättning ifall resultaten varit goda och framgångsrika.
- Genomföra en riktad insats för att bli oberoende av bemanningssjuksköterskor utifrån en tydlig målsättning att vi ska vara en avdelning med god egen bemanning och en attraktiv och hälsofrämjande arbetsplats. Detta kommer att innebära ett långsiktigt arbete med organisatorisk och strukturell tydlighet samt hög delaktighet och transparens för att skapa delaktighet ut i medarbetarleden.

Vård och omsorgsboende myndighet +1,1 mnkr (apr +0,7 mnkr)

Kostnaderna för köp av plats på externa vård- och omsorgsboenden är lägre än budgeterat på grund av tomma platser på Sättraåsen. Fyra platser förväntas vara tomma även resterande del av året.

Hemtjänst myndighet +22,6 mnkr (apr +9,0 mnkr)

De delar av hemtjänstverksamheten som ligger inom Myndighets verksamhetsområde har en positiv avvikelse till följd av lägre volymer än budgeterat för såväl egen regi som för externa utförare.

Natt och larm +1,0 mnkr (apr +0,5 mnkr)

Antalet kunder med trygghetslarm har ökat, denna volymökning innebär ökade intäkter. Vidare har enheten positiv avvikelse på personalkostnaderna på grund av förväntad nödvändig återgång till ytterligare en bemannad bil, vilket ännu inte verkställts.

Förebyggande verksamhet +1,3 mnkr (apr +0,2 mnkr)

Verksamhetens positiva avvikelse beror på låga personalkostnader, bland annat till följd av tjänstledighet som inte ersatts.

Dagverksamhet -0,1 mnkr (apr +0,2 mnkr)

Något högre personalkostnader till följd av bland annat sjuklöner, utgör negativ avvikelse på verksamhetens personalkostnader.

Utveckling och stöd +4,6 mnkr (apr +0,8 mnkr)

Rekvirering och nyttjande av statsbidrag samt hittills låga kostnader för hyra och el ger positiv avvikelse. Negativa avvikelser avser IT och kostnader för advokatfirma kopplat till ärende i tingsrätten.

Övergripande avvikelser +11,4 mnkr (apr +5,5 mnkr)

På övergripande nivå finns 8 mnkr (helår) för omställningsarbete vård- och omsorgsboende till hemtjänst/hemsjukvård. Här finns även ytterligare ca 7 mnkr (helår) i pott för oförutsedda händelser. Kostnader för ovan hamnar i den verksamhet det berör, medan intäkten är budgeterad övergripande.

3 Årsprognos

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att kostnadsutvecklingen ska minska utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen.

Hemtjänsten har minskande volymer i förhållande till budget, vilket för verksamheter i egen regi innebär lägre ersättning och omställning av resurser behöver göras. Åtgärder pågår i form av personalplanering, utvecklingsstege samt arbete med korttidsfrånvaron.

Hälso- och sjukvården har fortsatt höga kostnader för hyrsköterskor som kommer innebära att verksamheten överskrider budget.

Nämnden har rekvirerat flertalet statsbidrag, vilket har och komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll.

4 Investeringsverksamhet

Investeringsbudget för året uppgår till 11,9 mnkr efter beslut i Kommunfullmäktige i mars om ombudgetering med 2,3 mnkr från föregående år. Utfallet är 1,9 mnkr för ackumulerad period och avser inventarier såsom exempelvis möbler, alkoskåp, trygghetslarm och passagesystem.

5 Sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen (FU)

Resultat / Årsprognos/Investeringsverksamhet

Resultat

Ackumulerat resultat uppgår till -14,1 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -13,4 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -14,7 mnkr, den största avvikelsen avser vård- och omsorgsboende. Hemtjänstverksamheten har lägre volymer än förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till 39 mnkr.

Sektorn har beviljats flertalet statsbidrag, av dessa har nämnden hittills mottagit 22 mnkr som nyttjats av både egen regi och externa utförare (främst i form av personella resurser, dvs personalkostnader och bidrag till juridiska personer).

Vissa taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även negativ avvikelse på nämndens intäkter.

Prognos

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att kostnadsutvecklingen ska minska utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen.

Hemtjänsten har minskande volymer i förhållande till budget, vilket för verksamheter i egen regi innebär lägre ersättning och omställning av resurser behöver göras. Åtgärder pågår i form av personalplanering, utvecklingsstege samt arbete med korttidsfrånvaron.

Hälso- och sjukvården har fortsatt höga kostnader för hyrsköterskor som kommer innebära att verksamheten överskrider budget.

Nämnden har rekviderat flertalet statsbidrag, vilket har och komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll.

Investeringsverksamhet

Investeringsbudget för året uppgår till 11,9 mnkr efter beslut i Kommunfullmäktige i mars om ombudgetering med 2,3 mnkr från föregående år. Utfallet är 1,9 mnkr för ackumulerad period och avser inventarier såsom exempelvis möbler, alkoskåp, trygghetslarm och passagesystem.

Beslutsärende:
Omvårdnadsnämndens plan
för intern styrning och
kontrollrapport, delår 2 år
2026

8

26ON246



Tjänsteskrivelse

2026-09-14

Diarienummer: 26ON246

Handläggare:

Martin Wagner
Tfn 026 - 17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll, delår 2 2026

Förslag till beslut

Att anta plan för intern styrning och kontroll med internkontrollplan delår 2 2026.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämnden ska enligt den av kommunfullmäktige beslutade "Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag" anta en beskrivning och plan för internkontroll. Planen innehåller nämndens riskvärdering och kontrollaktiviteter.

Beslutsunderlag

Plan för Intern styrning och kontroll för Omvårdnadsnämnden delår 2 2026

Expedieras till

Kommunstyrelsens diarium.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Velfärd

Rapport Intern styrning och kontroll tertial 2 2026

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Kontrollaktiviteter.....	3
1.1 Risk- eller Målområde: Ändamålsenlig och effektiv verksamhet.....	3
1.2 Risk- eller Målområde: Efterlevnad av externa och interna regelverk	4
1.3 Risk- eller Målområde: Tillförlitlig rapportering internt och externt.....	7

1 Kontrollaktiviteter

1.1 Risk- eller Målområde: Ändamålsenlig och effektiv verksamhet

Risker	Riskvärde	Beskrivning	Kontrollmoment	Resultat
Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig			 Uppdaterade kontinuitetsplaner ska finnas för fortsatt drift av verksamheten.  Ingen avvikelse	
			Kommentar 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 och andra 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.	
 Ej tillräcklig kompetensförsörjning - svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare inom hälso- och sjukvård samt svårighet att erbjuda erforderlig kompetensutveckling	20		 Systematisk och regelbunden genomgång av statistik	
			 Säkerställa att handlingsplaner upprättas vid behov för att säkra kompetensförsörjning  Ingen avvikelse	
			Kommentar 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	

Risker	Riskvärde	Beskrivning	Kontrollmoment	Resultat
			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.	

1.2 Risk- eller Målområde: Efterlevnad av externa och interna regelverk

Risker	Riskvärde	Beskrivning	Kontrollmoment	Resultat
 Brister i följsamhet av rutiner, vilket innebär risk att invånare lider skada.	15	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	 Egenkontroller i ledningssystemet ska genomföras i verksamheterna	
			 Rutiner i ledningssystemet är aktuella och ledningssystemet är uppdaterat	
			 Uppföljning av individuella genomförandeplaner	 Ingen avvikelse
			Kommentar Uppföljning av genomförandeplaner sker. Uppstart skedde 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.	
			 Journalgranskning	 Ingen avvikelse
			Kommentar Pågående arbete bedrivs för att åtgärda identifierade brister avseende dokumentation-	

Risker	Riskvärde	Beskrivning	Kontrollmoment	Resultat
		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. Rutin VG-RUT-S-8805)	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.	
II Avtalstrohet - sker inköp enligt avtal	9	Brister i genomförande vid inköp och vid uppföljning	— Kvalitet hos privata utförare av kärnverksamhet ska garanteras genom regelbunden uppföljning	
III Nämnden ska ha ett förebyggande arbete gentemot välfärdsbrottslighet	12	Risk för ekonomisk skada samt förtroendeskada	— Ärendegranskning	
			— Uppföljningsplan för privata utförare vid köp av kärnverksamhet ska finnas	
			◆ Förebyggande arbete mot välfärdsbrott ska finnas. Metodstöd "Kompassen" ska implementeras.	◆ Mindre avvikelse
			Kommentar Under året 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. Delvis uppfyllt då inte allt genomförts vid tidpunkt för rapportering.	

1.3 Risk- eller Målområde: Tillförlitlig rapportering internt och externt

Risker	Riskvärde	Beskrivning	Kontrollmoment	Resultat
Finns god kontroll över den ekonomiska utvecklingen		Nämnden ska ha en god uppsikt över den ekonomiska förvaltningen och sträva efter en ekonomi i balans	● Rapportering via ekonomisk månadsrapport sker kontinuerligt	● Ingen avvikelse
			Kommentar Rapportering sker fortlöpande varje nämndssammanträde.	

Beslutsärende:
Verksamhetsrapport delår 2 år
2026 med årsprognos för
Omvårdnadsnämnden

9

26ON247



Missiv

2026-09-14

Diarienummer: 26ON247

Handläggare:

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

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Verksamhetsrapport delår 2 år 2026 med årsprognos för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

- Att godkänna verksamhetsrapport delår 2 år 2026 för Omvårdnadsnämnden,
Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Delårsrapport delår 2 år 2026 avser verksamheten som bedrivits perioden januari – augusti 2026. I delårsrapporten sker en avstämning av status för ett urval av Omvårdnadsnämndens mål, inklusive de indikatorer som är kopplade till målen. Resultatet för Omvårdnadsnämnden är -14,1 mnkr för delår 2, prognosen för helåret är +/- 0 mnkr.

Magnus Höjer
Sektorchef
Sektor Velfärd

Verksamhetsrapport delår 2 2026

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
2 Sammanfattning av de väsentligaste händelserna	4
3 Målanalys	4
3.1 Omvårdnadsnämnden verkar för att arbetsmarknadens behov ska än mer styra vägledning till och innehåll i utbildningar.....	4
3.2 Omvårdnadsnämnden ska verka för flera vägar in till vårdyrken.....	4
3.3 Omvårdnadsnämnden arbetar med att höja kompetensen i frågor gällande psykisk ohälsa och demens.....	4
3.4 Omvårdnadsnämnden arbetar för att Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun med god kvalitet på vård och omsorg	5
3.5 Omvårdnadsnämnden arbetar för att personer med funktionsnedsättning ska ha större inflytande över frågor som berör dem	8
3.6 Velfärd Gävle ska vara en attraktiv arbetsgivare	8
3.7 Omvårdnadsnämnden ska ha en god kvalitet på de insatser som erbjuds inom hälsa, omsorg och sjukvård.....	9
3.8 Omvårdnadsnämnden ska arbeta för förbättrade förutsättningar och skapa möjligheter för fler företag att etableras och växa i Gävle	10
3.9 Omvårdnadsnämnden genomför löpande samråd med de företag som utför uppgifter på nämndens uppdrag.....	10
3.10 Omvårdnadsnämnden deltar aktivt i Vård- och omsorgscollege.....	11
3.11 Omvårdnadsnämnden ska ha ett aktivt arbete mot välfärdsbrottslighet, vilket främjar en sund konkurrens.....	11
3.12 Omvårdnadsnämnden verkar för god tillgång till vård och omsorg i hela Gävle kommun	11
3.13 Omvårdnadsnämnden ska genom sin planering tillgodose en tillgång på vårdboenden enligt den efterfrågan som finns.....	11
3.14 Omvårdnadsnämndens alla verksamheter har uppdaterade kontinuitetsplaner.....	11
3.15 Omvårdnadsnämnden ska verka för att luftkvaliteten förbättras	12
3.16 Omvårdnadsnämnden verksamheter i egen regi följer kommunens fordonspolicy i så hög utsträckning som möjligt.....	12
3.17 Omvårdnadsnämnden ska verka för en cirkulär resurshantering	12
4 Finansiella mål.....	12
4.1 Omvårdnadsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet.....	12

5 Periodens resultat och årsprognos	13
5.1 Resultat.....	13
5.2 Årsprognos.....	14
6 Investeringsverksamhet	14
7 Uppföljning av externa utförare av kommunal verksamhet	15
8 Förväntad utveckling	16

1 Inledning

Till följd av att verksamhetssystemet Stratsys inte uppdaterats för Valfärd Gävles nya organisation från januari 2026 är rapporteringen av delår 1 begränsad, eftersom systemet inte kunnat användas på det sätt som är tänkt (arbetet med rapporteringen har behövt genomföras helt utanför systemet). Detta innebär att ett antal mål ej har kunnat följas upp till delår 2.

2 Sammanfattning av de väsentligaste händelserna

- Omvårdnadsnämnden har under våren fattat beslut om styrande dokument för året.
- Nämnden har informerats på aprilnämnden om att det finns omfattande brister vid några av boendet Forellplans avdelningar, och där fick nämnden en beskrivning av åtgärder. Fortsatt information kommer delges nämnden löpande under året.
- Arbetet med att förbereda organisationen för en ny politisk organisation och därmed nämndssammansättning pågår.
- Hävning av avtal med en utförare under juli p.g.a. omfattande kvalitetsbrister och misstankar om bedrägeri/välfärdsbrott.
- Nämnden befinner sig fortfarande i en process där en tidigare utförare av LOV (där avtalet hävts) stämt Gävle kommun för avtalsbrott, ett ärende som pågått sedan sommaren 2025. Inget datum för förhandling finns, och utföraren har under tiden förlorat sitt tillstånd från IVO.

3 Målanalys

3.1 Omvårdnadsnämnden verkar för att arbetsmarknadens behov ska än mer styra vägledning till och innehåll i utbildningar.



3.2 Omvårdnadsnämnden ska verka för flera vägar in till vårdyrken.



3.3 Omvårdnadsnämnden arbetar med att höja kompetensen i frågor gällande psykisk ohälsa och demens



Arbetet med att stärka kompetensen inom psykisk hälsa fortgår. Det finns en utbildningsplan för att höja kompetens i psykisk hälsa, 4 utbildningstillfällen per år ska genomföras. I samarbete med Utbildning Gävle genomförs utbildningstillfällen med inriktning barn och unga. Under delår 2 har det genomförts 1 utbildningstillfälle. Nästa tillfälle är planerat i oktober.

Utbildning i kvalitetsregistret BPSD har genomförts för både omvårdnadspersonal och chefer under delåret. Överläkare från minnesmottagningen har haft demensutbildning för samtliga biståndshandläggare. Två nätverksträffar för BPSD- administratörer har genomförts av demensteamet.

Det pågår ett samverkansprojekt mellan egenregin och minnesmottagningen vid Solberga vård- och omsorgsboende med syfte att stärka medarbetarnas kompetens inom demensområdet. Genom samverkan med minnesmottagningen skapas möjligheter till kunskapsutbyte, handledning och ökad förståelse för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Arbetet ska bidra till att stärka medarbetarnas trygghet och kompetens i det dagliga arbetet samt skapa bättre förutsättningar för en personcentrerad och trygg vård och omsorg.

Under våren har ett gemensamt arbete genomförts tillsammans med chefer, strateger och demensteamet med utgångspunkt i den nationella demensstrategin. Arbetet har haft fokus på att identifiera utvecklingsområden och tydliggöra behov av insatser för att stärka kvaliteten i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Som en del av arbetet har en handlingsplan tagits fram med prioriterade områden och aktiviteter för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Utifrån handlingsplan har planering pågått för höstens fortsatta arbete där fokus kommer att ligga på utbildningsinsatser för en ökad kunskap inom demensområdet samt på att utveckla en tydligare struktur för samverkan mellan berörda verksamheter och professioner. Arbetet ska bidra till en mer sammanhållen och personcentrerad vård och omsorg, där den enskildes behov, delaktighet och livskvalitet står i centrum.

Under våren har demensteamet genomfört föreläsningar och handledningsinsatser på Forellplan i syfte att stärka kvaliteten i verksamheten samt skapa trygghet för den enskilde, anhöriga och personal. Handledningen har omfattat bemötande, individanpassade arbetssätt, kommunikation samt stöd i komplexa situationer.

Under året har alla nyanställda och sommarvikarier som arbetar som biståndshandläggare vid utredningsenheten genomgått utbildning i demenskunskap via Kompetensen. Utbildningen har bidragit till att stärka medarbetarnas kunskap och trygghet i mötet med personer med demenssjukdom.

Representanter från avdelningen Vård och omsorg deltog vid Demensföreningens temadag på Tullbomsgården den 5 maj.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
Välfärd Gävle ska tillhandahålla olika former av utbildning inom psykisk hälsa		100 %	Mindre avvikelse	
Andel 80-åringar som erbjuds ett förebyggande hälsosamtal		100 %	Ok	
Ett aktivt utvecklingsarbete med nya Socialtjänstlagen som fortlöpande redovisas för nämnden		3	Ok	

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



Arbetet inom ramen för Äldrevänlig kommun har under perioden fortsatt att utvecklas med fokus på att stärka seniorers möjligheter till delaktighet, gemenskap, information och stöd i sin

närmiljö. Volontärsamordningen har förstärkts med 1,0 årsarbetare. I uppdraget ingår både rekrytering och samordning av volontärer samt att ansvara för uppstart och samordning av områdesvisa träffpunkter. I dagsläget finns åtta områdesvisa träffpunkter och arbetet med att utveckla verksamheten pågår.

Äldrelotsen med uppdrag att genomföra uppsökande insatser samt ge information och vägledning till seniorer samverkar med volontärsamordnare, uppsökande samordnare, aktivitetssamordnare vid träffpunkter och anhörigstöd. De uppsökande insatserna genomförs på olika arenor där seniorer vistas och söker stöd, bland annat på bibliotek, apotek, hälsocentraler och minnesmottagning. Genom det uppsökande arbetet skapas fler möjligheter att nå seniorer med information om aktiviteter, stöd och samhällsservice.

Två mötesplatssamordnare en projektledare har rekryterats med start den 1 september. Förberedande arbete har genomförts och mötesplatser har startats på Selggrens och Solgårdsgatan. Parallellt pågår fortsatt utveckling av mötesplatser i alla geografiska områden under hösten. Ett annat utvecklingsområde är att skapa enklare och mer tillgängliga kontaktvägar mellan seniorer och kommunens verksamheter. Som en del i detta pågår förberedelser för att biståndshandläggare från utredningsenheten ska delta vid mötesplatserna. Syftet är att seniorer på ett enkelt och lättillgängligt sätt ska kunna få information, ställa frågor och komma i kontakt med kommunens stöd och insatser utifrån sina behov. Sammantaget har arbetet under perioden stärkt förutsättningarna för att nå seniorer i deras närmiljö och skapa fler arenor för gemenskap, information och vägledning.

Uppsökande hälsosamtal erbjuds samtliga invånare som fyller 80 år, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Därutöver finns en heltidsresurs finansierad via statsmedel med uppdrag att genomföra hälsosamtal för personer från 65 år samt att kompetensutveckla medarbetare inom natt- och larmsverksamhet.

Ett projekt i samverkan med Region Gävleborg, biståndshandläggare på akutmottagningen, planerades att starta under september. Syftet är att stärka samordningen och möjliggöra tidiga insatser för att bidra till en mer personcentrerad vård och omsorg samt minska antalet undvikbara återinskrivningar. På grund av rekryteringsprocessen av biståndshandläggare under våren kommer projektstarten dock att försenas och i stället ske senare under hösten.

Projektet Hjärnkontakt pågår (2024–2027) och syftar till att stärka social trygghet för personer med förvärvad hjärnskada genom att etablera ett brett nätverk av aktörer och volontärer.

Bomhusmodellen, ett arbetssätt inom hemtjänsten som bygger på tillit, helhetssyn och flexibilitet, och kan ses som ett alternativ till minutstyrning. I stället för att varje insats tidsätts och styrs i detalj utifrån minuter utgår modellen från kundens samlade behov, där insatser vid behov planeras i sammanhållna tidsblock. Under delåret har uppföljning genomförts i hemtjänstenheterna Brynäs, Bomhus, Hille, Bergby och Söder. Bomhusmodellen följs upp i enlighet med bemanningshandboken.

Arbetet med digital natttillsyn har fortsatt att utvecklas inom enheten Natt och larm. I dag omfattas cirka 73 kunder inom Valfärd Gävle av digital natttillsyn. Arbetssättet skapar bättre förutsättningar för en effektiv och flexibel resursanvändning, där digital och fysisk tillsyn kan kombineras utifrån den enskildes behov och önskemål.

Den digitala natttillsynen bidrar till att minska behovet av fysiska besök och därmed även antalet resor under nattetid. Genom att anpassa formen för tillsyn efter individens behov skapas bättre förutsättningar för trygghet, kontinuitet och en mer personcentrerad omsorg. Samtidigt kan resurserna användas mer effektivt och riktas till de personer som har behov av fysisk tillsyn.

Under delåret har arbetet med införandet av digitala inköp fortsatt inom hemtjänsten. Under perioden har mellan 45 och 50 kunder nyttjat digitala inköp. Implementeringen har dock inte utvecklats i den takt som förväntats. En bidragande faktor är en upplevd risk för ökade kostnader för den enskilde, framför allt kopplat till leveransavgifter. Detta har påverkat acceptansen för arbetssättet och medfört att införandet delvis har stannat av.

För att skapa bättre förutsättningar för en fortsatt implementering behöver verksamheten se över informationsinsatserna och tydliggöra nyttan med digitala inköp. Även möjliga lösningar för

att hantera kostnadsaspekten och andra identifierade hinder behöver ses över. Målet är att skapa ett hållbart och accepterat arbetssätt som bidrar till effektivare resursanvändning inom hemtjänsten, samtidigt som den enskildes behov, delaktighet och förutsättningar beaktas.

Under perioden har kvalitetsarbetet pågått på Forellplan förstärkts genom tillsättning av sju kvalitetsmentorer samt förstärkning med två enhetschefer. Syftet har varit att säkerställa kvalitet och kontinuitet i verksamheten, med särskilt fokus på att skapa stabila förutsättningar inför och under sommaren.

En handlingsplan för det fortsatta kvalitetsarbetet har tagits fram och arbetet har följts upp löpande. Arbetet omfattar bland annat en förändrad planering för att skapa en bättre fördelning av arbetsuppgifter över dagen, minska beroendet av vikarier och därigenom öka kontinuiteten för de boende. Måltidsguiden implementeras och används vid samtliga måltider för att skapa en mer strukturerad och kvalitativ måltidssituation. Handledare har också införts som stöd i det dagliga arbetet för att stärka medarbetarnas arbetssätt och bidra till en jämnare kvalitet.

Parallellt har arbetet fortsatt med att skapa en stabil sjuksköterskebemanning samt genomförande av riktade utbildningsinsatser inom bland annat demens, bemötande och värdegrund. Under delår 2 har arbetet intensifierats genom fortsatt uppföljning och utvärdering av vidtagna åtgärder. Antalet genomförandeplaner har ökat, vilket skapar bättre förutsättningar för en individanpassad och personcentrerad omsorg. Olika arbetssätt och former för planering testas och följs upp på respektive avdelning för att identifiera lösningar som ger bäst effekt och kan bidra till ett långsiktigt och hållbart kvalitetsarbete.

Under delår 2 har dagverksamheterna fått sin organisatoriska tillhörighet i de geografiska områdena. Förändringen skapar förutsättningar för en tydligare organisering, närmare samverkan och en bättre helhet kring den enskilde.

På Furugården finns 10 lägenheter med inriktning mot finsktalande invånare. Trots att platser har funnits tillgängliga har efterfrågan varit begränsad. I dagsläget bor fyra finsktalande kunder på boendet. Verksamheten följer fortsatt behovet och efterfrågan för att kunna anpassa utbudet över tid.

Projektet Hjärnkontakt fortsätter enligt plan. Projektets övergripande mål är att skapa Gävles bästa sociala trygghet för personer som har fått en förvärvad hjärnskada i vuxen ålder. Projektet pågår under perioden 1 november 2024–1 november 2027. Under perioden har arbetet fortsatt med att bygga upp ett brett nätverk av aktörer som kan bidra till ökad delaktighet, gemenskap och social trygghet. Nätverket består av Gävle kommun, brukarföreningar, kultur- och idrottsföreningar, andra föreningar samt volontärer. Genom nätverket skapas nya möjligheter till kontakt och gemenskap och en bro mellan individen och olika sociala sammanhang. På så sätt skapas bättre förutsättningar för ett aktivt och socialt liv och för att minska risken för ofrivillig isolering. Projektet fortlöper enligt plan.

Ett gemensamt arbetssätt har införts i avdelning vård och omsorg - från mål till handling. Arbetssättet handlar om hur styrningen kan stärkas inom verksamheten och skapa bättre förutsättningar för kontinuerlig uppföljning, lärande och utveckling.

Syftet är att skapa en tydlig röd tråd från våra övergripande mål till hur det genomförs i vardagen. Representanter från avdelningen vård och omsorg deltog i seniorsoffan, temat var framtidens äldreomsorg och den nya socialtjänstlagen.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
Brukarbedömning - Socialstyrelsens nationella brukarundersökning: Andelen svaranden som uppgir att de är mycket nöjda		89 %		

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
eller ganska nöjda med hemtjänsten i sin helhet				
Andel kunder som önskar fast omsorgskontakt inom vårdboende eller hemtjänst som erbjuds detta	—	100 %		
Brukarbedömning - Socialstyrelsens nationella brukarundersökning: Andelen som svarat att de sammantaget är mycket nöjda eller ganska nöjda med sitt vård- och omsorgsboende	—	82 %		
Hemtjänstindex – sammanräknade indexvärde (0-100)	—	72		

3.5 Omvårdnadsnämnden arbetar för att personer med funktionsnedsättning ska ha större inflytande över frågor som berör dem

—

3.6 Velfärd Gävle ska vara en attraktiv arbetsgivare

—

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
HME-index (basvärde 71% mätning 2022)	—	82 %		
Svar på fråga i medarbetarundersökning: "Jag kan rekommendera andra att arbeta i Gävle kommun". (basvärde 3,71 år 2022)	—	3,85		
Velfärd Gävle ska minska korttidssjukfrånvaron	—			

3.7 Omvårdnadsnämnden ska ha en god kvalitet på de insatser som erbjuds inom hälsa, omsorg och sjukvård



Delår 2 sammanfattning avdelning Hälso- och sjukvård.

- Bemanning och kompetensförsörjning. Avdelningen under lång tid har utmaningar med att skapa förutsättningar för en god och hållbar egen bemanning där medarbetare och chefer blir långvariga och kan utvecklas i sin roll. Ett arbete ska inledas utifrån sektor välfärds målbild för att stärka både ledarskap och medarbetarskap med målet att ha en god egen bemanning i en attraktiv och hälsofrämjande arbetsplats.
- Kvalitetssäkrad delegeringsrutin är framtagen under våren. Fysiska delegeringsutbildningar erbjuds av avdelning HoS till utförare inom vård- och omsorg regelbundet. Respektive enhetschef är ansvarar att anmäla personal i behov av delegeringsutbildning.
- Fyra sjuksköterskor har erbjudits tjänster med lång introduktion. Efter genomförd introduktion har de gått över till ordinarie anställning. Intresset till dessa har varit hög och modellen ska följas upp och utvärderas om det varit så framgångsrikt att fler ska erbjudas.
- Läkemedelsautomater - Under perioden jan till aug har 29 patienter använt läkemedelsautomat och vid utgången av augusti hade 23 patienter en aktiv automat. Totalt har 11 442 läkemedelsdoser tagits med en uppnådd följsamhet på 99,7 procent. Fem ytterligare automater är beställda för införande inom hemsjukvård Norr och en strukturerad uppföljning etableras nu av bland annat reducerade besök, läkemedelsavvikelser och tjänsteköp från hemtjänsten. Under hösten fortsätter breddinförandet till samtliga teamområden med målet att 100 patienter med behov kan ha läkemedelsautomat som insats.
- Implementering av Kvalitetsregistret Senior Alert fortlöper. Resultatet i registret visar att vi genomfört 1213 riskbedömningar med 1067 unika individer, dvs ett antal patienter har fått fler än en riskbedömning utförd. 87% av de bedömda patienterna har någon risk för vårdskada enligt Senior Alerts kriterier, av dessa 87% har 86% en åtgärdsplan. LSS har inte startat igång med bedömningar enl Senior Alert ännu men planeras för utbildning under hösten.
Systematiska riskbedömningar tillsammans med genomförande av egenkontroll ger oss bättre underlag för uppföljning och förutsättningar för utveckla kvalitetsledningsarbete.
- Utbildning för sjuksköterskor - Vi planerar en utbildningsinsats för sjuksköterskor i dokumentation av hälsoärenden i Treserva för att stärka en strukturerad, enhetlig och patientsäker journalföring. Insatsen ska öka kunskapen om vårdprocessens dokumentation och bidra till bättre kvalitet och uppföljning. Målsättning: Öka andelen fullständigt dokumenterade hälsoärenden samt skapa en mer likvärdig dokumentationspraxis inom hela avdelningen
- Hållbart chef och ledarskap - Avdelningen har under senaste året rekryterat flera nya enhetschefer, varav flera har begränsad erfarenhet av chef- och ledarskapsuppdrag. För att stärka chefskapet och skapa goda förutsättningar för ledarskapet pågår en kartläggning att ta fram ett riktat utbildning och ledarskapspaket för enhetschefer.
- Samverkan mellan avdelningarna Hälso- och sjukvård samt Vård och omsorg fortsätter att utvecklas genom den gemensamma. Under perioden har nya avdelningschef introducerats i arbetet, vilket har inneburit fortsatt fokus på att skapa gemensamma arbetssätt. De tidigare identifierade utvecklingsområdena kvarstår som prioriterade områden. Under hösten planeras ett fortsatt arbete för att stärka samverkan, tydliggöra processer och följa upp genomförda insatser för att säkerställa önskad effekt för gemensamma kunder och patienter.
- Arbetet med förbättringsåtgärder på Forellplan fortgår enligt plan och följs upp med ökad frekvens av avdelningschefer från både Hälso- och sjukvård samt Vård och omsorg. Efter sommaren har behov av att ytterligare stärka den systematiska uppföljningen identifierats. Ex vis behövs relevanta kvalitetsmått och indikatorer. För att

kunna bedöma effekterna av genomförda åtgärder genomförs nu ett arbete med att utveckla uppföljningen och fördjupa analysen av resultat, avvikelser och kvalitetsutfall. Detta ska skapa bättre förutsättningar att värdera åtgärdernas effekt samt identifiera eventuella behov av ytterligare insatser.

Indikator	Utfall		Målvärde	Status	Prognos Helår
Kontinuitet kring patient (personkontinuitet),		—	7		
Läkemedelsgenomgångar		—	85 %		
Patienter har aktuella vårdplaner	100 %	●	100 %	Ok	●
Avvikelser ska poängbedömas inom två veckor	74 %	—	90 %	Mindre avvikelse	■
Alla kunder inom hemtjänsten och på särskilt boende som vill ha uppdaterade genomförandepplaner har det	100 %	●	100 %	Ok	●
Aktuella vårdplaner i livets slutskede	93 %	●	90 %	Ok	●
Egenkontroll som metod i verksamheten ska implementeras och genomföras under 2026	100	●		Ok	●

Resultat "Kontinuitet kring patient" samt "Läkemedelsgenomgångar" redovisas ej enligt beslut i maj 2026, då resultat för dessa mått ej går att kvalitetssäkra.

3.8 Omvårdnadsnämnden ska arbeta för förbättrade förutsättningar och skapa möjligheter för fler företag att etableras och växa i Gävle

3.9 Omvårdnadsnämnden genomför löpande samråd med de företag som utför uppgifter på nämndens uppdrag.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
Samråd sker med upphandlingstea		—	3	

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
met tre tillfällen per år				

3.10 Omvårdnadsnämnden deltar aktivt i Vård- och omsorgscollege



3.11 Omvårdnadsnämnden ska ha ett aktivt arbete mot välfärdsbrottslighet, vilket främjar en sund konkurrens



Arbetet med att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet har initierats och strukturerats. En strategifunktion har tillsatts och resurser avsatts även från utredningsenheten samt stödfunktioner.

Arbetet utgår från en modell framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner (Kompassen), med fokus på att öka medvetenhet samt förbättra förmågan att identifiera risker och oegentligheter. Planering och åtgärder för fördjupad riskhantering samt utbildningsinsatser inom området är igångsatt.

Särskild händelse:

Välfärd Gävle avslutade avtalet med en av de privata aktörerna inom hemtjänsten. 54 kunder fördelades till kommunens egen regis hemtjänstutförare. Utredningsenheten har avsatt 50% av förste biståndshandläggartjänst som har givit underlag till arbetet med att häva avtalet.

Målet bedöms vid delår 2 vara delvis uppnått, Nämnden har ett aktivt arbete men förebyggande åtgärder är i en genomförandefas, som t ex att implementera metodstödet Kompassen i verksamheterna.

3.12 Omvårdnadsnämnden verkar för god tillgång till vård och omsorg i hela Gävle kommun



3.13 Omvårdnadsnämnden ska genom sin planering tillgodose en tillgång på vårdboenden enligt den efterfrågan som finns.



3.14 Omvårdnadsnämndens alla verksamheter har uppdaterade kontinuitetsplaner



Kontinuitetsplaner är upprättade i samtliga verksamheter och utgör en viktig grund för att säkerställa att verksamhet kan upprätthållas även vid störningar, avbrott eller extraordinära händelser. Planerna omfattar bland annat prioritering av resurser, ansvarsfördelning, alternativa arbetssätt samt rutiner för intern och extern kommunikation vid olika typer av händelser.

Arbete har genomförts med att utveckla och revidera rutinen för arbetsledning i beredskap samt

rutin för verksamhetschef vid allvarlig händelse. Syftet är att stärka organisationens förmåga att hantera störningar, allvarliga händelser och krissituationer samt skapa bättre förutsättningar för snabb samordning, prioritering och resursfördelning vid akuta situationer.

Under sommarmånaderna har en särskild lösning tillämpats för arbetsledare i beredskap, med möjlighet att vid behov kalla in ytterligare en chef som stöd. Lösningen har syftat till att säkerställa tillgång till förstärkt ledningsstöd vid mer omfattande eller komplexa händelser.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
Andel verksamheter som har uppdaterade kontinuitetsplaner		100 %	Ok	

3.15 Omvårdnadsnämnden ska verka för att luftkvaliteten förbättras



3.16 Omvårdnadsnämnden verksamheter i egen regi följer kommunens fordonspolicy i så hög utsträckning som möjligt.



Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
Andelen feltankningar (där fel typ av bränsle tankas i fordonet) ska minska		10 %		

3.17 Omvårdnadsnämnden ska verka för en cirkulär resurshantering



4 Finansiella mål

4.1 Omvårdnadsnämnden ska ha en ekonomi i balans med långsiktig hållbarhet

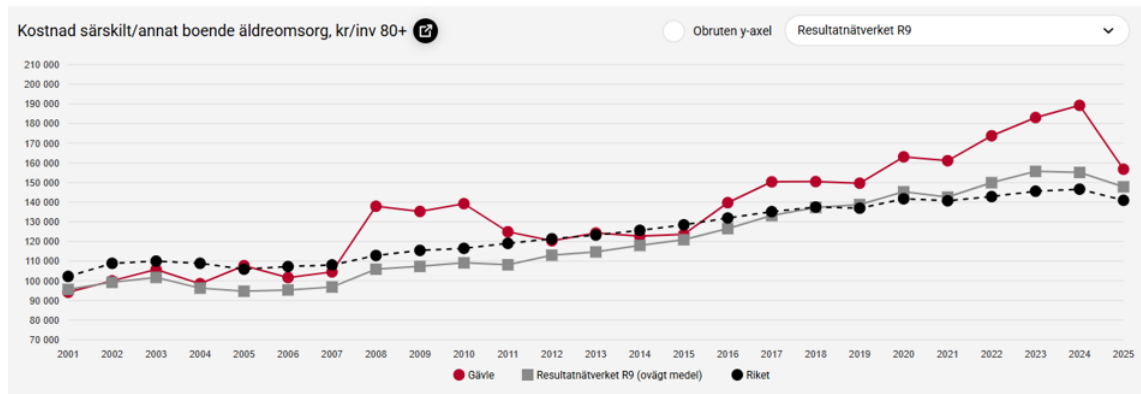


Målanalys

Kostnad särskilt boende äldreomsorg kr/inv 80+

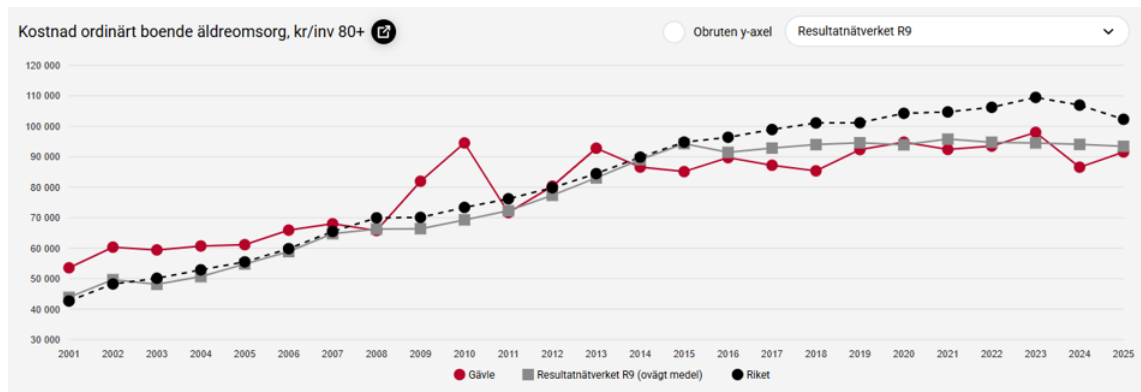
Målet är uppnått utifrån målsättningen att minska kostnaderna, vilket nämnden även gör nästintill nivå med snitt R9. Nämndens arbete med att minska antalet boendeplatser har

sannolikt gett avsatt effekt.



Kostnad ordinärt boende äldreomsorg, kr/inv 80+

Den relativt låga kostnadsnivån för ordinärt boende, dvs hemtjänst kvarstår, målet att bibehålla kostnadsnivån uppnås därmed.



Indikator	Utfall	Målvärde	Status	Prognos Helår
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv	2024 189 246		Ok	 Uppnås
Kostnad ordinärt boende äldreomsorg, kr/inv	2024 86 587		Ok	 Uppnås

5 Periodens resultat och årsprognos

5.1 Resultat

Resultat

(mnkr)	Utfall 260831	Utfall 250831	Budget 260831	Urspr. Budget 2026	Rev. budget 2026	Prognos helår 2026
Verksamhetens intäkter	192,7	196,0	175,2	262,9	262,9	300,5
Personalkostnader	-582,0	-567,2	-567,3	-848,7	-848,7	-858,6
Övriga kostnader	-599,5	-601,5	-583,0	-875,8	-875,7	-903,7

(mnkr)	Utfall 260831	Utfall 250831	Budget 260831	Urspr. Budget 2026	Rev. budget 2026	Prognos helår 2026
Avskrivningar/nedskrivningar	-6,7	-6,9	-7,0	-9,7	-10,5	-10,1
Internränta	-0,6	-0,6	-0,6	-0,8	-1,0	-0,9
Resultat före kommunbidrag	-996,1	-980,2	-982,7	-1472,1	-1473,0	-1472,9
Kommunbidrag	982,0	991,3	982,0	1472,1	1473,0	1472,9
Resultat efter kommunbidrag	-14,1	11,1	-0,7	0,0	0,0	0,0
Extraordinära kostnader	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Årets resultat	-14,1	11,1	-0,7	0,0	0,0	0,0
Investeringar	1,9	1,8	7,9	9,6	11,9	11,9
Erhållet investeringsbidrag	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

5.1.1 Resultatanalys

Akkumulerat resultat uppgår till -14,1 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -13,4 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -14,7 mnkr, den största avvikelser avser vård- och omsorgsboende. Hemtjänstverksamheten har lägre volymer än förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till 39 mnkr.

Sektorn har beviljats flertalet statsbidrag, av dessa har nämnden hittills mottagit 22 mnkr som nyttjats av både egen regi och externa utförare (främst i form av personella resurser, dvs personalkostnader och bidrag till juridiska personer).

Vissa taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även negativ avvikelse på nämndens intäkter.

5.2 Årsprognos

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att kostnadsutvecklingen ska minska utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen.

Hemtjänsten har minskande volymer i förhållande till budget, vilket för verksamheter i egen regi innebär lägre ersättning och omställning av resurser behöver göras. Åtgärder pågår i form av personalplanering, utvecklingssteg samt arbete med korttidsfrånvaron.

Hälso- och sjukvården har fortsatt höga kostnader för hyrsköterskor som kommer innebära att verksamheten överskrider budget.

Nämnden har rekviderat flertalet statsbidrag, vilket har och komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll.

6 Investeringsverksamhet

Investeringsbudget för året uppgår till 11,9 mnkr efter beslut i Kommunfullmäktige i mars om ombudgetering med 2,3 mnkr från föregående år. Utfallet är 1,9 mnkr för ackumulerad period och avser inventarier såsom exempelvis möbler, alskåp, trygghetslarm och passagesystem.

Investeringsplan förväntas följas.

7 Uppföljning av externa utförare av kommunal verksamhet

Upphandlingsteamet ansvarar för upphandling och uppföljning av externa utförare av välfärdstjänster utifrån Omvårdnadsnämndens beslut. Upphandling sker via LOU vad gäller vård- och omsorgsboende och via LOV gällande hemtjänst.

7 avtal finns tecknade med hemtjänstutförare. 1 avtal finns tecknat gällande entreprenadavtal vård- och omsorgsboende och 5 avtal med extern utförare för köp av plats gällande vård- och omsorgsboende.

- **Hemtjänst**

Avtal

Avtalet med hemtjänstutförare Multi Care (Faham Service & utbildning) har hävts 260701. Inga nya ansökningar eller avtal har tecknats under tertial 2 2026.

Uppföljning

Upphandlingsteamet har deltagit i arbete inför hävning av Multi Care. Granskningar och uppföljningar har genomförts på olika nivåer gällande flera andra utförare.

Egenkontroller gällande T1 har genomförts i ledningssystemet Canea. Egenkontroller avseende T 2 kommer att genomföras av utförarna i augusti/september.

Planerad uppföljning av Ersta hemtjänst under september

- **Vård-och omsorgsboende**

Avtal

Beslut fattades av nämnden i maj gällande ny upphandling av Vård-och omsorgsboende - Köp av plats. I den nya upphandlingen ingår bland annat fast ersättning vilken är i nivå med egenregins kostnader. Inför beslut har flertalet förberedelser genomförts med bland annat dialoger med olika intressenter och specialistfunktioner. Förannonsering gällande upphandlingen ligger ute sedan juni 2026.

Uppföljning

Det finns en pågående uppföljning med Humana Södra Centralgatan, utföraren följer åtgärdsplan och har genomfört större förändringar i lokal ledning. Senaste uppföljning genomfördes i juli 2026, planering finns för fortsatt uppföljning under hösten.

Egenkontroller gällande T1 har genomförts i ledningssystemet Canea. Egenkontroller avseende T 2 kommer att genomföras av utförarna i augusti/september.

Planerad avtalsuppföljning gällande Vardaga Villa Vallon under hösten

- **Övrigt**

1Lex Maria utredningar har inkommit från privata utförare under T2, ingen anmälan gjorts till IVO.

8 Lex Sarah utredningar har inkommit från privata utförare under T2, varav en är anmäld till IVO. Denna avsåg brister gällande undernärning, dokumentation, riskbedömningar och uppföljningar. Övriga Lex Sarah utredningar som ej föranlett IVO anmälan har avsett bland annat stölder, brister i omsorg och uteblivna besök/avbokade besök.

Upphandlingsteamet har fortsatt nära samverkan med den tillträdde välfärdsbrottslighetsstrategen. Upphandlingsteamet deltar även fortsatt i webbaserade utbildningar från Socialstyrelsen avseende välfärdsbrottslighet.

Upphandlingsteamet har kontinuerliga avstämningsmöten med avdelningschef 2 gånger/termin samt avtalstecknare löpande.

3 av totalt 6 planerade Utförarmöten för 2026 är genomförda.

PwC har genomfört revision gällande avtalsförvaltning och avtalsuppföljning.
Upphandlingsteamet kommer att under hösten arbeta med åtgärder utifrån denna.

8 Förväntad utveckling

Nämnden hänvisar till det separata ärende "Omvårdnadsnämndens kommentarer på preliminära ramar 2027".

Beslutsärende: Fördjupad
granskning av avtalsförvaltning
och avtalsuppföljning av
privata utförare

10

26ON245



Tjänsteskrivelse

2026-09-11

Handläggare:

Caroline Engberg, Martin Wagner
026-17 80 00
caroline.engberg@gavle.se
martin.wagner@gavle.se

Diarienummer: 26ON245

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Yttrande – Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Sammanfattning av ärendet

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 vill ha ett yttrande från omvårdnadsnämnden med kommentarer till samtliga rekommendationer senast den 30 september.

Bakgrund

Nämnden har tagit del av granskningen och noterar revisorernas bedömning och därtill rekommendationer. Utifrån detta önskar nämnden lämna kommentarer.

Granskningen avser avtalsförvaltning och avtalsuppföljning för privata utförare under 2025. I granskningen har även en bedömning av huruvida nämnden har rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Under perioden 2025 har den lagstiftning som omger området förändrats och nya lagar har tillkommit som också påverkar kommunens ansvar gällande brottsförebyggande åtgärder, krav på myndighetssamverkan samt förtydligande inom kommunen avseende exempelvis attest.

Omvårdnadsnämnden har under 2024 och under 2026 hävt avtalen med totalt tre hemtjänstutförare på grund av omfattande brister avseende kvaliteten i verksamheterna, men också kopplat till misstanke om manipulation med tidsregistreringen. Det vill säga det som ligger till grund vilka belopp som företagen fakturerar kommunen. Från 2024 och fram till dags dato har processer etablerats som möjliggjort upptäckt av misstänkt välfärdsbrottslighet. Men att dessa processer och etablerade arbetssätt ska vara tillgängliggjorda och synliga i form av rutiner i ledningssystemet är inte möjligt utifrån arbetets karaktär. Därav delar inte nämnden revisorernas bedömning av fråga 5.

Nämnden vill även tillföra att granskningens bedömning att avtalsuppföljningen bedrivs i form av "tillitsbaserad uppföljning" måste nyanseras. Det är ett faktum att välfärdssystemet i Sverige traditionellt bygger på tillit och detta gäller alla utbetalande aktörer (myndigheter och kommuner). Den nyansering och motreaktion som skett de senaste åren med fokus på fenomenet välfärdsbrott - där en aktör genom olika typer av angrepp utnyttjar välfärdssystemet som sådant - är en välbehövlig motreaktion och korrigering av samhället inklusive Gävle kommun och välfärdsnämnderna.

Samtidigt måste nämnden även poängtera att fenomenet välfärdsbrott inte är ett brott i sig utan består av olika typer av brott och utnyttjanden av välfärdssystemet. Själva avtalsgranskningen är endast en delmängd i arbetet mot att förebygga och motverka s.k. välfärdsbrott. Rutiner för att förebygga felaktiga utbetalningar har funnits och finns redan i olika former som genom exempelvis attestrutiner, olika typer av för- och efterkontroller såsom t ex granskning av fakturaunderlag i olika sammanhang, granskning av grundläggande kvalitetsrapportering i olika former. Således förekommer alltså granskning och olika typer av kontrollmoment rutinmässigt utifrån andra lagkrav och beslut.

Rekommendationer från granskningen:

- **Att årlig uppföljningsplan av privata utförare upprättas och antas av respektive berörd nämnd avseende år 2026**

Nämnden instämmer och planen för 2026 kommer att gå upp som kommande beslut på nämnden i september. Därefter avser nämnden att planen årligen ska antas inför kommande år på sista nämndssammanträdet för året.

- **Att se över organisationen för avtalsuppföljning utifrån verksamhetens förutsättningar och behov**

Det genomförs löpande bedömningar av hur avtalsuppföljningen organiseras. Efter berörd granskningsperiod (2025) så har avtalsuppföljningen utvecklats ytterligare. Exempelvis arbetar ett tvärfunktionellt team med vissa prioriterade avtalsuppföljningar. Därtill bör nämnas att förvaltningen från 260101 har inrättat en tjänst som strateg mot välfärdsbrott som samordnar arbetet med uppföljning både internt och externt med andra myndigheter.

- **Att säkerställa att avtalsuppföljning sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument**

Revisorerna lyfter i granskningen *Rutin för klagomålshantering*. De verksamheter som granskas arbetar utifrån SOFS 2011:9 (undantaget Vuxenutbildningen), vilket är det ramverks som styr kvalitetsarbetet. Det innefattar krav på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, processorientering, riskbedömningar och dokumentation. I detta ingår den nämnda rutinen som en delmängd, men nämnden bedömer att även andra rutiner torde ha större relevans i sammanhanget. Exempelvis *Rutin för social dokumentation* som legat till grund för kvalitetsavvikelser i samband med avtalsuppföljning och även vid hävning av avtal. Men även *Rutin för insatsregistrering TES* som ligger till grund för företagets fakturering till kommunen och där avvikelser från rutinen leder till felaktig och i vissa fall oegentligheter i faktureringen. Nämnden kan konstatera att kommunen som helhet till stor del saknar strukturer för att möjliggöra och säkerställa att privata utförarna av kommunal verksamhet krävställda på samma vis i avtalsskrivning som egenregi (avseende måluppföljning etc). Att det tas höjd för i arbetet med ny styrmodell är en nödvändighet

- **Att säkerställa att uppföljning av privata utförare inom vuxenutbildningen sker i enlighet med gällande avtal och styrdokument**

Nämnden ser inte relevansen i att ha detta som en separat rekommendation utan borde ingå i punkten ovan.

- **Att upprätta och rutiner och processer avseende systematiskt stöd i att förebygga och upptäcka välfärdsbrott eller andra oegentligheter inom ramen för avtalsuppföljning.**

Denna del är apart i revisionens granskning då arbetet mot välfärdsbrott omfattar många perspektiv och där själva avtalsuppföljningen endast är en delmängd.

Nämnden har redan, vilket även kommunicerats i olika sammanhang, initierat ett arbete med att införa och implementera det metodstöd som SKR arbetat fram (Kompassen). Nämnden kommer även se över behovet att ta fram ett övergripande strategi- och styrdokument för hur arbetet med uppföljning av utförare ska ske. Nämnden vill även poängtera att detta – arbete mot välfärdsbrottslighet - är en kommunövergripande fråga. Nämnden förfogar inte över alla resurser eller har förmåga att påverka andra resurser exempelvis som kommunövergripande arbete, system eller styrdokument i denna fråga.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig genomförd granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare.

Yttrandet hanteras av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 22 september 2026. Martin Wagner, strateg för kvalitets- och verksamhetsutvecklare samt Caroline Engberg, t f sektorchef, har varit ansvarig handläggare i ärendet.

**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 (91)

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

SS162(491)

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

SSB(491)

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

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 en 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

SSR(491)

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

SSR(491)

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, Velfärd Gävle
 - Biträdande sektorchef, Velfärd 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 inköbspolicyn 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, konsulentstöd 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

SSR 732(00)

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 gruppbostäder för personer med funktionsnedsättning, konsulentstöd 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. (Sida 46)

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 gränsningsinsatser 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

SSIC 754(00)

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.
14 Revisionsrapport

Sektor Velfärd 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 Velfärd ansvarar för upphandling och avtal för kärnverksamhet/välfärdstjänster. 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.
15 Revisionsrapport

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

Uppföljningen sker i två delar enligt nedan:

SSd776(00)

- **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.

SSIC 787(00)

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

SSR009(00)

Revisionsfråga 3: Har nämnderna i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare?

Iakttagelser

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 Valfärd 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.

SS1620(00)

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 arbetssätt 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.

SS162(100)

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:

SS1622(00)

- 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 Valfärd 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

SSR 2010:100

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.

SS1624(00)

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 Velfärd 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.

SOSFS(2011)

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

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 uppnått 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 uppnått 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.”

SS1000(00)

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 upphandling 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
29 Revisionsrapport

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.

SS1032(00)

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?	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.

SSIC03(00)

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

-
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.

SS1005(00)

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 styrdokumentet förutsätter.

SSIC 036(00)

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.

SSIC087(00)

-
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

SS1096(00)

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 avtalssamverkan 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 förslaget 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.

Sid 100(401)

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.

Beslutsärende: Remiss - Uppföljande granskning av löneprocessen

11

26ON263

Omvårdnadsnämnden

Tjänsteskrivelse - Yttrande på revisionsrapport – Uppföljande granskning av löneprocess, 25REK30.

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden antar yttrandet avseende granskning av löneprocessen

Ärendet i korthet

PwC granskade 2020 kommunens löneprocess på uppdrag av revisorerna och konstaterade brister samt lämnade rekommendationer. Kommunstyrelsen yttrade sig i maj 2021.

En uppföljning 2022 visade att vissa åtgärder vidtagits, men att flera rekommendationer återstod.

PwC fick därför i uppdrag att göra en ny uppföljning, med fokus på kommunstyrelsen. Granskningen godkändes den 16 april 2026.

Granskningen innehåller en rekommendation till nämnderna. Rapporten överlämnas för kännedom och yttrande senast 30 september 2026.

Yttrande

Bilaga - Yttrande på revisionsrapport – Uppföljande granskning av löneprocessen, 25REK30-1.

Beslutet ska skickas till

Revisionskontoret

Magnus Höijer

Sektorchef



Omvårdnadsnämnden

Svar på revisionsrapport – Uppföljande granskning av löneprocessen, 25REK30-1.

Bakgrund

På uppdrag av revisorerna genomförde PwC 2020 en granskning av kommunens löneprocess där brister noterades. I granskningen lämnades ett antal rekommendationer till kommunstyrelsen. Granskningen överlämnades till kommunstyrelsen som yttrade sig över granskningen i maj 2021. Under 2022 följdes granskningen upp av revisionskontoret. Den uppföljande granskningen visade att kommunstyrelsen hade vidtagit vissa åtgärder utifrån de tidigare rekommendationerna, men att merparten av rekommendationer fortfarande återstod att genomföra.

Mot bakgrund av bedömningen och rekommendationerna i den föregående granskningen har revisorerna gett PwC i uppdrag att följa upp granskningen. Tyngdpunkten har varit på kommunstyrelsen, medan nämnderna endast berörts i begränsad omfattning. Den uppföljande granskningen och detta missiv godkändes av revisorerna den 16 april 2026.

I granskningen lämnas en rekommendation till nämnderna. Revisionsrapporten överlämnas till nämnderna för kännedom och möjlighet till yttrande senast 30 september 2026. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se.

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

sid 105(191)
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. 4

Avgränsning

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^{Sid 106(191)} 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.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

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

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

Revisorernas rekommendation utifrån granskningens resultat:

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- 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.

Omvårdnadsnämndens svar utifrån revisorernas rekommendationer

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.

Svar:

- Riskanalys genomförs Q4 2026 med representanter från alla nämnder. Åtgärder tas fram utifrån identifierade risker. Förslag på risker och åtgärder överlämnas till respektive nämnd för vidare hantering inom ramen för nämndens interna kontrollarbete.
- Kommunstyrelsen (HR-service) utreder förutsättningar för utökad kostnadskontroll Q1 2027.

Uppföljande granskning av löneprocessen

Gävle kommun

Revisionsrapport

Januari 2026



Innehållsförteckning

Sid 111(191)

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 112(191)

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 113(191)

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 loginformation 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 115(191)

- 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 116(191)
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 117(191)

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 118(191)

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 119(191)}

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 löneskuldshantering.

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 120(191)

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 Velfärd 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 121(191)

- **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 122(191)

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 123(191)

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 omnämnts 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 125(191)

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 genomföras 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 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 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 127(191) 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 128(191)

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 ”morgonvård”, 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 morgonvården 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 morgonvården 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 130(191)

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 131(191)

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 omförföring av löner

Den uppföljande granskningen från 2022 kompletterades med revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omförföring av löner i styrelsen och i nämnderna?” Sid 132(191)

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 omförföring 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 uppkomma 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 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 tid- och avvikelserapportering. Sid 133(191)

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 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 processen vid avslut av anställning.

Sid 134(191)

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. Arbetet 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 avvikelserapportering samt avslut av anställning har tillräckliga åtgärder vidtagits för att säkerställa att rapportering och attestering 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 136(191)

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 137(191)

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 138(191)

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:
Delegationsbeslut

13

26ON55

Kommande beslut:
Uppföljningsplan 2026 privata
utförare
Omvårdnadsnämnden

14

26ON410

Omvårdnadsnämnden	Dnr	Avtalstid	Avtalstyp	Senaste uppföljning	Uppföljningsplan 2026	Sid 142(191) Till kommande uppföljningsplan 2027
<i>Hemtjänst</i>						
Adekvat	260N43 (150N88)	Start av avtal 2015-05-25, 2026-01-01 - 2026-12-31, förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31	LOV	2025	Uppföljning utifrån åtgärdsplan 2025 Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	
Allt i hemmet	260N42 (130N173)	Start av avtal 2013-04-22, 2026-01-01 till 2026-12-31 med förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31.	LOV	2025	Uppföljning utifrån tidigare åtgärdsplan 2025 Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	
Attendo	260N40 (170N280)	Start av avtal 2017-08-28, 2026-01-01 till 2026-12-31 med förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31	LOV	2025	Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	2027
Elvinas	260N41 (180N98)	Start av avtal 2018-05-30, 2026-01-01 till 2026-12-31 med förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31	LOV	2025	Uppföljning utifrån åtgärdsplan 2025 Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	
Ersta	260N39 (170N80)	Start av avtal 2017-02-21, 2026-01-01 till 2026-12-31 med förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31	LOV	2023	Uppföljning september 2026 Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	
Förenade Care	260N37 (240N370)	Start av avtal 2024-10-15, 2026-01-01 till 2026-12-31 med förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31	LOV	2025	Uppföljning åtgärdsplan från 2025 Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	2027

Levando	260N35 (230N324)	Start av avtal 2024-02-01 , 2026-01-01 till 2026-12-31 med förlängningsoptioner om 1 år fram till 2033-12-31	LOV	2024/2025	Uppföljning med fokus på ekonomi och ledning Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025	Sid 143(191)
Multi Care	260N38 (140N97)	2014 - hävt avtal 2026-07-01	LOV	2024/2025 /2026	Egenkontroller löpande 2026, granskning årsredovisningar avseende 2025 Avtalet hävt 2026- 07-01	

Vård- och omsorgsboende

Attendo Murengatan	190N233	2020-01-01-2023-05-31, med förlängningsmöjlighet 2+2, längst tom 2027-05-31	Köp av plats	2023	Ingen uppföljning, avtal löper ut maj 2027 Patientsäkerhetsberättelse avseende 2025 Egenkontroller löpande 2026	
Attendo Pukslagarvä	180N551	2019-06-01 - 2023-05-31, med förlängningsmöjlighet 2+2, längst tom 2027-05-31	Köp av plats	2024-2025	Ingen uppföljning, avtal löper ut maj 2027 Patientsäkerhetsberättelse avseende 2025 Egenkontroller löpande 2026	
Humana Södra Cent	180N553	2019-06-01 - 2023-05-31, med förlängningsmöjlighet 2+2, längst tom 2027-05-31	Köp av plats	2024/2025	Uppföljning åtgärdsplan från 2025 Patientsäkerhetsberättelse avseende 2025 Egenkontroller löpande 2026	
Norlandia Sätträåse	190N405	2020-01-01-2023-05-31, med förlängningsmöjlighet 2+2, längst tom 2027-05-31	Köp av plats	2023/2024	Ingen uppföljning, avtal löper ut maj 2027 Patientsäkerhetsberättelse avseende 2025 Egenkontroller löpande 2026	
Vardaga Villa Vallö	180N552	2019-06-01 - 2023-05-31, med förlängningsmöjlighet 2+2, längst tom 2027-05-31	Köp av plats		Uppföljning november 2026 Patientsäkerhetsberättelse avseende 2025 Egenkontroller löpande 2026	
Vardag 6:26	250N212	2025-10-01 - 2029-09-30, förlängningsmöjlighet 1+1 år, dock längst till 2031-09-30	Entreprenad		Uppföljning november 2026 Egenkontroller löpande 2026	

Informationsärende: Nattfasterapport 2026

15

26ON332

Nattfasterapport

Vård- och omsorgsboende 2026

Dnr: 26ON332

Handläggare: Linnéa Skytt, Nutritionsansvarig dietist
Enheten för kvalitet och utredning, Valfärd Gävle

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund	3
Målsättning.....	4
Syfte	4
Metod	5
Ansvar och tillvägagångssätt.....	5
Resultat	5
Antal respondenter.....	5
Bortfall	5
Erbjuden nattfasta alla enheter	6
Nattfastans faktiska längd alla enheter	6
Den erbjudna nattfastans längd per enhet	7
Den faktiska nattfastans längd per enhet	8
Metoddiskussion	8
Diskussion	9
Slutsats	10
Referenser	10
Bilaga 1. Blankett för nattfastemätning.....	12

Sammanfattning

Inom äldreomsorgen har 60% av brukarna risk för undernäring, utifrån nationella kvalitetsregister. En av orsakerna är att äldre av olika anledningar får minskad aptit som i sin tur medför ett minskat energi- och näringsintag. Nattfastan är tiden mellan kvällens sista intag av något ätbart till påföljande dags första intag. För att förebygga undernäring bör inte nattfastans längd överstiga 11 timmar. På Gävles vård- och omsorgsboenden är målet att 90% eller fler skall erbjudas en nattfasta som inte överstiger 11 timmar. Nattfastan mäts en gång per år som ett kvalitetsmått i nutritionsarbetet.

Av de 807 inkluderade brukarna i mätningen 2026 visar resultatet att 87 % har erbjudits en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Målet för 2026 är att minst 90% ska erbjudas en nattfasta på 11 timmar eller kortare. Om vi separerar grupperna för egen regi och externa utförare visar resultatet att 82% respektive 96% erbjöds en tillräckligt kort nattfasta. Samtliga fem externa har nått målet och fyra av elva enheter inom egen regin har nått målet.

Det är viktigt att lyfta skillnader i arbetssätt mellan verksamheter. Då kan stödet anpassas efter olika behov och förutsättningar. Det bidrar också till att vi utvecklas som en lärande organisation och i förlängningen skapar större nytta för dem vi finns till för.

Bakgrund

Undernäring innebär brist på energi, protein eller andra näringsämnen. Kroniska sjukdomar, demens, att leva ensam, att ha en nattfasta över 11 timmar och att inte kunna laga mat självständigt är alla faktorer kopplade till ökad risk för undernäring.

Undernäring leder till sämre livskvalitet och funktionsförmåga, både fysiskt, psykiskt och socialt, och minskar möjligheten att klara sig själv. Undernäring innebär också en fördubblad risk för dödlighet (Livsmedelsverket, 2026., Livsmedelsverket 2024., Soderstrom et al., 2013). Det har nu gått elva år sedan föreskriften och allmänna råden om förebyggande av och behandling vid undernäring (*HSL-FS 2022:49*) publicerades för första gången (Socialstyrelsen, 2022) och hittills har omfattningen av undernäring bland äldre i Sverige endast varit delvis kartlagd. Kvalitetsregistret Senior Alert har gett oss siffror på att ca 60% av de registrerade personerna har risk för undernäring.

I maj 2024 gav regeringen i uppdrag åt Livsmedelsverket att utreda förekomsten^{Sid 148(191)} av undernäring, hur det kan förebyggas och hur stora de samhällsekonomiska kostnaderna är som kan kopplas direkt till undernäring. Enligt de rapporter som släpptes i juni 2026 kan man läsa att 800 000 äldre personer i Sverige riskerar att drabbas av undernäring och att 100 000 personer är undernärda. En undernärld person på geriatrisk vårdavdelning kostar 17–25 % mer än en välnärld patient. Av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten står undernäringens merkostnader för uppskattningsvis 7 miljarder kronor årligen (Jönsson et al., 2026).

Livsmedelsverket lämnar förslag på tio åtgärder som tidigt ska förebygga undernäring. Flera av dessa kan kopplas till det arbete som redan görs i Gävle kommun, bland annat att utse personer med särskilt ansvar att driva utvecklingen av kommunens måltidsservice för äldre, att utbilda personal om matens betydelse för äldre och att erbjuda anpassat måltidsstöd för de som riskerar undernäring (där åtgärder kring nattfastan kan ses som en del). Genom att tidigt identifiera äldre med risk för undernäring och sätta in rätt insatser, är det möjligt att förhindra att undernäring utvecklas. Livsmedelsverkets nya rekommendationer stärker ytterligare arbetet kring att fortsätta jobba systematiskt med mat, måltider och nutrition (Livsmedelsverket, 2026).

Målsättning

Att mäta nattfastans längd är en del av kvalitetsuppföljningen i ledet att minska undernäringen hos äldre inom Gävles vård- och omsorgsboenden. Detta skall uppnås genom att erbjuda ett kvälls-, natt-, eller tidigt morgonmål som bryter nattfastan. Den så kallade erbjudna nattfastan tar hänsyn till kundens egenbestämmande kring när och om hen vill inta mat och dryck. Målet är att mer än 90% skall erbjudas en nattfasta under 11 timmar. Denna målsättning går i linje med målen kopplat till täckningsgrad för de individuella riskbedömningarna i Senior Alert.

Syfte

Syftet med nattfastemätningen är:

- att förebygga och behandla undernäring, genom att identifiera ofrivilligt lång nattfasta hos kunder som har undernäring eller har risk för undernäring
- att identifiera brister i rutiner som orsakar att nattfastan överskrider 11 timmar ofrivilligt

Metod

Nattfastan har mätts under tre nätter på varandra följande i mars månad. 17 vård- och omsorgsboenden deltog. En extern utförare uteblev denna gång. Mätningarna genomförs på pappersblankett, se bilaga 1. Tiden för den faktiska nattfastan och tiden för den erbjudna nattfastan registreras.

- Den faktiska nattfastan avser den längsta tiden från att en kund intagit något ätbart tills att vederbörande åter intar något.
- Den erbjudna nattfastan mäts på samma sätt, men tar även hänsyn till om kunden erbjudits något men tackat nej eller inte ätit.

Samtliga kunder som vistas på enheterna under mätperioden registreras. Vissa kunder exkluderas sedan i mätningen med hänsyn till kriterier som annars kan påverka resultatet falskt negativt. De kunder som exkluderas är de som har egen mat och äter på rummet, kunder som har enteral nutrition (sondnäring), kunder som avböjt besök nattetid samt kunder som är i ett sent palliativt skede.

Ansvar och tillvägagångssätt

Enhetschef/verksamhetschef ansvarar för att meddela berörd personal om mätningarna samt att dessa genomförs på boendets alla avdelningar. Enhetschef/verksamhetschef eller samordnare ansvarar för att samla in blanketter och sammanställer resultatet. NAD sammanställer resultaten för slutlig rapportering. De ifyllda pappersblanketterna lämnas till ansvarig sjuksköterska för individuell bedömning av varje kund. Ansvarig sjuksköterska planerar åtgärder för de personer som har behov av minskad nattfasta och ordinerar individuell nutritionsbehandling.

Resultat

Antal respondenter

985 personer har registrerats i mätningen. Av dessa har 807 personer inkluderats och fått sin nattfasta uppmätt.

Bortfall

Fördelningen av bortfallet 18 % (178 kunder) var följande:

- 50% hade egen mat på rummet

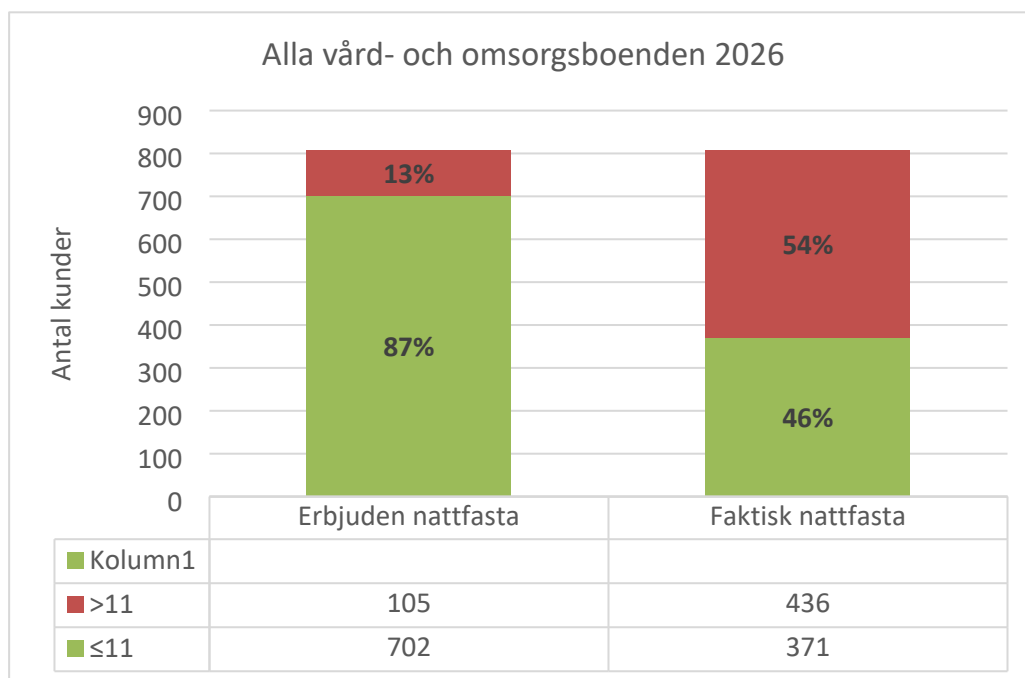
- 24% hade avböjt besök natttid
- 17% exkluderades p.g.a. fel registrering
- 3,5% var ej hemma vid mättillfället
- 3,5% hade sondnäring
- 2% var i palliativt skede

Erbjuden nattfasta alla enheter

Mätningen 2026 visar att 87 %, 702 av de inkluderade kunderna, erbjöds en nattfasta som var 11 timmar eller kortare (*Tabell 1*). Egen regin visar ett resultat på 82% och externa utförare 96% (tabell 2). Samtliga fem medverkande externa boenden har nått målet och fyra av elva boenden inom egen regin har nått målet.

Nattfastans faktiska längd alla enheter

Vid mätningen hade 46 %, 371 kunder, en faktisk nattfasta som var 11 timmar eller kortare (*figur 1*). Egen regin visar ett resultat på 39% och externa 61% (tabell 3).



Figur 1. Sammanställning av samtliga deltagande enheters erbjudna och faktiska nattfasta. Antal unika individer var 807 st. Det gröna fältet visar antal kunder med tillräckligt kort nattfasta och det röda visar antal kunder som inte erbjudits eller har haft för lång nattfasta.

Den erbjudna nattfastans längd per enhet

Andelen kunder som erbjuds en tillräckligt kort nattfasta varierar mellan enheterna med ett resultat mellan 37 % och 100 % (tabell 2).

Tabell 2. Förändringen över tid med avseende på hur stor andel, på respektive enhet samt genomsnitt för alla enheter och även uppdelat egen regi och externa, som har erbjudit en nattfasta på 11 timmar eller kortare.

Vård- och omsorgsboende	2023 (%)	2024 (%)	2025 (%)	2026 (%)
Egen regi				
Fleminggatan	59	85	54	82
Forellplan	92	77	95	88
Furugården	99	98	95	86
Gävle strand	93	60	88	63
Hilleborg	97	99	85	94
Hemlingborg	-	72	100	81
Selggrens	56	82	90	90
Solberga	92	91	99	37
Solgårdsgatan	55	99	95	83
Vallongården	99	98	94	100
Ängslyckan	100	98	100	100
Medelvärde egen regi:	84	87	90	82
Externa				
Sjätte Tvärgatan 26	98	79	90	94
Sätraåsen	-	82	98	99
Villa Vallonen	-	98	72	98
Södra Centralgatan	-	77	97	99
Pukslagarvägen	-	59	66	-
Murégatan	-	38	64	92
Medelvärde externa:	98	76	84	96
Medelvärde alla:	87	83	88	87

Den faktiska nattfastans längd per enhet

Andelen kunder med en faktisk nattfasta på 11 timmar eller kortare varierar mellan enheterna, med resultat mellan 14% och 82 % (tabell 3).

Tabell 3. Förändringen över tid med avseende på hur stor andel av de registrerade kunderna på respektive enhet samt genomsnitt för alla enheter, uppdelat på egen regi samt externa, som har en faktisk nattfasta på 11 timmar eller kortare.

Vård- och omsorgsboende	2023 (%)	2024 (%)	2025 (%)	2026 (%)
Egen regi				
Fleminggatan	43	61	46	38
Forellplan	42	77	41	55
Furugården	54	33	32	41
Gävle Strand	56	53	65	47
Hilleborg	85	86	48	34
Hemlingborg	-	35	64	41
Selggrens	44	61	13	54
Solberga	15	17	18	14
Solgårdsgatan	34	4	61	18
Vallongården	74	70	38	58
Ängslyckan	23	32	23	32
Medelvärde egen regi:	47	48	41	39
Externa				
Sjätte Tvärgatan 26	68	50	75	67
Murégatan	-	17	98	44
Pukslagarvägen	-	29	55	-
Sätraåsen	-	70	36	82
Villa Vallonen	-	40	51	61
Södra Centralgatan	-	40	43	52
Medelvärde externa:	74*	41	59	61
Medelvärde alla:	52	46	48	46

Metoddiskussion

Nattfastemätningen är en punktprevalensmätning, vilket ger oss en ögonblicksbild av nattfastan under tre nätter en gång per år. Hur det ser ut övriga nätter kan vi inte veta. En viktig faktor att ta i beaktning vid tolkning av resultatet är att varje enskilt värde har hanterats av tre personer; registrerande omvårdnadspersonal som fyller i varje matintag på pappersblankett och sedan chef/samordnare som för över varje enskilt värde till slutgiltigt

dokumentet. NAD går slutligen igenom alla resultat och korrigerar eventuella felaktigheter.^{Sid. 153(191)}
Denna hantering skulle kunna vara en möjlig felkälla.

Det framkom att några boenden hade bekymmer med att genomföra mätningen, av olika anledningar. Tre boenden som genomgående hade mycket felregistreringar fick chans att mäta på nytt för att kunna delta, vilket ett par verksamheter (Sätraåsen och Södra Centralgatan) tog chansen till. Forellplan hade också en hel del felregistreringar men valde att inte mäta på nytt. Att mäta på nytt eller delta med ett resultat med stort bortfall kan vara grund till felkälla, åt både det högre och lägre hållet.

En enhet, Pukslagarvägen, hade mätt nattfastan och vidtagit åtgärder på individnivå, men sedan inte sparat dokumenten och de kunde därför inte delta i mätningen på gruppnivå och saknas därmed detta år. Resultat och åtgärder på individnivå delgavs NAD för kännedom. Även de fick chans att mäta på nytt, men valde att stå över.

Diskussion

Resultatet om 87% på gruppnivå ligger i nivå med fjolåret och får anses som ett bra resultat även om målet om 90% inte uppfylls.

Mellan egen regin och externa skiljde det sig 14 procentenheter vid mätningen, där externa hade ett högre resultat och där samtliga nådde målet på 90%. Fyra av elva enheter inom egen regin nådde 90% eller högre. Det är dock svårt att utifrån en mätning dra några generella slutsatser eftersom mätningen ger en ögonblicksbild av arbetet med att bryta nattfastan. 2025 hade egen regin ett högre resultat än externa. Solberga hade vid denna mätning ett ovanligt lågt resultat, jämfört med åren innan. Detta är kommunicerat till enheten och de har uppmanats att göra en analys samt vidta åtgärder. Även Gävle strand uppvisar ett lägre resultat, trots återkommande utbildningsinsatser de senaste två åren. På denna enhet behöver ett fortsatt arbete kring nattfastan göras, vilket har kommunicerats med enhetschef.

Det som går i linje med 2025 års resultat är att den faktiska nattfastan, att en kund har erbjudits något och ätit, även vid denna mätning är högre i medel hos externa (61%) än hos egen regin (39%). Föregående år inhämtades goda exempel från dessa verksamheter. En av dessa var att en fast sjuksköterska på boendet gav ökad kontinuitet i arbetet kring dygnets alla måltider. Ett annat var att lämna det ätbara kvar på rummet, så kund har chans att äta senare även om det avböjdes för stunden (personal kunde då registrera att nattfastan brutits vid nästa besök.) Dessa goda exempel, med flera, har spridits till samtliga deltagande verksamheter under hösten 2025.

Varje år identifieras kunder som har för lång nattfasta, så att de kan få individuella åtgärder.^{Sid 154(191)}
Det blir därmed en kompletterande screening, utöver riskbedömningen för undernäring i Senior Alert. Den årliga uppföljningen av nattfastan visar också att det förebyggande arbetet mot undernäring är prioriterat och ett nära samarbete i teamet är avgörande för följsamheten till gällande rutiner. Enhetschef, omsorgspersonal och legitimerad personal behöver tillsammans analysera och hitta lösningar kring individens nutrition, där nattfastan är en viktig del. Genom ett sådant arbetssätt kan vi både förebygga och behandla undernäring i enlighet med lagstiftning och bästa tillgängliga kunskap, samtidigt som vi använder våra resurser på ett ansvarsfullt sätt.

Slutsats

Nattfastemätningen visar att vård- och omsorgsboendena i Gävle fortsatt arbetar aktivt för att förebygga undernäring. Mätningen har vissa begränsningar och möjliga felkällor, men den ger ändå viktig information om kvaliteten i verksamheten och de utmaningar som finns. Det är också viktigt att uppmärksamma skillnader i arbetssätt mellan verksamheter. Det gör att stödfunktioner kan anpassa sitt stöd efter olika behov och förutsättningar. Det bidrar till att vi lär av varandra och utvecklas som organisation, så att vi i förlängningen kan skapa större nytta för dem vi finns till för.

Senior Alert (2025) Publik rapport. [Senior alert publik](#)

Livsmedelsverket. (2026). *Så kan kommuner förebygga undernäring bland äldre: Tio konkreta åtgärder* (Policy brief).
<https://www.livsmedelsverket.se/49d6ef/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2026/sa-kan-kommuner-forebygga-undernaring-bland-aldre---policy-brief-2026.pdf>

Livsmedelsverket 2024. [Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen](#)

Söderström, L., Thors Adolfsson, E., Rosenblad, A., Frid, H., Saletti, A., & Bergkvist, L. (2013). *Mealtime habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital*. **Clinical Nutrition**, **32**(2), 281–288.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.07.013>

Socialstyrelsen. (2022). *HSLF-FS 2022:49: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring*.
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-202249-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-forebyggande-av-och-behandling-vid-undernaring-2022-8-8078/>

Jönsson, L., Xia, X., Mengistu Balcha, Y., & Aho, E. (2026).
E 2026 nr 02: *Hälsoekonomiska aspekter på undernäring hos äldre – Vård- och omsorgskostnader samt ekonomiska och hälsomässiga effekter av förebyggande åtgärder*. (Livsmedelsverkets externa rapportserie). Livsmedelsverket.
<https://www.livsmedelsverket.se/49d6d2/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2026/e-2026-nr-02---halsoekonomiska-aspekter-pa-undernaring-hos-aldre.pdf>

Bilaga 1. Blankett för nattfastemätning

Datum:

Boende:

Avd:

Dag:

MÄTNING AV NATTFASTA

- ☐ Skriv i tiden för när mat serveras. Vi mäter middag till frukost (ca 16:00-11:00)
- ☐ Om personen tackar nej, sover eller inte är hemma vid erbjudande av något ätbart sätts ett kryss (X) i rutan bredvid tiden.
- ☐ Fyll i avvikelseorsak i sista rutan för kunder som ej ska delta i mätningen.
- ☐ Sjuksköterska kopplas in för individer där nattfastan överstiger 11 timmar, efter sammanställning av chef/ samordnare

Förslag på bra mellanmål för att bryta nattfastan:

Ett glas varm eller kall mjölk, välling, fil, yoghurt, energihutt, proteinhutt.

Smörgås med pålägg om personen är extra hungrig.

OBS! Enbart vatten, svart kaffe och te registreras inte. 1 msk filmjölk eller kräm till medicin registreras inte.

Rumsnr.	Middag		Kvällsmål		Nattmål		Förfrukost		Frukost		Intag 6		Intag 7		Intag 8		Exkluderas (skriv orsak)
	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	Tid	Tackat nej	

KUNDER SOM EXKLUDERAS

Mat på rummet

Avböjt besök nattetid

Sondmat

Bortrest

Utebliven/ fel registrering

Palliativt skede

Informationsärende: Rapport
om ej verkställda beslut,
kvartal 2 år 2026

16

26ON175



Tjänsteskrivelse

2026-07-16

Diarienummer: 26ON175

Handläggare:

Katarina Pettersson Södergren
026-17 80 00
katarina.pettersson_sodergren@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Rapport om ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen, kvartal 2, år 2026

Omvårdnadsnämnden är skyldig att kvartalsvis anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beviljade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) inte har verkställts senast tre månader efter beslut. Nämnden ska på motsvarande sätt också rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid skall IVO ansöka hos förvaltningsrätten om utdömande av en särskild avgift. Innan beslut fattas om utdömande av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen.

Insats vård- och omsorgsboenden

I rapporteringen för kvartal 2, år 2026 har 27 ärenden rapporterats.

10 ärenden har återrapporterats, är fortsatt icke verkställda på grund av att kunden enbart önskar specifikt boende.

17 ärenden är ny rapporterad varav 16 kunder som enbart önskar specifikt boende. 1 kund önskar vilket boende som helst men har inte fått något erbjudande under rapporteringsperioden.

**Ej verkställda beslut för bistånd enligt socialtjänstlagen - för kunder över 65 år,
Välfärd Gävle**

Kvarta I	Typ av bistånd	Kvarstående ej verkställda beslut vid kvartalets utgång
1(2026)	Vård och omsorgsboende	27

**Ej verkställda beslut för bistånd enligt socialtjänstlagen - för kunder under 65 år,
Välfärd Gävle**

Kvarta I	Typ av bistånd	Kvarstående ej verkställda beslut vid kvartalets utgång
1(2026)	Vård och omsorgsboende	0

Insats dagverksamhet

I rapporteringen för kvartal 2, 2026 har inga ärenden rapporterats in som icke verkställt under rapporteringsperioden.

Biståndshandläggare beviljar antal dagar på dagverksamheten utifrån kundens behov och i rapporten framkommer inte om kunderna fått samtliga dagar beviljade utan enbart att insatsen är verkställd.

Insats avlösningstvistelse

I rapporteringen för kvartal 2, 2026 har 3 ärenden återrapporterats, är fortsatt icke verkställda på grund av att kunderna tackat nej till erbjuden insats.

Biståndshandläggare beviljar antal dagar på avlösningstvistelsen utifrån kundens behov och i rapporten framkommer inte om kunderna fått samtliga dagar beviljade utan enbart att insatsen åter är verkställd.

Utdömande av särskild avgift

Om Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömer att en insats inte verkställts inom skälig tid kan IVO ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten enligt 34 kap 1 a § Socialtjänstlagen (2025:400).

Innan beslut fattas om utdömande av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen.

Kommentar

Det finns i dagsläget inga aktuella ärenden om utdömande av särskild avgift.

Informationsärende: Anmälningensärenden

17

26ON80

Statistik och fördelning av boendeval

Väntelista för demensplatser/ lägenheter

Totalt antal personer som väntar: 43 personer

- 15 personer som valt mer än ett vård- och omsorgsboende
- 25 personer som endast har ett specifikt önskat vård- och omsorgsboende
- 3 personer väntar på Fleminggatans vård- och omsorgsboende
- 5 personer söker vård- och omsorgsboende från andra kommuner

Väntelista för somatiska platser/lägenheter

Totalt antal personer som väntar: 8 personer

- 5 personer som valt mer än ett vård- och omsorgsboende
- 3 personer som endast har ett specifikt önskat vård- och omsorgsboende

Väntelista för personer som har önskemål om att få byta boende, så kallad överflyttningsskö demensplatser/lägenheter

Totalt antal personer som väntar: 56 personer

- 24 personer som valt mer än ett vård- och omsorgsboende
- 32 personer som endast har ett specifikt önskat vård- och omsorgsboende

Väntelista för personer som har önskemål om att få byta boende, så kallad överflyttningsskö somatik

Totalt antal personer som väntar: 23 personer

- 11 personer som valt mer än ett vård- och omsorgsboende
- 12 personer som endast har ett specifikt önskat vård- och omsorgsboende

Sammanträdesdatum 2026-06-08

§ 162 Resultat årlig uppföljning SAM 2025

Diarienummer: 26KS267

Expedieras till:

HR- direktör och HR-strateg/chef på sektorerna.

Beslut

Kommunstyrelsen beslutar enligt ordförandens förslag

att kommunstyrelsen godkänner rapporten och handlingsplanen utifrån rapporten

Ärendebeskrivning

Arbetsgivaren ska varje år följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Den årliga uppföljningen ska visa om arbetsmiljöarbetet motsvarar de krav som finns i föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete. Om uppföljningen visar att det finns brister i hur arbetsmiljöarbetet fungerar ska arbetsgivaren vidta förbättrande åtgärder.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteskrivelse - Resultat årlig uppföljning SAM 2025, dnr 26KS267-2
- Årlig uppföljning av SAM 2025. Central nivå, dnr 26KS267-1

Interpellationssvar

Dnr 26KS233-2
2026-06-11

Kommunfullmäktige

Svar på interpellation från Moderaterna (M) - Hur ska återkommande brister i äldreomsorgen stoppas?

Vid kommunfullmäktiges sammanträde den 11 maj 2026, väckte Eva marja Andersson - Moderaterna (M) följande interpellation.

”Under mandatperioden har flera allvarliga brister uppdagats inom kommunens äldreomsorg. Redan 2023 framkom omfattande missförhållanden vid Fleminggatans äldreboende, där boende utsattes för både fysisk och psykisk kränkande behandling under en längre tid. De utredningar som genomfördes visade på mycket allvarliga brister i verksamheten. Kort därefter uppdagades även allvarliga missförhållanden vid Solberga äldreboende. Bedömningen var att det saknades förutsättningar att ge en god och säker vård till de boende.

Dessa händelser väcker frågor om ledning och styrning inom både Omvårdnad Gävle och Sektor Välfärd. Bristerna har i flera fall upptäckts först efter att de fått långtgående konsekvenser för de äldre, vilket tyder på att organisationen i hög grad har varit reaktiv snarare än förebyggande.

Mot bakgrund av detta fanns förväntningar på att nödvändiga åtgärder skulle vidtas för att stärka ledarskap, uppföljning och kontroll. Trots detta rapporteras nu återigen om allvarliga problem, denna gång vid Forellplans äldreboende i Sättra. Uppgifter gör gällande att boende inte fått sina grundläggande behov tillgodosedda, såsom hjälp med personlig omvårdnad och måltider. Det finns även uppgifter om arbetsmiljöproblem, konflikter i personalgruppen och bristande samarbete, vilket direkt påverkar kvaliteten i omsorgen. Att liknande problem återkommer på flera boenden under samma mandatperiod pekar på strukturella brister i ledning, styrning och uppföljning.

Med anledning av ovanstående frågor jag omvårdnadsnämndens ordförande:

- Vilka konkreta åtgärder avser ordföranden att vidta för att stärka ledarskapet på samtliga nivåer inom Sektor Velfärd – från sektorledning till enhetsnivå – i syfte att säkerställa att allvarliga brister upptäcks och åtgärdas i tid?”

Eva Älander (S), Omvårdnadsnämndens ordförande fick i uppdrag att besvara interpellationen.

Som svar på interpellationen vill jag anföra följande

Eva Marja Andersson har i en interpellation ställt mig frågan ”*Vilka konkreta åtgärder avser ordföranden att vidta för att stärka ledarskapet på samtliga nivåer inom Sektor Velfärd – från sektorledning till enhetsnivå – i syfte att säkerställa att allvarliga brister upptäcks och åtgärdas i tid?*”

I detta interpellationssvar kommer jag att ägna mig åt den konkreta frågan. Eftersom frågeställningen är bred i sin ansats så inleder jag med sektornivån.

Under 2024 så genomfördes en organisationsöversyn på Sektor Velfärd för att se över om den organisation som då fanns på ett tillräckligt bra sätt stödde det som behöver göras framåt. En arbetsgrupp tillsattes för detta och ett av de perspektiv som de hade att utgå ifrån var att den nya organisationen skulle ge rimliga förutsättningar för alla chefer i organisationen, med betoning på enhetscheferna.

Organisationen ska stödja chefer och medarbetare i vad vi vill uppnå. Det ska aldrig vara ett mål i sig att förändra en organisation, och organisationen i sig kan inte förändra de medarbetare som arbetar i den. Däremot kan organisationen, om den sätts samman på ett visst sätt, påverka och stödja önskade beteenden, ge förutsättningar för samverkan, bidra till effektivitet och stödja de som verkar i den att lägga tid och kraft på rätt saker. Organisationen bidrar därmed till den eller de kulturer som finns där. Vid årsskiftet så sjosattes den nya organisationen för Sektor Velfärd.

Att vara chef i en kommunal kärnverksamhet, vilket alla de chefer som finns inom Omvårdnadsnämndens verksamheter är, det är att ha ett utmanande chefsuppdrag. Cheferna behöver ha en hög förmåga att leda genom processer, inspirera och engagera, vara närvarande i sitt ledarskap samt hantera sådant som uppstår i vardagen såsom utmaningar, konflikter och förbättringsarbeten. De möter krav från medarbetare, boende, anhöriga, samverkansaktörer. Vi behöver hela tiden ha span på chefernas förutsättningar att vara närvarande ledare, sektorn ska präglas av ett utvecklande medarbetarskap likväl som ledarskap.

För att möta krav på självständighet, förmåga till förändringsledning och samverkan så krävs olika former av stöd och utbildningsinsatser. Som ett

exempel har ett 50-tal chefer genomgått utbildningen i förändringsledning under 2025. Utbildningen ger dem fler verktyg att leda i de förändringar som sektorn är mitt uppe i. Nu under 2026 är det dags för minst lika många till. Målet är att alla chefer inom Välfärd Gävle ska genomföra utbildningen. Det undersöks även om möjligheten att genomföra en skräddarsydd chefsutbildning i samarbete med högskola/universitet, vilket i så fall skulle kunna finansieras genom det nyligen breddade Äldreomsorgslyftet. Andra kommuner har gjort detta med gott resultat.

Det pågår flera stora utvecklingsarbeten inom sektorn, där omställningen till ny Socialtjänstlag är ett av de tyngsta. Enhetscheferna är nyckelpersoner i dessa omställnings- och utvecklingsarbeten. Även i den handlingsplan som är kopplad till demensstrategin finns det flera punkter som knyter an till att stärka ledarskapet. Exempelvis ska ett nätverk för enhetschefer och BPSD-administratörer etableras för att stärka samverkan och kunskapsutbyte och stödteam i de geografiska områdena ska ge operativt stöd i det dagliga arbetet. Ett gemensamt arbetssätt och tydlig struktur där personcentrerade team ska utvecklas med regelbundna, formaliserade teamträffar med individens behov i fokus. Teamarbetet ska bygga på tydliga roller och ansvar för att säkerställa samordning mellan professioner.

När det gäller just Forellplan så är ett stort paket med insatser igångsatt, för att vända den negativa utveckling som fanns på delar av arbetsplatsen. Några av de insatser som tar sikte på ledarskapet är att stödresurser såsom HR-konsult finns kontinuerligt på arbetsplatsen, tillsättning och rekrytering av handledare (s.k. kvalitetsmentorer) som kan ge stöd i det dagliga arbetet. Det hålls dagliga avstämningar mellan enhetschefer, sjuksköterskor, kvalitetsmentorer och samverkan mellan HSL och SOL har förstärkts. Uppdragsbeskrivningar för boendets olika roller har uppdaterats, vilket tydliggör ansvar och förväntningar samt skapar samsyn på uppdraget. Ledningen har förstärkts med en extra enhetschef för att skapa tydlig styrning, gemensam riktning och långsiktig kvalitet i utvecklingsarbetet. En närvarande och engagerad arbetsledning är avgörande för att utvecklingsinsatserna ska kunna genomföras strukturerat, följas upp och leda till varaktiga förbättringar i arbetsmiljö och omsorg.

Härmed anser jag interpellationen besvarad.

Eva Älander (S)
Ordförande för Omvårdnadsnämnden

Interpellationssvar

Dnr 26KS93-4
2026-06-10

Kommunfullmäktige

Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Fast omsorgskontakt

Vid kommunfullmäktiges sammanträde den 30 mars 2026, väckte Anna Cullfors - Vänsterpartiet (V) följande interpellation.

”Alla som har insatser från hemtjänsten har rätt till en fast omsorgskontakt, detta skrevs in i Socialtjänstlagen 2022 (kapitel 5 §2b). Det innebär att det ska utses en person i hemtjänsten som brukaren känner sig trygg med och kan vända sig till med frågor, önskemål, klagomål. Det ska utses en fast omsorgskontakt för varje brukare när den beviljade insatsen inleds. Syftet är att öka trygghet, kontinuitet, samordning och individanpassning för personer som har hemtjänst. Detta ska gälla för alla leverantörer av hemtjänst, oavsett vem som utför insatsen. Den som utses till fast omsorgskontakt ska vara utbildad undersköterska och arbeta i själva omsorgsinsatsen, det är inte en administrativ roll.

För att det ska fungera som tänkt är det viktigt att insatsen följs upp kontinuerligt – både på kontaktnivån och från oss i kommunen, som har det samlade ansvaret.

Mina frågor är:

- Hur många brukare i kommunens hemtjänst har en fast omsorgskontakt?
- Hur många brukare i den upphandlade hemtjänsten har fast omsorgskontakt?
- Hur informeras personer som beviljas hemtjänst att de har rätt till en fast omsorgskontakt?
- Hur säkerställer vi att kontakten fungerar som tänkt, alltså att överenskommelser och önskemål följs upp?
- Finns det någon utvärdering som visar hur brukarna upplever fast omsorgskontakt? Har det bidragit till att de känner sig mer delaktiga och får större individanpassning?”

Eva Älander (S), Omvårdnadsnämndens ordförande fick i uppdrag att besvara interpellationen.

Som svar på interpellationen vill jag anföra följande

Tack för en viktig interpellation om hur det fungerar med fast omsorgskontakt i Gävle kommuns äldreomsorg. En fast omsorgskontakt är en utsedd undersköterska inom hemtjänsten som ansvarar för att samordna, anpassa och skapa trygghet kring en äldre persons stöd. Sedan 1 juli 2022 har alla med hemtjänst rätt till en fast omsorgskontakt, och från juli 2023 krävs dessutom att personen i fråga är utbildad undersköterska för att öka kontinuitet och kvalitet i vården.

2023 införde Valfärd Gävle även fast omsorgskontakt för boende på vård- och omsorgsboende.

Hur många brukare i kommunens hemtjänst har en fast omsorgskontakt? Hur många brukare i den upphandlade hemtjänsten har fast omsorgskontakt?

Alla brukare i kommunens hemtjänst erbjuds en fast omsorgskontakt och i princip alla tacka också ja till detta. Samma lagstiftning gäller naturligtvis för alla utförare av hemtjänst som finns i kommunen. I det förfrågningsunderlag som gäller för LOV-företagen för år 2026 finns en text om att det i utförarens personalgrupp ska finnas kompetens (läs: andel utbildade undersköterskor) i tillräcklig omfattning för uppdraget, för att uppfylla kravet på fast omsorgskontakt enligt SoL.

Socialtjänstlagen reglerar att en fast omsorgskontakt ska utses inom hemtjänsten, men det finns inga direktiv kring hur många kunder en undersköterska kan vara fast omsorgskontakt för. Det blir därför enhetschefens ansvar att fördela arbetet utifrån kundernas behov och verksamhetens förutsättningar

Inom den kommunala hemtjänsten är en undersköterska fast omsorgskontakt för ungefär sex kunder. Inom den LOV-utförda hemtjänsten är en undersköterska fast omsorgskontakt för ungefär sju kunder. Medeltalen är framtagna med reservation för att det saknas svar från några utförare på den ställda frågan om hur många kunder varje fasta omsorgskontakt ansvarar för.

Hur informeras personer som beviljas hemtjänst att de har rätt till en fast omsorgskontakt?

Den informationen får brukare i samband med att de får en beviljad insats i hemtjänsten eller ett beslut om att flytta in på vård- och omsorgsboende. Det är också den fasta omsorgskontakten som ansvarar för att upprätta en genomförandeplan och att hålla den uppdaterad.

Hur säkerställer vi att kontakten fungerar som tänkt, alltså att överenskommelser och önskemål följs upp?

Det är något som följs upp kontinuerligt i verksamheten. Det är varje verksamhet som bestämmer hur den fasta omsorgskontakten ska utses. Det finns möjlighet att byta person om relationen av någon anledning inte fungerar som tänkt och det går även bra att utse vice fast omsorgskontakt eller liknande, vilket kan vara bra om en persons ordinarie fasta omsorgskontakt av någon anledning är frånvarande under en period.

Finns det någon utvärdering som visar hur brukarna upplever fast omsorgskontakt? Har det bidragit till att de känner sig mer delaktiga och får större individanpassning?

I Gävle kommun har det inte gjorts någon utvärdering av hur brukarna upplever rätten att ha en fast omsorgskontakt. Enstaka kommuner i landet har haft revisorer som undersökt frågan, men då främst utifrån perspektivet om kommunen erbjuder fast omsorgskontakt i enlighet med lagens krav. Jag vet inte om det är en fråga som Gävle kommuns revisorer har med på sin "bruttolista" över intressanta framtida revisionsfrågor.

Det har heller inte gjorts någon storskalig nationell utvärdering av införandet av rätten att ha en undersköterska som fast omsorgskontakt. Fast omsorgskontakt är en av indikatorerna i Socialstyrelsens öppna jämförelser, men i det sammanhanget säger indikatorn inget mer än antal brukare som har en fast omsorgskontakt.

Härmed anser jag interpellationen besvarad.

Eva Älander (S)
Ordförande för Omvårdnadsnämnden

Årlig uppföljning av SAM 2025

Central nivå

Syftet med årlig uppföljning är att undersöka att det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförs på alla nivåer i organisationen och att rätt förutsättningar för arbetsmiljön finns på samtliga arbetsplatser och för alla, vilket avser såväl chefer som medarbetare. Årlig uppföljning ska säkerställa att arbetsmiljöarbetet fungerar, utvecklas och leder till en trygg, hälsosam och säker arbetsplats.

Kommunstyrelsen har det övergripande arbetsmiljöansvaret och kan genom den årliga uppföljningen få återkoppling på arbetsmiljöfrågor som hanterats under året och ges möjlighet att planera för kommande behov av kommunövergripande arbetsmiljö investeringar i syfte att säkra en trygg arbetsmiljö i kommunens verksamheter.

På sektors nivå är uppföljningen en möjlighet att identifiera sektorsspecifika behov och säkerställa att arbetsmiljöarbetet är en naturlig del av verksamheten på alla nivåer inom sektorn. På chefsnivå är den årliga uppföljningen ett viktigt verktyg för att arbeta både hälsofrämjande och förebyggande mot ohälsa.

Uppföljningen är ett tillfälle att förbättra arbetsmiljöarbetet på varje arbetsplats och det ska ses som ett ständigt pågående arbete.

Namnteckning

Med vänliga hälsningar,

Vinita Thyberg

HR direktör

Innehåll (uppdatera vid redigering av dokumentet)



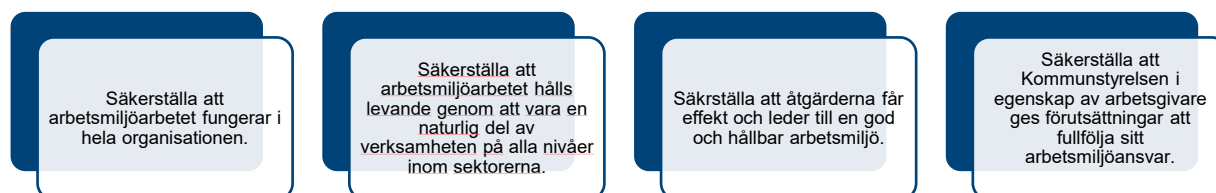
Gävle
KOMMUN

Gävle KOMMUN	1
Årlig uppföljning av SAM 2025 central nivå	1
Krav och ansvar	4
Bakgrund	4
Metod	5
Uppföljning med HR på sektor	6
Syfte	6
1. Sammanställning samt analys HR på sektor	6
Övergripande bild	8
Det som fungerar bra, ska fortsatt stärkas	8
Utmaningar, förbättringsområden	9
Sammanfattade beslutade åtgärder inklusive handlingsplan	10
Rekommendationer till högsta ledningen	11
2. Sammanställning resultatrapporter från sektorer	12
Livsmiljö, rapport årlig uppföljning av SAM 2025	12
Utbildning Gävle, rapport årlig uppföljning av SAM 2025	13
Styrning och stöd, rapport årlig uppföljning av SAM 2025	14
Välfärd Gävle, synpunkter från skyddskommitté	15

Krav och ansvar

Årlig uppföljning av verksamhetens systematiska arbetsmiljöarbete, SAM syftar till att se att det egna arbetsmiljöarbetet motsvarar de krav som finns i föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete. Den årliga uppföljningen berör hela organisationen och ska genomföras på arbetsplats-, sektor samt kommunövergripande nivå. Varje chef ansvarar för att årlig uppföljning SAM genomförs och att rutin SAM efterlevs.

En väl fungerande årlig uppföljningsprocess säkerställer att det systematiska arbetsmiljöarbetet är en naturlig del av verksamheten på alla nivåer i organisationen och att rätt förutsättningar för arbetsmiljön finns för alla på arbetsplatsen, vilket avser såväl chefer som medarbetare. Kommunstyrelsen i egenskap av arbetsgivare får genom årlig uppföljning förutsättningar att fullfölja sitt arbetsmiljöansvar och säkerställa att de åtgärder som beslutas faktiskt får effekt och leder till en god, hållbar arbetsmiljö.



Bakgrund

2023 infördes en ny modell för Årlig uppföljning för att förbättra hur Gävle kommun arbetade med det systematiska arbetsmiljöarbetet. För att arbetsmiljö inte ska vara en punktvis insats tog HR över arbetsuppgiften att följa upp rapporteringen av den Årliga uppföljningen. Under åren 2023 och 2024 har därför HR sammanställt och förmedlat till Kommunstyrelsen hur kommunen som arbetsgivare under året har arbetat med systematiskt arbetsmiljöarbete.

Den nya modellen innebar ingen förändring i chefernas arbetsmiljöansvar men den innebar för chef att kravet att använda det digitala stödsystemet inom Systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM i Stratsys blev valfritt, detta då strukturen i Stratsys inte kunde ge en tillförlitlig svarsstatistik. Under våren 2026 kommer ny produktversion av SAM i Stratsys att implementeras och i och med den konverteringen kommer möjligheten att justera inställningar gällande besvarande av årlig uppföljning att resultera i en korrekt svarsfrekvens i statistik från Stratsys. Detta blir möjligt från och med Årlig uppföljning 2026.

Inför den årliga uppföljningen 2025 gjorde HR en analys av den nya modellen och här därefter ytterligare utvecklat modellen och arbetssättet genom att förtydliga processens stegvisa delar samt chefens ansvar gällande den årliga uppföljningen, att varje chef har ansvar för att årlig uppföljning genomförs och att uppföljningen ska ske på arbetsplats-, sektor- och kommunövergripande nivå.

Metod

"Årlig uppföljning av SAM 2025" på central nivå baserades på följande två delar:

1. En sammanställning samt analys av uppföljningen med HR på sektor, där en majoritet av Gävle kommuns chefer deltog i dialog om årlig uppföljning via seminarier.
2. En sammanställning av sektorsvisa resultatrapporter, inklusive det som har framkommit i dialoger på skyddskommitté via sektors samverkan.



Rekommenderad metod till chef för att genomföra årlig uppföljning på arbetsplatsnivå var digitalt via systemstödet Stratsys, detta för att centralt kunna sammanställa och analysera en kommunövergripande rapport. Med mål en gemensam digital metod som kan ligga till grund för en förvaltningsgemensam struktur för återrapportering både till Kommunstyrelse och nämnder.

Områden som via Stratsys undersökts i årlig uppföljning är *samverkan, fördelning av arbetsmiljöuppgifter och kunskap, undersökning av fysisk/ psykosocial/ digital arbetsmiljö, rutiner för undersökning och riskbedömning, likabehandling, styrdokument*. Detta fördelat på 27 frågor med möjlighet att besvara respektive uppföljningsfråga med *Instämmer till stor del, Instämmer inte alls, Instämmer delvis, Instämmer helt*.

En alternativ metod har funnits för den som inte haft möjlighet att genomföra den årliga uppföljningen digitalt. Eftersom digital metod vid årlig uppföljning varit valfritt för chefer inom Gävle kommun under åren 2023, 2024, har chefer som inte kunde genomföra uppföljningen i Stratsys rekommenderats att använda Sunt arbetslivs mall för årlig uppföljning, vilket är en känd checklista avsedd för användning på arbetsplatsnivå.

Fördelat på 18 frågor via Sunt arbetslivs struktur har följande områden undersökts: Sida 65 (691)
Samverkan, fördelning av arbetsmiljöuppgifter, kunskap, rutiner för undersökning och riskbedömning, årlig uppföljning, företagshälsovård och systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) som en naturlig del i den dagliga verksamheten.

Uppföljning med HR på sektor

Metod som på sektors nivå har använts för att hämta in svar och förbättringsförslag från cheferna var FORMS. Frågor som besvarades var *Hur upplever du att det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerat under året? Vad behövs för att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska fungera bättre?* Individuella svar/ utsagor dokumenterades och därefter fördes dialog i seminarieform mellan HR och chefer om vilka arbetsmiljöaktiviteter som fungerat bra och som fortsatt kan stärkas, samt vilka förbättringsområden som upptäckts och vad som bör fokuseras extra på.

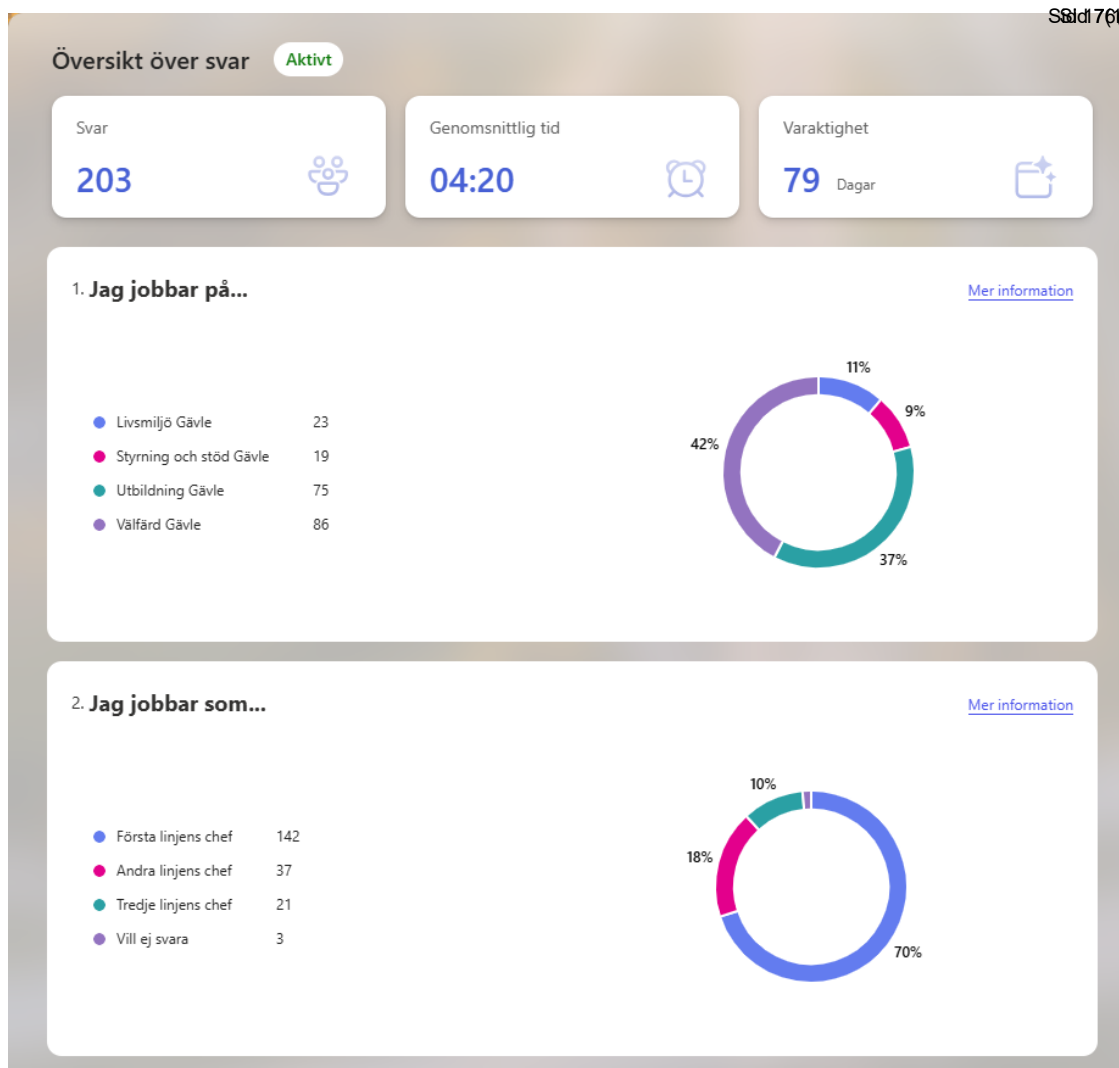
Syfte

Oavsett vilken uppföljningsmetod som chef valde att använda för sin Årliga uppföljning, digital eller manuell, avsåg uppföljningen att bedöma om centrala delar inom systematiskt arbetsmiljöarbete fanns, om arbetsmiljöarbetet fungerar inom hela organisationen i alla verksamheter och som en naturlig del på alla nivåer inom sektorerna samt att säkerställa att Kommunstyrelsen i egenskap av arbetsgivare ges förutsättningar att fullfölja sitt arbetsmiljöansvar.

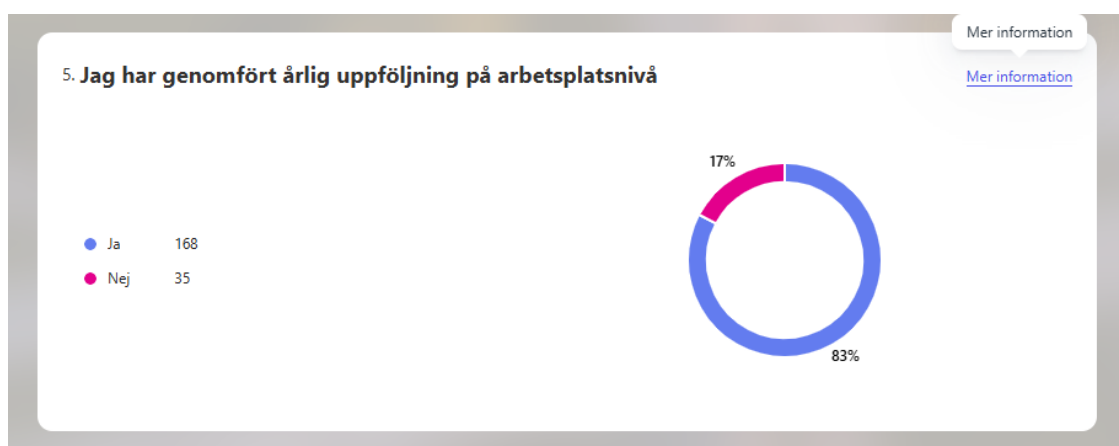
1. Sammanställning samt analys HR på sektor

Analysen av uppföljning med HR på sektor baseras på 203 chefers bild av sitt systematiska arbetsmiljöarbete. Det motsvarar ca 62% av Gävle kommuns 328 chefer och ger ett deltagande om 62 % i genomförande på sektors nivå, sammantaget högre än vid motsvarande period år 2024 där 54% av cheferna deltog.

Av dessa 203 chefer kommer 42% från sektor Velfärd Gävle, 37% från Utbildning Gävle, 11% från Livsmiljö Gävle och 39% från Styrning och stöd Gävle. En stor majoritet, hela 70% av cheferna är första linjens chefer, 18% andra linjens chef, 10% tredje linjens chef och 2% avstod att besvara frågan.



168 chefer svarar att de har genomfört årlig uppföljning på arbetsplatsnivå, det motsvarar 51% av Gävle kommuns 328 chefer. 35 chefer som deltog i årlig uppföljning på sektors nivå svarar att de inte har genomfört årlig uppföljning på arbetsplatsnivå.



Övergripande bild

En stor majoritet av de 203 cheferna beskriver att det systematiska arbetsmiljöarbetet har fungerat bra eller relativt bra under året, att det finns en tydlig struktur inom arbetsmiljöarbetet i många verksamheter exempelvis genom års-hjul, APT, riskbedömningar, pulsmätningar, skyddsronder och nära dialog med medarbetare.

Samtidigt framkommer återkommande utmaningar genom tidsbrist, stora arbetsgrupper, dokumentation som halkar efter, otydlighet kring verktyg och rutiner samt avsaknad eller byte av skyddsombud/ fackliga representanter.

En analys av utsagor från de 35 chefer som deltog i årlig uppföljning på sektors nivå som svarar att de *inte* har genomfört årlig uppföljning på arbetsplatsnivå, visar ett behov ökad egen kunskap om SAM. Det finns en önskan om ett förtydligande av vad skillnaden är mellan skydds rond och årlig uppföljning. Det finns en efterfrågan om en tydligare delegationsordning (vem som ansvara för vad), det efterfrågas en tydlig och enhetlig struktur för hur systematiskt arbetsmiljöarbete ska bedrivas, tydliga rutiner för riskbedömningar, hantering av tillbud, åtgärder och uppföljningar. Det efterfrågas ett kommunövergripande system och verktyg som används på samma sätt av alla, och gärna Stratsys. Behov av blanketter, mallar och enkäter som är lätta att hitta och använda samt års-hjul för arbetsmiljöarbetet.

Det som fungerar bra, ska fortsatt stärkas

- Tydliga strukturer och rutiner

Års-hjul och kalendarium som skapar systematik, stående arbetsmiljöpunkter på APT, regelbundna uppföljningar, medarbetarsamtal, hälsopuls, pulsmätningar, stöd från HR stöd från företagshälsovård, stöd från rehab samordnare och från skyddsombud.

- Närhet och dialog

Chefer beskriver att de har god löpande dialog med sina medarbetare. Friskfaktorer undersöks och följs upp. Gott samarbete i många ledningsteam och samverkansforum.

- Material och stöd som upplevs värdefullt

Stratsys, Sunt arbetsliv, checklistor, färdigt APT material, stöd från HR vid incidenter, vid tillbud samt vid risk och konsekvensanalyser.

Utmaningar, förbättringsområden

- Tidsbrist och arbetsbelastning

Många chefer beskriver att de inte hinner med dokumentation, uppföljning eller förebyggande arbete. Stora arbetsgrupper (ibland 40 till 50 medarbetare) gör det svårt att vara nära alla.

- Otydlighet eller brist på skyddsombud/ fackligt stöd

Frånvarande, avsaknad eller byte av skyddsombud hämmar samverkan. Vissa chefer saknar helt forum för arbetsmiljöarbete.

- Otydliga rutiner verktyg och dokumentations platser

Många checklistor och mallar upplevs som röriga överflödiga eller ej verksamhetsanpassade, oklart var dokument ska sparas, det efterfrågas enklare digitala verktyg och bättre tillgång till statistik till exempel tillbud och sjukfrånvaro.

- Akuta och komplexa arbetsmiljöproblem tar mycket tid

”Släcka-bränder-arbete” ersätter ofta det långsiktiga. Ökade beteendeproblem hos barn/ elev lyfts framför allt inom förskola och skola, vilket skapar risker inom verksamheten som kräver stora resurser.

- Stora organisatoriska förändringar

Omorganisationer, uppsägningar, nya lokaler och ombyten av personal har belastat cheferna och påverkat systematiken.

- Skillnader mellan enheter

Vissa enheter fungerar väl och andra saknar systematik helt, enskilt ledaransvar gör arbetsmiljöansvaret tungt för flera.

Förkortad sammanfattning, återkommande behov baserat på chefernas samlade upplevelser av sitt systematiska arbetsmiljöarbete:

1. Stärk strukturen
2. Stötta chefers arbetsbelastning och tid för systematiskt arbetsmiljöarbete
3. Stabilisera, utbilda skyddsombud
4. Ge stöd för komplexa och akuta arbetsmiljöproblem

Återkommande behov är en tydlig ingång för allt SAM-material, enhetligt SAM-års-hjul, ^{Sida 70(101)} förenklade och mer relevanta checklistor och mallar, tydligare kommunikation och framförhållning från centralt håll, bättre åtkomst till statistik (tillbud, sjukfrånvaro), mer tid och resurser för att genomföra SAM på ett hållbart sätt, SAM-veckor med fokus på riskbedömningar, rimlig chefsbemanning, stabilitet i skyddsombudsorganisationen, stöd i hantering av komplexa beteendeproblematik situationer i verksamheten.

Sammanfattade beslutade åtgärder inklusive handlingsplan

- Stratsys är **förvaltningsgemensam struktur** för SAM samt för återsrapportering till KS och nämnder. Zondera (nuvarande upphandlat, kravställt verktyg för pulsmätningar) är **förvaltningsgemensam struktur** för pulsmätningar inom arbetsmiljöområdet. Följ upp *Andel chefer som genomfört Årlig uppföljning* samt *Andel chefer som genomfört Pulsmätning*.
- *Förenkla styrning och mallar*. Under våren 2026 kommer ny produktversion av SAM i Stratsys att implementeras, HR utbildas under maj 2026, därefter chefer.
- *Följ upp deltagande på utbildningar där baskunskap är ett lagkrav*. HR har fortsatt uppföljning på deltagande samt återkoppling/ utvärdering från deltagare. Nytt upplägg för Arbetsmiljöutbildning presenteras under 2026.
- *Förbättra samverkan och stöd till/ från skyddsombud*. Rutin för förbättrad samverkan och struktur för information om skyddsombud presenterad i CSG maj 2026. Beslutad plan: detta följs upp vid Skyddskommitté september 2026.
- *Säkra chefers tid och resurser för SAM*. Avsätt konkret tid för SAM i chefsuppdraget. Dialog om placering i årshjulet i HR-organisationsledningen.
- *Prioritera hot- och våldsområdet*. Beslut i Företagshälsa Region Gävleborgs Samverkansråd i maj 2026: Prioriterat område hos Företagshälsan att ge stöd till chef att genomföra riskbedömningar. Plan: kommunicera intern chefnähet via Knutpunkten att Företagshälsan ger stöd vid risk och konsekvensbedömningar.
- *Tydliggör vad som är arbetsmiljöarbete, vad är miniminivå*. Års-hjul via ny SAM modul i Stratsys, klart hösten 2026. Inklusive riskbedömningar/ skyddsronder.
- *Förbättra systemstöd och datatillgång* för sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador. Undersökning av möjligheter och kostnader för kvalitetssäkring av data i PBI.
- *Bygg vidare på Sunt arbetsliv*. Sunt arbetsliv uppmuntras fortsatt, till exempel arbete med Friskfaktorer.

- *Stärk det emotionella stödet till chefer.* Forum för erfarenhetsöverföring, kollegialt lärande undersöks vidare. SSd 80(101)
- *Ge stöd i hur man prioriterar i komplexiteten.* Se över möjligheten i hur chefer kan få stöd i hur man prioriterar i komplexiteten.

Rekommendationer till högsta ledningen

Ledningen behöver visa att SAM är **prioriterat – inte något som görs “om tid finns”** genom att sända tydliga signaler från Kommunstyrelsen i mål, uppföljning och från nämnd i resurssättning. Vad som följs upp kommer chef att prioritera och arbetsgivare bör koppla arbetsmiljö till kompetensförsörjning, kvalitet och verksamhetsresultat.

Synliggör prioritering uppifrån genom att följa upp deltagande på utbildningar för att ohälsa och olycksfall ska kunna förebyggas och att en tillfredsställande arbetsmiljö ska kunna uppnås. KS i roll av arbetsgivare bör **kvalitetssäkra tillräckliga kunskaper** genom att säkerställa att varje chef ser till att underställd chef har genomfört av HR rekommenderade utbildning där grundläggande kunskaper är ett lagkrav, till exempel Grundläggande arbetsmiljöutbildning innan signering av arbetsmiljöuppgiftsfördelning sker.

Säkerställ tid och rimliga förutsättningar genom att följa upp en strukturell **indikator Antal medarbetare per chef**. "Goda förutsättningar för ledarskap" är en av de friskfaktorer som Arbetsmiljöverket lyfter fram som viktiga för en hållbar arbetsmiljö. Det handlar om att skapa en miljö där chefer har rätt förutsättningar att leda på ett sätt som främjar hälsa och engagemang. [Friskfaktorer som kan mätas och följas över tid](#)

Kopplat till Gävle kommuns och välfärdens kompetensförsörjningsutmaning är arbetsmiljö ett prioriterat område för att locka potentiell arbetskraft samt kunna behålla kompetent arbetskraft. Arbetsgivare som sätter arbetsmiljön högt är mer attraktiva för kompetent personal och unga tjejer värderar arbetsmiljö som viktigaste faktor i valet av arbetsgivare. [Unga och välfärdsjobben](#)

”En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Ledare och medarbetare är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling”. [SIQ Managementmodell - SIQ](#)

2. Sammanställning resultatrapporter från sektorer

Livsmiljö, rapport årlig uppföljning av SAM 2025

Inledning

Denna rapport syftar till att sammanfatta hur det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) har fungerat under 2025 inom Livsmiljö Gävle. Uppföljningen bygger på chefernas, medarbetarna och skyddsombudens upplevelser och genomförda uppföljningar under året. Uppföljning i skyddskommittén genomfördes i oktober och uppföljning i verksamheternas ledningsgrupper genomfördes december-januari. Rapporten sammanfattar identifierade styrkor, utmaningar och utvecklingsområden i arbetsmiljöarbetet.

Sammanfattande bedömning

Det systematiska arbetsmiljöarbetet under 2025 bedöms ha fungerat väl inom Livsmiljö Gävle. Arbetsmiljöarbetet beskrivs av cheferna som relevant och förankrat. Cheferna har god kunskap om arbetsmiljöansvar, riktlinjer och rutiner, och det finns etablerade strukturer för risk- och konsekvensbedömningar, skyddsronder och uppföljning. Stöd från HR upplevs som tillgängligt och ändamålsenligt.

Identifierade utmaningar

Samtidigt identifieras flera utmaningar. Tidsbrist i förhållande till det operativa uppdraget riskerar att påverka kontinuiteten i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det finns även önskemål om förbättrad uppföljning av arbetsmiljön vid hemarbete. Ett återkommande behov är dock att förbättra kommunikationen kring arbetsmiljö och säkerhet, både inom verksamheter och över sektorsgränser.

Under 2025 har det förekommit tillfällen där viktig säkerhetsinformation inte nått samtliga berörda medarbetare, tex hot mot skola. Organisatoriska förutsättningar såsom geografiskt spridda arbetsplatser, kan ibland påverka möjligheterna till närvaro, uppföljning och dialog.

Sektorövergripande utvecklingsområden

Säkerställa tillgång till skyddsombud samt erbjuda utbildning för att stärka rollen.

Ta fram ett gemensamt års-hjul med tematiskt upplägg för arbetsmiljöarbetet.

Sida 182(101)

Utveckla gemensamma checklistor tex. uppföljning av hemarbete.

Fortsätta uppföljning av genomförda omorganisationer (gå igenom Risk- och Konsekvensbedömningar) och koppla resultaten till konkreta åtgärder.

Utbildning Gävle, rapport årlig uppföljning av SAM 2025

Inledning

Denna rapport syftar till att sammanfatta hur det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) har fungerat under 2025 inom Utbildning Gävle. Uppföljningen bygger på chefernas, medarbetarna och skyddsombudens upplevelser och genomförda uppföljningar under året. Uppföljning i skyddskommittén genomfördes i februari och uppföljning i verksamheternas ledningsgrupper genomfördes i januari. Uppföljningen i verksamheternas ledningsgrupper skedde via Teams. Rapporten sammanfattar identifierade styrkor, utmaningar och utvecklingsområden i arbetsmiljöarbetet.

Sammanfattande bedömning

Över lag har det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerat bra under året. Många beskriver att det finns strukturer, rutiner och års-hjul som skapar systematik och kontinuitet. Som goda exempel lyfter man fram att APT, samverkan och samarbetet med skyddsombud har fungerat bra under året. Regelbundna uppföljningar och måndetemperaturer har bidragit till en god dialog och en tydlig systematik. Arbetsmiljöfrågor tas kontinuerligt upp i verksamheterna och de tar hjälp av olika verktyg, till exempel Stratsys, Forms och Sunt Arbetsliv.

Identifierade utmaningar

Det framkommer att stora arbetsgrupper och tidsbrist är återkommande utmaningar. När det gäller chefers arbetsmiljö upplever man att det finns utmaningar kopplat till den digitala arbetsmiljön. Det finns utmaningar kopplade till Stratsys. Dokumentationen i Stratsys upplevs ibland som tidskrävande och svår. Det finns även utmaningar kopplat till att alla enheter inte finns med i Stratsys.

Sektorövergripande utvecklingsområden

Gemensamma fysiska utbildningar för fackligt förtroendevalda och chefer efterfrågas.

Digital arbetsmiljö.

Tydligare rutiner på kommunövergripande nivå.

Samverkan fungerar över lag bra. I ett led att ytterligare stärka och utveckla samverkan kommer Utbildning Gävle att se över möjligheten till en partsgemensam utbildning i samverkansavtalet.

Styrning och stöd, rapport årlig uppföljning av SAM 2025

Inledning

Denna rapport syftar till att sammanfatta hur det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) har fungerat under 2025 inom Styrning och stöd Gävle. Uppföljningen bygger på chefernas, medarbetarna och skyddsombudens upplevelser och genomförda uppföljningar under året. Uppföljning i skyddskommittén genomfördes i februari 2026 och uppföljningen med SG:s chefer genomfördes i januari 2026. Rapporten sammanfattar identifierade styrkor, utmaningar och utvecklingsområden i arbetsmiljöarbetet.

Sammanfattande bedömning

Det systematiska arbetsmiljöarbetet under 2025 bedöms ha fungerat väl inom Styrning och stöd Gävle. Cheferna beskriver att arbetsmiljöarbetet överlag fungerar bra. Arbetet följs upp löpande vid APT. Vid behov finns utbildningsmaterial i Kompetensen samt stöd från HR. Cheferna har god kunskap om arbetsmiljöansvar. Fördelning av arbetsmiljöuppgifter finns. Chefer och medarbetare har tillräckliga kunskaper om arbetsmiljön och det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Det görs undersökning av arbetsmiljöförhållanden i form av checklistor och skyddsronder, riskbedömningar och upprättande av skriftliga handlingsplaner. Skyddsombuden upplever att cheferna har blivit bättre på att göra Risk och konsekvensanalyser. Tillbud och olyckor rapporteras, utreds och uppföljning av att

genomförda åtgärder har fått avsedd effekt sker. Majoriteten av medarbetarna känner till att tillbud och olyckor ska registreras i Stella. Vid behov anlitas extern sakkunskap inom arbetsmiljöområdet.

Identifierade utmaningar

Samtidigt identifieras flera utmaningar. Uppgiftsfördelningen gällande skyddsrondd skulle kunna vara tydligare främst kopplat till gemensamma lokaler och brandskyddsarbete. Tidsbrist på grund av verksamhetsfrågor. Det finns ett önskemål om mer proaktiv vägledning från HR, ett års-hjul med påminnelser om deadlines etc. I verksamheten även rapportera tillbud som är kopplade till OSA. Skyddsombuden lyfter ett behov av obligatoriska pulsmätningar för att regelbundet undersöka arbetsmiljön.

Välfärd Gävle, synpunkter från skyddskommitté

1. Rekrytering och stöd till skyddsombud

- Undersök vilka förutsättningar som krävs för att fler ska vilja åta sig uppdraget som skyddsombud.
- Ta fram bättre informations- och utbildningsmaterial, både på central nivå och anpassat för olika sektorer.

2. Stöd och utbildning till chefer

- Chefer behöver kontinuerlig handledning i sitt dagliga arbete, inte bara i arbetsmiljöfrågor.
- Säkerställ att cheferna aktivt samarbetar med sina skyddsombud. Undersök också om det finns relevant stödmaterial och information på organisationswebben.

3. Utbildning och fortbildning

- Erbjud fler aktiviteter och utbildningar riktade till både chefer och skyddsombud.
- Nuvarande arbetsmiljöutbildning upplevs som otillräcklig; den bör utökas till fler dagar.
- Använd Sunt arbetslivs utbildningspaket i större utsträckning.

4. Administrativ börda

- Chefer har idag för många system att hantera, vilket kan försvåra arbetsmiljöarbetet.

Kortfattad analys av chefer Valfärd Gävles svar i enkät, SAM 2025

- **Övervägande positivt:** Majoriteten upplever att det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar bra eller mycket bra.
- **Tydliga förbättringsområden:** Tidsbrist, otydlighet, brist på skyddsombud och efterfrågan på bättre rutiner och stödmaterial återkommer ofta.
- **Uppföljning genomförs:** Ca 4 av 5 har gjort årlig uppföljning, men det finns arbetsplatser där det inte genomförts – ofta pga. kända hinder som tid, stöd och resurser.
- **Stort engagemang:** Många ger konkreta förslag på förbättringar, vilket visar en vilja att utveckla arbetet vidare.

Omvårdnadsnämnden

Sammanträdesdatum 2026-05-26

§ 81 Anmälningssärenden

Diarienummer: 26ON80

Handlingar i ärendet

- Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Boende och omvårdnad, dnr 26ON80-9
- §2 KF Godkännande av kommunens Årsredovisning år 2025, dnr 26ON80-35
- Riktlinje - Publicering av bilder, filmer och ljudupptagningar som innehåller personuppgifter, dnr 26ON80-37
- §5 KF Riktlinje för publicering av bilder, film och ljudupptagningar innehållande personuppgifter, dnr 26ON80-38
- §7 KF Reglemente för Gävle kommuns nämnder samt förändrad nämndsorganisation, dnr 26ON80-34
- §4 KF Uman anpassning av lokal, behov av utökad investeringsbudget 2026, dnr 26ON80-36

Justerare			Utdragsbestyrkande
		<i>OK</i>	Exp 2026 -06- 01 <i>AW</i>

Revisionsberättelse för omvårdnadsnämnden 2025

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat den verksamhet som bedrivits av omvårdnadsnämnden. Granskningen har utförts av sakkunniga som biträder revisorerna.

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

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och reglemente för revisorerna i Gävle kommun. Granskningen har haft den omfattning och inriktning samt givit det resultat som redovisas i bifogade granskningar och i revisorernas årsredogörelse. Under året har grundläggande granskning en fördjupad granskning och en uppföljande granskning genomförts.

Den grundläggande granskningen visar att omvårdnadsnämnden uppnår 10 mål och sju mål är nära att uppnås men uppfylls inte helt. Vår bedömning, som kvarstår från föregående år, är att nämnden behöver säkerställa att åtgärder vidtas vid risk för att mål inte uppnås. Årets granskning visar att det delvis framgår av protokoll eller annan handling vilka åtgärder som har vidtagits vid avvikelser i måluppfyllelsen. Av protokollen behöver det tydligt framgå vilka åtgärder nämnden beslutar att vidta med anledning av avvikelser i måluppfyllelsen, alternativt om inga åtgärder kommer vidtas. Vidare visar granskningen att nämnden har i enlighet med kommunstyrelsens anvisningar reviderat sin verksamhetsplan och kompletterat den med finansiella mål och tillhörande indikatorer.

Den grundläggande granskningen visar att nämnden redovisar ett positivt resultat om 31,8 mnkr över budget. Vi noterar att nämnden redovisar väsentligt bättre resultat i år jämfört med föregående år då nämnden redovisade ett negativt resultat om 9,7 mnkr. Under året har det ekonomiska utfallet följts upp löpande. Vidare visar den grundläggande granskningen av nämndens arbete med intern kontroll att plan för intern styrning och kontroll har bestått av risker och kontrollmoment, vilka sedan regelbundet och systematiskt följts upp under året.

Den fördjupade granskningen av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare visar att det finns en organisering med en tydlig central struktur, definierade roller och ansvar enligt styrdokument. Samtidigt visar granskningen att det finns ett antal begränsningar som påverkar hur väl organisationen fungerar i praktiken. Exempel på begränsningar är brist på resurser och ej beslutad uppföljningsplanering av nämnden. De finns dokumenterade riktlinjer, rutiner, stödmaterial

KOMMUNREVISIONEN

Gävle kommun, 801 84 GÄVLE, Besöksadress Rådhusorget 1

Tfn 026-17 80 00

och processer för både avtalsförvaltning och avtalsuppföljning. Alla dessa dokument tillämpas inte konsekvent i granskningens berörda verksamhet. Det saknas rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Nämnden har till viss del i avtal eller annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll av privata utförare. 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. Uppföljningen av privata utförare sker inte fullt ut i den omfattning eller med den kvalitet som styrdokumentet förutsätter. Till viss del sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet, men genomförs inte alltid med den systematik och omfattning som krävs. Sammantaget visar granskningen att det föreligger brister som behöver åtgärdas. Detta är särskilt angeläget med hänsyn till att en betydande del av verksamheten utförs av privata utförare.

Den uppföljande granskningen av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst¹ visar att omvårdnadsnämnden inte helt har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. Revisorerna ser positivt på att omvårdnadsnämnden arbetat på olika sätt med rekommendationerna, men att arbete kvarstår.

Vi bedömer att nämndens verksamhets har skötts på ett delvis ändamålsenligt sätt. Vi bedömer att nämndens verksamhet från ekonomisk synpunkt har skötts på ett tillfredsställande sätt. Vi bedömer att interna kontrollen har varit delvis tillräcklig.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för omvårdnadsnämnden.

Vi åberopar bifogade rapporter.

Gävle, datum enligt digital signatur

Eva-Karin Hamilton	Tord Jansson	Yvonne Bäckius
Ann-Katrin Myles	Arne Övrelid	Rosalie Carlén
Kenneth Levin	Lotta Lagnander	Fredrik Sollenborn

Bilagor:

- Bedömningskriterier och bedömningsskala
- Grundläggande granskning
- Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare
- Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

¹ Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst genomfördes 2023.

Bilaga – Bedömningskriterier och bedömningsskala

Bedömningskriterier

Revisorernas uppdrag är att pröva verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, och om nämndens interna kontroll är tillräcklig. Granskningen skall vara så ingående och omfattande som god sed vid detta slag av granskning kräver. Nedan redovisas de kriterier² som ligger till grund för revisorernas bedömningar i revisionsberättelsen.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att:

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att det finns en styrning och systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner, som på en rimlig nivå säkerställer att:

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

Bedömningsskala

En fyrgradig bedömningsskala används för bedömning av ovanstående bedömningskriterier.

Verksamhet	Ekonomi	Intern kontroll	Förklaring
Ändamålsenlig	Tillfredsställande	Tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms vara uppfyllda.
I huvudsak ändamålsenlig	I huvudsak tillfredsställande	I huvudsak tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms vara i huvudsak uppfyllda. Det förekommer avvikelser som behöver åtgärdas.
Delvis ändamålsenlig	Delvis tillfredsställande	Delvis tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms vara delvis uppfyllda. Det finns brister som behöver åtgärdas.
Inte ändamålsenlig	Inte tillfredsställande	Inte tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas snarast.

² SKR:s god revisionssed.

Signering

Sid 190(191)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-05-03 19:49

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-05-03 22:38

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-05-04 19:59

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Ann Katrine Myles

Datum: 2026-05-03 21:14

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: PER ARNE ÖVRELID

Datum: 2026-05-05 13:26

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Rosalie Carlén

Datum: 2026-05-04 16:07

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-05-03 19:21

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Lotta Lagnander

Datum: 2026-05-04 08:25

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

Namn: Fredrik Sollenborn

Datum: 2026-05-03 20:30

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B0ADF61C897574A2CA41B25AF6DEA14627F416D3C01D901628AF7109044846C1

