



# Översikt över kommunrevisionens granskningar

## Översikt

Samtliga granskningar har översänts till och delgivits respektive nämnd

<b>Grundläggande granskningar</b>	<b>Revisionsobjekt</b>
Grundläggande granskning <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisionskontorets granskning</li> <li>- PwC:s granskning</li> </ul>	Samtliga nämnder
<b>Fördjupade granskningar</b>	<b>Revisionsobjekt</b>
Granskning av brottsförebyggande arbetet	Kommunstyrelsen
Granskning av finansförvaltning	Kommunstyrelsen
Nära vård – Granskning av samverkan kring undvikbar slutenvård för äldre på särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård	Omvårdnadsnämnden
Granskning av orosanmälningar/barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa	Socialnämnden och utbildningsnämnden
Granskning av vinterväghållning	Samhällsbyggnadsnämnden
<b>Revisionsrapport &amp; uppföljande granskningar</b>	<b>Revisionsobjekt</b>
Uppföljande granskning av intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar	Kommunstyrelsen
Uppföljande granskning av avtalshantering	Flertalet nämnder
Uppföljning granskning samgranskning hemsjukvård	Omvårdnadsnämnden
Uppföljning av revisionsrapport avseende granskning av exploateringsredovisning	Kommunstyrelsen



# Grundläggande granskning 2024

# 1 Sammanfattning

Nedan anges den sammanfattande bedömningen utifrån granskningsresultatet. I aktuellt kapitel för respektive nämnd beskrivs iakttagelser och bedömningar.

<b>Styrelse/nämnd</b>	<b>Verksamhet</b>	<b>Intern kontroll</b>
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	Inte helt ändamålsenlig	Tillräcklig
Socialnämnden	Inte helt ändamålsenlig	Tillräcklig
Omvårdnadsnämnden	Inte helt ändamålsenlig	Tillräcklig
Kultur- och fritidsnämnden	Ändamålsenlig	Tillräcklig
Samhällsbyggnadsnämnden	Ändamålsenlig	Tillräcklig
Utbildningsnämnden	Ändamålsenlig	Tillräcklig
Kommunstyrelsen	Ändamålsenlig	Tillräcklig
Överförmyndarnämnden	Inte helt ändamålsenlig	Inte helt tillräcklig
Jävsnämnden	Ändamålsenlig	Tillräcklig
Valnämnden	Ändamålsenlig	Tillräcklig
Gemensam nämnd för verksamhetsstöd	Inte bedrivet någon verksamhet under året.	

# Innehåll

1	Sammanfattning .....	2
2	Inledning.....	4
3	Kommunplan och anvisningar .....	6
4	Program för privata utförare.....	9
5	Intern styrning och kontroll .....	9
6	Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.....	11
7	Socialnämnden.....	17
8	Omvårdnadsnämnden.....	21
9	Kultur- och fritidsnämnden.....	26
10	Samhällsbyggnadsnämnden .....	30
11	Utbildningsnämnden.....	33
12	Överförmyndarnämnden .....	36
13	Jävsnämnden.....	40
14	Valnämnden .....	43
15	Gemensam nämnd för verksamhetsstöd .....	46
16	Kommunstyrelsen .....	47
17	Svar på revisionsfrågor .....	53
18	Bilaga 1 – Översikt över styrmodellens kommunövergripande mål och målnedbrytningar och indikatorer .....	54

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund

Revisorerna granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionsred all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden. De granskar på samma sätt, genom de revisorer eller lekmanrevisorer som utsetts i juridiska personer enligt kommunallagen 10 kap. 2–6 §§, även verksamheten i de juridiska personerna. Den grundläggande granskningen är en del av den granskning som genomförs och syftar till att ge de förtroendevalda revisorerna en grund för beslutet att till- eller avstyrka ansvarsfrihet för nämnden i rapporteringen till kommunfullmäktige. Den ska också ge ett underlag till om kritik eller anmärkning ska framföras till nämnden.

I denna rapport tar den yrkesrevisor som är sakkunnigt biträde ställning till de grundläggande frågorna om:

- verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt,
- den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig

#### 2.1.1 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett tillräckligt underlag för deras bedömning om nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig. För att ge ett underlag ska följande frågor besvaras:

- Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt att verksamheten styrs utifrån kommunfullmäktiges mål och riktlinjer samt kommunstyrelsens anvisningar?
- När kommunstyrelsen och nämnderna måluppfyllelsen för verksamheten?
- Har nämnderna en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?
- Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i enlighet med kraven i kommunallagen samt kommunfullmäktiges riktlinjer?

#### 2.1.2 Avgränsning

Revisionskontoret har granskat verksamhet och intern styrning och kontroll, medan PwC har granskat ekonomi och ekonomistyrning. PwC:s granskning avrapporteras i en separat rapport.

Granskning av om räkenskaperna är rättvisande beskrivs i granskningsrapporterna för Gävle kommuns delårsrapport och årsredovisning.

Eventuella fördjupade granskningar rapporteras i separata revisionsrapporter. I denna granskning finns vissa hänvisningar till dessa revisionsrapporter.

### 2.1.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som utgör underlag för de analyser, slutsatser och bedömningar som görs av yrkesrevisorn. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §.
- Kommunplan 2024: Se kapitel 3.
- Kommunstyrelsens anvisningar: Se kapitel 3.
- Program för privata utförare: Se kapitel 4.
- Riktlinjer för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag: Se kapitel 5.
- Kommunstyrelsens och nämndernas reglemente: Se respektive kapitel i rapporten.

### 2.1.4 Metod

Den grundläggande granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Vidare har ett dialogmöte genomförts med ett urval av nämnder<sup>1</sup> där revisorer sakkunniga och nämnden samt tjänstemän träffats. Övriga nämnder har ombetts att svara på skriftliga frågor.

### 2.1.5 Projektorganisation

Granskningen har utförts av Andreas Halvarsson (revisionschef) och Sara Torkelsson (administrativt stöd till revisionskontoret).

### 2.1.6 Prövning av oberoende och integritet

Båda har utfört en prövning av de sakkunnigas oberoende enligt SKYREVs Rekommendation nr 2. Prövningen visar på att inget hot föreligger mot oberoendet.

### 2.1.7 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring av granskningen har skett genom avstämning/uppföljning med verksamheten så att ingen uppgift saknats eller misstolkats.

### 2.1.8 Bedömningsskala

Nedan anges den bedömningsskala som används för att tydliggöra granskningsresultatet i förhållande till angivna revisionskriterier. Begreppen (ändamålsenlig, tillfredsställande och tillräcklig) är hämtade ur kommunallagens 12:e kapitel där det anges vad revisorerna ska ta ställning till.

---

<sup>1</sup> Kommunrevisionen planerar årligen in ett dialogmöte med nämnden som ett led i den grundläggande granskningen. Inför dialogmötet ombads nämnden att inkomma med skriftliga svar på frågor från kommunrevisionen som behövs för den grundläggande granskningen. Frågorna diskuterades sedan med nämnden under dialogmötet. Under året genomfördes dialogmöten med följande nämnder: kommunstyrelsen, utbildningsnämnden, arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, socialnämnden, omvårdnadsnämnden, kultur- och fritidsnämnden och samhällsbyggnadsnämnden.

Bedömningsbegrepp	Verksamhet
Ändamålsenlig verksamhet Tillfredsställande ekonomi Tillräcklig intern kontroll	Revisionskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser som behöver åtgärdas.
Inte helt ändamålsenlig verksamhet Inter helt tillfredsställande ekonomi Inte helt tillräcklig intern kontroll	Revisionskriterierna är inte helt uppfyllda. Det finns brister som behöver åtgärdas.
Inte ändamålsenlig målstyrning Inte tillfredsställande ekonomi Inte tillräcklig intern kontroll	Revisionskriterierna är inte uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas. Bristerna kan aktualisera frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet.

## 3 Kommunplan och anvisningar

### 3.1 Beredning av kommunplan 2024 och anvisningar för verksamhetsplan samt verksamhetsrapport per helår

I intervju beskrivs att arbetet med att revidera styrmodellen påbörjades under våren 2023. Sedan tidigare har kommunstyrelsen fått olika uppdrag att revidera styrmodellen.<sup>2</sup> Arbetet kan betraktas som en fortsättning på tidigare uppdrag fast i större omfattning och med annan inriktning. I arbetet deltog representanter från majoriteten och sektor Styrning och stöd. Även representanter från andra sektorer och bolag deltog i arbetet. Berörda tjänstemän på ekonomiavdelningen styrde och ledde arbetet. Enligt intervjuad var skälen till revideringen flera. Ena skälet var revisorernas kritik i revisionsberättelse 2022<sup>3</sup>. Ett annat skäl var behov av förändrad styrning. Inriktningar för arbetet var att: a) ta bort politiska uppdrag och ersätta dessa med målnedbrytningar samt indikatorer, b) tydliggöra fullmäktiges respektive nämnders och bolags mål, c) inte utöka antalet mål och d) öka kvaliteten i styrmodellen genom förbättrad mätning och uppföljning. I arbetet ingick jämförelse och utblick över andra kommuners styrmodeller.

Den 19 juni 2023 beslutade kommunstyrelsen om preliminära ramar för 2024 (med utblick 2025–2027). I juli 2023 kompletterades beslutet med anvisningar<sup>4</sup> som Styrning och stöd skickade ut till nämnder och bolag. Beslutet och anvisningarna innehöll inget förslag på styrmodell (inklusive mål) utan angav i stället att arbetet med att revidera styrmodellen kommer vara färdigt i oktober 2023. Detta för att arbetet skulle kunna vävas in i kommunplan för 2024. Enligt anvisningarna skulle de kompletteras med nya anvisningar i augusti, av intervju framkommer dock att dessa nya anvisningar inte togs

<sup>2</sup> Kommunstyrelsen har under perioden 2021–2023 fått olika uppdrag att revidera och utveckla styrmodellen.

<sup>3</sup> Dnr: 22rek9

<sup>4</sup> Diarienummer anges inte. Daterad 2023-07-16.



fram. Enligt tidplan för nämnders och bolags verksamhetsplan ska denna vara beslutad senast den 31 december 2023.

Under hösten fortsatte arbetet, majoriteten svarade för att arbeta fram: mål, målnedbrytningar och indikatorer. Majoriteten svarade även för tilldelning av målnedbrytning till aktuell nämnd. Enligt intervju motsvarar målnedbrytningen en prioritering utifrån majoritetens inriktning för mandatperioden. Målnedbryningens syfte är att tydliggöra styrningen från de kommunövergripande målen till nämnders och bolags mål. Parallellt med majoritetens arbete uppger intervjuad att berörda tjänstemän på sektorer och bolag fått information om det pågående arbetet och strukturen för styrmodellen. I oktober presenterade majoriteten förslag till kommunplan för 2024. I förslaget beskrivs de fem kommunövergripande målen, samma mål som tidigare, och målnedbrytningar.

Parallellt med ovan beskrivning arbetade nämnder och bolag med framtagande av sin verksamhetsplan utifrån tidigare beskriven tidplan. Intervjuad beskriver att bolagen (inom Gävle Stadshus AB-koncernen) hade kommit längre i sitt arbete varav styrningen till dem var att ansvara för minst en målnedbrytning. Fullmäktige har inte bestämt vilken/vilka målnedbrytning(ar) som bolagen ska väva in i sin verksamhetsplan.

Jämsides nämnders och bolags arbete med verksamhetsplanen beskrivs det att sektor Styrning och stöd anpassade verksamhetssystemet Stratys till den nya styrmodellen (med förändrade mål, målnedbrytningar och indikatorer).

### 3.1.1 Kommunplan 2024

I november 2023 beslutade fullmäktige att:

- Fastställa kommunplan med tillhörande mål, målnedbrytningar och indikatorer.
- Uppdra förvaltningen att återkomma med förslag på mätbara indikatorer till delårsrapport 1.
- Nämnder och bolag skall avlämna månads-, delårsrapporter och årsredovisning enligt tidsplaner och anvisningar från sektor Styrning och stöd.

I mars 2024 kompletterades kommunplanen. Kompletteringen innebar att i princip samtliga indikatorer fick ett nuläge och målvärde (2024). Därtill ersattes en målnedbrytningsindikator, under det kommunövergripande målet om Kraftigt förbättrade resultat, med nya indikatorer.

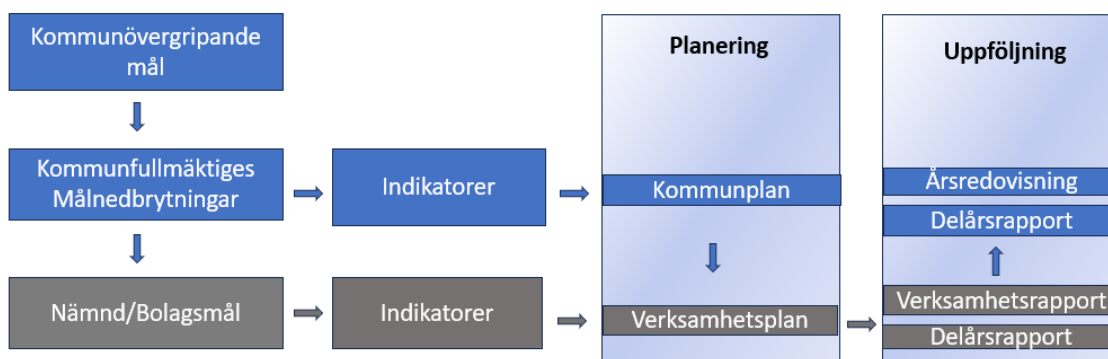
I januari 2024 skickade sektor Styrning och stöd ut anvisningar<sup>5</sup> till nämnder och bolag för deras arbete med verksamhetsplan och indikatorer. Anvisningarna innehöll en förnyad tidsplan där verksamhetsplanen skulle vara beslutad i nämnd eller bolagsstyrelse senast 26 februari. Intern kontrollplan skulle vara beslutad senast 30 april.

## 3.2 Kommunplan 2024 och styrmodell

Styrmodellen beskrivs i kommunplanen och i anvisningar. Figuren nedan illustrerar styrmodellen (med styrning och uppföljning).

---

<sup>5</sup> Diarienummer anges inte, datering: 2024-01-12.



(Figuren är från sektor Styrning och stöd)

### 3.2.1 Kommunövergripande mål och målnedbrytningar

Fullmäktiges mål är koncernövergripande och gäller för valperioden. Det beskrivs att styrmodellen ska bidra till att skapa en helhetsbild och en röd tråd från fullmäktiges mål ner till verksamheternas dagliga arbete. De fem kommunövergripande målen kompletteras med finansiella mål. De kommunövergripande målen är:

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

De finansiella målen är:

- God ekonomisk hushållning.
- Resultatet ska långsiktigt uppgå till minst 1% av skatteintäkterna.
- Kommunkoncernen har en långsiktig tillväxt i balans.
- Skattefinansierade investeringar har långsiktigt en hög självfinansieringsgrad.

Som det framgår av bilaga 1 beskriver kommunplanen vilken målnedbrytning som aktuell nämnd ska tillämpa. Bolagen väljer själva vilka av de 21 målnedbrytningar som är tillämpliga, dock ska bolaget tillämpa minst en målnedbrytning.

Nämnd-/bolagsmåls motsvarar nämndens eller bolagets arbete. Enligt anvisningarna ska målnedbrytningen/målnedbrytningarna brytas ner till nämndens eller bolagets egen målnedbrytning/egna målnedbrytningar. Anvisningarna anger att fullmäktiges målnedbrytningar inte får kopieras rakt av utan ska formuleras på ett sådant sätt att de blir nämndens/bolagets egna.

Nämnd och bolag planerar sina egna mål och kan själva formulera tillämpliga indikatorer. Det finns inget krav på att nämnden eller bolaget ska ha indikatorer. En eller flera indikatorer kan kopplas till ett mål. Flera indikatorer innebär att indikatorerna ska vägas och värderas i vilken utsträckning måluppfyllelse skett. Denna värdering behöver beskrivas på ett tydligt sätt. Vidare beskrivs att indikatorer ska ge stöd till målanalys och bedömning av måluppfyllelsen. Enligt anvisningarna kan indikatorerna anges med målvärden. Dock ska indikatorerna vara mätbara. Till indikatorerna kan en kort definition beskrivas så att läsaren förstår vad som mäts.

### 3.2.2 Bedömning

Den nya styrmodellen har inneburit förändringar för nämnder och bolags arbete med verksamhetsplan och uppföljningar (delårsrapport 1 och 2 samt verksamhetsrapport per helår). Granskningen visar att vissa verksamhetsplaner antagits och sedan reviderats.

Vi bedömer det som viktigt att kommunstyrelsen i beredning av kommunplanen målnedbrytningar säkrar att målnedbrytningen överensstämmer med nämndens eller bolags ansvar och uppgifter. Som granskningen visar har arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, omvårdnadsnämnden, socialnämnden och Gävle Stadshus AB inte brutit ner vissa tilldelade målnedbrytningar. Granskningen visar att varken styrmodellen eller anvisningar beskrivet hur en nämnd eller bolag ska återrapportera om en eller flera målnedbrytning(ar) inte kan brytas ner i egna mål.

### 3.2.3 Anvisningar för verksamhetsrapport per helår

Anvisningar för verksamhetsrapport per helår<sup>6</sup> togs fram av sektor Styrning och stöd i december 2024. Enligt anvisningarna ska verksamhetsrapporten vara färdig senast den 28 februari 2025. Anvisningarna anger att den så kallade målanalysen ska vara en beskrivande text om vad som uppnåtts under perioden och vad som kan förbättras för att uppnå målet. Målanalysen beskrivs bestå av två delar:

- Nämndens eller bolagets verksamheter: en beskrivning av de viktigaste aktiviteterna som genomförts för att uppnå målet och vad som kan förbättras.
- Analys av indikatorerna: analysering av utfallet eller den bedömda statusen på indikatorerna.

Vidare anger anvisningarna att måluppfyllelsen bedöms genom en sammanvägning av vad som genomförts för att uppnå målet och utfallet samt status på indikatorerna. För måluppfyllelsen används en tregradig skala:

- Grönt: målet är uppnått.
- Gult: målet är nära att uppnås, men uppfylls inte helt.
- Rött: stor avvikelse mot målet.

## 4 Program för privata utförare

Programmet, som fortsatt gäller för denna mandatperiod, anger kommunstyrelsens och nämndernas ansvar för att kontrollera och följa upp privata utförare. Detta ansvar ska utföras inom ramen för den årliga verksamhetsplaneringen och särskilt arbetet med riskanalys. I riskanalysen ska det framgå hur styrelsens eller nämndens verksamhet säkerställer tillräcklig insyn, uppföljning och kontroll av privata utförare.

## 5 Intern styrning och kontroll

Riktlinjer för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag<sup>7</sup> antogs av kommunfullmäktige den 12 december 2022. Riktlinjerna gäller för kommunkoncernen

<sup>6</sup> Daterad 2024-12-04, diarienummer saknas.

<sup>7</sup> Dnr: 22KS245

exklusive delägda bolag och kommunala förbund. Av riktlinjen framgår att kommunkoncernen tillämpar ramverket/modellen COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission). Ramverket/modellen består av tre mål<sup>8</sup>:

1. Ändamålsenlig och effektiv verksamhet.
2. Efterlevnad av externa och interna regelverk.
3. Tillförlitlig redovisning och rapportering.

För att uppnå dessa tre mål består den interna styrningen och kontrollen av fem komponenter<sup>9</sup>:

1. Styr-och kontrollmiljö,
2. Riskvärdering,
3. Kontrollaktiviteter,
4. Information och kommunikation,
5. Utvärdering och uppföljning.

## **5.1 Organisation och roller**

Riktlinjen anger organisation och roller i den interna styrning och kontrollen.

### **5.1.1 Kommunstyrelsen**

Kommunstyrelsens roll är dels att säkerställa att det finns övergripande riktlinjer för intern styrning och kontroll, dels bistå nämnder och bolag vid frågor om intern styrning och kontroll. Kommunstyrelsen har även ansvaret att upprätta en organisation kring intern kontroll inom kommunkoncernen. Vidare har kommunstyrelsen rätt att utfärda närmare instruktioner och anvisningar för arbetet med intern styrning och kontroll.

### **5.1.2 Nämnderna och bolagsstyrelser**

Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde.

Bolagsstyrelserna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda bolagsstyrelsen har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde.

### **5.1.3 Sektorchef och verkställande direktör**

Riktlinjen anger att sektorchef och verkställande direktör (vd) inom nämndens eller bolagets verksamhetsområde vid behov, kan ta fram egna riktlinjer och anvisningar. Sektorchef eller vd är skyldig att löpande rapportera till nämnden eller bolagsstyrelsen om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare i riktlinjen anges rollbeskrivning för verksamhetsansvariga och övriga anställda.

---

<sup>8</sup> I riktlinjen förklaras hur varje mål ska uppnås.

<sup>9</sup> I riktlinjen beskrivs de fem komponenterna och hur de ska genomföras samt utformas.

#### 5.1.4 Revisorerna

Revisorernas ansvar är begränsat till att granska om den interna styrningen och kontrollen är tillfredsställande.

#### 5.1.5 Uppföljning

Varje nämnd och bolag ska, utifrån kommunstyrelsens tillämpningsanvisningar och tidplan, kontinuerligt dokumentera de tidigare beskrivna fem komponenterna. Vidare ska varje nämnd och bolag årligen följa upp komponenterna genom utvärdering och uppföljning. Denna utvärdering samt uppföljning ska antas av nämnden eller bolagsstyrelsen året efter verksamhetsåret.

Kommunstyrelsen ska, utöver sin egen utvärdering och uppföljning, göra en övergripande analys över nämndernas och bolagens utvärdering tillika uppföljningar som en del av styrelsens uppsiktsroll. Den övergripande analysen ska beslutas i kommunstyrelsen året efter verksamhetsåret.

## 5.2 Inriktning för 2024 års arbete med intern styrning och kontroll

För arbetet med intern styrning och kontroll finns systemstödet Stratys. I systemet upprättas dels riskanalys tillika internkontrollplan, dels utvärdering tillika uppföljning. Som tidigare beskrivits har kommunstyrelsen i sina anvisningar angett olika datum för arbetet med intern styrning och kontroll.

Kommunstyrelsen beslutade den 10 juni 2024<sup>10</sup> att nämndernas internkontrollplan ska kompletteras med kontrollmoment som säkrar att rekryteringsprocesser (vikarieanskaffning och nyrekrytering) endast genomförs om en budget i balans klaras. Granskningen visar att beslutet inte införlivats i anvisningar för delårsrapport 2. Granskningen visar också att vare sig kommunstyrelsen eller någon nämnd kompletterat sin internkontrollplan med kontrollmoment rörande rekryteringsprocesser.

# 6 Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

## 6.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet ansvarar nämnden för kommunens uppgifter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och för ärenden om försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd för livsföringen i övrigt enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Nämnden fullgör också en socialnämnds uppgifter enligt socialtjänstlagen för personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och verka för att dessa människor får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Utöver vad som föreskrivs i

<sup>10</sup> § 143 Delårsrapport 1 2024 för kommunen och de kommunala bolagen (dnr 24KS25). Kommunstyrelsen fattade beslutet som en del i beslutet att ge nämnderna i uppdrag att verkställa åtgärder som minskar personalkostnaderna i syfte att uppnå en budget i balans.

första stycket fullgör nämnden de uppgifter som följer av 5 kap. 7–8 a §§ socialtjänstlagen. Vidare är nämnden huvudman för den kommunala vuxenutbildningen, vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och arbetslöshetsnämnd och ansvarig för vissa andra uppgifter.

## 6.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 6.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari?	<p>Ja. Verksamhetsplan antogs den 21 februari 2024. Av verksamhetsplanen framgår att verksamhetsplanen är upprättad i enlighet med dels målstrukturen i kommunplanen, dels anvisningarna. I nämndens protokoll den 21 februari 2024 anges att nämnden beslutar om mål där nämnden kan stödja den samlade målanalysen. För att kunna göra en uppföljning och analysera målen så stöds de av indikatorer eller av en kvalitativ utvärdering.</p> <p>Nämndens verksamhetsplan reviderades den 25 september. Revideringen, som var mot bakgrund av kommunrevisionens granskning<sup>11</sup>, innebar en komplettering av mål och indikatorer samt målvärde för det kommunala aktivitetsansvaret.</p>
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Delvis. Som bilaga 1 visar har nämnden inte brutit ned 8 av 17 målnedbrytningar. För dessa 8 målnedbrytningar anges "ej tillämplig". Detta förklaras av, enligt uppgift, att målnedbrytningarna inte helt överensstämmer med nämndens verksamhet.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	<p>Ja. Enligt uppgift i samband med dialogmöte har fokus i arbetet med verksamhetsplanen varit att identifiera relevanta målformuleringar under respektive målnedbrytning.</p> <p>Beskrivningarna i verksamhetsplanens avsnitt för mål och indikatorer är på "rubriknivå". Beskrivningar till mål eller hur målen ska genomföras, genom aktiviteter eller motsvarande, anges inte i verksamhetsplanen. Detta förklaras av, enligt uppgift, den korta beredningstiden från att anvisningar skickades ut och nämndens beslut om verksamhetsplan. Vidare anges att vissa målnedbrytningar är så pass detaljerade att det inte funnits behov av ytterligare beskrivningar vad som ska genomföras för att uppnå målet.</p>

<sup>11</sup> Granskning av likvärdigt arbete med skolnärvaro på gymnasiet samt kommunens aktivitetsansvar.

Indikatorer <sup>12</sup>	<p>Vissa indikatorer är inte helt konkretiserade vilket försvårar förståelsen vad indikatorn ska mäta. Exempel på sådana indikatorer är: "utvärdering av aktiviteter och arbete (se 2.1.3.2 i verksamhetsplan)", "genomföra (se 2.3.3.2 i verksamhetsplan). För vissa indikatorer anges målvärdet "god" respektive "ja". För en indikator anges att antalet yrkesutbildningar ska öka fastän målvärdet är detsamma som i föregående års utfall.</p> <p>Det beskrivs inte hur indikatorerna ska mätas.</p> <p>Ovanstående noteringar gjordes även i föregående års grundläggande granskning.</p>
---------------------------	---

## 6.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapporten antogs av nämnden den 26 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. Däremot varierar målanalysen och dess beskrivningar. Det finns exempel där beskrivningen i målanalysen är kortfattad, vilket därmed inte förklarar måluppfyllelsen på ett tydligt sätt (se 3.2 i verksamhetsrapporten). Det finns också exempel på beskrivningar som anger hur verksamheten bedrivs och inte explicit vad som genomförts under året för att uppnå målet (målnedbrytningen), se 3.10 i verksamhetsrapporten. Vidare finns exempel där beskrivningarna är mera utförliga samtidigt som det anges närmare vad som genomförts under året för att uppnå målet (målnedbrytningen).
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Delvis. Nämnden uppnår sju (grönt) av sina 15 mål (målnedbrytningar) medan sju mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot mål (rött).
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	Ja. Däremot blir den sammanvägda bedömningen otydlig utifrån följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eftersom verksamhetsplanen saknar beskrivningar till mål (målnedbrytningar) eller hur de ska genomföras blir det svårt att verifiera aktiviteterna som nämnden genomfört för att nå måluppfyllelse.</li> <li>- Som tidigare beskrivits varierar beskrivningarna i målanalysen vilket försvårar tolkningen av nämndens bedömning av måluppfyllelsen.</li> <li>- Flera indikatorer saknar utfall. En indikator bedöms som "grön" fastän utfall inte redovisas. Därtill saknas status för alla utom en indikator.</li> </ul>

<sup>12</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

	- Eftersom indikatorerna i verksamhetsplanen inte är helt konkretiserade blir det ottydligt hur indikatorernas utfall ska tolkas och verifieras.
Privata utförare	I verksamhetsplanen anges att nämnden har en särskild uppföljningsplan för privata utförare. Vidare i planen beskrivs vilken typ av verksamhet som utförs av privata utförare. I verksamhetsrapporten anges att varje uppföljning redovisas till nämnden som ett tillsynsärende.  Nämnden har en risk för privata utförare i sin plan för intern styrning och kontroll.

### 6.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	Ja. Nämnden antog plan för intern styrning och kontroll den 24 april 2024. I planen beskrivs att den bygger på risk- och väsentlighetsanalyser som har genomförts av sektor Vårdförvaltning. Planen omfattar inte områden, processer eller rutiner där kontroll bedöms av verksamheten vara tillräcklig via det systematiska kvalitetsarbetet eller via andra upparbetade kontroller.  Genomgång av nämndens protokoll visar att nämnden vid flera sammanträden, bland annat genom en workshop, arbetat med årets riskanalys och plan.
Nämndens risker	En kritisk risk i planen har varit god ekonomisk hushållning som har bäring på nämndens ekonomi. Nämnden har en risk för privata utförare i sin plan för intern styrning och kontroll.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Ja. Däremot är flertalet kontrollmoment formulerade i frågeform eller ger i övrigt en beskrivning av själva risken snarare än själva åtgärden för att hantera risken. Sedan finns kontrollmoment som är detsamma som riskbeskrivningarna. Exempel på ovan beskrivna kontrollmoment är: <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Lokalplanering är inte effektiv och leder till onödiga kostnader"</li> <li>- "Avtalstrohet – sker inköp enligt avtal?"</li> <li>- "Ge beslutade besparingar inom nämndens ansvarsområde avsedd effekt?"</li> </ul> Dessa exempel är kopplat till riskområdet ändamålsenlig och effektiv verksamhet.
Anges beskrivning för kontrollmoment?	Delvis. För enbart ett kontrollmoment anges en beskrivning.
Anges ansvarig för kontrollmoment?	Ja.



Anges periodicitet för kontrollmoment?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 26 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Delvis. Av utförda kontrollmoment för nämndens risker beskrivs vissa ha genomförts utan avvikelser, andra med mindre avvikelser och några med större avvikelse. Det finns också kontrollmoment som inte genomförts. Även i denna uppföljning varierar beskrivningar. För vissa kontrollmoment anges ingen beskrivning vilket försvårar förståelsen av hur kontrollmomentet genomförts och dess resultat. För andra kontrollmoment är beskrivningarna utförligare.

## 6.4 Bedömning

Vi bedömer att nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som inte helt ändamålsenlig. Bedömningen är densamma som föregående år. Vi bedömer att nämnden behöver utveckla sin verksamhetsplan med beskrivningar av aktiviteter eller övrig beskrivning hur målen (målnedbrytningarna) ska genomföras. Även om målnedbrytningen är detaljerad. Detta ökar möjligheten att tolka och verifiera nämndens måluppfyllelse. Indikatorer behöver konkretiseras för att öka förståelsen av vad indikatorn ska mäta. Det bör beskrivas hur indikatorer ska mätas och sedan att utfall redovisas för indikatorer. Vidare menar vi att målanalysen varierar sett till vad som beskrivs och omfattning.

Vi konstaterar att nämnden uppnår sju (grönt) av sina 15 mål (målnedbrytningar), medan sju mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot mål (rött). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi ser positivt på att nämnden hörsammat kommunrevisionens granskning<sup>13</sup> och kompletterat verksamhetsplanen med mål för det kommunala aktivitetsansvaret.

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig. Den översiktliga granskningen av nämndens risker visar att nämnden har värderat ekonomin som en kritisk risk och följt upp risken under året. När det gäller plan för intern styrning och kontroll bedömer vi att den inte har varit helt fullständig i och med att vissa beskrivningar saknats. Nämnden bör utveckla sina kontrollmoment så att det på ett tydligare sätt framgår hur kontrollmomentet avser att åtgärda risken, istället för att kontrollmomentet beskriver risken.

<sup>13</sup> Granskning av likvärdigt arbete med skolnärvaro på gymnasiet samt kommunens aktivitetsansvar.

#### 6.4.1 Rekommendationer

- Tillse att verksamhetsplanen innehåller beskrivning av aktiviteter eller övriga beskrivningar hur målen ska genomföras.
- Konkretisera och utveckla indikatorer för en ökad tydlighet och möjlighet till uppföljning.
- Tillse att utfall redovisas för samtliga indikatorer.

# 7 Socialnämnden

## 7.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet fullgör nämnden samtliga kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och andra uppgifter som enligt lag eller författning ankommer på en socialnämnd eller socialtjänsten, om inte fullmäktige i ett reglemente beslutat att uppgiften ska utföras av annan nämnd.

## 7.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 7.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari?	Ja. Verksamhetsplan antogs den 20 februari 2024.  Verksamhetsplanen är upprättad i enlighet med dels målstrukturen i kommunplanen, dels anvisningarna. I nämndens protokoll den 20 februari 2024 anges att nämnden beslutar om mål där nämnden kan stödja den samlade måluppfyllelsen. För att kunna göra en uppföljning och analysera målen så stöds de av indikatorer eller av en kvalitativ utvärdering.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Delvis. Som bilaga 1 visar har nämnden inte brutit ned 7 av 15 målnedbrytningar. Detta förklaras av, enligt uppgift, att målnedbrytningarna inte helt överensstämmer med nämndens verksamhet.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja. Enligt uppgift i samband med dialogmöte har fokus i arbetet med verksamhetsplanen varit att identifiera relevanta målformuleringar under respektive målnedbrytning.  Beskrivningarna i verksamhetsplanens avsnitt för mål och indikatorer är på "rubriknivå". Beskrivningar till mål eller hur målen ska genomföras, genom aktiviteter eller motsvarande, anges inte i verksamhetsplanen. Detta förklaras av, enligt uppgift, den korta beredningstiden från att anvisningar skickades ut och nämndens beslut om verksamhetsplan. Vidare anges, enligt uppgift, att vissa målnedbrytningar är så pass detaljerade att det inte funnits behov av ytterligare beskrivningar vad som ska genomföras för att uppnå målet.

Indikatorer <sup>14</sup>	<p>Vissa indikatorer är inte helt konkretiserade vilket försvårar förståelsen av vad indikatorn ska mäta eller vad målvärdena motsvarar. Exempel på sådana indikatorer är: "utvärdering av aktiviteter och arbete (se 2.1.1.1)", "utvärdering av arbetssätt och aktiviteter (se 2.2.1.1). Exempel på målvärde är "Ja". Sedan finns exempel där indikatorer är samma som målet (se 2.3.1.1 och 2.3.2.1).</p> <p>Det beskrivs inte hur indikatorerna ska mätas.</p> <p>Ovanstående noteringar gjordes även i föregående års grundläggande granskning.</p>
---------------------------	---

## 7.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapport antogs av nämnden den 25 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Delvis. Målanalyserna är i kortfattade, ibland enbart några fåtal meningar.
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Delvis. Nämnden uppnår fyra (grönt) av sina åtta mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot mål (rött).
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	<p>Ja. Däremot blir den sammanvägda bedömningen otydlig utifrån följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eftersom verksamhetsplanen saknar beskrivningar till mål (målnedbrytningar) eller hur de ska genomföras blir det svårt att verifiera aktiviteterna som nämnden genomfört för att nå måluppfyllelse.</li> <li>• Som tidigare beskrivits varierar beskrivningarna i målanalysen vilket försvårar tolkningen av nämndens bedömning av måluppfyllelsen.</li> <li>• Två av målen (målnedbrytningarna) bedöms som uppnådda fastän det inte redovisas något utfall för indikatorerna.</li> <li>• Flera indikatorer saknar utfall. En indikator bedöms som "grön" fastän utfallet är lägre än målvärdet (se 3.5 i verksamhetsrapporten). Därtill saknas status för alla utom en indikator.</li> <li>• Eftersom indikatorerna i verksamhetsplanen inte är helt konkretiserade blir det otydligt hur indikatorernas utfall ska tolkas och verifieras.</li> </ul>
Privata utförare	I verksamhetsplanen anges att nämnden har en särskild uppföljningsplan för privata utförare. Vidare i planen

<sup>14</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

	<p>beskrivs vilken typ av verksamhet som utförs av privata utförare. I verksamhetsrapporten anges att varje uppföljning redovisas till nämnden som ett tillsynsärende.</p> <p>Nämnden har en risk för privata utförare i sin plan för intern styrning och kontroll.</p>
--	---

### 7.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	<p>Ja. Nämnden antog plan för intern styrning och kontroll den 23 april 2024. I planen beskrivs att den bygger på risk- och väsentlighetsanalyser som har genomförts av sektor Valfärd. Planen omfattar inte områden, processer eller rutiner där kontroll bedöms av verksamheten vara tillräcklig via det systematiska kvalitetsarbetet eller via andra upparbetade kontroller.</p> <p>Genomgång av nämndens protokoll visar att nämnden vid flera sammanträden, bland annat genom en workshop, arbetat med årets riskanalys och plan.</p>
Nämndens risker	<p>Nämnden har en risk för privata utförare i sin plan för intern styrning och kontroll.</p> <p>Vidare har nämnden en kritisk risk och kontrollmoment avseende orosanmälningar. Likaså en kritisk risk avseende god ekonomisk hushållning som har bäring på nämndens ekonomi.</p>
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	<p>Ja. Däremot är flertalet kontrollmoment formulerade i frågeform eller ger i övrigt en beskrivning av själva risken snarare än själva åtgärden för att hantera risken. Sedan finns kontrollmoment som är detsamma som riskbeskrivningarna.</p> <p>Exempel på ovan beskrivna kontrollmoment är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Lokalplanering är inte effektiv och leder till onödiga kostnader"</li> <li>- "Avtalstrohet – sker inköp enligt avtal?"</li> <li>- "Ge beslutade besparingar inom nämndens ansvarsområde avsedd effekt?"</li> </ul> <p>Dessa exempel är kopplat till riskområdet ändamålsenlig och effektiv verksamhet.</p>
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Delvis. För tre kontrollmoment anges en beskrivning.
Anges ansvarig för kontrollmoment?	Ja.
Anges periodicitet för kontrollmoment?	Ja.

Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 17 februari 2025.  I rapporten beskrivs kontrollmoment, måluppfyllelse samt kommentarer som förtydligar tillvägagångssätt, framgångar, utmaningar och utvecklingsområden
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Ja. Av utförda kontrollmoment för nämndens risker beskrivs vissa ha genomförts utan avvikelser, andra med mindre avvikelser och några med större avvikelse. Det finns ett kontrollmoment som inte genomförts, vilket förklaras i rapporten. De flesta beskrivningar är tydliga och utförliga.

## 7.4 Bedömning

Vi bedömer att nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som inte helt ändamålsenlig. Bedömningen är densamma som föregående år. Vi bedömer att nämnden behöver utveckla sin verksamhetsplan med beskrivningar av aktiviteter eller övrig beskrivning hur målen (målnedbrytningarna) ska genomföras. Även om målnedbrytningen är detaljerad. Detta ökar möjligheten att tolka och verifiera nämndens måluppfyllelse. Indikatorer behöver tydliggöras för att öka förståelsen av vad indikatorn ska mäta. Det bör beskrivas hur indikatorer ska mätas och sedan att utfall redovisas för indikatorer. Vidare menar vi att målanalysen varierar sett till vad som beskrivs och omfattning.

Vi konstaterar att nämnden uppnår fyra (grönt) av sina åtta mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot mål (rött). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig. Den översiktliga granskningen av nämndens risker visar att nämnden har värderat ekonomin som en kritisk risk och följt upp risken under året. När det gäller plan för intern styrning och kontroll bedömer vi att den inte har varit helt fullständig i och med att vissa beskrivningar saknats. Nämnden bör utveckla sina kontrollmoment så att det på ett tydligare sätt framgår hur kontrollmomentet avser att åtgärda risken, istället för att kontrollmomentet beskriver risken.

### 7.4.1 Rekommendationer

- Tillse att verksamhetsplanen innehåller beskrivning av aktiviteter eller övriga beskrivningar hur målen ska genomföras.
- Konkretisera och utveckla indikatorer för en ökad tydlighet och möjlighet till uppföljning.
- Tillse att utfall redovisas för samtliga indikatorer.

## 8 Omvårdnadsnämnden

### 8.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet fullgör nämnden uppgifter i socialtjänsten beträffande omsorg om äldre personer samt de uppgifter som anges i 5 kap. 4–6 §§ SoL. Nämnden svarar för ledning och ansvar som vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården inom nämndens verksamhetsområde.

### 8.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

#### 8.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari?	Ja. Verksamhetsplan antogs den 22 februari 2024.  Av verksamhetsplanen framgår att verksamhetsplanen är upprättad i enlighet med dels målstrukturen i kommunplanen, dels anvisningarna.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Delvis. Som bilaga 1 visar har nämnden inte brutit ned 5 av 17 målnedbrytningar. Detta förklaras av, enligt uppgift, att målnedbrytningarna inte helt överensstämmt med nämndens verksamhet.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja. Enligt uppgift i samband med dialogmöte har fokus i arbetet med verksamhetsplanen varit att identifiera relevanta målformuleringar under respektive målnedbrytning.  Över lag är beskrivningarna i verksamhetsplanens avsnitt för mål och indikatorer på "rubriknivå". För två mål (se 2.1.2.1 och 2.5.1.1) ges en kortfattad beskrivning av målet och dess bakgrund/inriktning. I övrigt innehåller verksamhetsplanen inga beskrivningar till mål eller hur målen ska genomföras med aktiviteter eller motsvarande. Vidare anges, enligt uppgift, att vissa målnedbrytningar är så pass detaljerade att det inte funnits behov av ytterligare beskrivningar vad som ska genomföras för att uppnå målet.

Indikatorer <sup>15</sup>	<p>Vissa indikatorer är inte helt konkretiserade vilket försvårar förståelsen vad indikatorn ska mäta eller vad målvärdena motsvarar. Exempel på sådana indikatorer är exempelvis "aktivitet genomförs (se 2.3.2.1)". Vi uppfattar att flera indikatorer motsvarar en kvantitativ mätning fastän målvärdet är "Ja"<sup>16</sup>. Vidare har flertalet indikatorer målvärdet "Ja". Det finns också exempel som saknar målvärde (se 2.3.3.1 och 2.2.4).</p> <p>Det beskrivs inte hur indikatorerna ska mätas.</p> <p>Ovanstående noteringar gjordes även i föregående års grundläggande granskning.</p>
---------------------------	---

### 8.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapporten antogs av nämnden den 27 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. Däremot varierar målanalysen och dess beskrivningar. Det finns exempel där beskrivningen i målanalysen är kortfattad, vilket därmed inte förklarar måluppfyllelsen på ett tydligt sätt (se 3.2 och 3.10 i verksamhetsrapporten). Det finns också exempel på beskrivningar som anger vad som ska göras under 2024 (se 3.3 i verksamhetsrapporten). Vidare finns exempel där beskrivningarna är mera utförliga samtidigt som det anges närmare vad som genomförts under året för att uppnå målet (målnedbrytningen).
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Delvis. Nämnden uppnår 14 (grönt) av sina 17 mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult).
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	<p>Ja. Däremot blir den sammanvägda bedömningen otydlig utifrån följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eftersom verksamhetsplanen saknar beskrivningar till mål (målnedbrytningar) eller hur de ska genomföras blir det svårt att verifiera aktiviteterna som nämnden genomfört för att nå måluppfyllelse.</li> <li>• Som tidigare beskrivits varierar beskrivningarna i målanalysen vilket försvårar tolkningen av nämndens bedömning av måluppfyllelsen.</li> <li>• Flera indikatorer saknar utfall. En indikator bedöms som "grön" fastän utfall är sämre än</li> </ul>

<sup>15</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

<sup>16</sup> Exempelvis indikatorn "andelen feltankningar (där fel typ av bränsle tankas i fordonet) ska Minska.



	<p>målvärdet. Därtill saknas status för alla utom en indikator.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eftersom indikatorerna i verksamhetsplanen inte är helt konkretiserade blir det otydligt hur indikatorernas utfall ska tolkas och verifieras.</li> </ul>
Privata utförare	<p>I verksamhetsplanen anges att nämnden har en särskild uppföljningsplan för privata utförare. Vidare i planen beskrivs vilken typ av verksamhet som utförs av privata utförare. I verksamhetsrapporten anges att varje uppföljning redovisas till nämnden som ett tillsynsärende.</p> <p>Nämnden har en risk för privata utförare i sin plan för intern styrning och kontroll.</p>

### 8.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	<p>Ja. Nämnden antog plan för intern styrning och kontroll den 25 april 2024. I planen beskrivs att den bygger på risk- och väsentlighetsanalyser som har genomförts av sektor Välfärd. Planen omfattar inte områden, processer eller rutiner där kontroll bedöms av verksamheten vara tillräcklig via det systematiska kvalitetsarbetet eller via andra upparbetade kontroller.</p> <p>Genomgång av nämndens protokoll visar att nämnden vid flera sammanträden, bland annat genom en workshop, arbetat med årets riskanalys och plan.</p>
Nämndens risker	<p>En kritisk risk i planen har varit god ekonomisk hushållning som har bäring på nämndens ekonomi. En annan kritisk risk är ”risk att patient eller klient lider skada” med kontrollmoment kopplat till avvikelshantering och ledningssystem.</p> <p>Nämnden har en risk för privata utförare i sin plan för intern styrning och kontroll.</p>
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	<p>Ja. Däremot är flertalet kontrollmoment formulerade i frågeform eller ger i övrigt en beskrivning av själva risken snarare än själva åtgärden för att hantera risken. Sedan finns kontrollmoment som är detsamma som riskbeskrivningarna. Exempel på ovan beskrivna kontrollmoment är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>”Lokalplanering är inte effektiv och leder till onödiga kostnader”</li> <li>”Avtalstrohet – sker inköp enligt avtal?”</li> <li>”Ge beslutade besparingar inom nämndens ansvarsområde avsedd effekt?”</li> </ul>

	Dessa exempel är kopplat till riskområdet ändamålsenlig och effektiv verksamhet.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Delvis. För tre kontrollmoment anges en beskrivning.
Anges ansvarig för kontrollmoment?	Ja.
Anges periodicitet för kontrollmoment?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 19 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Delvis. Av utförda kontrollmoment för nämndens risker beskrivs vissa ha genomförts utan avvikelser, andra med mindre avvikelser och några med större avvikelse. Det finns också kontrollmoment som inte genomförts, vilka förklaras kortfattat.  Även i denna uppföljning varierar beskrivningar. För vissa kontrollmoment är beskrivningarna kortfattade, vilket försvårar tolkningen hur kontrollmomentet genomförts och dess resultat. För andra kontrollmoment är beskrivningarna utförligare, vilket ökar förståelsen för kontrollmomentets resultat.

## 8.4 Bedömning

Vi bedömer att nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som inte helt ändamålsenlig. Bedömningen är densamma som föregående år. Vi bedömer att nämnden behöver utveckla sin verksamhetsplan med beskrivningar av aktiviteter eller övrig beskrivning hur målen (målnedbrytningarna) ska genomföras. Även om målnedbrytningen är detaljerad. Detta ökar möjligheten att tolka och verifiera nämndens måluppfyllelse. Indikatorer behöver konkretiseras för att öka förståelsen av vad indikatorn ska mäta. Det bör beskrivas hur indikatorer ska mätas och sedan att utfall redovisas för indikatorer. Vidare menar vi att målanalysen varierar sett till vad som beskrivs och omfattning.

Vi konstaterar att nämnden uppnår 14 (grönt) av sina 17 mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig. Den översiktliga granskningen av nämndens risker visar att nämnden har värderat ekonomin som en kritisk risk och följt upp risken under året. När det gäller plan för intern styrning och kontroll bedömer vi att den inte har varit helt fullständig i och med att vissa beskrivningar saknats. Nämnden bör utveckla sina kontrollmoment så att det på ett tydligare sätt framgår hur kontrollmomentet avser att åtgärda risken, istället för att kontrollmomentet beskriver risken.

#### 8.4.1 Rekommendationer

- Tillse att verksamhetsplanen innehåller beskrivning av aktiviteter eller övriga beskrivningar hur målen ska genomföras.
- Konkretisera och utveckla indikatorer för en ökad tydlighet och möjlighet till uppföljning.
- Tillse att utfall redovisas för samtliga indikatorer.

## 9 Kultur- och fritidsnämnden

### 9.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet svarar nämnden för budget- och skuldrådgivning till skuldsatta enligt 5 kap. 12 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och för kommunens konsumentvägledning. Vidare i reglementet anges 15 frågor som nämnden svarar för inom kultur- och fritidsområdet.

### 9.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

#### 9.2.1 Verksamhetsplan

<p>Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari 2024?</p>	<p>Ja. Verksamhetsplan antogs den 20 februari 2024.</p> <p>Enligt uppgift arbetades verksamhetsplanen fram genom en kontinuerlig dialog mellan ordförande och sektorchef. Av nämndens protokoll framgår att nämnden hade workshop om verksamhetsplanen i december 2023. Dessa arbetssätt har varit nya jämfört med tidigare år. Vidare framkommer enligt uppgift att fokus varit på formuleringar av nämndens egna mål, indikatorer och aktiviteter.</p> <p>Utöver verksamhetsplanen har sektor Livsmiljö en egen verksamhetsplan för 2024. I planen beskrivs sektorns styrprocesser (1) och huvudprocesser (6)<sup>17</sup>. Styrprocessen "Att effektivt leda Livsmiljö Gävle" som beskrivs säkerställa planering och uppföljning av sektorns verksamheter. I detta ingår arbetet med verksamhetsplan och uppföljning av verksamhetsplanen. Berörda huvudprocesser kopplas till varje mål och målnedbrytning i nämndens verksamhetsplan.</p> <p>För samtliga mål anges vad som ska genomföras under året för att uppnå målet. För vissa mål (målnedbrytningar)<sup>18</sup> har nämnden beskrivit prioriterade aktiviteter som ska genomföras för att uppnå målet (målnedbrytning). Detta är en skillnad jämfört med föregående år.</p>
--	---

<sup>17</sup> Huvudprocesserna är: 1) att bedriva tillsyn och kontroll, 2) att främja bildning och utveckla ett rikt kulturliv, 3) att främja förutsättningarna för en aktiv fritid, 4) att förvalta kommunal mark, 5) att möjliggöra byggande och 6) att utveckla och bygga kommunal mark

<sup>18</sup> Se exempelvis målen (målnedbrytningarna): alla barn och elever ska ges möjlighet till kultur, skapande och simundervisning och barn och unga ska erbjudas trygga mötesplatser i hela kommunen.

Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Ja. Nämnden har brutit ner samtliga 16 målnedbrytningar.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja, med undantag för ett mål (Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare) som är densamma som fullmäktiges målnedbrytning.
Indikatorer <sup>19</sup>	Nämnden har indikatorer för tre av sin mål. För dessa indikatorer anges målvärden. Det ges en närmare beskrivning av själva indikatorn och hur den mäts.  För övriga mål (målnedbrytningar) anges enbart aktiviteter som ska genomföras under året för att uppnå målet. Samma notering gjordes även i föregående års grundläggande granskning.

### 9.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapporten antogs av nämnden den 28 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. I målanalysen är beskrivningarna över lag detaljerade och mångsidiga.
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Delvis. Nämnden uppnår 15 (grönt) av sina 16 mål (målnedbrytningar), medan ett mål (målnedbrytning) är nära att uppnås (gult).
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	Ja. Som tidigare beskrivit innehåller verksamhetsrapporten detaljerade och mångsidiga beskrivningar, vilket ökar förståelsen och tolkningen av nämndens måluppfyllelse. En tydligare koppling mellan mål (målnedbrytning) och aktiviteter finns för vissa mål.  När det gäller indikatorerna noteras en indikator <sup>20</sup> anges som uppfylld (grön) fastän målvärdet inte uppnås. För vissa indikatorer anges status, för övriga anges det inte.
Privata utförare	I verksamhetsplanen anges inom vilken verksamhet som nämnden har privata utförare.

<sup>19</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

<sup>20</sup> Se mål 3.1.1 och indikatorn antal program direkt riktade mot barn och unga-bibliotek 3) i verksamhetsrapporten.

### 9.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april 2024?	Ja. Nämnden antog plan för intern styrning och kontroll den 20 februari 2024.  Enligt uppgift gjorde nämndens ordförande och vice ordförande samt sektorchef ett initialt arbete med att identifiera risker. Sedan valde ordföranden ut risker och kompletterade med egna risker till den slutgiltiga planen. I dessa steg har fokus varit på att identifiera risker och värdera risker. Av nämndens protokoll framgår inte när workshopen skedde.
Nämndens risker	En kritisk risk i planen har varit att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen, vilket har bäring på nämndens ekonomi.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Ja.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Ja.
Anges ansvarig för kontrollmoment?	Ja.
Anges periodicitet för kontrollmoment?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 18 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Ja. Av utförda kontrollmoment för nämndens risker beskrivs vissa ha genomförts utan avvikelser, andra med mindre avvikelser. För ett kontrollmoment anges en större avvikelse, vilket förklaras i rapporten.

### 9.4 Bedömning

Vi bedömer nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som ändamålsenlig. Bedömningen är en förbättring jämfört med föregående år. Nämnden har konkretiserat vad som ska genomföras under året och det finns en tydligare koppling genom att vissa mål (målnedbrytningar) har prioriterade aktiviteter. I det fortsatta arbetet bör nämnden överväga att formulera indikatorer för övriga mål (målnedbrytningar) för en kvantitativ uppföljning.

Vi konstaterar att nämnden uppnår 15 (grönt) av sina 16 mål (målnedbrytningar), medan ett mål (målnedbrytning) är nära att uppnås (gult). I det kommande arbetet är

det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig. Den översiktliga granskningen av nämndens risker visar att nämnden har värderat ekonomin som en kritisk risk och följt upp risken under året. Vidare menar vi att nämnden i större utsträckning bör involveras i framtagande av plan för intern styrning och kontroll, utifrån nämndens ansvar för den interna kontrollen.

# 10 Samhällsbyggnadsnämnden

## 10.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet ansvarar nämnden för flertalet verksamheter såsom kommunens samtliga uppgifter enligt plan- och bygglagen (2010:900), om inte fullmäktige i ett reglemente beslutat att uppgiften ska utföras av annan nämnd. Nämnden är kommunens byggnadsnämnd enligt plan- och bygglagen (2010:900) och väghållningsmyndighet enligt väglagen (1971:948). Vidare i reglementet anges att nämnden ansvarar för flertalet särskilda uppgifter.

## 10.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 10.2.1 Verksamhetsplan

<p>Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari 2024?</p>	<p>Ja. Verksamhetsplan antogs den 21 februari 2024.</p> <p>Enligt uppgift arbetades verksamhetsplanen fram genom en kontinuerlig dialog mellan ordförande och sektorchef. Sedan beskrivs det att nämnden haft en workshop som en del i arbetet. Av nämndens protokoll framgår att nämnden hade workshop om verksamhetsplanen i december 2023.</p> <p>Vidare framkommer enligt uppgift att fokus varit på formuleringar av nämndens egna mål, indikatorer och aktiviteter.</p> <p>Utöver verksamhetsplanen har sektor Livsmiljö en egen verksamhetsplan för 2024. I planen beskrivs sektorns styrprocesser (1) och huvudprocesser (6)<sup>21</sup>. Styrprocessen "Att effektivt leda Livsmiljö Gävle" som beskrivs säkerställa planering och uppföljning av sektorns verksamheter. I detta ingår arbetet med verksamhetsplan och uppföljning av verksamhetsplanen. Berörda huvudprocesser kopplas till varje mål och målnedbrytning i nämndens verksamhetsplan.</p> <p>För samtliga mål anges vad som ska genomföras under året för att uppnå målet (målnedbrytningen). Sedan beskrivs aktiviteter för varje mål som nämnden särskilt kommer att fokusera på. Detta är en skillnad jämfört med föregående år.</p>
<p>Har fullmäktiges målnedbrytning(ar)</p>	<p>Ja. Nämnden har brutit ner samtliga 19 målnedbrytningar.</p>

<sup>21</sup> Huvudprocesserna är: 1) att bedriva tillsyn och kontroll, 2) att främja bildning och utveckla ett rikt kulturliv, 3) att främja förutsättningarna för en aktiv fritid, 4) att förvalta kommunal mark, 5) att möjliggöra byggande och 6) att utveckla och bygga kommunal mark



brutits ner av nämnden?	
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja, med undantag för två målnedbrytningar som är desamma som fullmäktiges målnedbrytningar. Dessa är målnedbrytningar är: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare.</li> <li>• Samhällsplaneringen ska ge invånarna tillgång till bostäder enligt den efterfrågan som finns och ska bidra till ett hållbart, innovativt byggande med god arkitektonisk kvalitet.</li> </ul>
Indikatorer <sup>22</sup>	Nämnden har indikatorer för sju av sina mål. För dessa indikatorer anges målvärden. Sedan anges också en närmare beskrivning av indikatorn och hur den mäts.  För övriga mål anges enbart aktiviteter som ska genomföras under året för att uppnå målet. Denna notering gjordes även i föregående års grundläggande granskning.

### 10.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2024?	Ja. Verksamhetsrapporten antogs av nämnden den 19 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. För flertalet mål (målnedbrytningar) är beskrivningar och analys detaljerade och mångsida. För andra mål (målnedbrytningar) är beskrivningar och analys kortare sett till omfattning och mångsidighet.
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Delvis. Nämnden uppnår 17 (grönt) av sina 21 mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot målet (rött).
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	Ja. Som tidigare beskrivit innehåller verksamhetsrapporten överlag detaljerade och mångsidiga beskrivningar, vilket främjar förståelsen och tolkning en av nämndens måluppfyllelse. En tydligare koppling mellan mål (målnedbrytning) och aktiviteter finns för vissa mål. För de flesta av indikatorerna anges status, för övriga anges det inte.
Privata utförare	I verksamhetsplanen beskrivs inom vilka verksamheter som nämnden har privata utförare. I verksamhetsrapporten anges att nämnden inte har några privata utförare som ska följas upp i enlighet med det tidigare beskrivna programmet. Nämnden en risk för privata utförare.

<sup>22</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

### 10.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	Ja. Nämnden antog plan för intern styrning och kontroll den 21 februari 2024.  Enligt uppgift gjorde nämndens ordförande och vice ordförande samt sektorchef ett initialt arbete med att identifiera risker. Sedan valde ordföranden ut risker och kompletterade med egna risker till den slutgiltiga planen. I dessa steg har fokus varit på att identifiera risker och värdera risker. Av nämndens protokoll framgår inte när workshopen skedde.
Nämndens risker	En kritisk risk i planen har varit att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen, vilket har bäring på nämndens ekonomi.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Ja.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Ja.
Anges ansvarig för kontrollmoment?	Ja.
Anges periodicitet för kontrollmoment?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 19 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Ja. Av utförda kontrollmoment för nämndens risker beskrivs vissa ha genomförts utan avvikelser, andra med mindre avvikelser. För ett kontrollmoment anges en större avvikelse, vilket förklaras i rapporten.

### 10.4 Bedömning

Vi bedömer nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som ändamålsenlig. Bedömningen är en förbättring jämfört med föregående år. Nämnden har konkretiserat vad som ska genomföras under året och det finns en tydligare koppling genom att samtliga mål (målnedbrytningar) har prioriterade aktiviteter. I det fortsatta arbetet bör nämnden överväga att formulera indikatorer för övriga mål (målnedbrytningar) för en kvantitativ uppföljning.

Vi konstaterar att nämnden uppnår 17 (grönt) av sina 21 mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot målet (rött). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden

fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig. Den översiktliga granskningen visar att nämnden har värderat ekonomin som en kritisk risk och följt upp risken under året. Vidare menar vi att nämnden i större utsträckning bör involveras i framtagande av plan för intern styrning och kontroll, utifrån nämndens ansvar för den interna kontrollen.

# 11 Utbildningsnämnden

## 11.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet fullgör nämnden kommunens samtliga uppgifter såsom huvudman enligt skollagen (2010:800), om inte fullmäktige i ett reglemente beslutat att uppgiften ska utföras av annan nämnd.

## 11.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 11.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari 2025?	Ja. Utifrån den första anvisningen och tidplanen antogs verksamhetsplanen den 13 december 2023. Under hösten informerades nämnden vid två tillfällen (den 25 oktober och 22 november) om arbetet med verksamhetsplanen. Enligt uppgift inför dialogmötet med nämnden diskuterades och förankrades verksamhetsmålen (fullmäktiges mål) med tillhörande målnedbrytningar och de nämnds specifika målen.  Nämnden beslutade den 24 april att revidera verksamhetsplanen, eftersom indikatorer och målvärden för fullmäktiges mål om "kraftigt förbättrade resultat" förändrats. Det uppges att i samband med revideringen, och senare under året, har övriga målnedbrytningar vävts in i verksamhetsplanen samt följts upp i delårsrapport 1 och 2 samt i verksamhetsrapport per helår. Tiden var för kort och för omfattande anpassning att väva in alla målnedbrytningar till verksamhetsplanens antagande i februari.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Ja. Som ovan beskrivit har nämnden brutit ner samtliga målnedbrytningar i verksamhetsplanen.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna	Ja. Med undantag för fem målnedbrytningar som är desamma som fullmäktiges målnedbrytningar. Dessa är målnedbrytningar är:

mål (målnedbrytningar)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gävles skolor ska ge alla barn och elever en utbildning av hög kvalitet, vara likvärdiga och kompensera för olika bakgrund och förutsättningar</li> <li>• Tryggheten och närvaron i skolan skall öka</li> <li>• Samhället ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk med en bredd av tidiga förebyggande insatser</li> <li>• Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare</li> <li>• Gävle kommun ska underlätta och bidra till medborgarnas och näringslivets omställning till fossilfria och hållbara transporter</li> </ul>
Indikatorer <sup>23</sup>	<p>Nämnden har indikatorer för ungefär hälften av sina mål. För dessa indikatorer anges målvärden.</p> <p>För övriga mål anges enbart aktiviteter som ska genomföras under året för att uppnå målet.</p>

### 11.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapporten antogs av nämnden den 26 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. Målanalysen är med några få undantag, djuplodad och utvecklad. För ett mål (se 3.14) är beskrivningen kortfattad.
Uppnår nämnden sina mål?	<p>Delvis. Nämnden uppnår ett (grönt) av sina 20 mål (målnedbrytningar), medan 18 mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot mål (rött).</p> <p>För nämndens mål som uppnås är beskrivningen kortfattad.</p>
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	<p>Ja. Däremot varierar bedömningen, för vissa mål baseras måluppfyllelsen både på indikatorers utfall och aktiviteter som genomförts. För andra mål baseras måluppfyllelsen enbart på de aktiviteter som genomförts.</p> <p>I verksamhetsrapporten ges beskrivningar för hur indikatorer mätts, vilket är en skillnad jämfört med verksamhetsplanen (se tidigare kommentar). För vissa indikatorer anges inte status.</p>
Privata utförare	I verksamhetsplanen anges inom vilken verksamhet som nämnden har privata utförare

<sup>23</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

## 11.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	Ja. Plan för intern styrning och kontroll antogs av nämnden den 27 mars 2024. Nämnden har fått information om hur riskanalysen görs och vad den innefattar. Nämnden har även informerats om kontrollmomenten och uppföljningen av dem.
Nämndens risker	Nämnden har ingen risk kopplat till privata utförare.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Ja.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Delvis. Beskrivning finns för 11 av 13 kontrollmoment.
Anges ansvarig för kontrollmomenten?	Delvis. Ansvarig finns för 11 av 13 kontrollmoment.
Anges periodicitet för kontrollmomenten?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport för intern styrning och kontroll den 26 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Ja. Samtliga risker i planen har följts upp och kontrollerats i rapporten. Detta är en förbättring jämfört med föregående år, då vissa risker inte följdes upp.  Av utförda kontrollmoment för nämndens risker beskrivs vissa ha genomförts utan avvikelser, andra med mindre avvikelser. För tre kontrollmoment anges en större avvikelse, vilket förklaras i rapporten. Ett kontrollmoment har inte genomförts, vilket också förklaras i rapporten.

## 11.4 Bedömning

Vi bedömer nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som ändamålsenlig. Nämnden bör det i kommande arbetet formulera egna mål (målnedbrytningar) istället för att återanvända fullmäktiges målnedbrytningar.

Vi konstaterar att nämnden uppnår ett (grönt) av sina 20 mål (målnedbrytningar), medan 18 mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Ett mål (målnedbrytning) har stor avvikelse mot mål (rött). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig, vilket är en förbättring jämfört med föregående år. Detta förklaras av att nämnden i år har följt upp samtliga risker i plan för intern styrning och kontroll. Det ges en förklaring till den risk vars kontrollmoment inte har genomförts.

# 12 Överförmyndarnämnden

## 12.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet fullgör nämnden samtliga uppgifter som enligt lag eller annan författning ankommer på en överförmyndarnämnd. Om val av ledamöter och ersättare samt andra förfaranden i en överförmyndarnämnd finns bestämmelser i 19 kap. föräldrabalken.

## 12.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 12.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari?	Ja. Verksamhetsplan antogs av nämnden den 18 december 2023.  Enligt uppgift har nämnden varit involverad i framtagandet av verksamhetsplanen genom att föregående års verksamhetsplan diskuterades och utvärderas på sammanträdet i november 2023. Med utgångspunkt av det tog enhetschef fram årets verksamhetsplan som sedan presenterats till nämnden.  Verksamhetsplanen har inte reviderats under året.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Ja. Nämnden har brutit ner tre av fullmäktiges målbrytningar.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja. Nämnden har brutit ner fullmäktiges målbrytningar till fem egna mål (målnedbrytningar).  Beskrivningarna i verksamhetsplanens avsnitt för mål och indikatorer är på "rubriknivå". Beskrivningar till mål eller hur målen ska genomföras, genom aktiviteter eller motsvarande, anges inte i verksamhetsplanen.  Ovanstående noteringar gjordes även i föregående års grundläggande granskning.
Indikatorer <sup>24</sup>	Samtliga mål (målnedbrytningar) har indikatorer. För enbart ett måls indikatorer anges ett målvärde, övriga indikatorer saknar ett målvärde  Det beskrivs inte hur indikatorerna ska mätas.

<sup>24</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

### 12.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapporten antogs av nämnden den 26 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja, till stor del.  En beskrivning av arbetet finns för de samtliga målen (målnedbrytningar), beskrivningar är utförliga och begripliga för alla utom för ett mål. Beskrivningarna förklarar måluppfyllelsen och dess avvikelser (se nedanstående punkt för redovisning av måluppfyllelsen).
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Delvis. Nämnden uppnår ett (grönt) av sina fem mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult).  Ett av dessa är målet om att nämndens tillsyn av ställföreträdarens uppdrag ska bedrivas effektivt och med hög kvalitet. Målets indikator, handläggningstid för granskning av årsräkningar, har en stor avvikelse genom att utfallet var 70 % jämfört med målvärdet på 100 %. Ett annat mål som är nära att uppnås är att nämnden ska ha tillräckliga resurser för att kunna bedriva en kvalitativ verksamhet med hänsyn till lagstiftningens krav samt nämndens mål avseende verksamheten. Det anges att den totala ärendemängden har ökat (1971 jämfört med 1470 2023).  Vidare har de två indikatorerna rörande rekryteringstid en stor avvikelse genom att rekryteringstiden var nästan dubbelt så lång som målvärdet. <sup>25</sup>
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	Ja. Däremot blir den sammanvägda bedömningen otydlig utifrån följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eftersom verksamhetsplanen saknar beskrivningar till mål (målnedbrytningar) eller hur de ska genomföras blir det svårt att verifiera aktiviteterna som nämnden genomfört för att nå måluppfyllelse.</li> <li>• Som tidigare beskrivits varierar beskrivningarna i målanalysen vilket försvårar tolkningen av nämndens bedömning av måluppfyllelsen.</li> <li>• Flera indikatorers (se 3.1 och 3.2) målvärden har kompletterats eller ändrats till verksamhetsrapporten utan att verksamhetsplanen reviderats av nämnden.</li> </ul>

<sup>25</sup> Median rekryteringstiden var 28 dagar för att tillsätta gode män/förvaltare jämfört med målvärdet om 15 dagar. Medel rekryteringstiden 66 dagar för att tillsätta gode män /förvaltare jämfört med målvärdet om 31 dagar.

	<p>Exempel på indikator är andelen ideella ställföreträdare där målvärdet ändrats från 95 % till 90 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En indikator (andelen akter som gjorts digitala) saknar utfall, ändå anges status mindre avvikelser.</li> </ul>
Privata utförare	Av verksamhetsplan och verksamhetsrapport framgår ingen beskrivning av privata utförare.

## 12.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	<p>Nej. Plan för intern styrning och kontroll antogs av nämnden den 20 maj 2024.</p> <p>Enligt uppgift togs planen fram parallellt med nämndens verksamhetsplan och på samma sätt. Det vill säga nämnden var delaktig i framtagandet av planen.</p> <p>Som tidigare beskrivits ska planen innehålla beskrivningar om fem komponenter. Granskningen visar att planen saknar beskrivningar om tre komponenter<sup>26</sup>.</p>
Nämndens risker	I planen finns flera medium risker (gula), dessa risker är kopplade till målet att nämnden ska ha tillräckliga resurser för att kunna bedriva en kvalitativ verksamhet med hänsyn till lagstiftningens krav samt nämndens mål avseende verksamheten.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Ja.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Ja.
Anges ansvarig för kontrollmomenten?	Ja.
Anges periodicitet för kontrollmomenten?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 26 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	<p>Nej. I rapporten sammanställs nämndens risker. Sedan beskrivs vilka kontrollaktiviteter som genomförs för varje risk.</p> <p>I övrigt innehåller rapporten beskrivningar om bland annat ärendemängd och dess utveckling under året samt över tid.</p>

<sup>26</sup> Komponenterna är: styrning och kontrollmiljö, information och kommunikation samt utvärdering och uppföljning.



## 12.4 Bedömning

Vi bedömer nämndens verksamhet (målstyrning och måluppfyllelse) som inte helt ändamålsenlig. Bedömningen är densamma som föregående år. Vi bedömer att nämnden behöver utveckla sin verksamhetsplan med beskrivningar av aktiviteter eller övrig beskrivning hur målen (målnedbrytningarna) ska genomföras. Detta ökar möjligheten att tolka och verifiera nämndens måluppfyllelse. Verksamhetsplanen behöver innehålla målvärden för indikatorer. Om målvärden kompletteras senare fordrar det ett beslut av nämnden. Det bör beskrivas hur indikatorer ska mätas. Vidare menar vi att målanalysen varierar sett till vad som beskrivs och omfattning. Nämnden behöver tillse att utfall redovisas för indikatorer.

Vi konstaterar att nämnden uppnår ett (grönt) av sina fem mål (målnedbrytningar), medan tre mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås, särskilt när det gäller två av nämndens mål<sup>27</sup>.

Vi bedömer nämndens internkontroll som inte helt tillräcklig. Bedömningen är densamma som föregående år. Nämnden har inte följt kommunstyrelsens anvisningar och tidplan. Plan för intern styrning och kontroll har inte varit helt fullständig i och med att vissa beskrivningar saknats. Enligt vår bedömning uppfyller inte nämndens uppföljning de krav som ställs på uppföljningen i riktlinje för intern styrning och kontroll.

### 12.4.1 Rekommendationer

- Tillse att verksamhetsplanen innehåller beskrivning av aktiviteter eller övriga beskrivningar hur målen ska genomföras.
- Tillse att målvärden anges för indikatorer.
- Tillse att utfall redovisas för samtliga indikatorer.
- Tillse att plan för intern styrning och kontroll innehåller de beskrivningar som riktlinjer för intern styrning och kontroll samt kommunstyrelsens anvisningar ställer krav på.
- Tillse att plan för intern styrning och kontroll följs upp i enlighet med riktlinjer för intern styrning och kontroll samt kommunstyrelsens anvisningar.

---

<sup>27</sup> Ena målet är: överförmyndarnämndens tillsyn av ställföreträdarens uppdrag ska bedrivas effektivt och med hög kvalitet. Andra målet är: överförmyndarnämnden ska ha tillräckliga resurser för att kunna bedriva en kvalitativ verksamhet med hänsyn till lagstiftningens krav samt nämndens mål avseende verksamheten.

# 13 Jävsnämnden

## 13.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglemente för jävsnämnden sägs det att om en nämnd kan besluta om rättigheter och skyldigheter för kommunen och nämnden också företräder kommunen som part ska jävsnämnden besluta i ärendet. Om en nämnd enligt 6 kap. 7 § kommunallagen (2017:725) är förhindrad att utöva tillsyn över sådan verksamhet som nämnden själv bedriver ankommer det på jävsnämnden att ansvara för tillsynen.

## 13.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 13.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari?	Nej. Verksamhetsplanen antogs av nämnden den 4 mars 2024, vilket var för nämnden årets första sammanträde.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Ja. Nämnden har brutit ner en målnedbrytning.
Har målnedbrytningen brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja. För varje mål (målnedbrytning) anges en bakgrund och hur målet avses att genomföras (aktiviteter) under året.
Indikatorer <sup>28</sup>	Nämnden har inga indikatorer för sina mål (målnedbrytningar).

### 13.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Nej. Verksamhetsplanen antogs av nämnden den 17 mars 2025, vilket var för nämnden årets första sammanträde.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. För två av målen (målnedbrytningarna) är beskrivningarna utförligare.
Uppnår nämnden sina mål (målnedbrytningar)?	Ja. Nämnden uppnår (grönt) samtliga tre mål (målnedbrytningar).
Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet	Ja.

<sup>28</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

(målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	
Privata utförare	I verksamhetsplanen anges att nämnden inte använder sig av privata utförare.

### 13.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	Nej. Plan för intern styrning och kontroll antogs av nämnden den 13 maj 2024.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Delvis. Kontrollmoment finns angivet för en av tre risker. För en av kontrollmoment anges "Test"
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Nej. Beskrivning saknas för samtliga tre kontrollmoment.
Anges ansvarig för kontrollmomenten?	Delvis. Ansvar finns angivet för två av tre kontrollmoment.
Anges periodicitet för kontrollmomenten?	Delvis. Periodicitet finns angivet för ett av tre kontrollmoment.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 17 mars 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Nej. I rapporten beskrivs risker och riskvärde. Ett kontrollmoment har genomförts utan avvikelser, dock kommenteras inte resultatet.

### 13.4 Ekonomisk uppföljning

Som tabellen nedan redovisar har nämnden i samband med månadsrapporter och delårsrapport (1 och 2) följt upp sin ekonomi. I rapporterna förklaras avvikelserna.

Sammanträden	2024-05-13	2024-10-07	2024-12-09	2025-03-17
Rapport	Månadsrapport per mars och april	Månadsrapport per augusti	Månadsrapport per oktober	Verksamhetsrapport delår 2 & Verksamhetsrapport helår

	Verksamhetsrapport delår 1			
Resultat	Mars: +41 Tkr / April & delår: +53 Tkr	+102 Tkr	+92 Tkr	Delår: +101,5 Tkr Helår: +149,8 Tkr
Årsprognos	+100 Tkr	+100 Tkr	+100 Tkr	Delår: + 100 Tkr

I månadsrapport per mars och april samt verksamhetsrapport per delår 1 förklaras den positiva avvikelsen med att kostnader för administrativa tjänster har reglerats. Under perioden har nämnden inte haft kostnader för utbildning samtidigt som förutsedda medel inte nyttjats. Dessa förklaringar lämnas även i verksamhetsrapport delår 2 med tillägget att överskottet också beror på ett sammanträde där färre ledamöter deltog.

Nämndens resultat per helår blev en positiv avvikelse om 149 tkr. I verksamhetsrapporten ges samma förklaring som ovan till överskottet.

### 13.5 Bedömning

Vi bedömer nämndens verksamhet som ändamålsenlig. Nämnden behöver följa kommunstyrelsens anvisningar och tidplan för när verksamhetsplan och verksamhetsrapport samt plan för intern styrning och kontroll ska vara antagen av nämnden. Vi konstaterar att nämnden uppnår sina tre mål (grönt).

Vi bedömer nämndens internkontroll som tillräcklig. Bedömningen är dock att nämnden behöver se till att intern kontrollplanen är fullständig och att uppföljningen upprättas i enlighet med riktlinjen och kommunstyrelsens anvisningar.

Vi bedömer nämndens ekonomi som tillfredsställande. Nämnden har under året löpande följt upp sin ekonomi. Nämnden redovisar ett överskott.

# 14 Valnämnden

## 14.1 Allmänt om nämnden

Enligt reglementet fullgör valnämnden samtliga kommunens uppgifter enligt vallagen (2005:837). Valnämnden är lokal valmyndighet och ska verka för att upprätthålla ett högt valdeltagande under goda demokratiska former.

## 14.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 14.2.1 Verksamhetsplan

Har nämnden antagit en verksamhetsplan senast 26 februari?	Ja. Verksamhetsplanen antogs av nämnden den 16 februari 2024.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av nämnden?	Ja. Nämnden har brutit ner en målnedbrytning.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna målnedbrytningar?	Ja. Nämnden har brutit ner fullmäktiges målbrytningar till två egna mål (målnedbrytningar) med beskrivningar till varje mål.
Indikatorer <sup>29</sup>	Nämnden saknar indikationer.
Övriga noteringar	Nämnden noterar vid antagande av verksamhetsplanen att under perioden för verksamhetsåren 2024–2027 kommer val till Europaparlamentet samt val till riksdag, kommun- och regionfullmäktige att genomföras.

### 14.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har nämnden beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Ja. Verksamhetsrapport antogs av nämnden den 28 februari 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys?	Ja. Målanalysen är komplett och tydlig.
Uppnår nämnden sina mål?	Ja. Nämnden bedömer att ena målet uppnås (grönt) medan det andra målet är nära att uppnås men uppfylls inte helt (gult).

<sup>29</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

Gör nämnden en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	Ja. Bedömningen baseras på genomförda aktiviteter då nämnden inte har indikatorer.  I rapporten sammanställer nämnden de faktiska aktiviteter som har genomförts under året, samt vilket syftet har varit kopplat till målnedbrytningen.
Privata utförare	I verksamhetsplanen beskriver nämnden kommande behov av privata utförare.

### 14.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	Ja. Plan för intern styrning och kontroll antogs av nämnden 2024-02-16.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Delvis. Kontrollmoment anges för tre av fem risker.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Delvis. För tre av fem risker anges beskrivningar av kontrollmomentet.
Anges ansvarig för kontrollmomenten?	Delvis. För tre av fem kontrollmoment anges ansvarig.
Anges periodicitet för kontrollmomenten?	Delvis. För tre av fem kontrollmoment anges periodicitet.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 28 februari 2025.
Innehåller rapporten fullständiga detaljerade och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Delvis. För två av riskerna anges inte hur riskerna kontrollerats under året. I övrigt saknar rapporten olika beskrivningar för en fullständig plan.

### 14.4 Ekonomisk uppföljning

Som tabellen nedan redovisar har nämnden i samband med månadsrapporter och delårsrapport (1 och 2) följt upp sin ekonomi. I rapporterna förklaras avvikelserna.

Sammanträden	2024-04-05	2024-05-17	2024-10-04	2024-11-22	2025-02-28
--------------	------------	------------	------------	------------	------------

Rapport	Månadsrapport februari	Månadsrapport april Verksamhets-rapport delår	Månadsrapport augusti Verksamhets-rapport delår 2	Månadsrapport oktober	Månadsrapport december Verksamhets-rapport helår
Resultat	+324 Tkr	+589 Tkr	-1 877 Tkr	-919 Tkr	+80 Tkr
Års-prognos	0	0	0	0	0

Den positiva avvikelser för helåret förklaras av lägre kostnader kopplat till valet och ett högre driftsbidrag från valmyndigheten.

## 14.5 Bedömning

Vi bedömer nämndens verksamhet som ändamålsenlig. Vi menar dock att nämnden bör ha haft indikatorer med målvärde dels utifrån att 2024 var ett valår, dels för att kvantitativt mäta nämndens genomförande av sitt uppdrag om att verka för ett högt valdeltagande.

Vi konstaterar att nämnden uppnår ena målet (grönt) medan det andra är nära att uppnås men uppfylls inte helt (gult). I det kommande arbetet är det viktigt att nämnden fortsätter vidta åtgärder om det befaras att mål (målnedbrytningar) inte kommer uppnås.

Vi bedömer nämndens internkontroll som helt tillräcklig. Dock bedömer vi att plan för intern styrning inte varit fullständig genom att exempelvis kontrollmoment inte har angetts för vissa risker. Risker som har haft bäring på valet har inte kontrollerats tillika åtgärdats under året. Uppföljningen har heller inte varit fullständig eftersom vissa beskrivningar saknats. Däremot har nämnden genomfört en risk- och sårbarhetsanalys kopplat till valet.

Vi bedömer nämndens ekonomi som tillfredsställande. Nämnden har under året löpande följt upp sin ekonomi. Nämnden redovisar ett överskott.

### 14.5.1 Rekommendationer

- Utveckla indikatorer för nämndens uppdrag att verka för ett högt valdeltagande.
- Tillse att plan för intern styrning och kontroll innehåller de beskrivningar som krävs i riktlinjer för intern styrning och kontroll samt kommunstyrelsens anvisningar.
- Tillse att uppföljning av plan för intern styrning och kontroll är fullständig.

# 15 Gemensam nämnd för verksamhetsstöd

## 15.1 Verksamhetsplan

Ingen ny verksamhetsplan för 2024 har tagits fram.

## 15.2 Verksamhetsrapport per helår

Nämndens verksamhetsrapport innehåller uppföljning enbart gällande resultat och helårsprognos. Utfallet blev 34,3 tkr.

## 15.3 Intern kontroll

Då nämnden inte haft någon verksamhet under året, samt inte tagit fram någon internkontrollplan, så finns det ingen kontroll att bedöma.



# 16 Kommunstyrelsen

## 16.1 Allmänt om kommunstyrelsen

Enligt reglementet har styrelsen flera funktioner. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet (ledningsfunktion). Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i kommunala företag, stiftelser och kommunalförbund. Styrelsen ska leda kommunens verksamhet genom att utöva en samordnad styrning och därvid också leda arbetet med att ta fram styrdokument för kommunen (styrfunktion). Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning och fortlöpande i samråd med nämnderna följa upp de fastställda målen och återrapportera till fullmäktige (uppföljningsfunktion). Vidare i reglementet fastslås styrelsens övriga uppgifter såsom att följa hur den interna kontrollen sköts i nämnderna.

## 16.2 Målstyrning och måluppfyllelse

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av målstyrning och måluppfyllelse.

### 16.2.1 Verksamhetsplan

Har styrelsen antagit en verksamhetsplan senast 26 februari 2024?	Ja. Verksamhetsplan antogs den 21 februari 2024 och reviderades den 12 mars 2024.
Har fullmäktiges målnedbrytning(ar) brutits ner av styrelsen?	Ja. För styrelsen gäller samtliga målnedbrytningar.
Har målnedbrytningarna brutits ner till egna mål (målnedbrytningar)?	Ja. Samtliga målnedbrytningar har brutits ner i egna mål.
Indikatorer <sup>30</sup>	Styrelsen har indikatorer för samtliga mål. Av både verksamhetsrapporten och uppgifter framkommer att vissa indikatorer formuleras som mål medan andra som ett förtydligande av målet/målnedbrytningen. Samtliga indikatorer har saknar målvärden. Det anges inte hur indikatorerna ska mätas.  Styrelsen har under året kompletterat verksamhetsplanen med för verksamheten viktiga nyckeltal såsom sjuklön, övertidsersättning och resekostnader. Enligt uppgift har

<sup>30</sup> Enligt anvisningar kan nämnden själva om de vill ha indikatorer eller ej. Indikatorer ska vara mätbara. Till indikatorer kan det ges en kort definition för att öka förståelsen vad som mäts.

	<p>dessa nyckeltal tagits fram för att följa beslutade åtgärder för en ekonomi i balans.</p> <p>Ovanstående noteringar gjordes även i föregående års grundläggande granskning.</p>
--	--

### 16.2.2 Verksamhetsrapport per helår

Har styrelsen beslutat om verksamhetsrapport per helår senast 28 februari 2025?	Nej. Verksamhetsrapporten antogs av styrelsen den 11 mars 2025.
Innehåller verksamhetsrapporten en målanalys? <sup>31</sup>	Ja. För samtliga mål (målnedbrytningar) ges beskrivningar vad som genomförts under året för att uppnå målet. Beskrivningarna är detaljerade. För vissa mål beskrivs ingen analys av indikatorerna.
Uppnår styrelsen sina mål?	Delvis. Styrelsen uppnår 9 (grön) av sina 20 mål (målnedbrytningar), medan 9 mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Två mål (målnedbrytningar) har stor avvikelse mot målet (rött).
Gör styrelsen en sammanvägning av vad som har genomförts för att uppnå målet (målnedbrytningen) samt utfallet och statusen på indikatorerna?	Ja. Däremot blir den sammanvägda bedömningen i viss grad otydlig utifrån följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genom att de flesta indikatorer saknat målvärde möjliggörs ingen kvantitativ uppföljning.</li> <li>- För vissa indikatorer har målvärde kompletterats till verksamhetsrapport per helår.</li> </ul>
Privata utförare	I verksamhetsplanen anges att styrelsen inte använder sig av privata utförare.

## 16.3 Intern styrning och kontroll

Nedan redovisas iakttagelser och bedömningar i granskning av intern styrning och kontroll.

Har nämnden antagit en plan för intern styrning och kontroll senast 30 april?	<p>Ja. Plan för intern styrning och kontroll antogs av nämnden 2024-03-12.</p> <p>Kommunstyrelsen har vid ett sammanträde haft en workshop kring de risker som tjänstemännen har tagit fram, och där prioriterat vilka risker som styrelsen ska kontrollera under året. En genomgång av de risk- och målområden som finns genomfördes vid samma tidpunkt för att öka förståelsen. Vid workshoparna så sitter nämndens medlemmar i smågrupper och diskuterar sig fram till utvalda risker som ska in i intern</p>
---	--

<sup>31</sup> En beskrivande text vad som uppnåtts under perioden och vad som kan förbättras för att uppnå målet?

	kontrollen. Dessa kompletteras sedan med kontrollmoment från tjänstemännen innan beslut tas i KS på följande möte.
Styrelsens risker	Exempel på risker i riskvärdering har varit ränterisk och finansieringsrisk.  Enligt uppgift har styrelsen påbörjat ett arbete med att värdera risker som påverkar hela kommunen. Riskerna utgår ifrån styrelsens ansvarsområde. Främsta exemplet är risker kopplat till löneutbetalningsprocessen.
Anges kontrollmoment för samtliga risker?	Ja. Kontrollmoment finns angivet för samtliga risker.
Anges beskrivning för kontrollmomenten?	Delvis. Beskrivning av kontrollmoment finns angivet för 20 av totalt 23 kontrollmoment.
Anges ansvarig för kontrollmomenten?	Ja
Anges periodicitet för kontrollmomenten?	Ja.
Har nämnden beslutat om rapport intern styrning och kontroll 2024?	Ja. Nämnden antog rapport intern styrning och kontroll den 11 mars 2025.
Innehåller rapporten fullständiga och begripliga beskrivningar av kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem?	Ja. Beskrivningarna varierar, vissa är detaljerade och andra kortfattade.

## 16.4 Kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Nedan redovisas olika ärenden med bäring på kommunstyrelsens uppsiktsplikt.

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt fastslås i kommunstyrelsens reglemente. Utöver det finns inget särskilt styrdokument som närmare beskriver kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Enligt uppgift pågår ett arbete med att ta fram ett sådant styrdokument.

### 16.4.1 Uppföljning av nämndernas internkontrollplaner

Som tidigare beskrivits (se 5.1.5) ska kommunstyrelsen göra en övergripande analys över nämndernas och bolagens uppföljningar som en del av styrelsens uppsiktsroll. Den övergripande analysen ska beslutas i kommunstyrelsen året efter verksamhetsåret.

Uppföljning av 2023 års internkontrollarbete av nämnderna redovisades till styrelsen den 4 juni 2024. Uppföljningen visade att nämnderna har använt den nya mallen men kommit olika långt i sitt arbetssätt kring uppföljningen. I uppföljningen ges en summering över varje nämnds: antal kontrollmoment med större avvikelse, om internkontrollplanens kontrollmoment är med i uppföljningen och en kommentar till kontrollmomentet. Uppföljningen visar att totalt 16 kontrollmoment har större avvikelser. Samtliga nämnder har kommenterat sina kontrollmoment med större avvikelse. Vidare visade uppföljningen att vissa nämnders uppföljningar (intern kontrollrapporter) inte innehåller samtliga risker eller kontrollmoment som finns i nämndens internkontrollplan.

Kommunstyrelsen beslutade kommunstyrelsen att uppdra till ekonomiavdelningen att identifiera och utveckla de gemensamma processerna för styrning och intern kontroll.

#### **16.4.2 Kommunstyrelsens årliga granskning av de kommunala bolagen 2023**

I enlighet med kommunallagen bestämmelse<sup>32</sup> behandlar kommunstyrelsen årligen en granskning av de kommunala bolagen.

Ärendet avseende 2023 behandlades av styrelsen den 10 september 2024 och omfattar bolagen<sup>33</sup>, delägda bolag<sup>34</sup> och kommunalförbund<sup>35</sup>. I jämförelse med uppföljning av nämndernas arbete med intern kontroll innehåller granskningen ingen egen beskrivning av bolagens följsamhet till riktlinje för intern styrning och kontroll. I ärendets tjänsteskrivelse anges exempelvis nedskrivningen i Gävle Parkeringservice AB och utredningen om bolaget (beskrivs närmare i avsnitt 17.5.4). Kommunstyrelsen beslutade bland annat att verksamheten i bolagen varit förenlig med det kommunala ändamålet och de kommunala befogenheterna i enlighet med bolagets bolagsordning. Vidare beslutade kommunstyrelsen att uppdra till sektor Styrning och Stöd att fortsätta utveckla formerna för kommunstyrelsens uppsiktsplikt över de delägda bolagen.

#### **16.4.3 Kommunstyrelsens uppsiktsplikt avseende ekonomi**

Under perioden november 2023-mars 2025 har kommunstyrelsen beslutat själv eller föreslagit fullmäktige besluta i flertalet ärenden med bäring på nämndernas respektive bolagens ekonomi.

I beredningen av kommunplan 2024 föreslog kommunstyrelsen fullmäktige besluta att bolagen (inom bolagskoncernen) omarbetar sina budgetar utifrån kommunplanen och nya ägardirektiven. Ytterligare beslut var förändrade resultatkrav för vissa av bolagen inom Gävle Stadshus AB-koncernen. För nämnderna var beslutet, utöver att deras driftsramar fastställdes, en skyldighet att inrymma verksamheten inom tilldelade budgetramar.

Vid följande sammanträden har kommunstyrelsen behandlat ekonomiska rapporter eller delårsrapporter (1 och 2) för kommunen och kommunala bolagen:

- 2024-04-09 § 74: Ekonomiska månadsrapporter per februari
- 2024-06-10 § 143: Delårsrapport 1
- 2024-10-08 § 179: Delårsrapport 2
- 2024-10-29 § 202: Ekonomiska månadsrapporter per september
- 2024-12-03 § 235: Ekonomiska månadsrapporter per oktober

I samband med dessa ärenden har styrelsen beslutat om en rad olika åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. Vissa av åtgärderna har varit till kommunstyrelsen medan andra åtgärder varit till vissa nämnder. Andra åtgärder var till förvaltningen. Sammantaget var åtgärdernas syfte att uppnå en ekonomi i balans. För vissa av

<sup>32</sup> Se 6 kap. 1 § i kommunallagen.

<sup>33</sup> Gävle Stadshus AB, Gävle Energi AB med dotterbolag, AB Gavlegårdarna, med dotterbolag, Gävle Hamn AB, Gavlefastigheter Gävle kommun AB med dotterbolag, Gävle Parkeringservice AB, Gästrike Vatten AB samt Gävle Vatten AB.

<sup>34</sup> Svenska Kommunförsäkrings AB, Bomhus Energi AB, Gästrike Ekogas AB, Norrsken AB och Ostkustbanan 2015 AB.

<sup>35</sup> Gästrike Räddningstjänst och Gästrike återvinnare.

åtgärderna har kommunstyrelsen angett när återrapportering ska göras. Sammanfattat har åtgärderna handlat om: a) högre krav på uppföljning, och analyser av vissa kostnader, b) identifiera olika risker (se granskning av intern styrning och kontroll), c) minska särskilda kostnader (t.ex. personalkostnader), d) anställningsstopp, e) förstärka centrala processer (ekonomistyrning och HR). En annan åtgärd har varit att kommunstyrelsen ska särskilt följa nämndernas åtgärdsarbete.

På kommunstyrelsens sammanträde 2024-09-10 § 163 gjordes en återrapportering av nämndernas beslutade åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Utifrån återrapporteringen beslutades om fortsatta åtgärder, som utgick ifrån ett antal förslag i beslutsunderlaget.

Ytterligare åtgärd, inom ramen för uppsiktsplikten, har varit beslut kopplat till lokalförsörjningen<sup>36</sup>.

Ärenden med bäring på bolagens ekonomi har varit: a) ombudgetering och omdisponering av investeringsanslag<sup>37</sup>, b) omfördelning av kommunbidrag<sup>38</sup>, c) ändrad koncernbudget för Gävle kommunkoncern<sup>39</sup>, d) utökad investeringsbudget Agnes kulturhus<sup>40</sup>, e) aktieägartillskott Gävle Parkeringservice från Gävle Stadshus AB<sup>41</sup>, f) driftsbidrag till Gävle Vatten AB<sup>42</sup> och g) ändrad budget för AB Gavlegårdarna<sup>43</sup>.

Utöver ovanstående ärenden har kommunstyrelsen även behandlat och beslutat i en rad andra ärenden<sup>44</sup>.

#### **16.4.4 Uppsikt över Gävle Parkeringservice AB**

Som tidigare beskrivits tillstyrkte fullmäktige 2024-03-23 att Gävle Stadshus AB lämnar ett aktieägartillskott på 31 mnkr till Gävle Parkeringservice per 2023-12-31.

Kommunstyrelsen beslutade 2024-05-22 att i samarbete med Gävle Stadshus AB genomföra en utredning avseende Gästrike Parkeringservice AB. Inriktningsbeslutet var att analysera de ekonomiska förutsättningarna för bolaget, samt lämna förslag på vägval för hur bolaget ska kunna få en hållbar ekonomisk ställning.

Utredningen presenterades för Gävle Stadshus AB och Gävle Parkeringservice AB under hösten 2024. Med anledning av utredningen föreslog kommunstyrelsen 2025-02-04 fullmäktige att fatta flera beslut med bäring på samhällsbyggnadsnämnden samt bolaget och parkeringar.

---

<sup>36</sup> 2024-02-06 § 2024-06-10 § 147

<sup>37</sup> 2024-02-06 § 15

<sup>38</sup> 2024-02-06 § 14

<sup>39</sup> 2024-02-06 § 18

<sup>40</sup> 2024-02-06 § 35

<sup>41</sup> 2024-03-12 § 55

<sup>42</sup> 2024-03-12 § 53

<sup>43</sup> 2024-03-12 § 54

<sup>44</sup> Rapport över genomförd tillsyn av arkivvården i Gävle kommun 2023 (2024-02-06 § 29), Markanvisningsavtal Gävle Parkeringservice AB på Västra Kungsbäck, etapp 2 (2024-04-09 § 84), Sammanställning av konsekvenser efter skyfall och översvämningar i Gävle kommun - augusti 2021 (2024-06-04 § 105), Ändrad bolagsordning i Gavlefastigheter Gävle kommun AB (2024-06-04 § 107), nya reglementen för Gävle kommuns nämnder (2024-06-10 § 145), Samgående i ett gemensamt elnätbolag mellan Gävle Energi Elnät AB och Hofors Elverk AB (2024-09-10 §160).

## 16.5 Bedömning

Vi bedömer att styrelsens verksamhet som ändamålsenlig. Vi bedömer dock att styrelsen behöver fortsätta utveckla sina indikatorer, vilket revisionen kommenterat i senaste årens grundläggande granskning. Det bör beskrivas hur indikatorer ska mätas, för en ökad förståelse om styrelsens målstyrning och måluppfyllelse.

Vi konstaterar att styrelsen uppnår 9 (grön) av sina 20 mål (målnedbrytningar), medan 9 mål (målnedbrytningar) är nära att uppnås (gult). Två mål (målnedbrytningar) har stor avvikelse mot målet (rött).

Vi bedömer styrelsens internkontroll som tillräcklig. Den översiktliga granskningen visar att styrelsen värderat dels risker kopplade till egna verksamheten, dels vissa risker som påverkar hela kommunen. Att värdera risker - vilka utgår ifrån styrelsens ansvarsområde - som påverkar hela kommunen är relevant. Det är dock viktigt att styrelsen och bolagsstyrelsen i Gävle Stadshus AB gemensamt, på olika sätt, värderar risker kopplat till bolagens ekonomi och verksamhet.

Vi konstaterar att kommunstyrelsens uppsiktsplikt regleras i styrelsens reglemente. Det saknas ett styrdokument som beskriver eller tydliggör vad som ingår i uppsiktsplikten och när under året detta genomförs. Att det pågår ett arbete med att ta fram ett styrdokument för uppsiktsplikten ser vi positivt på.

Under året har, som granskningen visar, uppsiktsplikten omfattat flertalet ärenden. Kommunstyrelsen har i enlighet med riktlinjen för intern styrning och kontroll gjort en övergripande analys över nämndernas uppföljningar av sin interna styrning och kontroll. Mot bakgrund av de bedömda bristerna i Gävle Stadshus AB:s respektive Gävle Parkeringservice AB:s arbete med intern kontroll bör kommunstyrelsen göra motsvarande analys av bolagens (inom kommunkoncernens) interna styrning och kontroll.

Kommunstyrelsen har under året följt, genom ekonomiska rapporter och delårsrapporter, nämndernas och bolagens ekonomi. Vi bedömer att kommunstyrelsen varit aktiv genom att besluta om olika typer av åtgärder redan 2024 och sedan under året. Åtgärderna har varit tydligt beskrivna och kommunstyrelsen har begärt återrapportering i syfte att följa upp beslutade åtgärder.

Kommunstyrelsen har även fattat olika beslut med bäring på Gävle Parkeringservice AB. Givet bolagets ekonomiska situation bedömer vi det som viktigt att styrelsen tillsammans med Gävle Stadshus AB fortsätter uppsikten över bolaget och vidtar åtgärder vid behov.

### 16.5.1 Rekommendationer

- Tillse att målvärde anges för indikatorer.

## 17 Svar på revisionsfrågor

Nedan redovisas svar på revisionsfrågorna.

Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt att verksamheten styrs utifrån kommunfullmäktiges mål och riktlinjer samt kommunstyrelsens anvisningar?	Delvis.
Når kommunstyrelsen och nämnderna måluppfyllelsen för verksamheten?	Delvis.
Har nämnderna en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?	Ja.
Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i enlighet med kraven i kommunallagen samt kommunfullmäktiges riktlinjer?	Ja, med undantag för överförmyndarnämnden.

## 18 Bilaga 1 – Översikt över styrmodellens kommunövergripande mål och målnedbrytningar och indikatorer

Nedan redovisas mål och målnedbrytningar som fullmäktige tilldelat respektive nämnd.

Kraftigt förbättrade resultat i Gävles skolor							
Målnedbrytningar	KS	AFN	SN	ON	KFN	SBN	UN
Gävles skolor ska ge alla barn och elever en utbildning av hög kvalitet, vara likvärdiga och kompensera för olika bakgrund och förutsättningar	X	X	X		X	X	X
Tryggheten och närvaron i skolan skall öka	X	X	X		X	X	X
Arbetsmarknadens behov ska än mer styra vägledning till och innehåll i utbildningar	X	X		X			X
Utbildningskedjan ska leda till att fler kommer i arbete	X	X		X	X	X	X
Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen							
Målnedbrytningar	KS	AFN	SN	ON	KFN	SBN	UN
Barn och ungas livssituation ska förbättras i alla stads- och kommunaldelar	X	X	X	X	X	X	X
Samhället ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk med en bredd av tidiga förebyggande insatser	X	X	X	X	X	X	X
Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun	X		X	X	X	X	
Personer med funktionsnedsättning ska ha större inflytande över frågor som berör dem	X	X	X	X	X	X	X
Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare	X	X	X	X	X	X	X
Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle							
Målnedbrytningar	KS	AFN	SN	ON	KFN	SBN	UN
Bättre förutsättningar ska skapa möjligheter för fler företag att etablera sig i Gävle	X	X	X	X	X	X	X



Service, kommunikation och återkoppling ska förbättras inom hela kommunkoncernen	X	X	X	X	X	X	X
Kommunkoncernen ska samverka mer med näringslivet för en bättre kompetensförsörjning	X	X	X	X	X		X
Kommunkoncernen ska vara en attraktiv avtalspart som främjar sund konkurrens	X	X	X	X	X	X	X
<b>En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov</b>							
<b>Målnedbrytningar</b>	<b>KS</b>	<b>AFN</b>	<b>SN</b>	<b>ON</b>	<b>KFN</b>	<b>SBN</b>	<b>UN</b>
Samhällsplaneringen bidrar till ökad trygghet och minskad segregation i kommunens alla stadsdelar och orter	X	X	X	X	X	X	X
Gävle kommun arbetar för en hållbar och robust tillgång till vatten och energi	X					X	
Samhällsplaneringen ska ge invånarna tillgång till bostäder enligt den efterfrågan som finns och ska bidra till ett hållbart, innovativt byggande med god arkitektonisk kvalitet	X	X		X		X	
Samhällsplaneringen ska utgå ifrån att bygga ett robust samhälle som klarar ett förändrat klimat	X			X		X	
<b>En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun</b>							
<b>Målnedbrytningar</b>	<b>KS</b>	<b>AFN</b>	<b>SN</b>	<b>ON</b>	<b>KFN</b>	<b>SBN</b>	<b>UN</b>
Luftkvaliteten ska förbättras och klimatutsläppen minska i takt med Gävle kommuns ansvar enligt Parisavtalet	X	X	X	X	X	X	X
Gävle kommun ska underlätta och bidra till medborgarnas och näringslivets omställning till fossilfria och hållbara transporter	X	X	X	X	X	X	X

Biologisk mångfald i såväl vatten som på land ska stärkas	X					X	
Samhället ska utgå ifrån cirkulär resurshantering	X	X	X	X	X	X	X

# Grundläggande granskning av styrelse och nämnders ekonomistyrning år 2024

Gävle kommun

April 2025

Hanna Franck  
Matthew Matti



# Innehållsförteckning

Sammanfattning med rekommendationer	s. 03
Inledning	s. 06
Kommunstyrelsen	s. 09
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	s. 18
Kultur- och fritidsnämnden	s. 28
Omvårdnadsnämnden	s. 34
Samhällsbyggnadsnämnden	s. 43
Socialnämnden	s. 52
Utbildningsnämnden	s. 61
Överförmyndarnämnden	s. 67
Bilaga: Sammanställning av revisionsfrågor för alla revisionsobjekt	s. 73

# Sammanfattning

# Sammanfattande revisionell bedömning

Revisionsobjekt	Övergripande revisionsfråga
	Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?
Kommunstyrelse	Grön
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	Gul
Kultur- och fritidsnämnden	Grön
Omvårdnadsnämnden	Gul
Samhällsbyggnadsnämnden	Gul
Socialnämnden	Gul
Utbildningsnämnden	Grön
Överförmyndarnämnden	Grön

# Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Säkerställ att det inom nämnderna sker ett systematiskt åtgärdsarbete för att komma tillrätta med driftunderskottet och att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden:

- Säkerställ att åtgärder fortsätter att vidtas systematiskt för att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.
- Säkerställ att åtgärderna som vidtas är tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

- Säkerställ att det systematiska åtgärdsarbetet fortsätter och att ytterligare åtgärder vidtas vid behov.

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till samhällsbyggnadsnämnden:

- Säkerställ att det sker ett systematiskt åtgärdsarbete för att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.
- Säkerställ att det finns en tydlig spårbarhet till vidtagna åtgärder och att de åtgärder som vidtas är tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- Säkerställ att åtgärder fortsätter att vidtas systematiskt för att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.
- Säkerställ att åtgärderna som vidtas är tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.

# Inledning



# Inledning

## Bakgrund

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

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

Den grundläggande granskningen är en del av den granskning som genomförs och syftar till att ge de förtroendevalda revisorerna en grund för beslutet att till- eller avstyrka ansvarsfrihet för nämnden i rapporteringen till kommunfullmäktige. Den ska också ge ett underlag till om kritik eller anmärkning ska framföras till nämnden.

PwC har fått i uppdrag att utifrån revisorernas modell ta fram underlag till revisionen för att bedöma de grundläggande frågorna om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ta fram underlag till revisionen för att bedöma de grundläggande frågorna om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Följande områden omfattas i granskningen:

1. Ekonomistyrning: Har styrelsen/nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?

Revisionskriterier i granskningen utgörs främst av kommunallagen 6:1, 6:6 och följsamhet till fullmäktiges uppdrag i form av mål och budget 2024.

# Inledning

## Metod och avgränsning

Granskningen omfattar kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, omvårdnadsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden, socialnämnden, utbildningsnämnden och överförmyndarnämnden. Granskningen av kommunstyrelsen fokuserar på styrning, kontroll och uppföljning av den egna verksamheten (ej styrelsens uppföljning av nämnderna).

Den översiktliga granskningen har skett genom dokumentanalys. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2024.

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

Följande revisionsfrågor har varit utgångspunkten för granskningen:

1. Har styrelsen/nämnden antagit en budget för verksamheten?
2. Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?
3. Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?
4. Finns mål formulerade för styrelsens/nämndens ekonomi?
5. Är målen uppföljningsbara (mätbara)?
6. Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?
7. Har styrelsens/nämnden upprättat instruktion för rapportering till styrelsen/nämnden avseende ekonomi?
8. Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?
9. Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?
10. När styrelsen/nämnden uppsatta mål för ekonomin?
11. Vidtar styrelsen/nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?
12. Preciserar styrelsen/nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?
13. Säkerställer styrelsen/nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?

För de nämnder som prognostiserar underskott kommer revisionsfrågorna 11-13 att tillämpas.

# Kommunestyrelsen

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
Har styrelsen, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?	Grön	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är förenligt med beslutade mål då styrelsen har bedrivit den egna verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Styrelsen redovisar ett resultat för året om +78,6 mnkr, vilket dock utgör en negativ budgetavvikelse om 83 mnkr. Exploateringsverksamheten har ett resultat på 63,8 mnkr, jämfört med budget 151,2 mnkr. För den egna verksamheten redovisar styrelsen ett positivt resultat på 25,4 mnkr.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att styrelsen löpande får en rapportering kopplat till ekonomin för den egna verksamheten men även kommunkoncernens verksamhet.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p> <p>Gällande granskning avseende måluppfyllelse för kommunen som helhet sker detta inom ramen för granskning av god ekonomisk hushållning år 2024.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har styrelsen antagit en budget för verksamheten?	Grön	Kommunstyrelsen har fastställt en budget för 2024-2027, vid sammanträdet 2024-02-06 §12.  Styrelsens kommunbidrag har inte förändrats under året.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Kommunstyrelsen har fastställt en budget med verksamhetsplan, vid sammanträdet 2024-02-16 §12.  Budgeten är upprättad i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv. Dessa direktiv inkluderar att verksamheten ska bedrivas inom fastställda budgetramar, ekonomisk balans ska uppnås, reserver för oförutsedda behov ska hanteras ansvarsfullt, och drift- samt investeringsplaner ska vara effektiva. Dessutom krävs löpande uppföljning och rapportering för transparens, vilket kommunstyrelsen tydligt följer i sin verksamhetsplan och budget.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar kommunstyrelsens samtliga verksamheter enligt reglementet. Ansvarsområden som ekonomi, samhällsplanering och hållbarhet täcks av verksamhetsplanen och budgeten, som följer fullmäktiges beslut och strategiska mål.
4.	Finns mål formulerade för styrelsens ekonomi?	Grön	Beslutad budget är att betrakta som mål för styrelsens ekonomi. Styrelsen har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Budgeterade intäkter beräknas till 285 mnkr och 558,7 mnkr i kommunbidrag. <i>(Forts på nästa sida.)</i>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
4.	Finns mål formulerade för styrelsens ekonomi?	Grön	<i>(Forts.)</i> Granskningen visar att det finns mål formulerade för kommunstyrelsens ekonomi. Dessa inkluderar krav på ekonomisk balans, effektiv användning av skattemedel, och långsiktig hållbarhet. Budgeten innehåller specifika finansiella mål och uppföljningsprocesser som säkerställer att ekonomin styrs i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv.
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Styrelsen har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Målen för kommunstyrelsens ekonomi i verksamhetsplanen är uppföljningsbara. Målen kopplas till specifika indikatorer och rapporteringsrutiner.  <b>Ekonomisk balans:</b> Följs upp genom resultatrapporter (månads-, delårs- och årsrapporter) där intäkter, kostnader och eventuella avvikelser dokumenteras.  <b>Effektiv resurshantering:</b> Mätbart genom uppföljning av budgetutfall, kostnadseffektivitet och nyckeltal relaterade till verksamhetens prestationer.  <b>Investeringar och reserver:</b> Uppföljning sker genom specifika belopp och projekt som redovisas i investeringsbudgeten samt hanteringen av reserver för oförutsedda behov.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
6.	Används måttetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Enligt kommunstyrelsens verksamhetsplan används måttetal för att kontrollera ekonomi, prestationer och kvalitet. Här är hur de tillämpas:</p> <p><b>Ekonomi:</b> Budgetuppföljningar och nyckeltal som intäkter, kostnader, samt avvikelser från budget används för att övervaka den ekonomiska balansen.</p> <p><b>Prestationer:</b> Indikatorer som kopplas till specifika mål inom verksamheten, t.ex. antal genomförda projekt eller uppnådda målvärden, används för att mäta effektiviteten.</p> <p><b>Kvalitet:</b> Kvalitetsmätningar genom medborgarundersökningar, uppföljning av verksamhetsresultat, och jämförelser med nationella standarder används för att säkerställa att resurser används effektivt och ger önskad kvalitet.</p>

# Granskningsiakttagelser

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



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>(forts).</p> <p>För den egna verksamheten har styrelsen erhållit följande prognoser under året: April: +74,7 mnkr Augusti: +74,7 mnkr</p> <p>Styrelsen har under året per april, fått ekonomiska månadsrapporter för kommunen och de kommunala bolagen. I samband med rapporteringen lämnas även en översiktlig prognos för finansförvaltningen. Utöver detta lämnas även rapportering från nämnderna till styrelsen i samband med delårsrapport 1 och 2.</p> <p>Styrelsen har under året erhållit följande prognoser för kommunens balanskravsresultat: Juni: -396,6 mnkr Augusti: 245,3 mnkr</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor	Bedömning	Noteringar
9.	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Den är regelbunden och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>Vid samtliga sammanträden så har följande rapportering skett:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Månadsrapport 2024-02-06 §11</li><li>• Månadsrapport 2024-04-09 §73</li><li>• Delårsrapport 1 för kommunstyrelsen 2024-06-04 §100</li><li>• Delårsrapport 2 med årsprognos för kommunstyrelsen 2024-10-08 §178</li><li>• Kommunstyrelsens månadsrapport jan-sept 2024 2024-10-29 §201</li><li>• Kommunstyrelsens månadsrapport jan-okt 2024 2024-12-03 §234</li></ul> <p>Styrelsen har under året även tagit del av rapportering avseende kommunkoncernens ekonomi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ekonomiska månadsrapporter år 2024 för kommunen och de kommunala bolagen 2024-04-09 § 74</li><li>• Delårsrapport 1 för kommunen och de kommunala bolagen 2024-06-10 §143</li><li>• Delårsrapport 2 med årsprognos för kommunen och de kommunala bolagen 2024-10-08 §179</li></ul> <p><i>(Forts på nästa sida.)</i></p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.) Styrelsen har under året även tagit del av rapportering avseende kommunkoncernens ekonomi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ekonomiska månadsrapporter per september 2024 för kommunen och de kommunala bolagen 2024-10-29 §202</li><li>• Ekonomiska månadsrapporter per oktober 2024 för kommunen och de kommunala bolagen 2024-12-03 §235</li></ul>
10.	När styrelsen uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>Kommunstyrelsens totala resultat uppgick till 78,6 mnkr, i jämförelse med reviderad budget på 161,6 mnkr. Det innebär en negativ avvikelse med 83 mnkr.</p> <p>För den egna verksamheten redovisar styrelsen ett positivt resultat på 25,4 mnkr.</p> <p>Summering av resultatet utifrån styrelsens verksamhetsområden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Budgeterat resultat för exploateringsverksamheten uppgick till 151,2 mnkr. Exploateringsresultat uppgår dock till 63,8 mnkr och verksamhetskostnader/övriga intäkter exploateringsverksamhet -13,4 mnkr.</li><li>• Realisationsresultatet hos markreserven uppgår till 0,1 mnkr och verksamhetskostnader/övriga intäkter markreserv 1,1 mnkr.</li></ul> <p>Styrelsen har under året beslutat om en genomlysning av exploateringsverksamheten.</p>

# Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt?</p>	<p>Gul</p>	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden inte helt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Genomförd granskning visar på brister kopplat till nämndens ekonomistyrning under år 2024.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är inte förenligt med beslutade mål då nämnden inte har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om -58,8 mnkr. Nämndens underskott på 58,8 mnkr är en avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2. Nämndens årsprognos beräknades då till -50,9 mnkr. Avvikelsen om 58,8 mnkr utgör ca 4,8 % av nämndens ekonomiska ram om 1218,3 mnkr.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett underskott hela året. Det framgår i rapporteringen att det pågår ett åtgärdsarbete för att nå en ekonomi i balans. Förväntad effekt av åtgärderna rapporteras löpande till nämnden tillsammans med rapportering av den ekonomiska utvecklingen..</p> <p>I delårsrapport 2 anges att beräknad effekt av åtgärderna uppgår till 23,5 mnkr. Åtgärderna finns specificerade i delårsrapporten och redovisas till nämnden. Vi bedömer att åtgärderna under året har varit tydliga men inte varit tillräckliga för att nå en ekonomi i balans under år 2024. Vi ser det som väsentligt att åtgärdsarbetet fortsätter systematiskt och att ytterligare åtgärder vidtas för att nå en ekonomi i balans.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p>

# Rekommendationer

## ***Rekommendationer***

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till nämnden:

- Säkerställ att åtgärder fortsätter att vidtas systematiskt för att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.
- Säkerställ att åtgärderna som vidtas är tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Nämnden har fastställt en verksamhetsplan inkl budget för 2024 med utblick 2025-2027 vid sammanträdet 2023-12-13 §188.  Kommunbidrag har reviderades med -0,1 mnkr under år 2024.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Nämnden har fastställt en budget med budget, vid sammanträdet 2023-12-13 §171. Budgeten är upprättad i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv. Dessa direktiv inkluderar att verksamheten ska bedrivas inom fastställda budgetramar, ekonomisk balans ska uppnås, reserver för oförutsedda behov ska hanteras ansvarsfullt, och drift- samt investeringsplaner ska vara effektiva. Dessutom krävs löpande uppföljning och rapportering för transparens.  Nämnden har en reviderad budget under år 2024 vilket framgår av delårsrapporterna.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar flera aspekter av nämndens verksamheter enligt verksamhetsplanen.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Budgeterade intäkter beräknas till 250,6 mnkr och 1218,8 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans.</p> <p>Ytterligare mål har ej formulerats för ekonomin.</p>
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans.</p> <p>Inga särskilda indikatorer kopplat till ekonomin har beslutats av nämnden.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Månadsrapporter innehåller mätetal för ekonomin, prestationer och kvalitet.</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har tydliga instruktioner för ekonomisk rapportering, vilket framgår av verksamhetsplan, kommunplanen och reglementet.</p> <p>Rapporteringen sker regelbundet genom månads-, delårs- och årsrapporter som redovisar budgetutfall, prognoser, avvikelser och investeringar.</p>
8..	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har tagit del av fördjupad rapportering i samband med delårsrapporter per april och augusti.</p> <p>Rapporteringen fokuserar på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi. Enligt rapporterna granskas budgetutfall, prognoser och investeringar noggrant. Ekonomiska indikatorer och mätetal används för att analysera om målen uppnås, och det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet</p> <p>Rapporterna inkluderar också analyser kopplade till målens påverkan på verksamheten, som kostnadseffektivitet, avkastning på investeringar och jämförelser med andra kommuner.</p> <p>Nämnden har under året erhållit följande prognoser: Mars: - 45 mnkr April: -40,2 mnkr Maj: -40,2 mnkr Augusti: - 50,9 mnkr Oktober: - 55,7 mnkr November: -55,7 mnkr</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven.</p> <p>Vid samtliga sammanträden så har följande ekonomisk rapportering skett:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Februari 2024: Protokoll AFN 2024-02-21 §5.</li><li>● Mars 2024: Protokoll AFN 2024-04-24 §50.</li><li>● April 2024: Protokoll AFN 2024-05-29 §65.</li><li>● Juni 2024: Protokoll AFN 2024-06-19 §82.</li><li>● September 2024: Protokoll AFN 2024-10-23 §118.</li><li>● Oktober 2024: Protokoll AFN 2024-11-27 §130.</li><li>● November 2024: Protokoll AFN 2024-12-11 §153.</li></ul> <p>Nämnden har tagit del av fördjupad rapportering per april (delårsrapport 1) och per augusti (delårsrapport 2).</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	<p>I delårsrapporten per april framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är -14,1 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten är för samma period om -22,4 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april inkl effekt från beslutade åtgärder uppgår till -40,2 mnkr. Förväntad effekt av åtgärdsarbetet uppgår till 18,4 mnkr.</p> <p>Av delårsrapporten framgår orsakerna till underskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde. Det framgår även i tabell en analys med förslag till åtgärder.</p> <p>I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är -44,0 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om -44,5 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti inkl effekt från beslutade åtgärder uppgår till -50,9 mnkr. Förväntad effekt från åtgärdsarbetet uppgår per augusti till 23,5 mnkr.</p> <p>Nämndens prognostiserade helårsresultat har försämrats från april till augusti med 10,7 mnkr. Den största avvikelsen återfinns inom boende LSS där prognosen försämrats från -10,6 mnkr till -28,8 mnkr. Orsaken till förändringen framgår översiktligt av delårsrapporten.</p> <p>Årets resultat är ett underskott om -58,8 mnkr vilket är en försämring mot prognos per augusti. I verksamhetsrapporten framgår orsakerna till underskottet. <i>(forts nästa sida)</i>.</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Resultatet beror bland annat på individuella lösningar och dubbelbemanning inom Boende LSS för flera komplexa ärenden samt köp av platser på externa LSS/SoL-boenden. Det framgår även att avvikelser finns inom assistansen där timersättning från Försäkringskassan inte täcker de faktiska personalkostnaderna för SFB-beslut. Brist på sjuksköterskor innebär höga kostnader för bemanningssköterskor. Kostnader för försörjningsstöd har inte ökat i förväntad omfattning, vilket gett positiv avvikelse för ekonomiskt bistånd. Årets resultat, - 58,8 mnkr.
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapport per april respektive per augusti framgår en beskrivning av åtgärder som vidtagits med anledning av underskottet och för att nå en ekonomi i balans. Åtgärderna preciseras i en tabell där förväntad effekt framgår.</p> <p>Förväntad effekt på helårsresultatet per april uppgår till 18,4 mnkr. I delårsrapport per augusti finns ytterligare åtgärder beskrivna med förväntad effekt om 23,5 mnkr.</p> <p>I verksamhetsrapport per helår framgår det att nedläggning av Aktivitetshuset och minskning av personal har gjorts. I protokoll 2024-12-11 §154 så framgår det att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån budget 2025.</p> <p><i>Forts nästa sida.</i></p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	<p><i>Forts.</i> Nämndens beslutade besparingsåtgärder med viss effekt under året:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avslut av verksamheterna Aktivitetshuset samt möbel/hantverk Nygatan</li><li>• Avslut KRAMI</li><li>• Avslut köpt arbetsträning ASF</li><li>• Minskning av antalet tjänster inom Vuxenutbildningen</li><li>• Minskning av antalet tjänster inom Arbetsmarknad och stöd</li><li>• Bemanningshandbok och utvecklingsstege (har börjat ge resultat i slutet av året)</li></ul> <p>Övriga anpassningar ej tagna av nämnd:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Minskning av administrativa tjänster</li><li>• Återhållsamhet kring inköp, utbildningar, lokalanpassningar</li><li>• Effektivare användning av lokaler</li><li>• Omdisponering av ansvar och uppdrag</li><li>• Nya intäktskällor via projekt eller statsbidrag</li></ul>
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Gul	Granskningen visar att det finns tydliga planer för besparingsåtgärder där ansvar och roller till del framgår men att det inte är helt tydligt kring tidsplan eller ansvarig för genomförandet.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grön	Löpande uppföljning sker av besparingsåtgärder vilket framgår av protokollen.

Kultur- och fritidsnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p>	Grön	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om + 10,1 MSEK. Överskottet beror bland annat på att kostnader gällande hyror och förvaltnings/tillsynsavtal samt personalkostnader har varit lägre än budgeterat.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden löpande får en rapportering kopplat till ekonomin. En särskild plan för att arbeta med en ekonomi i balans har hanterats av nämnden vilket framgår av verksamhetsplan för år 2024.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	<p>Nämnden har fastställt en internbudget för 2024 vid 2023-12-12 §129 sammanträdet. Vid sammanträdet 2024-02-20 §14 antog nämnden en verksamhetsplan som bygger på kommunplan och årsbudget 2024.</p> <p>Nämndens kommunbidrag har förändrats med + 11,5 mnkr under året.</p>
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-12 §129 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2024 som fastställdes av kommunfullmäktige.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten är heltäckande och omfattar nämndens samtliga verksamheter enligt reglementet. Ansvarsområden som kulturverksamhet, symfoniorkester och konserthusverksamhet, folkbiblioteksverksamhet, anskaffning och förvaltning av konstverk, drift av kommunens konsthall, kulturskoleverksamhet, idrotts- och fritidsanläggningar, simskoleverksamhet samt stöd till föreningar och fria kulturutövare, som följer fullmäktiges beslut och strategiska mål.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har formulerat mål för att hålla ekonomin i balans och för att effektivt använda resurser inom kultur- och fritidsområdet.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 109,5 mnkr och 407,9 mnkr i kommunbidrag. <i>Forts nästa sida.</i></p>



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<i>Forts.</i> Vid sammanträdet den 22 oktober 2024 (§106) fastslogs särskilda ekonomiska mål för resurseffektivisering och minskade driftskostnader för anläggningar.
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Enligt verksamhetsplanen har en särskild plan för ekonomi i balans beslutats av nämnden i syfte att arbeta med besparingsåtgärder och effektiviseringar.</p> <p>I verksamhetsplanen framgår ett antal mätetal kopplat till ekonomi.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Nämnden använder mätetal för:</p> <p><b>Ekonomi:</b> Uppföljning av driftskostnader, budgetavvikelser.\n</p> <p><b>Prestationer:</b> Antal genomförda aktiviteter, deltagarantal</p> <p><b>Kvalitet:</b> Nöjdhetsundersökningar bland besökare och föreningar.</p> <p>Dessa mätetal diskuterades vid sammanträdet den 28 maj 2024 (§73).</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har tydliga instruktioner för ekonomisk rapportering, vilket framgår av verksamhetsplan, kommunplan och reglementet. Rapporteringen sker regelbundet genom månads-, delårs- och årsrapporter som redovisar budgetutfall, prognoser, avvikelser och investeringar.
8..	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen fokuserar på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi. Enligt rapporterna granskas budgetutfall, prognoser och investeringar noggrant. Ekonomiska indikatorer och måttetal används för att analysera om målen uppnås, och det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet</p> <p>Rapporterna inkluderar också analyser kopplade till målens påverkan på verksamheten, som kostnadseffektivitet, investeringars avkastning och jämförelser med andra kommuner.</p> <p>Nämnden har under året erhållit följande prognoser: April: 0,0 mnkr Augusti: 0,0 mnkr</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Nämnden följer kommunens riktlinjer för rapportering, med regelbundna ekonomiska månadsrapporter och tertialrapporter. Uppföljning av ekonomi vid samtliga sammanträden: <ul style="list-style-type: none"><li>• Februari 2024: Uppföljning av driftskostnader – §18 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-02-20)</li><li>• Mars 2024: Redovisning av ekonomiskt utfall – §39 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-03-26)</li><li>• April 2024: Tertialrapport 1 – §42 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-04-23)</li><li>• Maj 2024: Uppföljning av föreningsbidrag – §73 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-05-28)</li><li>• September 2024: Analys av underskott – §90 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-09-24)</li><li>• Oktober 2024: Budgetjustering inför 2025 – §106 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-10-22)</li><li>• December 2024: Årsprognos och åtgärdsplanering – §128 (Protokoll Kultur- och fritidsnämnden 2024-12-10)</li></ul>
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Nämnden redovisar ett överskott om +10,1 mnkr för året.  Överskottet förklaras bland annat av lägre kostnader gällande hyror och förvaltnings/tillsynsavtal samt lägre personalkostnader under året. Nämnden redovisar även högre intäkter än budgeterat.

Omvårdnadsnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p>	<p>Gul</p>	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden inte helt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Genomförd granskning visar på brister kopplat till nämndens ekonomistyrning under år 2024.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är inte helt förenligt med beslutade mål då nämnden inte har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om - 9,7 mnkr. Nämndens underskott på 9,7 mnkr är en förbättring avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2 då nämndens årsprognos beräknades då till -30,9 mnkr. Avvikelsen om 9,7 mnkr utgör en mindre än 1 % av nämndens ekonomiska ram om 1485,4 mnkr.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett underskott hela året. Det framgår i rapporteringen att det pågår ett åtgärdsarbete för att nå en ekonomi i balans. Förväntad effekt av åtgärderna rapporteras löpande till nämnden tillsammans med rapportering av den ekonomiska utvecklingen..</p> <p>I delårsrapport 2 anges att beräknad effekt av åtgärderna uppgår till 28,5 mnkr. Åtgärderna finns specificerade i delårsrapporten och redovisas till nämnden. Vi bedömer att åtgärderna under året har varit tydliga. Vidare gör vi bedömningen att det är väsentligt att nämnden fortsätter att arbeta systematiskt med åtgärdsarbetet för att nå en ekonomi i balans.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p>

# Sammanfattning

## ***Rekommendationer***

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till nämnden:

- Säkerställ att det systematiska åtgärdsarbetet fortsätter och att ytterligare åtgärder vidtas vid behov.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-14 § 203 antar nämnden budget för år 2024. Nämnden antog en verksamhetsplan för 2024 vid samma sammanträde § 221.  Nämndens kommunbidrag har ökat med 8,7 mnkr under året.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-14 § 203 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2024 som fastställdes av kommunfullmäktige.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten täcker alla verksamhetsområden, inklusive äldreomsorg, funktionshinderverksamhet och hälso- och sjukvård.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Budgeterade intäkter beräknas till 309,4 mnkr och 1 485,4 mnkr i kommunbidrag.
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Inga särskilda indikatorer kopplat till ekonomin har beslutats av nämnden i verksamhetsplanen. Vi noterar dock att nämnden använder vissa ekonomiska nyckeltal, men dessa är inte alltid tydligt kopplade till måluppfyllelsen.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Det finns mätetal för ekonomi och prestationer.</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har tydliga instruktioner för ekonomisk rapportering, vilket framgår av kommunplanen och reglementet.</p> <p>Rapporteringen sker regelbundet genom månads-, delårs- och årsrapporter som redovisar budgetutfall, prognoser, avvikelser och investeringar.</p> <p>Intern kontroll av ekonomin behandlades i §109 vid sammanträdet 2024-09-26.</p>
8..	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporteringen fokuserar på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi. Det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet. Nämnden erhåller även prognos och utvärdering löpande under året.</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas även pågående åtgärdsarbete kopplat till nämndens ekonomi. I rapporteringen kommenteras i löpande text för det pågående arbetet utifrån ekonomiska utvecklingen. <i>(forts nästa sida)</i></p>



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<i>Forts.</i> Nämnden har under året erhållit följande prognoser: Mars: - 50 mnkr April: -30,8 mnkr Augusti: -30,9 mnkr September: -28,9 mnkr Oktober: -23,5 mnkr November: -17 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden: <ul style="list-style-type: none"><li>• 2024-12-12, §171 – Ekonomisk månadsrapport för november.</li><li>• 2024-11-28, §146 – Ekonomisk månadsrapport för oktober.</li><li>• 2024-10-24, §129 – Ekonomisk månadsrapport för september.</li><li>• 2024-09-26, §106 – Ekonomisk månadsrapport för augusti.</li><li>• 2024-06-19, §85 – Ekonomisk månadsrapport för maj.</li><li>• 2024-05-30, §67 – Ekonomisk månadsrapport för april.</li><li>• 2024-04-25, §50 – Ekonomisk månadsrapport för mars.</li><li>• 2024-03-27, §29 – Ekonomisk månadsrapport för februari.</li><li>• 2024-02-22, §5 – Ekonomisk månadsrapport för december 2023.</li></ul>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	<p>I delårsrapporten per april framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är -10,8 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten är för samma period om -17 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april inkl effekt från beslutade åtgärder uppgår till -30,8 mnkr. Förväntad effekt av åtgärdsarbetet uppgår till 27,6 mnkr.</p> <p>Av delårsrapporten framgår orsakerna till underskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde. Det framgår även i tabell en analys med förslag till åtgärder.</p> <p>I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är -31,9 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om -25,8 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti inkl effekt från beslutade åtgärder uppgår till -30,9 mnkr. Förväntad effekt från åtgärdsarbetet uppgår per augusti till 28,5 mnkr.</p> <p>Nämndens prognostiserade helårsresultat har försämrats från april till augusti med 0,1 mnkr. Den största avvikelsen återfinns inom vprd- och omsorgsboende egen regi där prognosen försämrats från -21,8 mnkr till -47,8 mnkr. Orsaken till förändringen framgår översiktligt av delårsrapporten.</p> <p>Årets resultat är ett underskott om -9,7 mnkr vilket är en förbättring mot prognos per augusti. I verksamhetsrapporten framgår orsakerna till underskottet. <i>(forts nästa sida)</i>.</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	<p><i>forts.</i></p> <p>De största ekonomiska avvikelserna är enligt verksamhetsrapporten per helår höga personalkostnader inom hemtjänst och på vård- och omsorgsboenden. Av rapporteringen framgår att brist på tillsvidareanställda sjuksköterskor har inneburit höga kostnader för bemanningssköterskor.</p>
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	<p>I delårsrapport per april respektive per augusti framgår en beskrivning av åtgärder som vidtagits med anledning av underskottet och för att nå en ekonomi i balans. Åtgärderna preciseras i en tabell där förväntad effekt framgår.</p> <p>Förväntad effekt på helårsresultatet per april uppgår till 27,6 mnkr. I delårsrapport per augusti finns ytterligare åtgärder beskrivna med förväntad effekt om 28,5 mnkr.</p> <p>I verksamhetsrapporten per helår framgår det att nämnden i februari år 2024 har beslutat om åtgärder men att helårseffekt beräknas på 12 månader varför effekten inte syns fullt ut under år 2024. Av redovisningen framgår att nämnden bland annat har beslutat att minska antalet avlösningsplatser, avveckla anhöriganställda, minska årsarbetare inom ett antal verksamheter samt ta fram en bemanningshandbok. Förväntad helårseffekt (12 månader) av dessa uppges vara 40,8 mnkr.</p> <p>Vid sammanträde i december 2024 § 147 beslutar nämnden och åtgärder kopplat till budget år 2025.</p> <p><i>Forts nästa sida.</i></p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	<i>Forts.</i> Genomförd protokollsgenombgång visar att nämnden under året behandlat och beslutat om besparingsåtgärder i samband med ekonomisk rapportering.
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Gul	I årsredovisningen framgår att nämnden har specificerat personalåtgärder och besparingsmål men att det inte är helt tydligt kring tidsplan eller ansvarig för genomförandet.  I protokollen framgår att nämnden uppdrar till förvaltningen att föreslå besparingsåtgärder och att exempelvis minska antalet boendeplatser.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grön	Nämnden följer åtgärdsarbetet i samband med den ekonomiska rapporteringen. Åtgärder kopplat till att minska personalkostnader och säkerställa driftsanpassningar har beslutats.

# Samhällsbyggnadsnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p>	<p>Gul</p>	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden inte helt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Genomförd granskning visar på brister kopplat till nämndens ekonomistyrning under år 2024.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är inte förenligt med beslutade mål då nämnden inte har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om - 44,4 mnkr. Avvikelsen om -44,4 mnkr utgör en 11 % av nämndens ekonomiska ram om 405,5 mnkr.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett underskott hela året. Det framgår i rapporteringen att det finns ett behov av att arbeta med effektiviseringar och besparingar för att nå en ekonomi i balans.</p> <p>Vi kan i protokoll spåra att nämnden delvis har vidtagit åtgärder med anledning av rapporteringen kring underskottet. Underskottet är hänförligt till nämndens kostnader för vinterväghållning (-49,1 mnkr). En fördjupad granskning har genomförts under året kopplat till vinterväghållning där nämndens arbete med åtgärder kommenteras närmare.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p>

# Sammanfattning

## **Rekommendationer**

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till nämnden:

- Säkerställ att det sker ett systematiskt åtgärdsarbete för att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.
- Säkerställ att det finns en tydlig spårbarhet till vidtagna åtgärder och att de åtgärder som vidtas är tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-13 §321 antar nämnden en budget för verksamheten. Vid 2024-02-21 sammanträdet § 24 antogs en verksamhetsplan enligt ordförandens reviderade förslag.  Nämndens kommunbidrag har förändrats med +21 mnkr under året.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Budgeten har upprättats i enlighet med fullmäktiges ekonomiska ramar, men granskningen visar att samhällsbyggnadsnämnden har uttryckt att det ekonomiska läget är mycket ansträngt och att omfattande besparingar krävs för att hålla budgeten vilket framgår i <i>Kommentarer på preliminära ramar inför 2024</i> .
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten omfattar samtliga verksamhetsområden utifrån reglementet.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Budgeterade intäkter beräknas till 119,4 mnkr och 405,5 mnkr i kommunbidrag.



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Inga särskilda indikatorer kopplat till ekonomin har beslutats av nämnden i verksamhetsplanen. Vi noterar dock att nämnden använder vissa ekonomiska och verksamhetsmässiga nyckeltal, men dessa är inte alltid tydligt kopplade till måluppfyllelsen. Detta diskuterades i verksamhetsrapport delår 2, där det noterades att vissa kvalitetsmål saknar tydliga mätetal.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Gul	<p>Nämnden använder mätetal inom ekonomi (kostnadsutveckling), prestationer (antal bygglovsärenden, handläggningstider) och kvalitet (kundnöjdhet, luftkvalitet).</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.</p>
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden har tydliga instruktioner för ekonomisk rapportering, vilket framgår av kommunplanen och reglementet.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporterna innehåller analyser av ekonomiska nyckeltal och uppföljning av investeringar. Av rapporteringen framgår ekonomisk utveckling främst avseende vinterväghållningen.</p> <p>Nämnden har under året bland annat erhållit följande prognoser: April: -39,4 mnkr Augusti: -25,5 mnkr</p> <p>I protokollen framgår att nämnden även tagit del av prognos per februari, mars, maj, juli, september, oktober och november.</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Februari 2024: Protokoll SBN 2024-03-20 §54.</li><li>• Mars 2024: Protokoll SBN 2024-04-24 §83.</li><li>• Maj 2024: Protokoll SBN 2024-06-12 §141.</li><li>• Juli 2024: Protokoll SBN 2024-08-28 §170.</li><li>• Oktober 2024: Protokoll SBN 2024-11-20 §262.</li><li>• November 2024: Protokoll SBN 2024-12-11 §299.</li></ul> <p>Nämnden har även tagit del av delårsrapport 1 och delårsrapport 2.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	<p>I delårsrapporten per april framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är -41,3 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten är för samma period om -22,8 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till -39,4 mnkr. Av delårsrapporten framgår orsakerna till underskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde.</p> <p>I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är -22,4 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om -0,8 mnkr. Av delårsrapporten framgår att nämnden exkl. vinterväghållningen redovisar ett positivt resultat per augusti om 25,8 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till -25,5 mnkr.</p> <p>Nämndens prognostiserade helårsresultat har förbättrats från april till augusti med 13,9 mnkr. Orsaken till förändringen framgår översiktligt av delårsrapporten.</p> <p>Årets resultat är ett underskott om -44,4 mnkr vilket är en försämring mot prognos per augusti. I verksamhetsrapporten framgår orsakerna till underskottet varav den största avvikelsen återfinns inom vinterväghållningen, -49,1 mnkr. Nämndens budget för vinterväghållningen år 2024 uppgår enligt underlag till 44,4 mnkr.</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	<p>Vi kan i protokoll inte spåra att nämnden beslutat om tydliga åtgärder kopplat till ekonomiska rapporteringen och det prognostiserade underskottet.</p> <p>Genomförd granskning visar att nämnden har implementerat en ny strategi för prioritering av investeringar och justerat budget för snöröjning.</p> <p>I delårsrapport 1 och delårsrapport 2 kommenteras att nytt avtal avseende entreprenadtjänster har tecknats och det pågår en upphandling av ramavtal för tekniska konsulttjänster. I delårsrapporterna återfinns en tabell där orsakerna till avvikelserna och belopp specificeras men inte åtgärder framgår. Förklaringen till underskottet är vinterväghållningen.</p> <p>I december 2023 beslutade nämnden om en handlingsplan för en ekonomi i balans. En av aktiviteterna avsåg en översyn av upphandlade tjänster kontra utförande i egen regi vilket föranlett verksamhetsförändringar och lägre kostnader för vinterväghållningen. Ytterligare åtgärder planeras kopplat till upphandling av vinterdrift enligt verksamhetsföreträdare.</p> <p>En fördjupad granskning avseende vinterväghållning har genomförts under år 2024. För ytterligare kommentarer kring nämnden åtgärdsarbete hänvisas till revisionsrapporten.</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Gul	Nämnden har tagit fram en strategi för framtida investeringar och budgetanpassning.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Gul	Nämnden har implementerat strategier för att säkerställa effektiv drift och budgetuppföljning men det är inte tydligt hur nämnden följt upp arbetet under år 2024.

# Socialnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p>	<p>Gul</p>	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden inte helt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Genomförd granskning visar på brister kopplat till nämndens ekonomistyrning under år 2024.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är inte helt förenligt med beslutade mål då nämnden inte har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om - 60,4 mnkr. Nämndens underskott på -60,4 mnkr är en liten förbättring avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2 då nämndens årsprognos beräknades då till -64,8 mnkr. Avvikelsen om 60,4 mnkr utgör ca 9,5 % av nämndens ekonomiska ram om 634,6 mnkr.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett underskott hela året. Det framgår i rapporteringen att det pågår ett åtgärdsarbete för att nå en ekonomi i balans. Förväntad effekt av åtgärderna rapporteras löpande till nämnden tillsammans med rapportering av den ekonomiska utvecklingen.</p> <p>I delårsrapport 2 anges att beräknad effekt av åtgärderna uppgår till 12,1 mnkr. Åtgärderna finns specificerade i delårsrapporten och redovisas till nämnden. Vi bedömer att åtgärderna under året har varit tydliga men inte varit tillräckliga för att nå en ekonomi i balans under år 2024. Vi ser det som väsentligt att åtgärdsarbetet fortsätter systematiskt och att ytterligare åtgärder vidtas för att nå en ekonomi i balans.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning</p>

# Sammanfattning

## ***Rekommendationer***

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till nämnden:

- Säkerställ att åtgärder fortsätter att vidtas systematiskt för att säkerställa att verksamheten bedrivs inom den av fullmäktige tilldelade ramen.
- Säkerställ att åtgärderna som vidtas är tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-12 §264 antogs budget för 2024. Nämnden antog verksamhetsplan för år 2024 vid sammanträdet 2024-02-20 § 9.  Nämndens kommunbidrag har förändrats med -0,2 mnkr under året.
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-12 §264 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2024.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten täcker alla verksamhetsområden såsom socialt stöd, barn- och ungdomsvård samt äldreomsorg.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Budgeterade intäkter beräknas till 76,8 mnkr och 634,6 mnkr i kommunbidrag.  Nämnden har definierat ekonomiska mål kopplade till budgetbalans och effektiviseringar. Däremot är vissa ekonomiska strategier bristfälligt definierade – till exempel saknas en långsiktig strategi för att minska HVB-placeringar utan att försämra stödet till barn och unga.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Inga särskilda indikatorer kopplat till ekonomin har beslutats av nämnden i verksamhetsplanen. Vi noterar dock att nämnden tydliga indikatorer för vissa områden, men att exempelvis målet att minska HVB-placeringar har ingen fastställd kvantitet på hur många placeringar som ska minskas.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Inga särskilda indikatorer kopplat till ekonomin har beslutats av nämnden i verksamhetsplanen. Vi noterar dock att nämnden använder vissa ekonomiska och verksamhetsmässiga nyckeltal, exempelvis andel hemtagna ungdomar från HVB-placeringar och kostnader per stödinsats
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet.
8..	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen till nämnden innehåller analyser av ekonomiskt resultat och måluppfyllelse. Det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet. Avvikelse kommenteras i delårsrapporterna. Nämnden erhåller även prognos och utvärdering löpande under året. Nämnden har under året efterfrågat en mer detaljerad analys av effekten av besparingar, exempelvis hur minskad budget påverkar försörjningsstödet, 2024-10-22 § 72. (forts nästa sida)

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8..	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.)</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas även pågående åtgärdsarbete kopplat till nämndens ekonomi. I rapporteringen kommenteras i löpande text för det pågående arbetet utifrån ekonomiska utvecklingen.</p> <p>Nämnden har under året erhållit följande prognoser: April: -62,7 mnkr Maj: -62,7 mnkr Augusti: -64,8 mnkr Oktober: -61,7 mnkr</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Februari 2024: Rapport över ekonomiskt utfall och prognoser för nämndens verksamhet.</li><li>• Mars 2024: Uppdaterad ekonomisk redovisning och anpassning till kommunens budgetramar.</li><li>• April 2024: Justering av budget och besparingar inom sociala insatser.</li><li>• Maj 2024: Ekonomisk analys av kvartal 1.</li><li>• Juni 2024: Halvårsredovisning och åtgärdsplaner.</li><li>• Augusti 2024: Detaljerad uppföljning av budget och ekonomiska prioriteringar.</li><li>• September 2024: Prognos och rapportering av utgifter inom socialtjänsten.</li></ul> <p>(Forts nästa sida).</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oktober 2024: Justering av budget inför 2025 och besparingsåtgärder.</li><li>• November 2024: Utvärdering av ekonomiska insatser och planering inför 2025.</li><li>• December 2024: Slutlig ekonomisk årsrapport</li></ul> <p>Det framgår av protokollet från september att vissa ekonomiska rapporter har presenterats för sent.</p>
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	<p>I delårsrapporten per april framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är -28,9 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten är för samma period om -30,6 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april inkl. förväntade effekter från åtgärdsarbetet uppgår till -62,7 mnkr. Av delårsrapporten framgår orsakerna till underskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde.</p> <p>I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är -58,4 mnkr vilket innebär en avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om -58,2 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti inkl. förväntade effekter från åtgärdsarbetet uppgår till -64,8 mnkr. Av delårsrapporten framgår orsakerna till underskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde.</p> <p>(Forts på nästa sida.)</p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	<p>(Forts.) Nämndens prognostiserade helårsresultat har försämrats från april till augusti med 2,1 mnkr. Orsaken till förändringen framgår översiktligt av delårsrapporten.</p> <p>Årets resultat är ett underskott om -60,4 mnkr vilket är en förbättring mot prognos per augusti. I verksamhetsrapporten framgår orsakerna till underskottet. Underskottet orsakas främst av ökade kostnader för externa placeringar och köpt öppenvård.</p>
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	<p>I delårsrapport per april respektive per augusti framgår en beskrivning av åtgärder som vidtagits med anledning av underskottet och för att nå en ekonomi i balans. Åtgärderna preciseras i en tabell där förväntad effekt framgår.</p> <p>Förväntad effekt på helårsresultatet per april uppgår till 15,2 mnkr. I delårsrapport per augusti framgår att förväntad effekt av åtgärderna uppgår till 12,1 mnkr.</p> <p>I verksamhetsrapport per helår framgår det att nämnden i februari har beslutat om åtgärder men att helårseffekt beräknas på 12 månader varför effekten inte syns fullt ut under år 2024. Av redovisningen framgår att nämnden bland annat har beslutat om att påbörja aktiv hemtagning av 20 placeringar, frigörande av resurser inom förebyggandeheten för ökad arbete i öppenården, SIG-teamet har uppdragits att arbeta med 15 ärenden. Förväntad helårseffekt (12 månader) av dessa uppges vara 40,8 mnkr. <i>Forts nästa sida.</i></p>

# Granskningsiakttagelser

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	<p>(Forts.) Det framgår i verksamhetsrapporten för helår att nämnden har inlett arbetet och att effekter på kostnaderna kan urskiljas redan under år 2024 men att besparingarna kommer att fortsätta under kommande år.</p> <p>Vid sammanträde i december 2024 § 147 beslutar nämnden och åtgärder kopplat till budget år 2025.</p>
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Gul	Åtgärdsplaner inkluderar specifika besparingar, resursfördelning och uppdrag till team men tidplan för genomförande framgår inte helt tydligt.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Gul	Nämnden har månadsvisa möten för att följa hemtagningsmålen vilket framgår av protokoll.

Utbildningsnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p>	<p>Grön</p>	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +45,2 mnkr. Överskottet förklaras bland annat av lägre hyreskostnader och färre elever än beräknat.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden löpande får en rapportering kopplat till ekonomin och arbete som bedrivits med anledningen av prognostiserat underskott. Vi bedömer att nämnden har arbetat med tydliga åtgärder under året men vill påtala vikten av att fortsätta med ett systematiskt effektiviseringsarbete för att möta utmaningar och fortsatt ha en ekonomi i balans.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p>



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	<p>Vid sammanträdet 2023-12-13 § 115 beslutade nämnden om budget 2024. Vid samma sammanträde antogs verksamhetsplan §114.</p> <p>Nämndens kommunbidrag har förändrats med +34,3 mnkr under året. Nämnden har även fått en kompensation för hyreskostnader kapitaltjänstkostnader med en helårseffekt om +30,9 mnkr.</p>
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Vid sammanträdet 2023-12-13 § 115 beslutade nämnden att anta en budget med utgångspunkt från kommunplan 2024 som fastställdes av kommunfullmäktige.
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Budgeten täcker samtliga verksamheter som utbildningsnämnden ansvarar för. Den innehåller både driftskostnader och investeringar, inklusive åtgärder för att hantera minskat elevantal i förskolan och grundskolan.
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgeterade intäkter beräknas till 401,3 mnkr och 2 890,7 mnkr i kommunbidrag.</p> <p>I verksamhetsplanen finns vissa mål med bäring på ekonomin vilka syftar till en balanserad budget och en hållbar resursfördelning mellan skolformerna.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  De mål som finns med bäring på ekonomin saknar exakta indikatorer för att mäta effektiviteten i resursanvändningen.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.  Utbildningsnämnden använder mätetal för ekonomi (budgetavvikelser), prestationer (betygsresultat, lärarbehörighet) och kvalitet (elevhälsa, trygghet).
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet.
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och tertialuppföljningar enligt beslutade riktlinjer. Det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet. Avvikelser kommenteras i delårsrapporterna. Nämnden erhåller även prognos och utvärdering löpande under året.  I delårsrapport 1 och 2 redovisas även pågående åtgärdsarbete kopplat till nämndens ekonomi. I rapporteringen kommenteras i löpande text för det pågående arbetet utifrån ekonomiska utvecklingen. <i>(forts nästa sida)</i>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.)</p> <p>Nämnden har under året erhållit följande prognoser:</p> <p>Januari: -0,0 mnkr Februari: -23 mnkr Mars: -19 mnkr April: -10 mnkr Augusti: 0,0 mnkr September: +20,0 mnkr November: +20,0 mnkr</p>
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>Rapporterna analyserar både måluppfyllelse och ekonomiskt resultat. Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Februari 2024 (§27): Rapport om ekonomiskt utfall och prognos.</li><li>• Mars 2024 (§42): Uppdaterad ekonomisk redovisning, inklusive underskott på -19 miljoner kr.</li><li>• April 2024 (§42): Justeringar av budget och effektiviseringar.</li><li>• Maj 2024 (§58): Delårsrapport och ekonomiska åtgärder.</li><li>• Juni 2024: Halvårsredovisning och budgetavstämning.</li><li>• Augusti 2024: Uppföljning av budget och ekonomiska prioriteringar.</li><li>• September 2024 (§88): Positiv budgetavvikelse på +32 miljoner kr.</li></ul> <p>(forts nästa sida).</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	<p>(Forts.) Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oktober 2024 (§106): Justeringar inför 2025.</li><li>• November 2024 (§128): Årsanalys och prognos inför 2025.</li><li>• December 2024: Slutlig årsrapport.</li></ul>
10.	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>Nämnden redovisar ett överskott om +45,2 mnkr för året.</p> <p>Överskottet förklaras bland annat av lägre hyreskostnader och färre antal elever än beräknat.</p>

Överförmyndarnämnden

# Sammanfattning

Övergripande revisionsfrågor	Revisionell bedömning	Kommentar
<p>Har nämnden, utifrån övergripande granskning, säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p>	Grön	<p>Vi bedömer, utifrån vår övergripande granskning, att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.</p> <p>Redovisat resultat för år 2024 är förenligt med beslutade mål då nämnden har bedrivit verksamheten inom tilldelad driftbudgetram. Nämnden redovisar ett resultat för året om +0,4 mnkr. Överskottet förklaras bland annat av lägre kostnader till förtroendevalda och högre intäkter från Migrationsverket.</p> <p>Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden löpande får en rapportering kopplat till ekonomin.</p> <p>Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1	Har nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	<p>Överförmyndarnämnden antog en budget för 2024 vid sammanträdet den 18 december 2023 (§91–102). Budgeten har upprättats i enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer, med fokus på en hållbar ekonomisk planering för att möta ökade arvodeskostnader och nya krav på digitalisering.</p> <p>Nämndens kommunbidrag har inte förändrats under året.</p>
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	<p>Budgeten har upprättats enligt kommunens ekonomiska direktiv och är anpassad för att hantera ökade kostnader, särskilt relaterat till arvoden och personalutgifter. Det framkom under sammanträdet den 18 december 2023 (§91–102) att budgeten behövde justeras på grund av en prognostiserad ökning av arvodeskostnader med cirka 9,1 % jämfört med föregående år</p>
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön	<p>Budgeten omfattar alla verksamhetsområden, inklusive arvoden, administration, granskning av årsräkningar, tillsyn och utbildning av ställföreträdare.</p>
4.	Finns mål formulerade för styrelsens/nämndens ekonomi?	Grön	<p>Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>Budgerade intäkter beräknas till 0,1 mnkr och 15,2 mnkr i kommunbidrag. <i>(Forts på nästa sida.)</i></p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
4.	Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	<p>(Forts.)</p> <p>Granskningen visar att nämnden har formulerat mål för att hålla budgeten i balans och effektivisera verksamheten. Ett tydligt ekonomiskt mål är att öka andelen ideella ställföreträdare för att minska arvodeskostnader.</p> <p>Det framgår av protokollet från den 20 november 2023 (§85–90) att nämnden också strävar efter att minska handläggningstider och effektivisera granskningsprocesser.</p>
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året.</p> <p>De mål som finns med bäring på ekonomin saknar exakta indikatorer för att mäta effektiviteten i resursanvändningen. Nämnden följer upp mål genom indikatorer såsom andelen granskade årsräkningar, antalet utbildade ställföreträdare och andelen ärenden som hanteras inom lagstadgad tid.</p>
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	<p>Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Nämnden använder mätetal för <b>ekonomi</b> (uppföljning av arvodeskostnader och förvaltningsutgifter), prestationer (antal granskade årsräkningar och hanteringstider) och kvalitets (nöjdhet bland huvudmän och utbildningsnivå hos ställföreträdare).</p> <p>Under sammanträdet den 16 september 2024 (§70) diskuterades hur dessa mätetal används för att säkerställa måluppfyllelse.</p>



# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Rapportering sker enligt de direktiv som fastställts i verksamhetsplanen. Ekonomiska månadsrapporter och tertialrapporter tas regelbundet upp på nämndens möten. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet.
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	<p>Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter enligt beslutade riktlinjer.</p> <p>I delårsrapport 1 och 2 redovisas nämndens ekonomi och förklaringar till utfallet framgår. I rapporteringen kommenteras i löpande text vad som kommer att påverka nämndens ekonomiska utveckling under resterande av året. En särskild fokuspunkt i delårsrapporterna är effektiviteten i granskningen av årsräkningar och kvaliteten på de ställföreträdare som anställs.</p> <p>Nämnden har under året erhållit följande prognoser: April: 0,0 mnkr Augusti: 0,3 mnkr</p> <p>I nämndens verksamhetsrapport för helår framgår att arvodeskostnaderna har utgjort 37 % av nämndens budget år 2024. I rapporteringen framgår att nämnden redovisar ett överskott för året så kommer nämnden inte att kunna lägga en budget i balans om nämnden inte kompenseras för den stundande kostnadsökningen på 0,9 miljoner kronor enbart i arvodeskostnader.</p>

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen följer de upprättade direktiven och redovisas regelbundet i nämndens protokoll. <ul style="list-style-type: none"><li>• Januari 2024: Redovisning av ekonomiskt utfall från 2023 – §3 (Protokoll ÖFN 2024-01-29)</li><li>• Mars 2024: Ekonomisk uppföljning – §20 (Protokoll ÖFN 2024-03-18)</li><li>• April 2024: Godkännande av ekonomisk rapport – §25 (Protokoll ÖFN 2024-04-22)</li><li>• Maj 2024: Internkontrollrapport och tertialrapport – §§45–47 (Protokoll ÖFN 2024-05-20)</li><li>• Juni 2024: Budgetuppföljning inför andra halvåret – §55 (Protokoll ÖFN 2024-06-24)</li><li>• Augusti 2024: Översyn av arvodeskostnader – §69 (Protokoll ÖFN 2024-08-26)</li><li>• September 2024: Tertialrapport och verksamhetsuppföljning – §70 (Protokoll ÖFN 2024-09-16)</li><li>• Oktober 2024: Uppföljning av digitalisering – §77 (Protokoll ÖFN 2024-10-21)</li><li>• November 2024: Prognos inför 2025 – §§85–90 (Protokoll ÖFN 2024-11-18)</li><li>• December 2024: Fastställande av verksamhetsplan för 2025 – §§91–102 (Protokoll ÖFN 2024-12-09)</li></ul>
10.	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Nämnden redovisar ett överskott om +0,4 mnkr för året.  Överskottet förklaras bland annat lägre kostnader till förtroendevalda och högre intäkter från Migrationsverket.

Bilaga: Sammanställning av  
revisionsfrågor för alla  
revisionsobjekt

# Sammanställning revisionsfrågor, bastjänst

Delfråga		KS	AFN	KFN	OVN	SBN	SN	UN	ÖFN
1	Har styrelsen/nämnden antagit en budget för verksamheten?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
2.	Är budget upprättad i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3.	Är budget heltäckande, dvs. omfattar den styrelsens/nämndens samtliga verksamheter?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
4.	Finns mål formulerade för styrelsens/nämndens ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Gul	Grön	Grön
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Grön	Grön
7.	Har styrelsens/nämnden upprättat instruktion för rapportering till styrelsen/nämnden avseende ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
8..	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
10.	När styrelsen/nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Röd	Grön	Gul	Röd	Röd	Grön	Grön
11.	Vidtar styrelsen/nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	E/T	Grön	E/T	Grön	Gul	Gul	E/T	E/T
12.	Preciserar styrelsen/nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	E/T	Gul	E/T	Gul	Gul	Gul	E/T	E/T
13.	Säkerställer styrelsen/nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	E/T	Grön	E/T	Grön	Gul	Gul	E/T	E/T

2025-04-24

***Hanna Franck***

---

*Projektledare*

***Matthew Matti***

---

*Projektmedarbetare*

pwc.se

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från november 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Granskning av kommunens brottsförebyggande arbete

**Gävle kommun**

December 2024

*Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor*

*Amanda Guerra, projektmedarbetare*




*Hanna Franck, kvalitetssäkrare*




# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsen säkerställer att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt med avseende på efterlevnad av fullmäktiges mål och gällande lagstiftning för området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen **ej** säkerställer att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet under 2024 bedrivits på ett ändamålsenligt sätt med avseende på efterlevnad av fullmäktiges mål och gällande lagstiftning för området. Vår bedömning är dock att kommunstyrelsen under året säkerställt en utveckling inom området som gör det möjligt för kommunen att framåt ha en ändamålsenlig samordning av arbetet. För att efterleva lagens krav är det väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att påbörjat arbete fortgår och att det sker med ökad framfart.

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. Finns en övergripande styrning genom exempelvis mål eller strategier för kommunens brottsförebyggande arbete?	Delvis Kommunstyrelsen har upprättat mål och indikatorer för det brottsförebyggande arbetet, men en tydlig strategi som klargör det kommunövergripande åtagandet saknas. En sådan strategi har framarbetats under 2024 men kommer enligt lämnade uppgifter att behandlas av styrelsen först under 2025.	
2. Finns i kommunen en organisation/struktur för att samordna det brottsförebyggande arbetet? a) Finns en samordningsfunktion? b) Finns ett råd för det brottsförebyggande arbetet?	Delvis Det har historiskt funnits ett brottsförebyggande råd, men detta har varit vilande och inte haft någon verksamhet. En samordningsfunktion har anställts och en strategi som omfattar förslag på organisering av det fortsatta arbetet är under remisshantering och ska antas i början av 2025.	
3. Finns skriftliga överenskommelser om samverkan med relevanta aktörer? a) Klargör överenskommelsen syfte samt inom vilka områden samverkan ska ske?	Nej Vid granskningen har det framkommit att det inte finns några aktuella och styrande överenskommelser med relevanta aktörer där det tydliggörs syfte med samverkan och inom vilka områden	

Revisionsfrågor	Bedömning	
	samverkan ska ske.	
4. Finns en kartläggning som tydliggör en lägesbild avseende brottslighetens utbredning?	Ja Det finns en kartläggning som tydliggör en lägesbild avseende brottslighetens utbredning.	
5. Har kartläggningar omsatts till åtgärdsplaner för det brottsförebyggande arbetet?	Nej Kartläggningar har inte omsatts till åtgärdsplaner för det brottsförebyggande arbetet.	
6. Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av arbetet?	Nej Det framgår inte att styrelsen har en tillräcklig uppföljning av det brottsförebyggande arbetet.	

### Rekommendationer

- Kommunstyrelsen bör säkerställa att styrningen av det brottsförebyggande arbetet tydliggörs. Detta kan exempelvis ske genom att anta en strategi där definition, avgränsning och innehåll i klargörs.
- För att följa lagens krav måste styrelsens säkerställa att ett samordningsansvar tas för det brottsförebyggande arbetet och att det skapas ett råd med relevanta interna och externa aktörer för arbetet. Ett sådant råd har varit ett lagstiftat krav sedan juli 2023.
- Kommunen bör säkerställa att arbetet bedrivs kunskapsbaserat och att lägesbilden av brottsligheten utgör en grund för framtagande av den plan som tydliggör vilka åtgärder kommunen planerar att vidta. Enligt lagen skulle en sådan plan ha beslutats av kommunstyrelsen senast den 31 juni 2024.
- Kommunstyrelsen bör utveckla och implementera en systematisk uppföljnings- och rapporteringsprocess för det brottsförebyggande arbetet. Detta inkluderar att regelbundet rapportera till kommunfullmäktige och att använda uppföljningsdata för att justera och förbättra strategier och åtgärder. Detta då lagen ställer krav på att åtgärdsplan och lägesbild vid behov och minst vartannat år följs upp och att åtgärder som vidtas sker kunskapsbaserat.
- Vi ser att det är viktigt att kommunstyrelsen genom organisation, struktur, styrning och uppföljning säkerställa att brottsförebyggande arbete integreras i alla relevanta kommunala verksamheter inklusive bolag för att skapa en helhetsinriktad och effektiv strategi.



# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>4</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>4</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>5</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>6</b>
<b>Övergripande styrning</b>	<b>6</b>
lakttagelser	6
Bedömning	8
<b>Organisation</b>	<b>9</b>
lakttagelser	9
Bedömning	12
<b>Samverkansöverenskommelser</b>	<b>12</b>
lakttagelser	12
Bedömning	14
<b>Lägesbild</b>	<b>14</b>
lakttagelser	15
Bedömning	17
<b>Åtgärdsplan</b>	<b>18</b>
lakttagelser	18
Bedömning	18
<b>Uppföljning</b>	<b>18</b>
lakttagelser	19
Bedömning	21
<b>Samlad bedömning</b>	<b>22</b>
<b>Rekommendationer</b>	<b>23</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>24</b>
<b>Statistik</b>	<b>24</b>

# Inledning

## Bakgrund

Den organiserade brottsligheten benämns idag som systemhotande och den kriminella ekonomin uppskattas omfatta över 150 miljarder årligen. Ett stärkt brottsförebyggande arbete är en förutsättning för ett mer robust samhälle och en stärkt inre säkerhet.

Den 1 juli 2023 trädde en ny lag (SFS 2023:196) i kraft som innebär att kommuner ska ta fram en lägesbild över brottsligheten och utifrån denna ta ställning till behov av åtgärder samt besluta om en åtgärdsplan. Minst vartannat år ska kommunerna uppdatera lägesbilden och följa upp åtgärdsplanen. Vidare har kommunerna också fått ansvar för samordningen av det lokala brottsförebyggande arbetet. Enligt kommunstyrelsens reglemente ska styrelsen inom ramen för sin ledningsfunktion leda och samordna den brottsförebyggande verksamheten.

Lagstiftaren understryker att verksamhetsområdena socialtjänst, skolväsende och samhällsbyggnad har en särställning i det brottsförebyggande arbetet.

Med utgångspunkt från revisionens riskanalys år 2024 har de förtroendevalda revisorerna beslutat att genomföra en granskning av kommunens brottsförebyggande arbete. Revisionsobjekt i granskningen är kommunstyrelsen.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om kommunstyrelsen säkerställer att det brottsförebyggande arbetet bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning.

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

1. Finns en övergripande styrning genom exempelvis mål eller strategier för kommunens brottsförebyggande arbete?
2. Finns i kommunen en organisation/struktur för att samordna det brottsförebyggande arbetet?
  - a. Finns en samordningsfunktion?
  - b. Finns ett råd för det brottsförebyggande arbetet?
3. Finns skriftliga överenskommelser om samverkan med relevanta aktörer?
  - a. Klargör överenskommelsen syfte samt inom vilka områden samverkan ska ske?
4. Finns en kartläggning som tydliggör en lägesbild avseende brottslighetens utbredning?
5. Har kartläggningar omsatts till åtgärdsplaner för det brottsförebyggande arbetet?
6. Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av arbetet?

## Revisionskriterier

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

Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Kommunallagen (2017:725) 6:1, 6:6, 6:13
- Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete
- Reglemente för kommunstyrelsen.

### **Avgränsning**

Granskningen avgränsas i första hand till kalenderår 2024.

Kommunstyrelsens ansvar för det trygghetsskapande arbetet och för att styra, samordna och följa upp detta.

Övrig avgränsning, se avsnitten "Syfte och revisionsfrågor" och "Revisionskriterier".

### **Metod**

Granskningen har skett genom analys av relevant dokumentation såsom strategier, planer, nulägeskartläggning och rapporteringar till styrelsen. Intervjuer har genomförts med:

- Brottsförebyggande strateg
- Säkerhetschef
- Avdelningschef chef styrning och stöd
- Kommunalråd i majoritet, vald till Brottsförebyggande rådet
- Kommunalråd i opposition, vald till Brottsförebyggande rådet

Vi har önskat få svar på skriftliga frågor från representanter inom sektor välfärd (socialtjänsten), sektor utbildning, sektor livsmiljö (kultur, fritid och samhällsbyggnad), samhällsbyggnad och AB Gavlegårdarna. Vi har erhållit svar från:

- Säkerhetssamordnare, Sektor Livsmiljö
- Gruppchef för gruppchef för lov och fritidsgårdar inom mötesplatser och unga och representant i Brottsförebyggarna i Gävle (BIG), Sektor Livsmiljö
- AB Gavlegårdarna

Revisionell bedömning av respektive revisionsfråga sker utifrån en tregradig skala: ja/uppfullt (grön); delvis uppfullt (gul); nej/ej uppfullt (röd).

Granskningen har kvalitetssäkrats av Hanna Franck, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwCs interna riktlinjer.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Övergripande styrning

*Revisionsfråga 1: Finns en övergripande styrning genom exempelvis mål eller strategier för kommunens brottsförebyggande arbete?*

Enligt lagen om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete framgår att kommunstyrelsen, eller den nämnd som kommunfullmäktige beslutar, ansvarar för ledningen av kommunens brottsförebyggande arbete för att kontinuerligt rapportera om det brottsförebyggande arbetet till kommunfullmäktige. I Gävle kommun tydliggörs kommunstyrelsens ansvar i reglementet där det uttrycks att kommunstyrelsen fullgör alla de uppgifter som ankommer styrelsen enligt Lag om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.<sup>1</sup> Det är också förtydligt i nämndernas gemensamma reglemente att det åligger nämnderna att ansvara för att dess uppdrag och verksamhet är tydligt och genomförs på ett ändamålsenligt sätt med hänsyn till fullmäktiges mål och styrning, samt lagar och andra författningar för verksamheten.

Med detta som utgångspunkt har vi granskat kommunstyrelsens styrning för området. Vi har för detta granskat förekomst av mål, indikatorer, strategier och planer för området. I nästa revisionsfråga hanterar vi de kontroller som rör organisering av arbetet.

## *lakttagelser*

*Mål och strategier rörande brottsförebyggande arbete*

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av *Kommunplan med årsbudget 2024 och utblick 2025-2027* (beslutad av kommunfullmäktige 2023-11-27 § 5). I kommunplanen finns fem kommunövergripande mål, varav ett med bäring på granskningsområdet: *Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen.*

Kopplat till fullmäktiges övergripande mål för området har kommunstyrelsen har i sin verksamhetsplan för 2024-2027 (beslutad 2024-02-06 § 12) formulerat ett strategiska nämndmål som har bäring på området och det är "Kommunstyrelsen ska verka för att samhället ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk med en bredd av tidiga förebyggande insatser". Indikatorn för att mäta målpuppfyllelsen är "Kommunstyrelsen ska stärka det brottsförebyggande arbetet". Något tydliggörande av hur indikatorn ska mätas eller vad som är att betrakta som ett "stärkt brottsförebyggande arbete" framgår inte. Kommunstyrelsen beskriver att aktiviteterna inom ramen för det sociala hållbarhetsprogrammet syftar till att nå målet att samhället ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk. Exempelvis genom ta fram material kopplat till heder och hedersrelaterat våld samt att arbeta trygghetsskapande och förebyggande exempelvis genom Shanazi hjältar<sup>2</sup>, trygghetsvandring och kommunala ordningsvakter.

<sup>1</sup> Beslutad av kommunfullmäktige 2024-06-17 § 12

<sup>2</sup> Shanazi hjältar är en verksamhet inom Gävle kommun som utbildar unga att våga se, förstå och agera mot hedersrelaterat våld och förtryck.

Enligt de intervjuade har det sedan tidigare funnits arbeten på olika håll i kommunen som till delar varit brottsförebyggande eller varit nära angränsande till det brottsförebyggande arbetet. Exempelvis det arbete som bedrivs inom ramen för trygghet och det sociala hållbarhetsprogrammet. Den nya lagen har dock medfört ett behov av att tydliggöra kommunstyrelsens samordningsansvar och därmed vad som ingår i det som ska definieras som brottsförebyggande arbete.

Vid tiden för genomförandet av granskningen finns ingen antagen strategi eller annat styrdokument som tydliggör kommunens samlade riktning och prioriteringar vad gäller brottsförebyggande arbete. Under 2024 har en sådan strategi utarbetats och är vid tiden för granskningen ute på remiss för att kunna antas av styrelsen i början av 2025.

Vi har tagit del av utkastet till strategi och noterar att det där tydliggörs vad kommunen definierar som brottsförebyggande arbete samt vilken arbetsmetodik och vetenskapligt utgångsläge som ska ligga till grund för Gävles lokala brottsförebyggande arbetsinsatser. I dokumentet finns bland annat information om den övergripande målbilden, centrala begrepp, teoretiska utgångspunkter, arbetsmetodik, och beskrivning av hur arbetet ska bedrivas genom en intern struktur och extern samverkan. Innehållet i den brottsförebyggande strategin är enligt uppgift från de intervjuade nytt men det tar sin utgångspunkt i det sociala hållbarhetsprogrammet för 2019-2023 som beslutades av kommunfullmäktige 2018<sup>3</sup>.

#### *Styrdokument inom angränsande områden*

##### *Socialt hållbarhetsprogram*

Som nämnts i föregående stycke så ger de intervjuade uttryck för att strategin för det brottsförebyggande arbetet tar sin utgångspunkt i kommunens sociala hållbarhetsprogram där ett av fyra målområden är "Trygghet". Kopplat till målområdet finns följande program mål:

- Gävle är en kommun fri från våld
- Alla i Gävle kommun har trygga boendemiljöer
- Barn och unga i Gävle har trygga uppväxtvillkor

Till varje program mål finns delmål, framgångsfaktorer och indikatorer. Exempelvis ska uppföljning av program målet "Gävle är en kommun fri från våld" idikatorer som har en tydlig koppling till brott exempelvis:

- Anmälda våldsbrott i kommunen, antal/100 000 invånare
- Anmälda brott om grov kvinnofridsbränkning, antal/100 000 invånare
- Utsatthet i skolan- unga och våld-Indikator medborgarenkät VINR (var 3:e år).
- Lupp om heder<sup>4</sup> (var 3:e år).

---

<sup>3</sup> Kommunfullmäktige 2018-12-10 § 11

<sup>4</sup> LUPP är en enkät för kommuner och regioner som vill få kunskap om hur unga har det, hur de mår och vad de tycker om att leva på sin bostadsort. Ungdomsenkäten genomförs varje höst i oktober. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, mucf.

Som nämnts tidigare så uppger de intervjuade att strategin för det brottsförebyggande arbetet tar sin utgångspunkt i det sociala hållbarhetsprogrammet och målet om trygghet. Det betyder inte enligt vad som framkommit vid granskningen att kommunens samordnande av det brottsförebyggande arbetet sker inom ramen för det sociala hållbarhetsprogrammet eller följs upp inom ramen för sociala hållbarhetsutskottet. Vi återkommer till detta i nästa revisionsfråga.

#### *Säkerhetspolicy*

Säkerhetspolicy för Gävle kommunkoncern<sup>5</sup>, beslutad av kommunfullmäktige i november 2019, syftar till att reglera hur kommunkoncernens säkerhets- och skadeförebyggande arbete ska bedrivas syftande till att kostnadseffektivt minimera störningar från oönskade händelser.

#### *Riktlinjer för Gävle kommuns arbete mot våldsbejakande extremism<sup>6</sup>*

Syftet med riktlinjerna är att stärka kommunens förmåga att aktivt verka för en positiv förstärkning av kommunens samlade motståndskraft mot våldsbejakande extremism. Enligt genomförda intervjuer så faller samordningsansvaret för arbete mot våldsbejakande extremism inom ramen för det ansvar som tillskrivs kommunen genom lagen om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete, och därmed åligger ansvaret kommunstyrelsen. Arbetet mot våldsbejakande extremism bör därför enligt de intervjuade beaktas i kommunens övergripande brottsförebyggande arbete. I revideringen av riktlinjer för Gävle kommuns arbete mot våldsbejakande extremism har det därför enligt genomförda intervjuer tydliggjorts den samhörighet arbetet har med kommunens brottsförebyggande arbete.

Med anledning av områdets koppling till kommunens ansvar för brottsförebyggande arbete så pågår enligt de intervjuade en diskussion huruvida riktlinjerna för Gävle kommuns arbete mot våldsbejakande extremism ska finnas kvar eller ersättas av den brottsförebyggande strategin.

#### *Bedömning*

*Revisionsfråga 1: Finns en övergripande styrning genom exempelvis mål eller strategier för kommunen brottsförebyggande arbete?*

#### **Delvis.**

Vår bedömning är att kommunstyrelsen utifrån fullmäktiges mål för området har upprättat mål och tagit fram indikatorer för det brottsförebyggande arbetet. Det saknas dock en tydlig strategi som tydliggör det kommunövergripande åtagandet som kommunstyrelsen har avseende det brottsförebyggande arbetet. Vi noterar att en sådan strategi har framarbetats under 2024 men kommer att behandlas av styrelsen först under 2025.

---

<sup>5</sup> Dnr 17KS305

<sup>6</sup> Våldsbejakande extremism är ett samlingsbegrepp för rörelser, ideologier eller miljöer som inte accepterar en demokratisk samhällsordning och som främjar våld för att uppnå ett ideologiskt mål

Vi noterar att det finns ett flertal styrande dokument av central betydelse med bäring på området men att det är otydligt hur dessa förhåller sig till varandra och var ansvaret för uppföljning ligger, vilket skapar en viss otydlighet i styrkedjan. Vår bedömning är att styrelsen i sitt ansvar för det sociala hållbarhetsarbetet och för samordningen av det brottsförebyggande arbetet behöver tydliggöra styrningen för området. Vi noterar också att det sociala hållbarhetsprogrammet som antogs 2018 gäller för 2019-2023.

## Organisation

*Revisionsfråga 2: Finns i kommunen en organisation/struktur för att samordna det brottsförebyggande arbetet?*

- a. Finns en samordningsfunktion?*
- b. Finns ett råd för det brottsförebyggande arbetet?*

Enligt lagen ska kommunen verka för att strategiska brottsförebyggande frågor hanteras i ett särskilt forum (strategiskt råd) där kommunen och relevanta aktörer ingår. Rådet ska ledas av kommunen som även ska verka för att övriga aktörer i rådet deltar med representanter som har ledande befattningar.

Därutöver ska kommunen ha en samordningsfunktion för brottsförebyggande frågor. Samordningsfunktionen ska samordna och stödja genomförandet av kommunens brottsförebyggande arbete, utgöra kommunens kontaktpunkt i förhållande till externa aktörer, och bidra till att information om det brottsförebyggande arbetet sprids till kommunens invånare och andra som kan ha intresse eller behov av sådan information.

I det här avsnittet har vi granskat om ett råd finns i den bemärkelsen lagstiftaren avser, om kommunstyrelsen har en samordnande funktion för det brottsförebyggande. Inom ramen för detta har vi även kontrollerat om kommunstyrelsen säkerställt att det finns en organisation och/eller struktur för att samordna det brottsförebyggande arbetet och samordna uppföljningen av detta.

### *lakttagelser*

Vid granskning av kommunstyrelsens protokoll finner vi att styrelsen 2023-02-07 § 7 tagit beslut om att utse två ledamöter till det lokala brottsförebyggande rådet. En från majoriteten och en från oppositionen. Vald majoritetsråd är enligt kommunens hemsida ordförande i det brottsförebyggande rådet. De intervjuade kommunalråden och tjänstepersoner beskriver samstämmigt att kommunen historiskt haft ett brottsförebyggande råd med en bred representation från olika verksamheter i kommunen, men att rådet inte har haft några sammankomster sedan ett flertal år. Vi har inom ramen för granskningen inte funnit någon anvisning eller instruktion som tydliggör roll och ansvar för det brottsförebyggande rådet. Däremot beskrivs vid intervjuer att kommunen har en modell som innebär att den styrande majoriteten fördelar ansvaret för olika frågor till ett antal kommunalråd. Det majoritetsråd som är vald till ordförande för det brottsförebyggande rådet har också delaktig i majoritetsledningens arbete kring fokusområdet socialpolitik samt trygghetsfrågor. Enligt vad som framkommer vid



genomförda intervjuer så finns det en löpande kontakt mellan majoritetsrådet och berörda tjänstepersoner i frågor som rör brottsförebyggande arbete.

Som vi nämnt i föregående kapitel så finns det en koppling mellan det arbete som bedrivs inom ramen för det sociala hållbarhetsprogrammet samt det arbete som de intervjuade beskriver som en del av det samordningsansvar som åligger kommunen vad gäller brottsförebyggande frågor. Vi har utifrån det granskat underlag som avser hållbarhetsutskottet och finner att anvisningar avseende utskottets ansvar inte omfattar kommunens samordning av det brottsförebyggande arbetet. Granskning av kallelser och protokoll för utskottet från det senaste året visar att utskottet hanterat ärenden inom ramen för det sociala hållbarhetsprogrammet, vilket i flera avseenden är brottsförebyggande frågor, men inget som rör kommunstyrelsens samordningsansvar för det brottsförebyggande arbetet. Detta överensstämmer med den information som ges vid intervju med de två kommunalråd som är valda till det brottsförebyggande rådet. Båda dessa har tidigare varit ledamöter i det sociala hållbarhetsutskottet, men vid tiden för granskningen är endast majoritetsrådet ledamot i det sociala hållbarhetsutskottet. De ger uttryck för att det sociala hållbarhetsutskottet hanterar många frågor som rör det brottsförebyggande arbetet. Vid intervju med oppositionsrådet framkommer att det som oppositionsråd finns möjlighet att ta del av det sociala hållbarhetsutskottets möten, men att information om vad som sker i praktiken erhålls från partikollegan som är ledamot i utskottet. De intervjuade uppfattar inte att aktiviteter avseende det samordnade ansvaret för det brottsförebyggande arbete har bedrivits i utskottet.

I och med den nya lagens utökning av arbetsuppgifter och kostnader för kommunerna har staten kompenserat kommunerna genom en höjning av det allmänna bidraget enligt den kommunala finansieringsprincipen. I april 2023 beslutade kommunstyrelsen att inrätta en ny funktion, en brottsförebyggande strateg för att arbeta med de uppgifter som följer med den nya lagen. Från och med september 2023 har en brottsförebyggande strateg funnits på plats i kommunen. Samordnarens inledande uppdrag har varit att arbeta fram en strategi för kommunens brottsförebyggande arbete, vilken vi beskrivit i föregående revisionsfråga. Samordnaren och majoritetsrådet med ansvar för social hållbarhet och trygghetsfrågor ger en samstämmig bild av att ha en kontinuerlig och tät dialog avseende samordningen av det brottsförebyggande arbetet. Avdelningschef vid sektor styrning och stöd samt säkerhetschefen ger också uttryck för att information avseende samordningsuppdraget har givits vid olika politiska konstellationer såsom ordförandeberedningar och vid separata möten med hela eller delar av majoriteten.

De intervjuade kommunalråden och tjänstepersonerna ger också en samstämmig bild av att kommunen redan innan lagen trädde i kraft hade ett omfattande arbete som på olika sätt berörde det brottsförebyggande arbetet men att de inte har funnits, och ännu inte finns, någon kommunövergripande organisation eller struktur för arbetet. Ett förslag till en framtida organisering av arbetet (SAMBA) har formulerats i den strategi som planeras att antas av kommunstyrelsen i början av 2025. Organiseringen ska enligt det intervjuade säkerställa att kommunens samtliga sektorer representeras i arbetet samt att det bedrivs kunskapsbaserat och kvalitativt. De intervjuade beskriver att samverkansorganisationen framöver ska involveras i framtagandet av kommunens



samlade lägesbild över brottsligheten, säkerställa kunskap utifrån respektive verksamhetsområde och skapa en medverkan i det strategiska och operativa brottsförebyggande arbeten som berör den egna verksamheten. I utkastet till strategin framgår även att varje enskild anställd hos Gävle kommuns sektorer ska ha kunskap och kännedom om hur denne kan agera brottsförebyggande i sin yrkesutövning. Den anställda skall ha kännedom om det finns risker för brottsfrämjande inslag i tjänsteutföringen – samt om hur dessa skall förebyggas och undvikas. Exempel på sådana inslag är risk för jäv och främjande av osund konkurrens.

Eftersom det sedan tidigare inte funnits eller skapats någon organisation eller struktur för kommunens övergripande arbete så har det inte heller funnit något kommunövergripande forum som utgjort ledningsgrupp eller styrgrupp för samordnaren i framtagandet av strategin. Enligt samordnaren har det inte heller varit några specifika aktiviteter för att involvera kommunens olika sektorer eller de kommunala bolagen i strategiarbetet utan tanken är att arbetet som följer efter beslutet om strategin ska inkludera olika relevanta parter. Arbets sättet för framtagandet av strategin bekräftas av de svar vi erhållit från tillfrågade representanter i bolaget och sektorerna. Samtliga uppger att de idag känner till att det finns ett framtaget utkast till en strategi, men upplevelsen av att ha medverkat i framtagandet av denna varierar. De som anger att de har medverkat beskriver att det har skett genom intervju för att lämna information om vilket brottsförebyggande arbete som de involveras i samt att de bidrar med information till de lägesbilder som tas fram (arbetet med lägesbilderna beskrivs vi närmare i revisionsfråga 3). Intervjuad avdelningschef vid sektor styrning och stöd samt säkerhetschef ger uttryck för att det brottsförebyggande arbetet och det underlag som finns för framtagen strategi har diskuterats inom olika forum till exempel i olika styr- och ledningsgrupper, säkerhetsnätverket där kommunkoncernens säkerhetspersonal deltar samt i forum för samverkan mellan nämnder och utskott. Vi har vid granskningen inte funnit några underlag som kan verifiera detta. Enligt genomförda intervjuer har samtliga sektorschefer även getts möjlighet att ge synpunkter på strategin.

Vid intervjuer framgår att det pågår diskussioner för att tydliggöra hur och när det arbete som sedan tidigare bedrivits i kommunen har en koppling eller en roll i det brottsförebyggande arbetet. Exempelvis var Brottsförebyggarna i Gävle (BIG) har sin plats i organisationen. Ett förslag att BIG ska vara en arbetsgrupp under den nya samverkansstrukturen, SAMBA kopplat till kommunens samordning av det brottsförebyggande arbetet. Ett annat exempel är det arbete som bedrivs inom "En kommun fri från våld" vilket är kopplat till det sociala hållbarhetsprogrammet. Den nya organisationen för det brottsförebyggande arbetet kommer, enligt de intervjuade, inte att påverka arbetet inom "En kommun fri från våld" utan det arbetet kommer att fortsätta att drivas som en del i det sociala hållbarhetsprogrammet. Det bör dock tydliggöras om, när och hur det finns en koppling till det brottsförebyggande arbetet.

Samtliga sektorer och bolag som svarat på frågor i samband med granskningen uppger ett behov av att förbättra samordningen av de olika arbetsgrupperna som direkt eller indirekt syftar till att minska kriminalitet och brott.

## *Bedömning*

*Revisionsfråga 2: Finns i kommunen en organisation/struktur för att samordna det brottsförebyggande arbetet?*

- a. Finns en samordningsfunktion?*
- b. Finns ett råd för det brottsförebyggande arbetet?*

## **Delvis**

Vår bedömning är att kommunen har en samordningsfunktion på plats så som Lag (2023:196) om kommunens ansvar för brottsförebyggande arbete 11 § uttrycker. Detta då kommunstyrelsen säkerställt att en brottsförebyggande strateg har anställts från och med september 2023 för att samordna det brottsförebyggande arbetet inom kommunen.

Enligt lagen ska kommunen verka för att strategiska brottsförebyggande frågor hanteras i ett särskilt forum (strategiskt råd) där kommunen och relevanta aktörer ingår. Detta råd ska ledas av kommunen och inkludera representanter med ledande befattningar från övriga aktörer. Vår bedömning är att kommunen inte lever upp till lagens krav. Det finns två utsedda kommunalråd valda av styrelsen till det brottsförebyggande rådet, men rådet har inte fungerat aktivt under ett flertal år. Det finns inte heller vid tiden för granskningen någon annan struktur eller forum som innebär att kommunen kan anses ha implementerat lagens krav.

## **Samverkansöverenskommelser**

*Revisionsfråga 3: Finns skriftliga överenskommelser om samverkan med relevanta aktörer? Klargör överenskommelsen syfte samt inom vilka områden samverkan ska ske?*

I lagen framgår att kommunen ska verka för att skriftliga överenskommelser om samverkan ingås med relevanta aktörer. En sådan överenskommelse ska innehålla åtminstone uppgifter om för vilka syften och inom vilka områden som samverkan ska ske.

I kommentarerna till lagen framgår att kommunen ska verka för att överenskommelser även ska ingås med statliga myndigheter, regioner, det civila samhället och aktörer inom näringslivet. Med begreppet relevanta avses att överenskommelser inte behöver ingås med samtliga tänkbara aktörer utan först och främst med dem där samverkan är särskilt omfattande eller angelägen.

## *lakttagelser*

Vid tillfället för granskningen har Gävle kommunen en upprättad samverkansöverenskommelse, *Samverkansöverenskommelse Lokalpolisområde Gästrikland och Gävle kommun* (daterad 2018-02-16): Av den framgår att lokalpolisområdeschefen ansvarar för brottsbekämpningen och det polisiära brottsförebyggande arbetet inom lokalpolisområdet. Kommunens roll och ansvar i det brottsförebyggande arbetet handlar mer om ett övergripande ansvar för medborgarnas trygghet och säkerhet kopplat till det geografiska områdesansvaret som kommun har.

Kommunens och Polisens brottsförebyggande samverkan ska enligt överenskommelsen grundas på ett systematiskt arbete som till exempel:

- En gemensam lägesbild upprättas
- Konkreta handlingsplaner upprättas angående lämpliga brottsförebyggande åtgärder
- Konkret operativt arbete vidtas därefter
- Resultaten från genomförda brottsförebyggande insatser följs upp
- Arbetet återkopplas till lokalpolisområdet och kommunledning

Uppföljning av samverkansöverenskommelsen hanteras enligt överenskommelsen i Gävle Brottsförebyggande råd och ledningsgruppen i Brottsförebyggarna i Gävle. Uppföljning ska ske på årsbasis av utsedd person vid Gävle kommun och vid Lokalpolisområde Gästrikland. Som vi nämnt tidigare så har det brottsförebyggande rådet inte haft någon verksamhet de senaste åren och någon uppföljning av samverkansöverenskommelsen har enligt uppgifter inte heller genomförts av ledningsgruppen i Brottsförebyggarna i Gävle. De intervjuade uppger att det pågår ett arbete med att uppdatera samverkansöverenskommelsen för att den ska harmonisera med den nya strategin för brottsförebyggande arbete. Vidare ska det inom ramen för samverkan tas fram medborgarlöften utifrån vad som framkommer av lägesbild och åtgärdsplan. Tanken är enligt de intervjuade att samverkansöverenskommelsen ska uppdateras var tionde år medan medborgarlöftena ska uppdateras vartannat år i samband med uppdateringen av strategin för brottsförebyggande arbete.

Enligt utkastet till strategi för brottsförebyggande arbete framgår att kommunen aktivt ska verka för en välfungerande samverkan med andra kommuner, statliga myndigheter, näringsliv, föreningsliv och andra relevanta samhällsaktörer. Vidare framgår att kommunens medborgare är en viktig aktör i det brottsförebyggande arbetet, och deras samhällskänedom och insyn i sitt närområde utgör ett viktigt underlag vid beslutsfattanden av olika slag. Kommunen ska därför verka för en bred representation och inkludering av samverkansparter i det brottsförebyggande arbetet. Sveriges kommuner delar det lagstadgade ansvaret för brottsförebyggande arbete med Polismyndigheten. Polismyndigheten skall därför betraktas som en särskilt prioriterad samverkanspart. Vid intervjuer framgår att samverkansöverenskommelser kommer att tecknas med relevanta parter inom ramen för SAMBA:s externa strategiska grupp.

### **Andra samverkansformer**

Det framkommer vid intervjuer och övriga granskningsinsatser att det finns en hel del olika samverkansstrukturer på operativ nivå och där olika sektorer på olika sätt deltar i frågor som direkt eller indirekt har ett brottsförebyggande syfte. Det finns även på kommunövergripande nivå en del trygghetsinsatser tillsammans med polis och väktare. Exempelvis nämns Gävle Citysamverkan, som är en ideell förening som drivs av kommunen, fastighetsägare och företag, som ett samverkansforum för brottsförebyggande frågor tillsammans med näringslivet. Kommunens samordnare för de brottsförebyggande frågorna deltar på samtliga möten. Tidigare har gruppen diskuterat frågor av strategisk karaktär, men tanken är att gruppen ska sammankallas

för att diskutera frågor av mer operativ karaktär. Planen är att arbetet ska vävas in i strukturen för SAMBA.

Samtliga sektorer och bolag som svarat på frågor i samband med granskningen har deltagit i flera samverkansforum som exempelvis "En kommun fri från våld" och "Gävle mot narkotika" och det samarbete som sker inom Brottsförebyggarna i Gävle (BIG). De flesta uppger att de samverkar med socialtjänst, skola och kommunpolis.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 3: Finns skriftliga överenskommelser om samverkan med relevanta aktörer? Klargör överenskommelsen syfte samt inom vilka områden samverkan ska ske?*

#### **Nej**

Vår bedömning är att Gävle kommun under 2024 inte har haft samverkansöverenskommelser med relevanta parter avseende de brottsförebyggande frågorna. Vi ser det som väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att sådana överenskommelser upprättas. Detta för att följa lagen, men ytterst för att säkerställa att viktiga krafter för det brottsförebyggande arbetet som finns inom kommunens geografiska område samlas. Det är väsentligt för kommunen att lagens krav på att kommunen samordnar detta arbete inte utmynnar i att kommunen själva bär ansvaret för det strategiska eller operativa arbetet.

Vi noterar att det sedan tidigare har funnits en överenskommelse med Polisen och att det är väsentligt att den uppdateras så att den framöver harmoniserar med den nya organisationen och syftet för arbetet.

### **Lägesbild**

*Revisionsfråga 4: Finns en kartläggning som tydliggör en lägesbild avseende brottslighetens utbredning?*

För att rikta resurserna rätt så krävs det att det finns en bild avseende behov och situation. En sådan bild bör skapas gemensamt med olika aktörer som sitter på kunskap om den rådande situationen. Enligt lagen om kommuners ansvar för det brottsförebyggande arbetet ska kommunen ta fram en lägesbild över brottsligheten inom kommunens geografiska område. Lägesbilden ska innehålla

1. en kartläggning av brottsligheten, dess omfattning och konsekvenser,
2. annan information av betydelse i sammanhanget, och
3. en analys av kartläggningen och informationen.

På BRÅ:s hemsida framgår att kartläggningen innebär en systematisk datainsamling om ett geografiskt område, ett brottsproblem eller en befolkningsgrupp. I kartläggningen samlas information om vad, hur mycket, hur ofta, på vilket sätt och under vilka förutsättningar som brottsligheten sker eller uppträder. En lägesbild är en sammanställning kartläggningens resultat. Lägesbilden blir därmed en samlad

bedömning om var problemen är som störst, hur situationen ser ut jämfört med referensdata och hur utvecklingen sett ut över tid. En mer avancerad lägesbild kan också innehålla prognoser eller fördjupningar kring vissa brottstyper. Lägesbilden fungerar sedan som underlag när man väljer och planerar åtgärder.

### *lakttagelser*

Av utkastet till kommunens brottsförebyggande strategi framgår att det i kommunen ska bedrivas ett övergripande lägesbildaarbete som syftar till att skapa en överblick över den totala brottsligheten i kommunen. Lägesbilden ska bygga på statistik, samt olika former av analyser.

Vi har tagit del av kommunens lägesbild benämnd *Brottsligheten i Gävle kommun - den lokala brottslighetens utveckling och utmaningar* (upprättat av kommunens brottsförebyggande strateg, daterad september 2024). Enligt genomförd granskning så har lägesbilden inte kommunicerats till kommunstyrelsen men finns publicerad på kommunens webbplats. Vid sakgranskning framkommer att lägesbilden kommer att kommuniceras till kommunstyrelsen i början av 2025 i samband med fastställandet av den brottsförebyggande strategin. Däremot har lägesbilden enligt uppgifter kommunicerats och redovisats för kommunalråden vid flertalet tillfällen.

Lägesbilden innehåller en presentation av den lokala anmälningssstatistiken för följande brottskategorier:

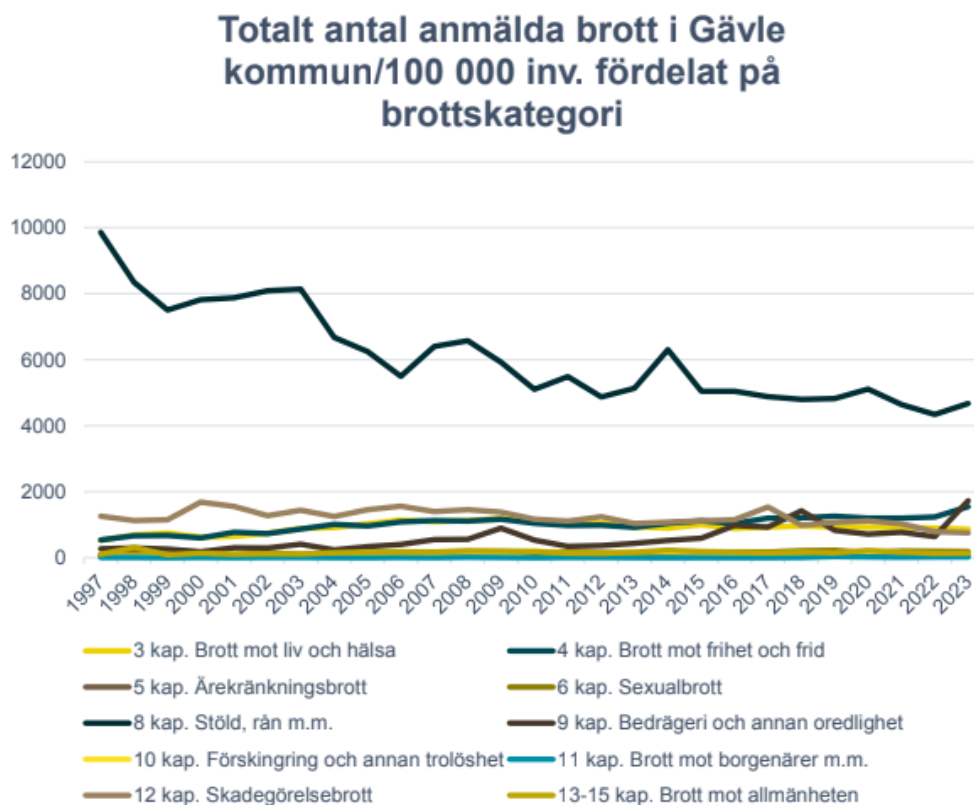
- Skadegörelsebrott
- Stöldbrott
- Bedrägerier
- Bidragsbrott
- Trafikbrott
- Vapenbrott
- Brott mot knivlagen
- Narkotikabrott
- Misshandel
- Sexualbrott

Varje enskild brottskategori innehåller en beskrivning av det rådande forskningsläget i syfte att synliggöra den specifika brottskategorins möjliga skadeinverkan på lokalsamhället. För varje brottskategori finns även information kring anmälningssbenägenhet och beräknat mörkertal. Lägesbilden inkluderar också en redogörelse av brottsmönster och brottstrender.

Av lägesbilden framgår att antal anmälda brott i Gävle kommun per år har totalt sett legat relativt stabilt sedan slutet av 1990-talet. Gävle kommun ligger under det nationella snittet per 100 000 invånare för antal anmälda brott. Under 2023 anmäldes totalt 14 349 brott i Gävle kommun, vilket är en ökning med 546 brott sedan föregående år. Den brottskategori som anmäls i störst utsträckning i kommunen utgörs av stöldbrott. Stöldbrotten har dominerat den lokala anmälningssstatistiken under hela den undersökta

tidsperioden (1997–2023). Antalet anmälda stöldbrott har minskat frekvent över tid. Under 2023 ökade dock antalet anmälda stöldbrott med 332 anmälningar. Den brottskategori som påvisar den största ökningen 2022–2023 är bedrägeribrotten, vilka ökade med 1091 anmälningar under denna tidsperiod.

*Diagram 1: Totalt antal anmälda brott i Gävle kommun/100 000 invånare fördelat på brottskategori*



I arbetet med lägesbilden har fyra olika brottsförebyggande huvudutmaningar identifierats:

- Organiserad brottslighet och dess ekonomiska drivkrafter
- Otrygghet och en försvagad social kontroll
- Hemlöshet och narkotikarelaterad livsstilskriminalitet
- Våld mot kvinnor

Bland annat framgår av lägesbilden att det i Gävle kommun finns problem med nyrekrytering till den organiserade brottslighetens verksamheter, både av barn och unga – men också i stor utsträckning av människor som lever i olika former av social utsatthet. Vidare framgår att 52% av Gävleborna upplever en stor oro för brottsligheten i samhället, och 7 % upplever att oron för att utsättas för brott har en stor negativ inverkan på livskvaliteten. Samtidigt visar den lokala statistiken att gemenemans rädsla och oro för att utsättas för brott i Gävle kommun, är betydligt högre än den faktiska utsattheten för brott i kommunen. Även näringslivet i Gävle kommun påvisar en betydligt högre otrygghet än snittet i riket. I Gävle kommun ses också en stigande utsatthet



kopplat till missbruk och social utsatthet. Bedömningen är att problematiken, i relation till samhällets ekonomiska läge, och produktionen av nya former av syntetiska blanddroger på marknaden, kommer att fortsätta öka under kommande år. Missbruk i kombination med hemlöshet är en starkt bidragande faktor till många av de mängdbrott som utmanar Gävle kommun, särskilt kring stadskärnan och andra näringslivstäta områden. Den vanligast förekommande kategorin av misshandelsfall i Gävle kommun är flickor och kvinnor som utsätts för misshandel i inomhusmiljö. I Gävle kommun finns ungefär 2100 barn som lever i hushåll där våld förekommer mellan vuxna i familjen, och över 400 av dessa utsätts själva för våld.

Slutligen framgår av lägesbilden att det är första gången en brottsförebyggande lägesbild genomförs på detta vis i Gävle kommun – och arbetet befinner sig fortfarande i en läroprocess. Inför nästa lägesbild önskar kommunen bland annat kunna fördjupa arbetet på stads- och kommunalnivå, samt inkludera fler sociala bakgrundsfaktorer med bäring mot brottslighet och dess konsekvenser. De önskar också bredda vilka aktörer som ges möjlighet att aktivt delta i informationsinsamlingsfasen. Slutligen är förhoppningen att framåt arbeta än närmre Polismyndigheten i arbetet med gemensamma orsaksanalyser och åtgärdsinriktningar – för att ytterligare stärka upp samverkan.

Utöver den kommunövergripande lägesbilden över brottsligheten, vilket är den som lagen ställer krav på, så framkommer vid intervjuer att det sedan år 2018 arbetats med att löpande ta fram mer tillfälliga lägesbilder om situationen i kommunen. Vid framtagande av dessa lägesbilder får bland annat lokalpolis, regionen, bussbolag, bevakningsbolag och citysamverkan (företagarförening) fylla i en mall om vad som har hänt, vad det innebär och vad det kommer bli för följd. Lägesbilderna tas fram varannan vecka och har bland annat legat till grund för var bevakningsbolaget ska rikta sina resurser. Enligt uppgifter har dessa lägesbilder inte legat till grund för den övergripande lägesbilden, däremot har de aktörer som ingår i ovan gruppering varit med i framtagandet av den övergripande lägesbilden.

### *Bedömning*

#### *Revisionsfråga 4: Finns en kartläggning som tydliggör en lägesbild avseende brottslighetens utbredning?*

**Ja.**

Vår bedömning är att det har upprättat en lägesbild som bygger på kunskap och omfattar analyser av utveckling och konsekvenser. Lägesbilden ger även en adekvat koppling till prioriterade områden och vår bedömning är att lägesbilden över brottsligheten inom kommunens geografiska område ger en bra grund för ett fortsatt arbete med åtgärdsplan. Lagen ställer inte några krav på att beslut tas avseende lägesbilden, men det åligger kommunstyrelsen att säkerställa att en lägesbild tas fram samt att den omfattar erforderlig information och relevanta analyser. Med anledning av detta anser vi att kommunstyrelsen bör ta del av den lägesanalys som utarbetats.

## Åtgärdsplan

*Revisionsfråga 5: Har kartläggningar omsatts till åtgärdsplaner för det brottsförebyggande arbetet?*

I lagens om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete framgår att kommunen ska, med den lägesbild som beskrevs i föregående avsnitt, besluta om en plan för vilka åtgärder som kommunen avser att vidta för att förebygga brott (åtgärdsplan). Kommunen behöver besluta om en åtgärdsplan innan den 1 juli 2024.

### *lakttagelser*

Av utkastet till kommunens brottsförebyggande strategi framgår att utifrån den information som framkommit i kartlägnings- och lägesbilsarbetet ska orsaks- och åtgärdsanalyser genomföras. Orsaksanalyserna syftar till att söka svar på vad som orsakar ett visst tillstånd, medan åtgärdsanalysen handlar om att analysera vilka åtgärder som bäst åtgärdar dessa orsaker. Ett åtgärds paket ska sedan tas fram och genomföras. Åtgärds paketet skall innehålla information om:

- Vilka arbetsinsatser som planeras genomföras
- Hur de ska genomföras
- När och under hur lång tid de ska genomföras
- Vem eller vilka som ska genomföra dem

Vid intervjuer framgår att det inte finns någon beslutad åtgärdsplan utan att den är under framtagande. Anledningen är enligt de intervjuade att åtgärdsplanen bör upprättas i samarbete med de aktörer som är väsentliga för ett framgångsrikt genomförande. Hur dessa aktörer ska samordnas föreslås i utkastet till strategi som arbetats fram under 2024. Först efter beslut om strategin kan arbetet organiseras på ett sådant sätt som är lämpligt för en funktionell åtgärdsplan. Beslut om åtgärdsplan kan således inte ske förrän år 2025.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 5: Har kartläggningar omsatts till åtgärdsplaner för det brottsförebyggande arbetet?*

#### **Nej.**

Vi bedömer att Gävle kommun ännu inte har upprättat en åtgärdsplan i enlighet med lagens krav. Den nya lagen trädde i kraft i juli 2023, och kravet är att en åtgärdsplan ska finnas upprättad senast den 30 juni 2024.

Av granskningen framgår att kommunstyrelsens beslut avseende strategi för brottsförebyggande arbete avvaktas innan framtagande av åtgärdsplan. Detta då strategin omfattar beslut om hur det brottsförebyggande arbetet ska organiseras och utarbetandet av åtgärdsplanen planeras att ske av den nya organisationen.

### **Uppföljning**

*Revisionsfråga 6: Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av arbetet?*



Inom ramen för granskningen har vi ett särskilt fokus på kommunstyrelsens uppföljning och kontroll av området. Detta med anledning av att styrelsen för sin styrning och för ställningstagande om eventuella åtgärder behöver tillräckliga underlag. I lagen om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete framgår att kommunstyrelsen, eller den nämnd som kommunfullmäktige beslutar, ansvarar för ledningen av kommunens brottsförebyggande arbete och för att kontinuerligt rapportera om det brottsförebyggande arbetet till kommunfullmäktige.

### *lakttagelser*

I kommunstyrelsens verksamhetsrapport för helåret 2023 (beslutad 2024-03-12 §49) finns endast uppföljning av de kommunövergripande målen. Av verksamhetsrapporten framgår att det kommunövergripande målet *Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen* uppfylls delvis. Vidare framgår att arbete avseende målsättning, uppdrag och organisering med anledning av den nya lagstiftningen avseende kommunernas ansvar för det brottsförebyggande arbetet fortlöper. En brottsförebyggande strateg är rekryterad och ett arbete med lägesanalys och lokal problembild har pågått under året. Enligt verksamhetsrapporten ska en strategi med tillhörande handlingsplan för det brottsförebyggande arbetet beslutas under 2024. Som tidigare nämnts så kan vi konstatera att den tidsplanen förskjutits och att strategin planeras att antas av kommunstyrelsen i början av 2025. År 2023 hade kommunstyrelsen även i uppdrag att förstärka det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet tillsammans med Gävles företag. Av uppföljningen framgår att ett arbete pågår tillsammans med näringslivet, säkerhetsenheten och näringslivsavdelningen avseende trygghet och brottsförebyggande arbete. Uppdraget kommer också att inkluderas i Gävle kommuns arbete med ny lagstiftning.

Vad det gäller 2024 har vi tagit del av kommunstyrelsens verksamhetsrapport delårsrapport 2, 2024 (beslutad 2024-10-08 §178). I verksamhetsrapporten prognostiseras de fem strategiska nämndmålen som finns till det kommunövergripande målet *Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen*, och som nämns i revisionsfråga 1, delvis kommer att uppfyllas vid helåret. Vidare framgår att en brottsförebyggande strategi för Gävle kommuns brottsförebyggande arbete är under framtagande och kommer att beslutas under hösten. Det var även den information som lämnades när intervjuer avseende PwCs granskning genomfördes. Senare har datumet för beslut om strategin som sagt flyttas till början av 2025. Av verksamhetsrapporten framgår att det parallellt med detta arbete pågår ett arbete med att ta fram en lägesbild över brottsligheten innehållande en kartläggning av brottsligheten, dess omfattning och konsekvenser. Som vi nämnt i tidigare revisionsfråga kan vi verifiera att lägesbilden över brottsligheten har färdigställts under hösten.

Vid intervjuer med tjänstepersoner framgår att det inte finns någon formaliserad dialog med kommunstyrelsen vad gäller samordningen av det brottsförebyggande arbetet. Däremot finns en kontinuerlig dialog med majoritetens kommunalråd som har ansvar för de brottsförebyggande frågorna, detta är däremot inget som dokumenteras.

Vi har inom ramen för granskningen gjort en genomgång av kommunstyrelsens protokoll från januari 2023 till och med oktober 2024 vilket verifierar den bild som lämnats av intervjuade representanter. Kommunstyrelsen har under tidsperioden behandlat en rad olika frågor inom angränsande områden men endast i april 2023 hanterat ett beslut som rör samordningsansvaret för det brottsförebyggande arbetet. Det beslutet rör inrättandet av en ny funktion som brottsförebyggande strateg. Följande noteringar görs från protokollsgranskning:

- 2024-09-10 § 172 Anmälningssärende - Aktuellt från Brottsförebyggarna i Gävle 2024-05-13 och 2024-03-25
- 2024-04-09 § 91 Anmälningssärende - Aktuellt från Brottsförebyggarna i Gävle 2024-02-09 och 2023-12-15, Verksamhetsberättelse 2023 BIG - Brottsförebyggarna i Gävle och Verksamhetsplan 2024 BIG - Brottsförebyggarna i Gävle
- 2023-10-10 § 176 Anmälningssärende - Aktuellt från Brottsförebyggarna i Gävle 2023-04-28, 2023-06-16 och september 2023
- 2023-09-12 § 150 Anmälningssärende - Aktuellt från Brottsförebyggarna i Gävle 2023-03-10
- 2023-04-11 § 75 beslutar kommunstyrelsen att av de skadeförebyggande medlen finansiera inrättandet av en ny funktion som brottsförebyggande strateg för att möta kraven i den nya lagstiftningen avseende kommunernas ansvar för det brottsförebyggande arbete som föreslås träda i kraft 2023-07-01. Kommunstyrelsen beslutar även att för de fall statlig ersättning utgår till kommunerna med anledning av den nya lagstiftningen så skall dessa medel tillfalla kommunstyrelsen för den fortsatta finansieringen.
- 2023-04-09 § 91 Anmälningssärende - Verksamhetsplan 2023 BIG - Brottsförebyggarna i Gävle och Verksamhetsplan 2022 BIG - Brottsförebyggarna i Gävle
- 2023-02-07 § 29 Anmälningssärende - Aktuellt från Brottsförebyggarna i Gävle 2022-12-09 och 2022-10-21

Av intervjuer framgår att det pågår diskussioner kring den framtida processen för uppföljningen av det brottsförebyggande arbetet och i vilket forum den samlade uppföljningen ska ske. Enligt utkastet av kommunens brottsförebyggande strategi framgår att de brottsförebyggande insatser som genomförs regelbundet skall följas upp och utvärderas. Det framgår inte var ansvaret för uppföljning och utvärdering ligger. De intervjuade ger uttryck för att kommunstyrelsen med ansvar för samordningen av det brottsförebyggande arbetet också är det organ som kommer att erhålla en samlad utvärdering av arbetet. Någon utvärdering planeras inte för 2024.

Som nämnts i samband med granskning av styrning och organisering av arbete så har vi även kontrollerat om det sociala hållbarhetsutskottets under 2024 har haft ett uttalat ansvar för styrning och uppföljning av det brottsförebyggande arbetet, men finner inte att utskottet erhållit något sådant ansvar.

Vi noterar att sociala hållbarhetsutskottets protokoll inte kommuniceras till kommunstyrelsen som helhet eller att information från utskottet på något annat

strukturerat sätt kommunicerats till styrelsens ledamöter. Detta bekräftas även av oppositionsrådet, som av styrelsen utsetts till det brottsförebyggande rådet, men som vid intervju uppger att han inte har erhållit någon strukturerad information om kommunstyrelsens arbete för att samordna det brottsförebyggande arbetet.

### *Bedömning*

#### *Revisionsfråga 6: Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av arbetet?*

#### **Nej.**

Vår bedömning är att det för 2024 finns en otydlighet i hur kommunstyrelsen ska följa upp det brottsförebyggande arbetet utifrån sitt samordningsansvar. Vi kan konstatera att det vid delårsrapporten lämnats en sammanfattande redogörelse av det arbete som pågår, men vår bedömning är inte att detta inte innebär en tydlig rapportering av brottslighetens utveckling samt effekter av kommunens samordning av det brottsförebyggande arbetet. Granskning av kommunstyrelsens protokoll påvisar inte att styrelsen på annat sätt erhållit information eller uppföljning av arbetet.

Vi konstaterar att strategin för det brottsförebyggande arbetet inte är antagen, strukturen för den samordnade styrningen inte är satt och arbetet som helhet ännu inte har en tydlig organisation vilket påverkar förutsättningarna för uppföljning. Vår bedömning är att styrelsen behöver utveckla sin uppföljning inom området och att det ställer krav på en tydlig struktur för hur den samlade bilden av det brottsförebyggande arbetet utifrån åtgärdsplan ska följas upp och rapporteras till styrelsen.

Vi noterar att det sociala hållbarhetsutskottet inte har något formellt ansvar för att följa upp det brottsförebyggande arbetet men vill ändå kommentera att det saknas en tydlig spårbarhet i hur styrelsen säkerställer att samtliga ledamöter erhåller information från det sociala hållbarhetsutskottet. Vi ser detta som problematiskt utifrån samtliga att samtliga ledamöter i kommunstyrelsen har ett ansvar för arbetet som sker inom utskottet.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsen säkerställer att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt med avseende på efterlevnad av fullmäktiges mål och gällande lagstiftning för området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen **ej** säkerställt att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet under 2024 bedrivits på ett ändamålsenligt sätt med avseende på efterlevnad av fullmäktiges mål och gällande lagstiftning för området. Vår bedömning är dock att kommunstyrelsen under 2024 säkerställt en utveckling inom området som gör det möjligt för kommunen att framåt ha en ändamålsenlig samordning av arbetet. För att efterleva lagens krav är det väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att påbörjat arbete fortgår och att det sker med ökad framfart.

Granskningen fokuserade på flera centrala frågor, inklusive förekomsten av övergripande mål eller strategier, organisatoriska strukturer för samordning, skriftliga överenskommelser med relevanta aktörer, kartläggning av brottslighet, åtgärdsplaner och uppföljning. Resultatet visade att det finns en viss nivå av övergripande vägledning och organisatorisk struktur, men det finns betydande brister i skriftliga överenskommelser, åtgärdsplaner och uppföljningsprocesser.

Granskningen identifierade att Gävle kommun har ett övergripande mål relaterat till granskningsområdet: *Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen*, som framgår av kommunplanen för 2024-2027. Kommunstyrelsen har satt upp strategiska mål för att hantera psykisk ohälsa, brott och missbruk genom tidiga insatser. Det finns dock ingen antagen strategi eller kommunövergripande dokument som tydligt beskriver kommunens inriktning och prioriteringar för det brottsförebyggande arbetet. Ett utkast för en brottsförebyggande strategi finns framtagna och planeras att antas i början av 2025.

När det gäller den organisatoriska strukturen finner vi att det saknas ett strategiskt råd för att hantera det brottsförebyggande frågorna trots att detta är vad lagen kräver. Vi noterar att utkastet till en brottsförebyggande strategi innehåller en beskrivning av en framtida organisation som både samordnar kommunens interna resurser men även inkluderar externa aktörer. Vid tiden för granskningen finns dock inte någon sådan organisation med tydligt uppdrag att hantera brottsförebyggande frågor. Vår bedömning är att kommunstyrelsen genom att besluta om tillsättandet av en samordnande funktion för det brottsförebyggande arbetet har säkerställt att lagens krav på den punkten uppfylls.

I granskningen tittade vi också på förekomsten av skriftliga överenskommelser för samarbete med relevanta aktörer. Det visade sig att det inte finns några formella

överenskommelser som tydligt definierar syftet och samarbetsområdena. Denna brist på formaliserat samarbete utgör enligt vår bedömning en utmaning för effektiviteten i det brottsförebyggande arbetet, eftersom det försvårar möjligheten att etablera tydliga roller, ansvar och gemensamma mål hos olika aktörer som är relevanta för arbetet.

Vidare har vi i granskningen bedömt kommunens insatser för kartläggning av brottslighet och utveckling av åtgärdsplaner. Även om det finns en kartlägningsprocess som ger en tydlig bild av brottslighetens fördelning, har dessa kartläggningar inte översatts till konkreta åtgärdsplaner. Avsaknaden av åtgärdsplaner innebär att identifierade problem inte systematiskt åtgärdas, vilket minskar den övergripande effekten av de brottsförebyggande åtgärderna.

Vi har också granskat kommunstyrelsens uppföljning av det brottsförebyggande arbetet och hur styrelsen säkerställt sin samordnande funktion. Vår bedömning är att kommunstyrelsen inte har en tillräcklig uppföljningsprocess för att övervaka och utvärdera effektiviteten av de brottsförebyggande aktiviteterna.

### Rekommendationer

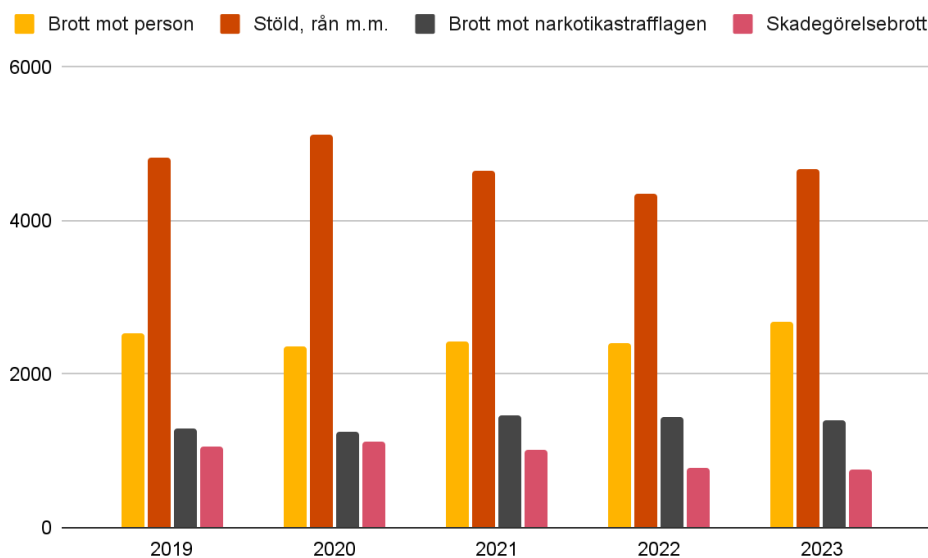
- Kommunstyrelsen bör säkerställa att styrningen av det brottsförebyggande arbetet tydliggörs. Detta kan exempelvis ske genom att anta en strategi där definition, avgränsning och innehåll i klargörs.
- För att följa lagens krav måste styrelsen säkerställa att ett samordningsansvar tas för det brottsförebyggande arbetet och att det skapas ett råd med relevanta interna och externa aktörer för arbetet. Ett sådant råd har varit ett lagstiftat krav sedan juli 2023.
- Kommunen bör säkerställa att arbetet bedrivs kunskapsbaserat och att lägesbilden av brottsligheten utgör en grund för framtagande av den plan som tydliggör vilka åtgärder kommunen planerar att vidta. Enligt lagen skulle en sådan plan ha beslutats av kommunstyrelsen senast den 31 juni 2024.
- Kommunstyrelsen bör utveckla och implementera en systematisk uppföljnings- och rapporteringsprocess för det brottsförebyggande arbetet. Detta inkluderar att regelbundet rapportera till kommunfullmäktige och att använda uppföljningsdata för att justera och förbättra strategier och åtgärder. Detta då lagen ställer krav på att åtgärdsplan och lägesbild vid behov och minst vartannat år följs upp och att åtgärder som vidtas sker kunskapsbaserat.
- Vi ser att det är viktigt att kommunstyrelsen genom organisation, struktur, styrning och uppföljning säkerställa att brottsförebyggande arbete integreras i alla relevanta kommunala verksamheter inklusive bolag för att skapa en helhetsinriktad och effektiv strategi.

# Bilaga 1

## Statistik

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) sammanställer statistik över anmälda brott i statistikdatabasen över anmälda brott. I diagram 1 återfinns en sammanställning över anmälda brott per 100 000 invånare inom ett antal brottskategorier år 2019 till år 2023. Av diagram 1 framgår att antalet anmälda brott inom kategorin skadegörelsebrott har minskat de senaste åren. Av diagrammet framgår även att en ökning skett av antalet anmälda brott inom kategorierna brott mot person och brott mot narkotikastrafflagen. Vidare framgår att antalet anmälda brott inom kategorin stöld, rån m.m. minskat mellan år 2020 och 2022, för att sedan öka igen år 2023.

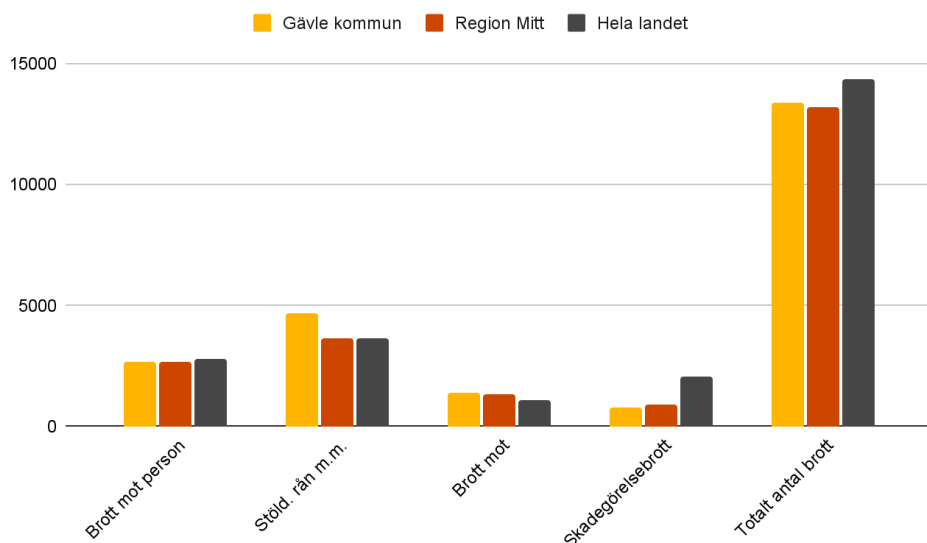
Diagram 1. Antal anmälda brott per 100 000 invånare 2019-2023 - Gävle kommun



Av diagram 2 framgår hur antal anmälda brott inom ett antal brottskategorier i Gävle kommun ställer sig gentemot antalet anmälda brott i Region Mitt respektive landet som helhet. Av diagram 2 framgår att det i Gävle kommun anmäldes fler brott inom kategorierna stöld, rån m.m. samt brott mot narkotikalagstiftningen än i Region Mitt och landet som helhet. Vad gäller antalet anmälda brott inom kategorin skadegörelsebrott anmäldes det färre brott i Gävle kommun i jämförelse med Region Mitt och hela landet. Antalet anmälda brott mot person i Gävle kommun är i nivå med Region Mitt och landet som helhet. Vidare framgår det att den totala mängden anmälda brott per 100 000

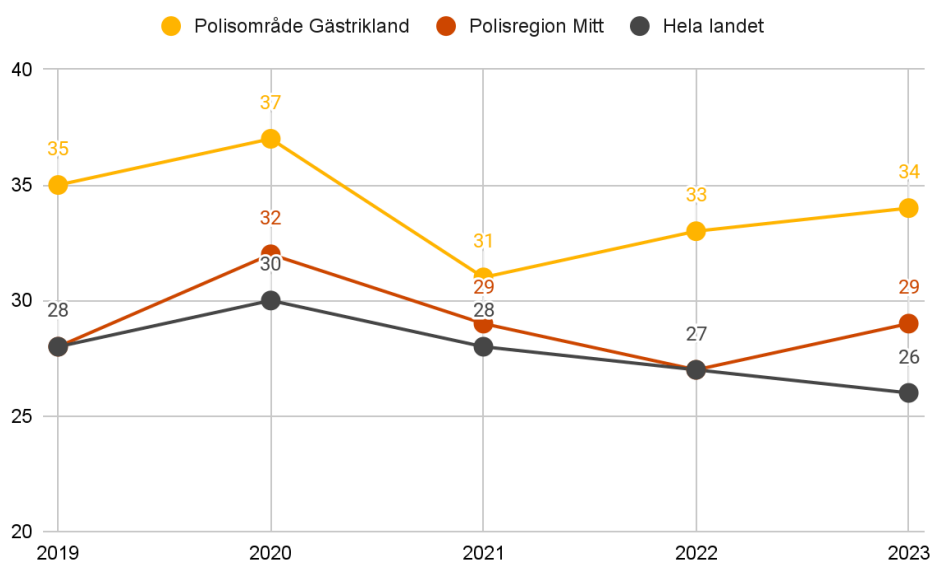
invånare är högre i Gävle kommun jämfört med Region Mitt, och lägre jämfört med landet som helhet.

Diagram 2. Antal anmälda brott per 100 000 invånare 2023 - Gävle kommun, Region Mitt samt hela landet



Av Brottsförebyggande Rådets Nationella Trygghetsundersökning (BRÅ NTU) som genomförs varje år framgår att andelen personer i lokalpolisområde Gästrikland som upplever otrygghet under kvällstid i det egna bostadsområdet minskat från 35 procent år 2019 till 31 procent år 2021, för att sedan öka igen till 34 procent år 2023. Av diagram 3 framgår att en högre andel boende i lokalpolisområde Gästrikland upplever otrygghet under kvällstid i det egna bostadsområde jämfört med landet som helhet samt polisregion Mitt år 2023.

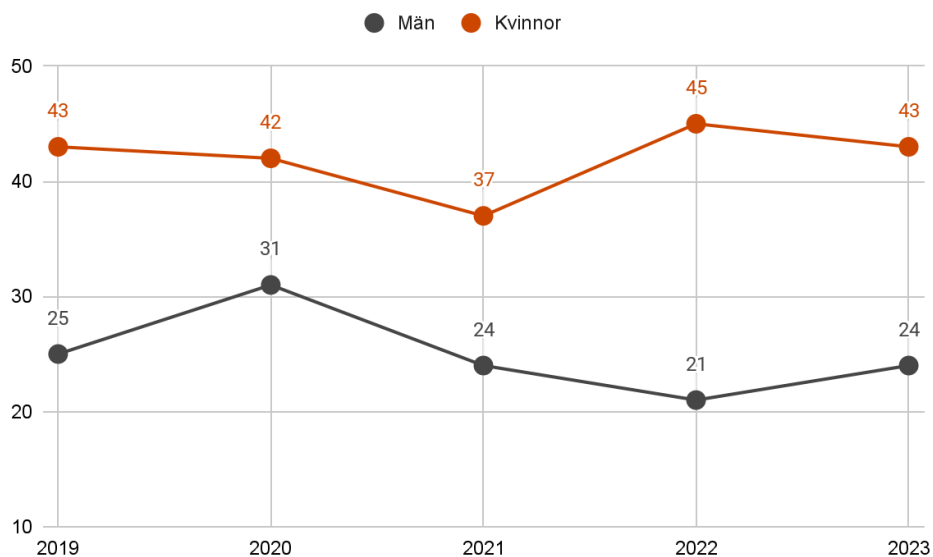
Diagram 3. Andel invånare (%) som upplever otrygghet vid utevistelse sent på kvällen i det egna bostadsområdet (Källa: BRÅ NTU).





Av diagram 4 framgår att andelen kvinnor i lokalpolisområde Gästrikland som upplever otrygghet under kvällstid i det egna bostadsområdet minskade från 43 procent år 2019 till 37 procent år 2021, och ökade sedan till 43 procent år 2023. Andelen män som upplever otrygghet i Gästrikland minskade mellan år 2020 och 2022 från 31 procent till 21 procent, för att sedan öka till 24 procent år 2023.

*Diagram 4. Andel invånare (%) som upplever otrygghet vid utevistelse sent på kvällen i det egna bostadsområdet i lokalpolisområdet Gästrikland (Källa: BRÅ NTU).*



2024-12-12

Hanna Franck

Karin Magnusson

---

*Kvalitetssäkrare*

---

*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 17 april 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Granskning av finansförvaltning

**Gävle kommun**

April 2025

*Cecilia Axelsson, projektledare och certifierad kommunal  
revisor*

*Daniel Carlsson, specialist*

*Matthew Matti, projektmedarbetare och revisionskonsult*

*Hanna Franck, kvalitetssäkrare och certifierad kommunal  
revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens finansförvaltning. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig finansverksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen **inte helt** har säkerställt en ändamålsenlig finansverksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

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. Finns det upprättade riktlinjer för medelsförvaltning och en aktuell finanspolicy?	Ja	
2. Finns direktiv avseende riskmått och fördelning av vilken typ av finansiella instrument som får användas vid förvaltning av kommunens medel?	Delvis	
3. Finns tydliga direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolymer?	Delvis	
4. Finns det en tydlig ansvarsfördelning och delegering gällande kommunens finanshantering?	Ja	
5. Finns det en ändamålsenlig, tydlig och effektiv organisering för finansförvaltningen?	Ja	
6. Är den interna kontrollen och systemet för riskhantering väl utformat och tillräcklig med hänsyn till kommunens förutsättningar och underliggande risker?	Nej	
7. Finns det en ändamålsenlig planering av kommunens betalningsförmåga/likviditet på både kort (upp till 1 år) och lång sikt (upp till 5 år)?	Delvis	
8. Sker en systematisk uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning?	Ja	
9. Sker rapportering till kommunstyrelsen i enlighet med styrande dokument?	Ja	

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Kopplat till direktiv för förvaltning av kommunens medel (revisionsfråga 2) har vi noterat att finanspolicyn saknar bestämmelser gällande nivåer för kommunens likviditetsreserv. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att fastställa konkreta bestämmelser/kvantitativa mått som stöd i arbetet med framtagande av nivåer för likviditetsreserv. Detta i syfte att säkerställa att kommunen har en tydlig hantering av betalningsberedskap för kommunkoncernen över tid.
- Gällande direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolym (revisionsfråga 3) har vi noterat att det finns förbättringspotential kopplat till dokumentation av det samråd som sker. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att tillse att en mer utförlig dokumentation sker rörande det samråd som sker i Finansrådet i samband med upptagande av lån för att skapa spårbarhet att det sker på ett transparent och korrekt sätt enligt finanspolicyn.
- Kopplat till ansvarsfördelning och delegering (revisionsfråga 4) har vi noterat att det föreligger skillnader mellan kommunstyrelsens delegationsordning och styrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att se över och revidera kommunstyrelsens delegationsordning för att säkerställa att det inte råder diskrepans mellan delegationsordningen och kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning 2025. I samband härmed bör även revidering av delegationsordningen ske för att tydliggöra rollerna rörande vem som har delegat att besluta om att uppta lån, om medelsförvaltning och om utlåning. Vi rekommenderar även kommunstyrelsen att säkerställa att beslut om upplåning och medelsförvaltning som fattas med stöd av delegationsordningen upprättas skriftligt och anmäls till styrelsen.
- Gällande intern kontroll och system för riskhantering (revisionsfråga 6) har vi noterat att det saknas ett övergripande ramverk för internkontroll. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att förstärka risk- och internkontrollarbetet kopplat till kommunens finansförvaltning genom att dokumentera övergripande ramverk för internkontroll omfattande risk- och väsentlighetsbedömning med tillhörande tydligt kopplade kontrollmoment för samtliga identifierade risker.
- Kopplat intern kontroll och system för riskhantering (revisionsfråga 6) har vi även noterat att det saknas dokumenterade nyckelprocesser inom finansförvaltningen. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att dokumentera finansverksamhetens nyckelprocesser och upprätta tillhörande rutindokument i syfte att minska den operationella risken och personberoendet i finansverksamheten. Dokumenterade processer och rutiner ger andra god förståelse och stöd för att kunna utföra arbetsuppgifter och kontroller inom finansförvaltningen, vilket i sin tur bidrar till att minska personberoendet. Som en del i detta bör även säkerställas att det finns tillräckliga personalresurser med fler personer som har kunskap på området.

- Gällande ändamålsenlig planering av betalningsförmåga på kort och lång sikt (revisionsfråga 7) har vi noterat att analysarbetet kan vidareutvecklas. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att säkerställa att prognosarbetet vidareutvecklas exempelvis genom att upprätta scenarier med olika utveckling av finansieringsbehovet för att kunna ge en bättre bild av potentiella effekter på kommunens verksamhet och kostnader. Denna analys kan även med fördel användas i större utsträckning i kommunens kommande budgetarbete.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>1</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
Bakgrund.....	5
Syfte och revisionsfrågor.....	5
Revisionskriterier.....	5
Avgränsning.....	6
Metod.....	6
<b>Granskningsresultat</b> .....	<b>7</b>
Medelsförvaltning och finanspolicy.....	7
Förvaltning av kommunens medel.....	8
Kreditrisker och lånevolymer.....	11
Ansvarsfördelning och delegering.....	14
Finansförvaltningens organisering.....	18
Intern kontroll och system för riskhantering.....	20
Planering av betalningsförmåga/likviditet.....	21
Uppföljning medelsförvaltning.....	22
Rapportering till kommunstyrelsen.....	23
<b>Samlad bedömning</b> .....	<b>25</b>
Rekommendationer.....	25
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor.....	26
<b>Bilaga - begreppslista</b> .....	<b>29</b>

# Inledning

## Bakgrund

Enligt kommunallagen kap 11 § 2 - 4 ska kommunen förvalta sina medel så att krav på god avkastning och betryggande säkerhet tillgodoses. Vidare framgår att kommunen skall ha en god ekonomisk hushållning.

Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för medelsförvaltningen och särskilda föreskrifter för förvaltningen av medel avsatta för pensionsförpliktelser. Brister i följsamhet till kommunens styrande dokument kan innebära att avkastningsmål inte uppnås eller ekonomiska förluster uppstår med förtroendeskada som följd.

Revisorerna har utifrån väsentlighet och risk beslutat att genomföra en granskning av kommunens finansförvaltning.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig finansverksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

För att uppnå syftet med granskningen har följande revisionsfrågor formulerats:

1. Finns det upprättade riktlinjer för medelsförvaltning och en aktuell finanspolicy?
2. Finns direktiv avseende riskmått och fördelning av vilken typ av finansiella instrument som får användas vid förvaltning av kommunens medel?
3. Finns tydliga direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolymer?
4. Finns det en tydlig ansvarsfördelning och delegering gällande kommunens finanshantering?
5. Finns det en ändamålsenlig, tydlig och effektiv organisering för finansförvaltningen?
6. Är den interna kontrollen och systemet för riskhantering väl utformat och tillräcklig med hänsyn till kommunens förutsättningar och underliggande risker?
7. Finns det en ändamålsenlig planering av kommunens betalningsförmåga/likviditet på både kort (upp till ett år) och lång sikt (upp till 5 år)?
8. Sker en systematisk uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning?
9. Sker rapportering till kommunstyrelsen i enlighet med styrande dokument?

## Revisionskriterier

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

De revisionskriterier som används i granskningen utgörs av:

- Kommunallagen 5 kap 1 §, 6 kap 37-38 §§ samt 11 kap 2-4 §§,
- Lag om kommunal bokföring och redovisning,



- Redovisningsrådets (RKR) rekommendation R7 Finansiella tillgångar och finansiella skulder och R8 Derivat och säkringsredovisning
- Finanspolicy och övriga interna styrande dokument och riktlinjer

### **Avgränsning**

Granskningen avgränsas till revisionsfrågorna som beskrivits ovan.

Granskningsobjekt är kommunstyrelsen. Granskningen avgränsas främst till år 2024.

### **Metod**

Granskningen har genomförts med hjälp av:

- studier av relevanta styrdokument,
- genomgång av kommunstyrelsens protokoll för perioden januari 2024 - februari 2025
- stickprov av kommunens placeringar för att verifiera att fördelningen på olika finansiella instrument överensstämmer med finanspolicyn (vid ett specifikt datum för månadsbryt),
- stickprov att kommunens totala låneskuld överensstämmer med finanspolicyn (vid ett specifikt datum för månadsbryt),
- stickprov vid upptagande av ny skuld från beslut till transaktioner, samt
- intervjuer med berörd personal.

Kvalitetssäkring har skett i enlighet med PwCs interna rutiner för kvalitetssäkring av Hanna Franck, certifierad kommunal revisor.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Medelsförvaltning och finanspolicy

*Revisionsfråga 1: Finns det upprättade riktlinjer för medelsförvaltning och en aktuell finanspolicy?*

### *lakttagelser*

Enligt kommunallagens bestämmelser ska kommuner förvalta sina medel så att krav på god avkastning och betryggande säkerhet tillgodoses. Av dokumentet *Reglemente för Kommunstyrelsen*<sup>1</sup> går att utläsa att kommunstyrelsen har ansvar för kommunens ekonomi och ska säkerställa att verksamheten bedrivs enligt gällande riktlinjer och mål. Kommunfullmäktiges fastställda *Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag*<sup>2</sup> fokuserar på säkerställande av god ekonomisk hushållning genom att fördela tillgängliga medel i budgetprocessen med beaktande av risk och osäkerhet. Riktlinjerna lyfter fram att kommunens styrning ska vara baserad på fastställda principer och processer.

Gävle kommuns *Finanspolicy*<sup>3</sup> utgör ett övergripande ramverk för den finansiella hanteringen inom kommunen och dess hel- och majoritetsägda bolag. Den säkerställer att kommunkoncernen uppfyller kommunallagens krav avseende medelsförvaltning genom att efterleva angivna riktlinjer och riskmandat. Finanspolicyn omfattar områden som likviditetshantering, skuldhantering, placeringsföreskrifter och valutarisker. Policyn ska hållas uppdaterad med hänsyn till aktuella förhållanden inom kommunen och på de finansiella marknaderna.

I tjänsteskrivelse till kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning 2025<sup>4</sup> framgår det att regler för placering av kommunens och donationsstiftelsernas medel regleras av finanspolicy för Gävle kommunkoncern och placeringspolicy stiftelser. Det framgår av tjänsteskrivelsen att kommunstyrelsen har en roll i att ansvara för den ekonomiska styrningen.

Vidare framkommer det av dokumentet *Kommunstyrelsens delegationsordning*<sup>5</sup>, i avsnittet om ekonomisk förvaltning och upphandling, vem som har delegat att besluta om att uppta lån, om medelsplacering och om utlåning. I delegationsordningen återfinns en delegatförteckning över de olika förkortningarnas betydelse. Vi noterar däremot att den som har tilldelats detta delegat är angiven med förkortningen ED men att någon förklaring till förkortningens betydelse inte lämnas i delegatförteckningen. För denna typ av delegationsbeslut lämnas kommentar i delegationsordningen om att beslut måste följa gällande finanspolicy och ske inom de

---

<sup>1</sup> Antaget av kommunfullmäktige 2024-06-17 § 12.

<sup>2</sup> Antagen av kommunfullmäktige 2022-12-12 § 12.

<sup>3</sup> Antaget av kommunfullmäktige 2021-03-29 § 29.

<sup>4</sup> Beslut av kommunstyrelsen 2024-12-03 § 239.

<sup>5</sup> Antagen av kommunstyrelsen 2022-02-08 § 8, uppdaterad 2024-02-06 § 28.

ramar som anges i budgetbesluten. För beslut om medelsförvaltning ska även policy för den ekonomiska förvaltningen av kommunens donationsstiftelser följas.

Vid intervjuer framhålls att fastställd finanspolicy och kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning utgör de styrande underlagen av kommunens medelsförvaltning.

### *Bedömning*

#### *Finns det upprättade riktlinjer för medelsförvaltning och en aktuell finanspolicy?*

**Ja.**

Vi bedömer att det finns upprättade riktlinjer för medelsförvaltning i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Riktlinjerna omfattas av en fastställd finanspolicy och kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning.

Kommunstyrelsen ska enligt kommunallagens bestämmelser ha hand om den ekonomiska förvaltningen och av fastställt reglemente för kommunstyrelsen framgår att styrelsen ansvarar för kommunens ekonomi. I granskningen har noterats att det föreligger en viss otydlighet i kommunstyrelsens delegationsordning kopplat till vem som delegerats rätten att besluta om att uppta lån, om medelsförvaltning och om utlåning. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att se över och revidera styrelsens delegationsordning för att tydliggöra rollerna.

### **Förvaltning av kommunens medel**

#### *Revisionsfråga 2: Finns direktiv avseende riskmått och fördelning av vilken typ av finansiella instrument som får användas vid förvaltning av kommunens medel?*

#### *lakttagelser*

*Finanspolicyn* för Gävle kommun fastställer att kommunen, i enlighet med kommunallagen, ska förvalta sina medel på ett sätt som uppfyller krav på god avkastning och betryggande säkerhet. Detta innebär att kommunen och dess bolag ska säkerställa att de har likvida medel för att bedriva den löpande verksamheten samt att kapitalanskaffning och kapitalanvändning ska ske effektivt till en så låg kostnad som möjligt inom ramen för fastställda riskbegränsningar. Dessutom ska kapitalförvaltningen hanteras i linje med kommunallagen, där det anges att kredit-, ränte- och likviditetsrisker ska undvikas eller minimeras.

#### **Finanspolicy - likviditetshantering**

Av fastställd finanspolicy går att utläsa att målsättningen med kommunkoncernens likviditetshantering är att kontinuerligt upprätthålla en likviditetsreserv för att vid varje tillfälle kunna sköta kommunkoncernens betalningsförpliktelser. Nivån på likviditetsreserven beskrivs i policyn vara baserad på verksamhetens löpande intäkter och kostnader, lånefall, räntebetalningar samt investeringar och avyttringar.

Vi noterar att det av finanspolicyn inte framgår några konkreta bestämmelser och faktorer att beakta vid fastställande av nivån på likviditetsreserven för att upprätthålla

en tillfredsställande betalningsberedskap. Exempelvis saknas kvantitativa gränser som förtydligar vad tillfredsställande betalningsberedskap innebär i praktiken. Däremot framgår att det är internbanken som ansvarar för att säkerställa kommunkoncernens tillgång till likvida medel och att likviditetsplaneringen ska samordnas i Finansrådet. Finansrådet ansvarar vidare för att ta fram underlag till internbanken gällande kort- och långsiktiga likviditetsbehov. Vid intervjuer med verksamhetsföreträdare anges att det föreligger god uppfattning om hur mycket varje månad kostar och vilken likviditet som behövs för att hantera kommunens betalningar. För att säkra betalningsberedskapen anges att kommunen har en checkkredit i Swedbank på 500 mnkr. Vid byte av bank till Swedbank under 2024 höjdes checkkrediten för att säkra betalningsberedskapen.

Likviditetsöverskott definieras av finanspolicyn som likvida medel på bankkonto som inte behövs som likviditetsreserv och beräknas för kommunkoncernen som helhet. Bolagens eventuella likviditetsöverskott ska hållas på bolagets koncernkonto.

### **Finanspolicy - placeringsföreskrifter**

I finanspolicyn finns detaljerade direktiv avseende riskmått och fördelning av finansiella instrument vid förvaltning av kommunens medel. Risker i form av ränterisk, likviditetsrisk, kreditrisk och marknadsrisk avseende överskottslikviditeten definieras och hanteras med riktlinjer för riskminimering. Det specificeras att placeringar endast får ske i värdepapper utgivna i svenska kronor och att strukturerade produkter inte är tillåtna. För placeringar på konto krävs att motparten har en rating om minst A-. Löptiderna för placeringarna ska anpassas efter förväntat utnyttjande eller amortering, med en maximal löptid på 6 månader för enskilda placeringar. Dokumentet förbjuder spekulativa positioner och betonar att placeringar ska ske i kreditvärdiga räntebärande värdepapper med hög likviditet alternativt placering på konto för att minimera risken för kapitalförluster.

### **Övrig information**

I *Internkontroll Finans*<sup>6</sup> och i dokumentet *Internkontroll, beskrivning och plan Kommunstyrelsen*<sup>7</sup> beskrivs aspekter av riskhantering och intern kontroll men ger inte specifika direktiv om finansiella instrument. Som redogjorts för i revisionsfråga 1 har kommunstyrelsen för 2025 beslut om att upplåning och medelsplacering ska ske inom ramen för den av kommunfullmäktige fastställda finanspolicyn för Gävle kommunkoncern och placeringspolicyn för donationsstiftelserna.

Vid intervjuer med verksamhetsföreträdare framhålls att kommunens strategi inte är att hålla en hög överskottslikviditet på lång sikt. Istället har delar av kommunens pensionsåtaganden betalats av och resten av kommunens likvida medel lånas ut till de kommunala bolagen. Kommunkoncernens likviditet anges vara samlat i ett toppkonto där respektive juridisk enhet, koncernbolag, har ett underkonto. Enligt de intervjuade är det mer fördelaktigt att få lägre räntekostnader genom en lägre

---

<sup>6</sup> Datum och vem som har upprättat/fastställt dokumentet framgår ej.

<sup>7</sup> Datum och vem som har upprättat/fastställt dokumentet framgår ej.

låneskuld än vad som erhålls i form av ränteintäkter på eventuell överskottslikviditet som är placerad på bankkonto.

### Stickprov placering av kommunens medel

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av kommunens balansräkning per 2023-12-31, 2024-08-31 och 2024-12-31 för att verifiera kommunens tillgångar och hur kommunens likvida medel finns placerade. I tabell 1 nedan återfinns en aggregerad sammanställning över delar av kommunens balansräkning vid dessa bokslutsdatum.

Tabell 1: Sammanställning av delar av kommunens balansräkning per 2023-12-31, 2024-08-31 och 2024-12-31

Balansräkning (mnkr)	2024-12-31	2024-08-31	2023-12-31
<b>Tillgångar</b>			
Finansiella anläggningstillgångar			
Varav långfristig fordran på kommunala bolag	10 387	10 264	9 875
Omsättningstillgångar			
Varav kortfristig fordran på kommunala bolag	91,2	91,2	91,2
Kortfristiga placeringar	0	0	0
Kassa och bank	-203	638	49
<b>Eget kapital, avsättningar och skulder</b>			
Långfristiga skulder			
Varav långfristig upplåning	7 846	8 134	7 072
Kortfristiga skulder			
Varav kortfristig del av banklån	825	450	650

Som framgår av tabellen ovan har kommunen endast placeringar på bankkonton. Vi har genomfört stickprov mot bankkontoutdrag per 2024-08-31 respektive 2024-12-31 och kan konstatera att placering av hela kommunkoncernens likvida medel sker på toppkonto hos Swedbank<sup>8</sup>. Genomförda stickprov visar att placering av kommunkoncernens medel sker i enlighet med fastställd finanspolicy.

<sup>8</sup> Swedbank har rating A+.

## Bedömning

*Finns direktiv avseende riskmått och fördelning av vilken typ av finansiella instrument som får användas vid förvaltning av kommunens medel?*

### Delvis.

Vår bedömning baseras på att det i kommunens finanspolicy finns fastställa direktiv avseende riskmått och fördelning av finansiella instrument vid förvaltning av kommunens medel. I finanspolicyen har risker klarlagts och åtgärder identifierats för att mitigera riskerna. Genomförda stickprov av placering av kommunens medel visar att det föreligger efterlevnad av fastställd finanspolicy.

Vi bedömer att finanspolicyen saknar konkreta bestämmelser och faktorer att beakta som stöd vid det praktiska arbetet att fastställa nivåer på den likviditetsreserv som behövs för att upprätthålla en tillfredsställande betalningsberedskap för kommunkoncernen. Granskningen visar endast att det i policyen är fastställt att ansvaret för samordning av likviditetsplaneringen är ålagt Finansrådet.

## Kreditrisker och lånevolymer

*Revisionsfråga 3: Finns tydliga direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolymer?*

### Iakttagelser

Det anges i *Reglemente för KS* att kommunstyrelsen ansvarar för kommunens ekonomi och har mandat att fatta beslut om ekonomiska frågor. *Kommunstyrelsens delegationsordning* beskriver också beslutanderättens fördelning inom finanshantering, vilket inkluderar ansvar för lån och investeringar.

Av fastställd finanspolicy går att utläsa att målsättningen med kommunkoncernens skuldhantering är att minimera upplåningskostnaderna och trygga finansieringen för kommunen och dess bolag på såväl lång som kort sikt. Kommunkoncernens upplåning sköts centralt av internbanken och beslut om upplåning samt riskhantering sker i samråd med bolagen i Finansrådet. Vidare går att utläsa att kommunkoncernen har en gemensam extern skuldportfölj och att bolagens upplåning sker via nyttjande av beslutad checkkredit kopplad till bolagets koncernkonto.

Risker i form av finansieringsrisk, ränterisk och motpartsrisk avseende skuldhantering definieras och hanteras med riktlinjer för att minimera dessa risker. Det specificeras att kommunfullmäktige ansvarar för att årligen besluta om kommunens totala lånevolymer samt låneramar för de hel- och majoritetsägda bolagen. All upplåning ska ske i svenska kronor och på affärsmässiga grunder genom anbudsförfarande från flera långivare, för att säkerställa konkurrenskraftiga villkor. Upplåning för placering med ränteförtjänst, så kallade arbitrageaffärer, är inte tillåtet. Dessutom får andelen kapitalförfall inom ett år inte överstiga 45% portföljen, och den genomsnittliga kapitalbindningstiden ska vara minst 2 år och ligga inom intervallet 2-4 år.

Av *Kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026-2028* framgår att fullmäktige har beviljat en total beloppsram på 13 850 mnkr för 2024 och 14 070 mnkr för 2025 avseende utlänning av lån eller tecknade borgen för kommunens bolag. I tabell 2 nedan återfinns utdrag ur kommunplan 2024 rörande fördelning av kreditramen för förmedlade lån eller borgen till de kommunala bolagen.

*Tabell 2: Fördelning kreditramen för förmedlade lån eller borgen åren 2024 och 2025, hämtad från kommunplanen 2025*

<b>Företag, belopp i mnkr</b>	<b>2025</b>	<b>2024</b>
Gävle Stadshus AB	850	900
AB Gavlegårdarna	4 200	4 200
Gävle Energi AB1)	1 500	1 600
Bionär Närvärme AB (59 %)	0	0
Gävle Hamn AB	1 500	1 500
Gavlefastigheter Gävle kommun AB *1)	3 200	3 200
Gävle Drift och Service AB*2)	-	20
Gävle Parkeringsservice AB	270	270
Gävle Vatten AB	2 000	1 500
Gästrike Vatten AB (60 %)	150	150
Gästrike Räddningstjänstförbund	0	0
Gästrike Återvinnare (61 %)	250	160
Gästrike Ekogas AB *3)	150	150
Ej fördelat	0	200
<b>Summa</b>	<b>14 070</b>	<b>13 850</b>

Av kommunplanen 2025 framgår vidare att de förmedlade lånen och certifikaten till de kommunala bolagen uppgick vid årsskiftet 2023/2024 till 8 925 mnkr. De förmedlade lånen och certifikaten kan förväntas stiga till 10 800 mnkr under 2025 och till ca 15 600 mnkr vid utgången av år 2028 baserat på bolagens finansieringsbehov.

I finanspolicyn finns bestämmelser kopplat till borgen innebärande att kommunen har en restriktiv inställning till borgen som ska beslutas av kommunfullmäktige.

Vid intervjuer beskrivs att kommunen inte har några egna lån utan finansieringsbehovet finns i de kommunala bolagen. Det påtalas att räntekostnaderna för upptagna lån har en relativt liten påverkan på kommunens skattemedel.

### **Stickprov förmedlade lån**

Som framgår av tabell 2 ovan uppgår fullmäktiges fastställda kreditram för förmedling av lån eller borgen 2024 till 13 850 mnkr. Vi har inom ramen för granskningen genomfört kontroll av förmedlade lån till kommunala bolag för att verifiera att förmedlade lån inryms inom kreditramen.



Av tabell 1 som presenterats tidigare i rapporten framgår att den totala fordran (kortsiktig och långsiktig) per 2024-12-31 uppgår till 10 478 mnkr, vilket är inom fastställd kreditram för 2024. Genomfört stickprov mot fastställd kommunplan har gjorts utan anmärkning.

### **Stickprov låneskuldens förfallostruktur**

Som redogjorts för tidigare i rapporten framgår av finanspolicyn att max 45% av låneskulden får förfalla inom 12 månader. Inom ramen för granskningen har vi genomfört tre stickprov av kommunens totala låneskuld som förfaller inom 12 månader för att verifiera efterlevnad av finanspolicyns bestämmelser. I tabell 3 nedan återfinns en sammanställning över genomförda stickprov.

*Tabell 3: Sammanställning av stickprov avseende totala låneskuldens andel som förfaller inom 12 månader.*

<b>Mätpunkt</b>	<b>Andel som förfaller inom 12 månader</b>
2023-12-31	11,07%
2024-08-31	6,97%
2024-12-31	11,19%

Som framgår av tabell 3 ovan ligger samtliga tre mätpunkter under gränsen om 45%. Genomförda stickprov mot fastställd finanspolicy har gjorts utan anmärkning.

### **Stickprov upptagande ny låneskuld**

Inom ramen för granskningen har vi genomfört stickprov av två nyupptagna lån under 2024. Stickproven har omfattat hela processen från beslut och utbetalning av lån från Kommuninvest till kommunens betalning av ränta och amortering. Stickproven har omfattat en avstämning av upptagna lån mot anteckningar från Finansrådet, undertecknade låneavtal, låneavier, bankens insättningsuppgifter samt huvudboksutdrag för att säkerställa att lånen hanterats enligt gällande regelverk och finanspolicy.

I stickprovsgranskningen noteras att anteckningarna från Finansrådet är kortfattade och saknar detaljer om lånevillkor. Låneavtalen för de två upptagna lånen är digitalt undertecknade av två personer i enlighet med kommunstyrelsens delegationsordning. De granskade låneavtalen och låneavierna överensstämmer med utbetalningarna från Kommuninvest. Vidare visar bankens insättningsuppgifter att lånebeloppen har utbetalats till kommunen, där en del av lånet har använts för att täcka förfallna skulder. Huvudboksutdrag bekräftar att lånen och efterföljande räntebetalningar är bokförda.

Sammanfattningsvis visar stickproven att upptagandet av låneskuld sker i enlighet med finanspolicyn och att alla steg i processen har kunnat verifieras. Granskningen



visar att det föreligger förbättringspotential gällande tydligare dokumentation av det samråd som sker i Finansrådet i samband med upptagande av lån.

### *Bedömning*

#### *Finns tydliga direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolym?*

#### **Delvis.**

Vår bedömning baseras på att det finns fastställda direktiv och riktlinjer gällande risker och lånevolym kopplat till kommunkoncernens skulder. I finanspolicy lyfts skuldhantering där risker kopplat till finansieringsrisker, ränterisker och motpartsrisker har klarlagts och åtgärder identifierats för att mitigera riskerna. Kommunfullmäktige fastställer genom kommunplaner med årsbudget en total beviljad kreditram för förmedlade lån eller borgen till de kommunala bolagen.

Genomförda stickprov av den totala låneskulden och upptagande av nya lån visar att det föreligger efterlevnad av fastställd finanspolicy, beslutad delegationsrätt och fastställd kreditram. Vi rekommenderar en mer utförlig dokumentation av det samråd som sker i Finansrådet i samband med upptagande av lån för att tillse att det sker på ett transparent och korrekt sätt enligt finanspolicy.

### **Ansvarsfördelning och delegering**

#### *Revisionsfråga 4: Finns det en tydlig ansvarsfördelning och delegering gällande kommunens finanshantering?*

#### *lakttagelser*

#### **Ansvarsfördelning av kommunens finanshantering**

I dokumentet *Finanspolicy* framgår att ansvaret för finansverksamheten inom kommunen fördelas mellan kommunfullmäktige, kommunstyrelsen, ekonomidirektör, internbanken och de kommunala bolagen. Nedan återfinns en sammanfattning av respektive organs ansvar:

#### Kommunfullmäktige

Kommunfullmäktige har enligt finanspolicy ett övergripande ansvar för kommunens finanshantering och dess huvudsakliga uppgifter inkluderar bland annat:

- Fastställa kommunens finanspolicy baserat på förslag från kommunstyrelsen.
- Besluta årligen om den totala lånevolymen för kommunen och låneramar för hel- och majoritetsägda bolag.
- Godkänna nya finansieringskällor och fastställa ambitionsnivåer för finansiell hållbarhet.
- Fastställa ramar för borgensåtaganden för lån som inte tas av kommunen.
- Årligen fastställa principer och metodik för att beräkna avgifter och marknadsmässiga räntor för finanshanteringen.

Det operativa ansvaret för finanshanteringen delegeras av kommunfullmäktige till kommunstyrelsen inom de ramar som anges i finanspolicy.

### Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsens ansvar gällande finanshantering omfattar enligt finanspolicyn bland annat följande:

- Godkänna användning av nya finansiella instrument.
- Säkerställa att den fastställda finanspolicyn efterlevs och sprids inom organisationen.
- Följa kommunens finansiella situation genom rapportering från internbanken.
- Besluta om valutasäkring av kommunens identifierade valutaflöden.
- Fastställa instruktioner för internbanken och finansrådet.

Det löpande ansvaret för finansverksamheten delegeras vidare till ekonomidirektören.

### Ekonomidirektör

Ekonomidirektören har enligt finanspolicyn det övergripande ansvaret att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt gällande ramar och riktlinjer i finanspolicyn. Detta omfattar att leda och effektivisera den finansiella verksamheten inom internbanken samt att leda Finansrådets arbete. Ekonomidirektören ansvarar för att alla finansiella aktiviteter utförs med god intern kontroll. Vid behov initierar ekonomidirektören förslag till uppdateringar av finanspolicyn och fastställer under året uppdaterade nivåer för administrativa avgifter och marknadspåslag till bolagen. Dessutom säkerställer ekonomidirektören att de av kommunfullmäktige beslutade låneramar för bolagen görs tillgängliga genom checkkredit kopplad till bolagets koncernkonto.

### Internbanken

Internbanken, som är en del av ekonomiavdelningen (sektor Styrning och stöd) och leds av kommunens ekonomidirektör, ansvarar enligt finanspolicyn för att samordna koncernens likviditetshantering, upplåning och finansiella riskhantering. Dess verksamhet styrs av en internbanksinstruktion och samverkar med kommunkoncernens verksamheter genom Finansrådet. Gävle Stadshus AB har möjlighet att ta externa lån, men internbanken utför upplåningen under kommunal borgen.

Internbankens ansvar innefattar bland annat:

- Uppföljning och rapportering av kommunens finansiella situation
- Efterlevnad av policy för finanshantering
- Säkerställande av tillräcklig likviditet för kommunens verksamheter
- Hantering av koncernkontosystemet och finansiella transaktioner
- Uppföljning av låne- och ränteförfall samt rådgivning i finansiella frågor
- Bevakning av finansiella marknader och valutasäkringar
- Rapportering till kommunala bolag
- Placering av överskottslikviditet enligt riktlinjer i policyn.

## Finansrådet

Finansrådet fungerar enligt finanspolicyn som ett rådgivande organ till internbanken och kommunens ekonomidirektör. Dess huvudsakliga uppgift är att bidra med en helhetssyn på kommunkoncernens finansverksamhet. Finansrådet består av representanter från internbanken och kommunala bolag, och kan vid behov inkludera interna och externa experter för att tillföra erfarenhet och finansiell expertis. Rådet ska sammanträda regelbundet, och dessa möten ska dokumenteras i form av minnesanteckningar. Detaljer om finansrådets och internbankens ansvar finns i en separat instruktion.

## **Delegering av kommunens finanshantering**

*Kommunstyrelsens delegationsordning* fastställer ansvarsområden för olika roller, exempelvis hur beslut om ekonomiska frågor ska delegeras från kommunstyrelsen till tjänstemän eller andra enheter. Exempel på detta är att vissa beslut om lån, budget och investeringar delegeras till specifika tjänstemän medan kommunstyrelsen behåller det övergripande ansvaret. Dokumentet *Reglemente för KS* förstärker detta genom att beskriva kommunstyrelsens roll som styrande och ansvarig för att följa upp ekonomiska processer.

Kommunstyrelsen har i beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning 2025<sup>9</sup> uppdragit åt ekonomidirektören att tillsammans med en av fyra andra utsedda tjänstepersoner i nämnd ordning, att på kommunstyrelsens vägnar besluta om att:

- uppta lån inom ramen för upplåningsbeslut i kommunfullmäktige på kommunstyrelsens vägnar,
- ingå ränteswapavtal inom ramen för finanspolicyn,
- underteckna låne-, borgens- och ansvarsförbindelser på kommunstyrelsens vägnar,
- uppta kortfristiga krediter inom ramen för certifikatprogram och andra kortfristiga kreditavtal,
- beslut om kreditutrymme till respektive bolag samt tecknande av borgen för Gävle Stadshus AB inom av kommunfullmäktige angivna ramar för 2025, och
- med stöd av finanspolicy för Gävle kommunkoncern och placeringspolicy stiftelser, placera kommunens och donationstiftelsernas likvida medel.

Vid genomgång av kommunstyrelsens delegationsordning konstaterar vi att beslut om att uppta lån, om medelsplacering och om utlåning har delegerats till ekonomidirektör och vid förfall, dvs som ersättare, enhetschef för ekonomiservice. Vi noterar att det därmed föreligger en skillnad mellan fastställd delegationsordning och kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning som beskrivits ovan.

Av delegationsordningen framgår att beslut som har fattats med stöd av denna ska upprättas skriftligt och genast anmälas till kommunstyrelsen.

---

<sup>9</sup> 2024-12-03 § 239.

## Övrig information

Kommunstyrelsen har inrättat ett finansutskott. Av *Instruktion till Kommunstyrelsens Finansutskott*<sup>10</sup> går att utläsa att finansutskottet är ett beredande organ under kommunstyrelsen. Utskottet får under beredningen fatta beslut av verkställighetskaraktär och av instruktionen framgår att utskottets beslutanderätt återfinns i kommunstyrelsens delegationsordning. Vid genomgång av kommunstyrelsens delegationsordning framgår att utskottet inte har delegerats någon beslutsrätt. Vid intervju med verksamhetsföreträdare bekräftas att finansutskottet inte ansvarar för några frågor som berör kommunens finansverksamhet.

### *Bedömning*

*Finns det en tydlig ansvarsfördelning och delegering gällande kommunens finanshantering?*

**Ja.**

Vår bedömning baseras på att det finns ett uttalat ansvar för kommunens finansverksamhet från beslut om totala låneramar och ramar för borgensåtaganden till hantering av finansiella transaktioner samt uppföljning och rapportering.

Det är kommunfullmäktige som har det övergripande ansvaret för kommunens finanshantering och som beslutar om låneramar och principer för finansverksamheten. Detta bedömer vi vara i enlighet med kommunallagens bestämmelser i 5 kap 1 § om ärenden av principiell beskaffenhet.

Vidare åligger det ett ansvar på kommunstyrelsen att säkerställa att finanspolicyn efterlevs och att fastställa instruktioner för internbank och finansråd. Det löpande ansvaret för finansverksamheten är ålagt på förvaltningen med ledning av ekonomidirektören. Det inkluderar ansvaret att leda verksamheten inom internbanken och finansrådet och att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt ramar och riktlinjer i finanspolicyn.

Vidare baseras bedömningen på att kommunstyrelsen har beslutat om delegation för upplåning och utlåning inom de av fullmäktige beslutade låneramarna samt för medelsförvaltning, vilket vi bedömer vara i enlighet med kommunallagens bestämmelser i 6 kap 37 §. Delegering av beslutanderätt medför möjlighet till en mer effektiv verksamhet genom att förkorta beslutsvägar samt handläggningstiden för ärenden. Vi vill dock poängtera att beslut som fattas med stöd av fastställd delegationsordning för kommunstyrelsen upprättas skriftligt och anmäls till kommunstyrelsen, vilket även innefattar beslut om upplåning och utlåning.

I granskningen har framkommit att kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning för år 2025 skiljer sig mot bestämmelser kring beslut om att uppta lån, om medelsplacering och om utlåning i fastställd delegationsordning. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att säkerställa att det inte råder diskrepans mellan styrelsens delegationsordning och fattat beslut för år 2025.

---

<sup>10</sup> Beslutad av kommunstyrelsen 2023-02-07 § 55.

## Finansförvaltningens organisering

*Revisionsfråga 5: Finns det en ändamålsenlig, tydlig och effektiv organisering för finansförvaltningen?*

### *lakttagelser*

Av dokumentet *Internbanksinstruktion för finansverksamheten i Gävle kommun*<sup>11</sup> framgår att syftet med instruktionen är att på en övergripande nivå beskriva processerna för skuldförvaltningen utifrån de riktlinjer som anges i finanspolicyn. Internbanken ska säkerställa att kommunkoncernens likviditetshantering, upplåning, eventuella placeringar samt hantering av finansiella risker i övrigt samordnas och sköts på ett effektivt sätt. Internbanken är också en förutsättning för nyttjande av skalfördelar och uppbyggnad av önskvärd kompetens inom koncernen.

Vidare går att utläsa att skuldförvaltningen ska bedrivas och verkställas av internbanken medan beslut avseende skuldportföljen tas i samråd med finansrådet.

Av instruktionen framgår att internbankens arbete med skuldsanering i huvudsak består av fem huvudprocesser och omfattar likviditetsplanering, upplåning och riskhantering, affärsadministration, finansiell redovisning och rapportering. Det är internbanken som ansvarar för all extern upplåning och eventuell placering, utifrån likviditetsprognoser och inom ramen för finanspolicyn.

Av instruktionen återfinns en agenda som utgångspunkt vid samråd med finansrådet i samband med finansieringsbehov. De punkter som finns i agendan utgörs av:

- möjlighet till hållbar upplåning
- analys av likviditet
- analys av kommande lånebehov hos bolagen
- analys av befintlig skuldportfölj i relation till finanspolicyn
- analys av fördelning fast/rörlig ränta
- analys av befintlig skuldportföljs förfalloprofil
- analys av räntemarknaden avseende bland annat, kreditkostnad, räntekurvans lutning, förväntad ränteutveckling genom s.k. forwardkurvor, m. m.

Vid intervju med verksamhetsföreträdare beskrivs att Gävle kommuns internbanksfunktion skapades för att effektivisera hela kommunkoncernens skuldportfölj genom att samla kompetens och administration på en centraliserad nivå. Syftet med internbanken var även att få ner räntekostnaderna för såväl kommunen som de kommunala bolagen. Genom att kommunen upphandlar mer s.k. gröna<sup>12</sup> lån erhåller kommunen enligt uppgift rabatter som medför sänkta räntekostnader.

De intervjuade påtalar vikten av att få alla parter att samarbeta kring en sådan lösning som bygger på förtroende. Om kommunen och de kommunala bolagen är oense

---

<sup>11</sup> Fastställd av kommunstyrelsen 2023-03-14 § 47.

<sup>12</sup> Lån med ett hållbarhetssyfte. Av Kommuninvest hemsida framgår att om gröna lån väljs för att finansiera hållbara investeringar kommer pengarna från placerare som vill att deras förvaltade medel ska göra skillnad för miljö och klimat.

skulle inte samarbetet fungera. Genom införande av ett finansråd skapades ett forum där dialog och beslut om skuldportföljen sker gemensamt.

Enligt uppgift från de intervjuade diskuteras förfalloprofiler, rörliga och fasta lån mm i finansrådet i syfte att få en jämn förfallostruktur på lånen. Det anges finns en dagordning för finansrådets sammanträden och vi har vid intervju tagit del av exempel på dagordning som bestod av följande punkter:

1. Analys externa skuldportföljen
2. Analys fördelning fast/rörlig ränta (bör behålla samma fördelning?)
3. Analys förfalloprofil
4. Analys möjlighet till hållbar upplåning
5. Analys likviditeten
6. Analys kommande lånebehov hos de bolag som var med på mötet
7. Kommande förfall och lånebehov

Vi konstaterar att punkterna i den dagordning vi tagit del av motsvarar agendan som anges i internbanksinstruktionen. Enligt uppgift från de intervjuade utgör finanspolicyn det styrande dokumentet för finansrådet och anges bygga på en standardiserad formulering för hela kommun Sverige.

Inom internbanken arbetar förutom ekonomidirektören två personer i rollen som finanscontroller. Därutöver anger de intervjuade att det inte finns några andra personer som har en god insyn och förståelse för internbankens funktion och de arbetsmoment som ska utföras. Vid intervju påtalas att arbete inom Gävle Stadshuskoncernen pågår kring kontinuitetsplanering. Fokus för detta arbete är först och främst kommunens beroende av IT-system. De intervjuade påtalar att det kan finnas behov av att lyfta den personella risken rörande den samlade finansverksamheten för kommunkoncernen i detta arbete. I sakgranskningen har framkommit att internbanken tillsammans med hela ekonomiavdelningen för närvarande arbetar med kontinuitetsplanering.

### *Bedömning*

*Finns det en ändamålsenlig, tydlig och effektiv organisering för finansförvaltningen?*

#### **Ja**

Vår bedömning baseras på att Gävle kommuns finansförvaltning är organiserad i en centraliserad internbanksfunktion som ska säkerställa en effektiv hantering av likviditet, upplåning och placeringar samt finansiella risk. Ansvar för att bedriva finansverksamheten åligger internbanken och finansrådet spelar en viktig roll i att samordna och besluta om skuldportföljen.

I granskningen har det dock framkommit att det finns utmaningar kring beroende till ett fåtal nyckelpersoner samt kontinuitet som behöver synliggöras och hanteras. Se vidare revisionsfråga 6 för ytterligare beskrivning samt vår bedömning av utformning av intern kontroll och system för riskhantering inom finansförvaltningen.

## Intern kontroll och system för riskhantering

*Revisionsfråga 6: Är den interna kontrollen och systemet för riskhantering väl utformat och tillräcklig med hänsyn till kommunens förutsättningar och underliggande risker?*

### *lakttagelser*

I finanspolicyn lyfts den operationella risken som risken för förluster till följd av bristfälliga interna processer, mänskliga fel och felaktiga system. Det specificeras att operativa risker ska begränsas genom dokumenterade rutiner och processer, säkerställande av personoberoende och funktionsåtskillnad, säkerställande att finanshantering sker enligt fastställd finanspolicy samt löpande utbildning av personalen i finansiella frågor.

I dokumentet *Internkontroll Finans*, beskrivs aspekter av riskhantering kopplat till ränterisk och finansieringsrisk och internkontrollaktiviteter för att minska riskerna. I dokumentet *Internkontrollplan KS* beskrivs också aspekter av riskhantering och intern kontroll men inget med bäring på kommunens finansverksamhet. I tillägg till ovan finns en *Internbanksinstruktion* som på en övergripande nivå identifierar och beskriver de huvudsakliga processerna inom internbanksverksamheten. Utöver dessa dokument finns det inget övergripande ramverk för riskhantering och internkontroll upprättat specifikt för finansverksamheten som omfattar samtliga identifierade risker inklusive riskbedömning och kontrollmoment för att minska riskerna.

Vid intervjuer har det även framkommit att det utöver finanspolicyn samt interbanksinstruktionen inte finns några dokumenterade rutiner och processer som berör kommunens finansförvaltning. De intervjuade påtalar att det finns ett inarbetat informellt arbetssätt utifrån fastställd finanspolicy och kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning.

### *Bedömning*

*Är den interna kontrollen och systemet för riskhantering väl utformat och tillräcklig med hänsyn till kommunens förutsättningar och underliggande risker?*

**Nej.**

Vår bedömning baseras på att det saknas ett formellt och systematiskt risk- och internkontrollarbete kopplat till kommunens finansförvaltning. Det finns inget dokumenterat övergripande ramverk för internkontroll omfattande risk- och väsentlighetsbedömning med tillhörande tydligt kopplade kontrollmoment för samtliga identifierade risker. Vi bedömer detta vara en brist utifrån den inneboende risken i finansverksamheten som generellt kännetecknas av hög komplexitet, höga belopp och många transaktioner. Konsekvenserna av eventuella fel i hantering av finansförvaltningen kan vara väsentliga och få stora negativa effekter vilket behöver ställas i relation till effektiviseringar och besparingar. Vi vill därför påtala vikten av att riskhantering inom finansverksamheten även inkluderar en plan för hantering av både



finansiella samt operationella risker samt formaliserad rapportering av efterlevnad av styrande dokument.

I tillägg till ovan finns det även en avsaknad av dokumentation avseende nyckelprocesser inom finansförvaltningen som beskriver hur interbanksprocesserna skall utföras. Det finns även ett högt beroende till ett fåtal personer med nyckelkompetens vilket gör att konsekvenser vid frånvaro av dessa personer potentiellt kan få hög påverkan på verksamheten. Kombinationen av ett högt nyckelkompetensberoende samt avsaknad dokumenterade nyckelprocesser medför att den operationella risken inom finansförvaltningen bedöms som hög. Att säkerställa att nyckelprocesser, rutiner samt kontinuitetsplaner vid frånvaro av nyckelpersoner finns dokumenterade och är implementerade leder i sin tur till att minska personberoendet inom finansverksamheten.

### **Planering av betalningsförmåga/likviditet**

*Revisionsfråga 7: Finns det en ändamålsenlig planering av kommunens betalningsförmåga/likviditet på både kort (upp till 1 år) och lång sikt (upp till 5 år)?*

#### *lakttagelser*

Enligt *Finanspolicyn* framgår att målet med kommunens hantering av betalningsförmåga och likviditetshantering är att kunna säkerställa att kommunen och dess bolag på kort och lång sikt har tillräckliga medel för att löpande kunna hantera in- och utbetalningar. Vidare framgår att kommunen kontinuerligt ska upprätthålla en likviditetsreserv för att vid varje tillfälle kunna sköta kommunkoncernens betalningsförpliktelser. Nivån på likviditetsreserven ska baseras på verksamhetens löpande intäkter och kostnader, låneförfall, räntebetalningar samt investeringar och avyttringar. Internbanken ansvarar för att säkerställa kommunkoncernens tillgång till likvida medel och likviditetsplaneringen ska samordnas i finansrådet. Finansrådet ansvarar även för att ta fram underlag till internbanken gällande kort- och långsiktiga likviditetsbehov genom att framtida kortsiktiga samt långsiktiga investerings- och finansieringsbehov diskuteras på finansrådets sammanträden. Vid intervjuer framgår vidare att internbanken stämmer av likviditeten i kommunkoncernen på daglig basis. Med tanke på att internbanken har effektiviserat hantering av den externa skuldportföljen ageras inte på mindre likviditetsförändringar. Identifieras likviditetsbehov på kortare sikt så finns både en kreditfacilitet på Swedbank samt ett certifikatsprogram att nyttja.

Förutom den analys som utförs av finansieringsbehovet (utifrån finansrådets sammanträden) genomförs även analyser avseende räntekurvans förväntade utveckling och dess påverkan på räntekostnaderna med hjälp av verktyget "KI-finans" (Kommuninvests webbaserade finansförvaltningstjänst för transaktionshantering, analys och rapportering av finansiella skulder samt likviditetsprognoser och planering av finansieringsbehov).



## Bedömning

*Finns det en ändamålsenlig planering av kommunens betalningsförmåga/likviditet på både kort (upp till 1 år) och lång sikt (upp till 5 år)?*

### Delvis.

Vi bedömer att kommunen har goda förutsättningar, genom hög kompetens hos nyckelpersoner, god uppfattning av den historiska utvecklingen av investeringar i verksamheterna och finansiering av dessa, samt goda analysmöjligheter utifrån möjligheter i KI-finans, att förstärka det framåtriktade analysarbetet.

Analysarbetet kan förstärkas genom att vidareutveckla prognosarbetet, exempelvis genom att utveckla scenarier med olika utveckling av finansieringsbehovet. Scenarierna kan sedan användas i analysverktyget KI-finans vilket skulle möjliggöra en förbättrad bild av potentiella effekter på kommunens verksamhet och kostnader givet de olika scenariernas ränteutveckling samt utveckling av skuldportföljen. Denna analys kan även med fördel användas i större utsträckning i kommunens budgetarbete (och arbete med kommunplanen) där vi gör bedömning att interbankens insikter, uppfattning kring historisk utveckling, analyser och kompetens kan användas i högre utsträckning.

## Uppföljning medelsförvaltning

*Revisionsfråga 8: Sker en systematisk uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning?*

### lakttagelser

Enligt *Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag* ska det finnas en systematisk uppföljning av kommunens interna styrning och kontroll, vilket inkluderar ekonomisk hantering. Kommunstyrelsen ska se till att regelbundna rapporter och kontroller genomförs för att säkerställa att styrande dokument och beslut efterlevs. Riskbedömning och kontrollmoment lyfts fram som viktiga komponenter i detta arbete.

Av kommunfullmäktiges fastställda finanspolicy framgår att rapportering till kommunstyrelsen sker vid behandling av kommunplan och årsbudget, delårsrapporter och årsredovisning. Rapporteringen ska bland annat omfatta likviditetsutveckling, räntebildning och låneskuld. Syftet med rapporteringen anges vara att säkerställa att finanspolicyn följs samt för att följa upp utfall mot fastställda limiter. Syftet är även att hålla både beslutande och verkställande organ informerade om kommunens finansiella situation.

Enligt uppgift från de intervjuade sker återrapportering till kommunstyrelsen i form av finansrapporter, och utgör en redogörelse av förvaltningens efterlevnad av finanspolicy. Av *Finansrapport tertial 2, 2024*<sup>13</sup> går att utläsa att det sker en systematisk uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning inom

---

<sup>13</sup> Daterad 2024-09-05.

Gävle kommunkoncern. Slutligen framgår att finansrapporten för tertiäl 2, 2024, fungerar som en åiterrapportering till kommunstyrelsen av tillgångs- och skuldförvaltningen per den 31 augusti 2024.

Den skriftliga rapporteringen innehåller en analys av finansieringsrisk och ränterisk, där nyckeltal som kapitalbindningstid och räntebindningstid jämförs mot finanspolicyns riktlinjer. För kapitalbindningstiden är det fastställt att den inte ska vara under 2 år och att alla lån ska kunna återbetalas inom 15 år. Vid rapporteringstillfället per augusti 2024 var den genomsnittliga kapitalbindningstiden 3,4 år, vilket ligger inom de föreskrivna ramarna. För räntebindningstiden är målet 3 år med en tillåten avvikelse på +/- 12 månader, och den genomsnittliga räntebindningstiden per augusti 2024 var 3,3 år, vilket också ligger inom de tillåtna gränserna.

Dessutom rapporteras att högst 45% av lånestocken får förfalla inom 12 månader, och vid rapporteringstillfället per augusti 2024 var denna siffra 21%, vilket indikerar att riktlinjerna följs. På samma sätt ska minst 10% och högst 45% av räntejusteringarna ske varje 12-månadersperiod, och vid rapporteringstillfället per augusti 2024 var denna siffra 24%.

### *Bedömning*

*Sker en systematisk uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning?*

**Ja.**

Vår bedömning baseras på att det sker en löpande uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning inom Gävle kommunkoncern, i enlighet med kommunens riktlinjer för internkontroll och finanspolicy. Kommunstyrelsen får regelbundna finansrapporter som fungerar som en åiterrapportering av förvaltningens efterlevnad av finanspolicyn, vilket inkluderar analyser av finansieringsrisk och ränterisk.

Finansrapporten för tertiäl 2, 2024, visade att den genomsnittliga kapitalbindningstiden var 3,4 år och räntebindningstiden 3,3 år, vilket ligger inom de fastställda riktlinjerna. Dessutom var andelen av lånestocken som förfaller inom 12 månader 21%, och andelen räntejusteringar som sker varje 12-månadersperiod var 24%, vilket indikerar att de uppsatta gränserna följs. Detta bekräftar att det finns en effektiv uppföljning och efterlevnad av riktlinjerna för medelsförvaltning.

### **Rapportering till kommunstyrelsen**

*Revisionsfråga 9: Sker rapportering till kommunstyrelsen i enlighet med styrande dokument?*

#### *lakttagelser*

Enligt kommunstyrelsens reglemente så ansvarar kommunstyrelsen för kommunens medelsförvaltning, vilket inkluderar placeringar och upplåning av medel. De ska också bevaka att kommunens inkomster inflyter och att betalningar görs i tid samt vidta åtgärder för indrivning av förfallna fordringar. Rapportering till styrelsen ska ske tre gånger per år. Kommunstyrelsen ska rapportera till fullmäktige om hur samtliga

kommunens verksamheter utvecklats i förhållande till de fastlagda målen och den ekonomiska ställningen under budgetåret.

Rapportering är en del av kommunens styrningsprocess enligt *riktlinjer för internkontroll*. Kommunstyrelsen ska informeras genom regelbundna rapporter som sammanfattar efterlevnad, riskbedömningar och ekonomisk ställning. Riskbedömning för 2024 betonar också vikten av att kommunstyrelsen hålls uppdaterad om risker och interna kontroller.

Som beskrivits under revisionsfråga 8 sker återrapportering av kommunens finansverksamhet i form av finansrapporter som bland annat omfattar likviditetsutveckling, räntebindning och låneskuld. Vid genomgång av kommunstyrelsens protokoll januari 2024 - februari 2025 kan konstateras att kommunstyrelsen har behandlat/tagit del av finansrapporter vid tre tillfällen, varvid den senaste avsåg finansrapporten tertial 2, 2024, som behandlades 2024-10-08 § 180.

Vid intervjuer beskrivs att utöver finansrapporterna sker ingen ytterligare rapportering till kommunstyrelsen. Innehållet i finansrapporterna är framtagna av förvaltningen och styrelsen ställer inga ytterligare krav på rapportering. Återrapportering via finansrapporten anges vara en bekräftelse på efterlevnad av finanspolicy.

### *Bedömning*

*Sker rapportering till kommunstyrelsen i enlighet med styrande dokument?*

**Ja.**

Bedömningen baseras på att kommunstyrelsen erhåller regelbundna finansrapporter som en del av styrningsprocessen enligt kommunens riktlinjer för internkontroll och finanspolicy. Rapporteringen av finansförvaltningen omfattar aspekter såsom likviditetsutveckling, räntebindning och låneskuld. Under perioden januari 2024 - februari 2025 har kommunstyrelsen behandlat finansrapporter vid tre tillfällen, vilket visar att rapporteringen sker i enlighet med de styrande dokumenten.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens finansförvaltning. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig finansverksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen **inte helt** har säkerställt en ändamålsenlig finansverksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

## Rekommendationer



Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Kopplat till direktiv för förvaltning av kommunens medel (revisionsfråga 2) har vi noterat att finanspolicyn saknar bestämmelser gällande nivåer för kommunens likviditetsreserv. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att fastställa konkreta bestämmelser/kvantitativa mått som stöd i arbetet med framtagande av nivåer för likviditetsreserv. Detta i syfte att säkerställa att kommunen har en tydlig hantering av betalningsberedskap för kommunkoncernen över tid.
- Gällande direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolymer (revisionsfråga 3) har vi noterat att det finns förbättringspotential kopplat till dokumentation av det samråd som sker. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att tillse att en mer utförlig dokumentation sker rörande det samråd som sker i Finansrådet i samband med upptagande av lån för att skapa spårbarhet att det sker på ett transparent och korrekt sätt enligt finanspolicyn.
- Kopplat till ansvarsfördelning och delegering (revisionsfråga 4) har vi noterat att det föreligger skillnader mellan kommunstyrelsens delegationsordning och styrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att se över och revidera kommunstyrelsens delegationsordning för att säkerställa att det inte råder diskrepans mellan delegationsordningen och kommunstyrelsens beslut om delegation för upplåning och medelsförvaltning 2025. I samband härmed bör även revidering av delegationsordningen ske för att tydliggöra rollerna rörande vem som har delegat att besluta om att uppta lån, om medelsförvaltning och om utlåning. Vi rekommenderar även kommunstyrelsen att säkerställa att beslut om upplåning och medelsförvaltning som fattas med stöd av delegationsordningen upprättas skriftligt och anmäls till styrelsen.
- Gällande intern kontroll och system för riskhantering (revisionsfråga 6) har vi noterat att det saknas ett övergripande ramverk för internkontroll. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att förstärka risk- och internkontrollarbetet kopplat till kommunens finansförvaltning genom att dokumentera övergripande




ramverk för internkontroll omfattande risk- och väsentlighetsbedömning med tillhörande tydligt kopplade kontrollmoment för samtliga identifierade risker.

- Kopplat intern kontroll och system för riskhantering (revisionsfråga 6) har vi även noterat att det saknas dokumenterade nyckelprocesser inom finansförvaltningen. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att dokumentera finansverksamhetens nyckelprocesser och upprätta tillhörande rutindokument i syfte att minska den operationella risken och personberoendet i finansverksamheten. Dokumenterade processer och rutiner ger andra god förståelse och stöd för att kunna utföra arbetsuppgifter och kontroller inom finansförvaltningen, vilket i sin tur bidrar till att minska personberoendet. Som en del i detta bör även säkerställas att det finns tillräckliga personalresurser med fler personer som har kunskap på området.
- Gällande ändamålsenlig planering av betalningsförmåga på kort och lång sikt (revisionsfråga 7) har vi noterat att analysarbetet kan vidareutvecklas. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att säkerställa att prognosarbetet vidareutvecklas exempelvis genom att upprätta scenarier med olika utveckling av finansieringsbehovet för att kunna ge en bättre bild av potentiella effekter på kommunens verksamhet och kostnader. Denna analys kan även med fördel användas i större utsträckning i kommunens kommande budgetarbete.

### Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns det upprättade riktlinjer för medelsförvaltning och en aktuell finanspolicy?	<b>Ja</b> Kommunen har upprättat en finanspolicy och tydliga riktlinjer för medelsförvaltning i enlighet med kommunallagens krav. Dessa riktlinjer omfattar centrala delar såsom likviditetshantering, skuldhantering och placeringsföreskrifter, vilket säkerställer att verksamheten bedrivs enligt gällande regelverk.	
2. Finns direktiv avseende riskmått och fördelning av vilken typ av finansiella instrument som får användas vid förvaltning av kommunens medel?	<b>Delvis</b> Finanspolicyn innehåller övergripande direktiv om riskmått och typer av finansiella instrument. Det saknas dock tillräckliga konkreta bestämmelser för att fastställa nivåer på likviditetsreserven, vilket är avgörande för att upprätthålla en tillfredsställande betalningsberedskap.	

<p>3. Finns tydliga direktiv och riktlinjer avseende kreditrisker och lånevolymmer?</p>	<p><b>Delvis</b> Det finns riktlinjer för kreditrisker och lånevolymmer i finanspolicyn, med åtgärder för att hantera finansieringsrisk, ränterisk och motpartsrisk. Dock finns det behov av att förbättra dokumentationen av beslutsprocesser för att säkerställa transparens och tydlig hantering av vidareutlåning.</p>	
<p>4. Finns det en tydlig ansvarsfördelning och delegering gällande kommunens finanshantering?</p>	<p><b>Ja</b> Kommunens finansförvaltning har en tydlig ansvarsfördelning mellan kommunfullmäktige, kommunstyrelsen och internbanken. Det finns dock vissa diskrepans mellan delegationsordningen och kommunstyrelsens beslut, vilket bör åtgärdas för att tydliggöra beslutsmandaten.</p>	
<p>5. Finns det en ändamålsenlig, tydlig och effektiv organisering för finansförvaltningen?</p>	<p><b>Ja</b> Finansförvaltningen är organiserad genom en centraliserad internbanksfunktion som säkerställer en effektiv hantering av likviditet, upplåning och riskhantering. Dock finns ett beroende av ett fåtal nyckelpersoner, vilket innebär att kontinuitetsplaner bör utvecklas för att minska personberoendet.</p>	
<p>6. Är den interna kontrollen och systemet för riskhantering väl utformat och tillräcklig med hänsyn till kommunens förutsättningar och underliggande risker</p>	<p><b>Nej</b> Det saknas ett systematiskt och dokumenterat ramverk för internkontroll och riskhantering. Frånvaron av tydliga kontrollmoment och riskbedömningar ökar den operationella risken, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser vid felhantering.</p> <p>Vidare noteras avsaknad av dokumentation avseende nyckelprocesser som beskriver hur internbanksprocessernas skall utföras. Det finns även ett högt beroende till ett fåtal personer med nyckelkompetens. Kombinationen medför att den operationella risken bedöms som hög.</p>	

<p>7. Finns det en ändamålsenlig planering av kommunens betalningsförmåga/likviditet på både kort (upp till 1 år) och lång sikt (upp till 5 år)</p>	<p><b>Delvis</b>  Det finns en god grund för likviditetsplanering, och dagliga avstämningar sker inom internbanken. Dock behöver planeringsarbetet utvecklas, särskilt genom att använda scenarie baserade analyser för att stärka den långsiktiga planeringen.</p>	
<p>8. Sker en systematisk uppföljning av efterlevnaden av riktlinjer för medelsförvaltning</p>	<p><b>Ja</b>  Kommunstyrelsen får regelbundna finansrapporter som innehåller analyser av finansieringsrisk, räntebindning och låneskuld. Rapporteringen sker systematiskt i enlighet med finanspolicyns krav.</p>	
<p>9. Sker rapportering till kommunstyrelsen i enlighet med styrande dokument?</p>	<p><b>Ja</b>  Kommunstyrelsen erhåller rapporter enligt de fastställda styrdokument. Under en granskad period har rapportering till kommunstyrelsen skett vid tre tillfällen och omfattat information om kommunens ekonomiska situation och efterlevnad av finanspolicyn.</p>	

# Bilaga - begreppslista

Nedan återfinns en begreppslista innehållande ett antal ord med tillhörande definition/förklaring, hämtad från Gävle kommuns *Finanspolicy*.

Begrepp	Definition/förklaring enligt finanspolicyn
Likviditetshantering	Säkerställa att kommunen och dess bolag på kort och lång sikt har tillräckliga medel för att löpande kunna hantera in- och utbetalningar. Kommunen ska kontinuerligt upprätthålla en likviditetsreserv för att vid varje tillfälle kunna sköta kommunkoncernens betalningsförpliktelser. Nivån på likviditetsreserven ska baseras på verksamhetens löpande intäkter och kostnader, lånefall, räntebetalningar samt investeringar och avyttringar.
Skuldhantering	Minimera upplåningskostnader och trygga finansiering för kommunen och dess bolag på såväl lång som kort sikt.
Placeringsföreskrifter	Överskottslikviditet i kommunen eller bolagen får placeras i avvaktan på att lån förfaller till betalning eller amortering kan göras. Kapitalförvaltningen i kommunkoncernen ska hanteras i linje med kommunallagen 11 kap. 2 § där det anges att kommunen ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses. Kravet på god säkerhet innebär bland annat att kredit-, ränte- och likviditetsrisker ska undvikas eller minimeras.
Riskmått	Riskmått är ett sätt att kvantifiera (mäta) de identifierade riskerna. I finanspolicyn redogörs för ett antal identifierade finansiella risker. Nedan återfinns de riskmått som finns angivna i finanspolicyn: <ul style="list-style-type: none"><li>• Andelen ränteförfall inom 12 månader får max uppgå till 45 % av portföljen.</li><li>• Genomsnittlig räntebindningstid ska ligga i intervallet 2-4 år.</li><li>• Räntebindning för enskilda lån får inte överstiga 10 år</li><li>• Om ratingen för en finansiell motpart försämras under A- får inga fler transaktioner som ytterligare ökar motpartsrisken genomföras.</li><li>• Placeringar främst i kreditvärdiga räntebärande värdepapper med hög likviditet alternativt placering på konto.</li><li>• Beslut om valutasäkring fattas av kommunstyrelsen eller respektive bolagsstyrelse för alla betalningar inom kommunen/kommunkoncernen som överstiger ett värde om 500 000 SEK vid ingång kontrakt.</li><li>• Tillse att rutiner och processer är dokumenterade.</li><li>• Så långt det är möjligt säkerställa personoberoende och funktionsåtskillnad</li><li>• Säkerställa att finanshanteringen sker i linje med denna policy avseende ansvar, rapportering och hantering av finansiella risker.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Löpande utbilda personalen i finansiella frågor.</li></ul>
Överskottslikviditet	Likvida medel på bankkonto som inte behövs som likviditetsreserv.

2025-04-24

Hanna Franck

Cecilia Axelsson

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 10 oktober 2024 och från den 29 januari 2025. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Nära vård - Granskning av samverkan kring undvikbar slutenvård för äldre på särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård

**Gävle kommun**

April 2025

*Malou Olsson*

*Henric Eliasson*






*Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning. Granskningens syfte är att ge underlag för bedömning om socialnämnden säkerställer att det finns ett ändamålsenligt arbete vad gäller arbetet kring påverkbar slutenvård för äldre vid särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden **inte helt** har ett ändamålsenligt arbete vad gäller arbetet kring påverkbar slutenvård för äldre vid särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård.

För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning
Finns det tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre?	Delvis 
Finns det rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen?	Delvis 
Finns det riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd?	Ja 
Sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård?	Delvis 
Vidtas åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning?	Delvis 

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

- Säkerställ att efterlevnad till avtal och överenskommelser följs upp, och att det vid behov vidtas åtgärder.
- Säkerställ att det finns aktuella överenskommelser avseende läkarmedverkan för de i ordinärt boende.
- Säkerställ att resultat och eventuellt vidtagna åtgärder i samband med uppföljning av avtal och överenskommelser delges verksamheten.

- Tillse att äldre med behov av sjukvård i ordinärt- eller särskilt boende får den tillgång till läkarkompetens som är motiverat för att tillgodose behoven och undvika slutenvård när sådan inte är nödvändig.
- Tillse att det finns rutiner och utbildningsinsatser för att säkerställa enhetliga arbetssätt, exempelvis hur försämrat hälsotillstånd hos äldre i ordinärt eller särskilt boende ska uppmärksammas och hanteras. Utbildningsinsatser bör ske i samverkan med regionen.
- Tydliggör behovet av arbetsformer/verksamhetsformer med syfte att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna vid vård av äldre i hemmet.
- Säkerställ att rutin för avvikelshantering revideras och efterlevs.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>4</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>5</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>5</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>7</b>
<b>Styrning och samordning</b>	<b>7</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>8</b>
<b>Bedömning</b>	<b>13</b>
<b>Rutiner vid försämrat hälsotillstånd</b>	<b>14</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>14</b>
<b>Bedömning</b>	<b>17</b>
<b>Rutiner för samverkan vid försämrat hälsotillstånd</b>	<b>18</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>18</b>
<b>Bedömning</b>	<b>18</b>
<b>Uppföljning</b>	<b>19</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>19</b>
<b>Bedömning</b>	<b>21</b>
<b>Vidtagna åtgärder</b>	<b>22</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>22</b>
<b>Bedömning</b>	<b>23</b>
<b>Samlad bedömning</b>	<b>24</b>
<b>Rekommendationer</b>	<b>24</b>
<b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor</b>	<b>25</b>

# Inledning

## Bakgrund

Det har under ett flertal år varit tydligt att svensk hälso- och sjukvård är i behov av omställning för att möta en strukturellt utmanande demografisk och ekonomisk utveckling samt en ökande ojämlikhet i hälsa och välmående. En rad nationella utredningar har genomförts och målbilden är en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sammanhållet med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Detta ska ske genom en nationell omställning till God och nära vård.

Region Gävleborgs revisorer genomförde år 2022 en granskning med fokus på organisation och struktur för omställningen till God och nära vård. Den visade att regionen på en övergripande nivå i relativt hög grad definierat målbild, konkretiserat mätbara mål, tagit fram aktiviteter och planer samt satt en struktur för att på en övergripande nivå samverka mellan regionen och kommunerna. Däremot gjordes en generell bedömning att förutsättningarna för att skapa faktiskt genomslag i verksamheten var begränsade. Kommunens revisorer har i riskanalys noterat kommunens framtida utmaningar vad gäller äldreomsorg kopplat till att behoven ökar och att samverkan med regionen är en väsentlig framgångsfaktor.

Med detta som utgångspunkt önskar Hudiksvalls, Ockelbos, Sandvikens, Bollnäs, Söderhamns och Gävles kommunrevisorer tillsammans med Region Gävleborgs revisorer genomföra en granskning inom ett specifikt område för att bedöma om regionen samt kommunerna har skapat en god och nära vård. För att avgränsa området kommer granskningen att fokusera på de mest sjuka äldre samt hur väl kommunerna och regionen samverkar i syfte att förhindra att äldre behöver läggas in för sjukhusvård.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningen har syftat till att ge underlag för en bedömning om omvårdnadsnämnden säkerställt att det finns ett ändamålsenligt arbete vad gäller arbetet kring påverkbar slutenvård för äldre vid särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård.

I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

1. Finns det tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre?
2. Finns det rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen?
3. Finns det riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd?
4. Sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård?
5. Vidtas åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning?

## Revisionskriterier

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

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (Lagen innehåller delar om regionen och kommunens ansvar samt lagrum rörande samverkan)
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, kap 4 (Samverkan mellan region och kommun)
- Patientlag (2014:821), 5 kap. (delaktighet) och 6 kap 1§ (samordning av insatser)

## Avgränsning

Granskning av samverkan kring undvikbar slutenvård för äldre på särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård. Granskningen kommer att avgränsas till granskning av samverkan kring de sjuka äldre med flera sjukdomstillstånd (omfattar ej de som omfattas av LSS och socialpsykiatri) samt de insatser som vidtas med syfte att undvika slutenvård.

Denna rapport tydliggör Gävle kommuns iakttagelser och samverkan mellan Gävle kommun och Region Gävleborg. I övriga kommuner som omfattas av granskningen, det vill säga Hudiksvall, Bollnäs, Ockelbo, Sandviken och Söderhamn redovisas i respektives iakttagelser och bedömningar i separata rapporter.

Revisionsobjekt i Gävle kommun är omvårdnadsnämnden.

Revisionsobjekt för granskningen i Region Gävleborg är hälso- och sjukvårdsnämnden.

## Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av styrande dokument som är region och kommungemensamma ex. *Avtal om hemsjukvård Region Gävleborg och länets kommuner* och *Introduktion till hemsjukvård och SÄBO läkare primärvård - Hälsoval Region Gävleborg*. Vidare har dokumentgranskning även skett avseende rutiner/riktlinjer, Gävle kommuns patientsäkerhetsberättelse 2023 och 2024 och verksamhetsplan avseende omvårdnadsnämnden 2024 etc.

Genomgång av omvårdnadsnämndens protokoll för perioden 202401-202502 har genomförts.

Intervjuer avseende tjänstepersoner inom Gävle kommun har genomförts med:

- Kontorschef stöd i hemmet
- Kontorschef hälso- och sjukvård
- Verksamhetschef HSL
- Kontorschef - Kontoret för boende för äldre, LSS och socialpsykiatri
- Verksamhetschef vård- och omsorgsboende
- Verksamhetschef SoL
- Verksamhetschef - hemtjänst
- Enhetschefer - hemtjänst
- Områdeschefer - hemtjänst

- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS)
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
- Ett urval av medarbetare, omsorgspersonal, inom hemtjänst och SÄBO
- Ett urval av medarbetare, legitimerad personal, som arbetar inom hemtjänst och SÄBO

Intervjuer med representanter från Region Gävleborg har genomförts med:

- Företrädare från Hälsocentralerna: Hudiksvall Din hälsocentral (Hudiksvall), Ockelbo Din hälsocentral (Ockelbo), Hälsopartner hälsocentral (Sandviken), Praktikertjänst Bollnäs hälsocentral (Bollnäs), Oxtorgetts hälsocentral (Söderhamn) samt Andersberg Din hälsocentral (Gävle).
- Företrädare för ambulanssjukvården
- Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- Företrädare för hälsoval
- Företrädare från chefsläkarenheten
- Samordnare Länsledning Vålfärd och som sitter i Utskott Vuxna, Region Gävleborg.

Granskningen har kvalitetssäkrats internt i enlighet med PwC:s rutin för kvalitetssäkring av revisionsrapporter.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.



# Granskningsresultat

## Styrning och samordning

*Revisionsfråga 1: Finns det tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre?*

Det är viktigt att notera att undvikande av slutenvård för multisjuka äldre är en komplex utmaning och att olika strategier kan vara mer eller mindre effektiva beroende på individuella behov och omständigheter. En heltäckande process som involverar olika vårdgivare och aktörer är oftast nödvändig för att uppnå bästa möjliga resultat.

Exempel på lagar som tydliggör krav på samverkan mellan region och kommun är:

- Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) framgår att kommunen får upprätta överenskommelser med regioner avseende samverkan i syfte att uppnå effektiv användning av tillgängliga resurser.
- Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regionen får upprätta överenskommelser med kommuner avseende samverkan i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Vidare framgår att regionen och kommunerna ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivare ska identifiera processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. I processer och rutiner ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten men även med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten.
- Enligt Socialtjänstlagen (SoL) samt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska alla regioner och kommuner upprätta en samordnad individuell plan (SIP) i de fall detta behövs för att patienten ska få sina vårdbehov tillgodosedda utifrån SoL och HSL. En SIP är ett betydelsefullt verktyg för att underlätta samarbete vid utskrivning av patienter från slutenvård, samt vid andra tillfällen där behov av samordning kan uppstå. SIP gäller för personer i alla åldrar och oavsett vård- och omsorgsbehov.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, kap 4 tydliggör att region och kommun tillsammans ansvarar för att utforma gemensamma riktlinjer för vårdgivare och socialtjänst, vilket ska stödja samverkan. De kan även ingå överenskommelser mellan regionen och kommunerna. Dessa lagstadgade åtgärder syftar till att säkerställa en effektiv och sammanhållen vård för patienter som kräver insatser från flera aktörer. Inom ramen för denna granskning har fokus varit att titta på hur samarbetet och samordningen fungerar för att förhindra undvikbar slutenvård.
- Patientlagen (2014:821) 6 kap. tydliggör att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

För att besvara om det finns en tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna arbetet för att skapa en god vård i hemmet och på (särskilt boende) SÄBO med syfte att

förebygga undvikbar slutenvård har vi tittat på styrande dokument såsom avtal, överenskommelser, mål och planer som tydliggör styrning samt hur den samverkan ska se ut mellan region och kommun. Vi har i granskningen särskilt noterat om styrningen omfattar samverkan med fokus på att förebygga undvikbar slutenvård.

### *lakttagelser*

#### *Omvårdnadsnämndens styrande dokument*

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av omvårdnadsnämndens verksamhetsplan för 2024 (antagen av nämnden vid sammanträdet 2023-12-14 - §221). Nämnden har i verksamhetsplanen angivit ett antal mål. Exempel på mål som noterats i verksamhetsplanen är *“Omvårdnadsnämnden verkar för god tillgång till vård och omsorg i hela Gävle kommun”*. Inget av nämndens mål har dock en koppling till kommunens arbete för att säkerställa att medborgare så långt som möjligt kan ges vård i hemmet eller som på annat sätt att behov som kräver slutenvård ska förebyggas.

#### *Hemsjukvårdsavtalet*

I *avtalet om hemsjukvård*<sup>1</sup> framgår det att kommunerna i länet har ett ansvar för hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå för personer fyllda 18 år som ges av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter för personer som är inskriven i den kommunala hemsjukvården. Med kommunal hemsjukvård avses enligt avtalet hälso- och sjukvård i ordinärt boende när den erbjuds i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Vidare i avtalet framgår att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att erbjuda god hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende. Avtalet inkluderar en särskild bilaga; *Bilaga 1 Ramavtal - Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården* där det mer utförligt beskrivs omfattning och former för läkarmedverkan.

*Våra noteringar utifrån genomförd granskning av hemsjukvårdsavtalet inklusive bilaga är:*

- *Av avtalet framgår att tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt alla dagar i den kommunala hälso- och sjukvården men ska planeras och ske så långt som möjligt under kontorstid.*
- *En sjuksköterska i kommunal vård ska alltid kunna kontakta en läkare vid medicinska behov. Dagtid ska det finnas ett direktnummer till hälsocentralen, och jourtid ett direktnummer till primärvårdsläkare i beredskap.*

Vid intervjuer med representanter i Gävle kommun har det framgått att det finns ett förbättringsområde avseende läkartillgång dygnets alla timmar och då framförallt utanför kontorstid. Övriga kommuner som deltar i granskningen uttrycker sig på ett likvärdigt sätt. Främst uppges det handla om bedömningar på plats hos patienten under jourtid. I dokumentet *“Introduktion till hemsjukvård och SÄBO, läkare Primärvård, Hälsoval Region Gävleborg”* noteras det att läkare inom primärvården ska avsätta minst sex minuter per patient och vecka för rond. Flertalet kommuner som omfattas av granskningen menar att tillgången till läkare brister och att fler hembesök och kontakt

---

<sup>1</sup> Fastställd 2024-09-19, undertecknad av samtliga parter maj 2024

med läkare skulle kunna förhindra att vissa patienter skrivs in inom slutenvården, vilket även framgått under intervjuer med representanter för Gävle kommun. Vid intervjuer framgår att systematiska ronder genomförs inom SÄBO och att läkarkompetens från hälsocentralen är tillgänglig under dagtid, vilket även bekräftas vid intervju med primärvården.

Vid intervju med medarbetare inom hemtjänsten i Gävle kommun framgår vidare att när det inte är möjligt att tillgå en läkarresurs tar kommunen kontakt med 1177 för att få telefonnummer till jourläkare alternativt vid akuta ärenden tillkalla ambulans. I samband med sakavstämningen framgår att i ett av hemtjänstområdena har medarbetare inom hemtjänsten inte kontakt med läkare. Flertalet kommuner menar att fler hembesök och kontakt med läkare skulle till viss del förhindra att patienter skrivs in inom slutenvården. Detta har dock inte framgått under intervjuer med representanter för Gävle kommun.

Under intervjuerna framgår det att kommunerna Gävle och Hudiksvall har undertecknat särskilda samverkansavtal med regionen som specificerar hur många timmar per vecka läkare ska ägna åt patienter inom SÄBO. De mobila sjukvårdsteamet bemannas av såväl Region Gävleborgs professioner och sjuksköterskor från Gävle kommun. Mobila sjukvårdsteamet genomför ronder regelbundet med personal inom den kommunala hemsjukvården och SÄBO. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av en framtagen rutin för hur det mobila sjukvårdsteamet ska arbeta, teamets sammansättning och målgrupp. Rutinen har upprättats av Region Gävleborg. Av rutinen framgår att mobila sjukvårdsteamet ska arbeta mot patienter som sviktar i sitt hälsotillstånd där behandling i ordinarie boendemiljö/korttidsboende bedöms medföra ett mervärde för patienten. I rutinen framgår att lokala överenskommelser om arbetssätt ska finnas med de kommuner som ingår i det geografiska området där verksamhetschef/vårdenhetschef har sitt ansvar. Granskningen noterar dock att vi inte tagit del av någon skriftlig överenskommelse avseende det mobila sjukvårdsteamet mellan Gävle kommun och Region Gävleborg.

- *Varje hemsjukvårdspatient ska ha en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.*

Enligt de intervjuade så har samtliga inom kommunal hemsjukvård samt SÄBO en fast vårdkontakt. Vi har för Region Gävleborg tagit del av en rutin för fast vårdkontakt. Någon motsvarande rutin har vi inte erhållit från Gävle kommun. Det har vid genomförda intervjuer inte heller hänvisats till någon rutin för området.

- *I avtalet avseende hemsjukvård tydliggörs lagens krav om att upprätta Samordnad Individuell Planering (SIP) med berörda professioner och patient.*

Vid granskningen framkommer att dokumentet *Rutin- Samordnad Individuell Plan* tydliggör roller och ansvar, genomförande, vad som gäller vid uppföljning samt hur dokumentation ska ske. Det framgår bland annat att medarbetare inom kommunerna och regionen har ett gemensamt ansvar för att uppmärksamma behov av att upprätta

SIP samt ansvarar för att sammankalla till samverkansmöten avseende SIP (samordnad individuell plan). När en SIP upprättas ska även en fast vårdkontakt utses.

Läkaransvaret inför vårdplanering med kommunernas hemsjukvård finns även dokumenterat i ett separat dokument i form av en checklista för inskrivning i hemsjukvården. Enligt checklistan ansvarar utsedd läkare för att samla in relevant information om patientens sjukdomshistorik och löpande följa upp patientens hälsotillstånd.

Vid genomförda intervjuer framkommer att det vid behov ska upprättas individuella planer med patienter inom den kommunala hemsjukvården och för de som bor på SÄBO. Det påtalas dock att individuella planer inte upprättas för de med kommunal hemsjukvård och i varierad grad för de som bor inom SÄBO.

Kommunen har även en lokal upprättad rutin som beskriver kommunens interna processer. Vidare information ges i kommande revisionsfråga.

- *Vidare framgår i avtalet om hemsjukvård att ett vårdpreventivt arbetssätt ska användas för att förebygga och förhindra sjukdom och skada. Standardiserade riskbedömningar ska utföras i både kommuner och region och i de fall risker identifieras ska åtgärder erbjudas. Kommuner som region bör även använda relevanta kvalitetsregister.*

Vid intervjuer framkommer att rutiner och verksamhetsstöd finns för att genomföra riskbedömningar. Vi återkommer till detta i kommande revisionsfrågor.

- *Arbetet ska bedrivas på ett strukturerat och systematiskt sätt med patienten i fokus där formerna för strukturerat samarbete utvecklas genom lokala överenskommelser.*

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av ett antal undertecknade lokala överenskommelser mellan Gävle kommun och Region Gävleborg. Av tillhandahållna underlag framgår att lokal överenskommelse tecknats inom följande område:

- Lokala överenskommelser avseende läkarstöd i hemsjukvård i ordinärt boende och särskilt boende mellan Gävle kommun och Region Gävleborg.

Av överenskommelser avseende läkarstöd inom SÄBO mellan Gävle kommun och den regionala primärvården framgår att läkare från primärvård ska finnas tillgänglig för planerade insatser under två timmar per vecka. Vid akut behov av läkarstöd ska hälsocentralen kontaktas under vardagar 08:00-17:00. Utöver dessa tider ska primärvårdens jourverksamhet kontaktas. Granskningen noterar att i överenskommelserna avseende läkarmedverkan inom den kommunala hemsjukvården varierar tiden där läkarstöd ska finnas tillgängligt mellan 1-4 timmar per vecka. Gemensamt för de erhållna lokala överenskommelserna är att det framgår att läkarmedverkan omfattar medicinsk bedömning av patienter, planering, genomförande och uppföljning av vårdplaner. Verksamhetsföreträdare uppger dock att det saknas aktuella överenskommelser avseende läkarmedverkan för de i ordinärt boende med ett

flertal hälsocentraler i kommunen. Vid intervjuer framkommer även att det inom den kommunala hemsjukvården saknar överenskommelser avseende läkarstöd.

Det framgår även att läkare ska avsätta sex minuter per patient i veckan för rondtid för patienter inom vård- och omsorgsboende. För patienter inom den kommunala hemsjukvården ska omfattningen beräknas på 50 inskrivna/timme för rondtid. Den fasta vårdkontakten och övrig ansvarig sjukvårdspersonal ska framgå av patientens vårdplan.

Inom ramen för granskningen har vi även tagit del av överenskommelse avseende *personer med omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser som vårdas i hemmet*<sup>2</sup>. I den framgår att alltmer avancerad hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i den enskildes hem, det vill säga i ordinärt eller särskilt boende och vikten av att samverka i syfte att gemensamma resurser används på bästa sätt där insatserna bygger på medverkan från flera håll. Vi kan inte finna något i överenskommelsen på vilket sätt och hur allt mer avancerad vård ska utföras i hemmet.

För att reglera samverkan specifikt för överlämnandet från slutenvården till fortsatt vård i hemmet finns överenskommelsen samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Av den framgår att den hälsocentral där patienten är listad har ett samordningsansvar för patientens utskrivningsprocess och fortsatta vård i hemmet, vilket innebär att en utsedd läkare har ett särskilt samordningsansvar för de medicinska insatserna. Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade vården ansvara för att skicka en kallelse till samordnad individuell planering. Informationsöverföring sker genom ett gemensamt digitalt stödsystem som används av alla parter, med Region Gävleborg som systemägare. Region Gävleborg säkerställer att systemet är användarvänligt och kvalitetssäkrat. Länsledning Valfärd ansvarar för nya arbetssätt och att regelbundna utbildningar i systemet genomförs.

- *Tid ska avsättas för planerat strukturerat teamarbete.*

Vid intervjuer framgår att teamträffar genomförs mellan olika professioner och i varierad grad. Teamträffar genomförs varannan vecka mellan den kommunala hemsjukvården. Syftet med teamträffar är att skapa ett forum för samverkan mellan olika professioner att säkerställa en god och säker vård samt att få ett individperspektiv för den enskilde som tillhör kommunens hemsjukvård och/eller för den som bor på SÄBO. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av en skriftlig rutin kring teamträffar, fastställd av kommunens MAR. Av rutinen framgår att varje patient ska ha ett tvärprofessionellt team runt sig bestående av olika professioner inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rutinen tydliggör även teamets förutsättningar samt ansvar. Det framgår även vilka professioner som ska kallas till teamträffar där respektive enhetschef ansvarar för att sammankalla till teamträffar. Teamträffar ska hållas så att varje kund kan bli aktualiserad åtminstone en gång per månad. Arbetet inom ramen för teamträffarna ska följas upp av berörda

---

<sup>2</sup> Fastställt 2024-11-20.

enhetschefer och verksamhetschefer två gånger per år. Rutinen för teamträffar ska följas upp en gång per år av kommunens MAR.

Vid intervjuer framkommer ett önskemål om att samverkansmöten mellan mobila sjukvårdsteamet och kommunens MAS, MAR och representanter från den kommunala hemsjukvården, vilket inte sker i dagsläget. Under intervjuerna har det framgått att verksamhetschef för den kommunala hemsjukvården i Gävle kommun tar del av information genom samverkansforum med den regionala primärvården. Denna information förs sedan vidare till kommunens MAS och MAR.

Gruppen "*förstärkt samverkan*" är ett exempel på ett forum för samverkan som är under implementering i länets kommuner. Gruppen startades i Gävle kommun på uppdrag av Gävle kommuns biträdande sektorschef för Vårdförhållanden i Gävle samt Region Gävleborgs biträdande sjukhusdirektör, och finns nu även i Hudiksvalls kommun. Det uppges finnas planer på att införa detta forum i övriga kommuner i regionen. "*Förstärkt samverkan*" består av representanter från slutenvård, primärvård och den kommunala hemsjukvården utifrån att berörda kommuners MAS och MAR vid behov kan bjudas in. Gruppen träffas digitalt 30 minuter var tredje vecka med syfte att förbättra vårdkedjan för patienter som lämnar slutenvården för fortsatt vård inom den kommunala sjukvården. I samband med sakavstämning framgår att gruppen även har en arbetsgrupp som är relativt nytillkommen. Gruppen träffas var 3:e vecka och består av första linjens chefer som arbetar i verksamheter som hanterar frågor kring in- och utskrivningsprocessen

### *Överenskommelser*

Innan en bedömning om en patient har rätt till kommunal hemsjukvård kan göras, ska blanketten "*Gemensam planering, hemsjukvård, in- och utskrivning*" vara förberedd av patientens hälsocentral. Vi har tagit del av denna blankett, där det bland annat framgår att patientens identitet, ansvarig läkare och hälsocentral samt omvårdnadsansvarig inom den kommunala hemsjukvården ska framgå.

### *Forum för länsövergripande samverkan*

Vid genomförd granskning framkommer att samverkan mellan regionen och länets kommuner sker i en strukturerad form genom den samverkansstruktur som finns inom *Länsledning Vårdförhållanden*. I Länsledning Vårdförhållanden ingår kommunernas förvaltningschefer inom socialtjänst och skolverksamhet samt Region Gävleborgs hälso- och sjukvårdsdirektör, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör och andra relevanta representanter. Länsledning Vårdförhållanden består av tre olika utskott varav Utskott vuxna ansvarar för frågor relaterat till hemsjukvård. Vid intervjuerna framgår att utskottet sammanträder sex gånger per år och att detta är det främsta forumet för samverkan. Utskott vuxna har även en samverkansgrupp vid namn "tre-tre gruppen" som ansvarar för att bereda ärenden till utskottet. Inom gruppen finns tre representanter från regionen och tre från kommunerna. Representanter från kommunerna i länet är MAS i Bollnäs, verksamhetschef LSS i Ovanåkers kommun och verksamhetschef för handläggarenheten i Sandvikens kommun. Regionen representeras av samordnare för Utskott vuxna, samordnare för psykisk hälsa och regionens SIP-samordnare. Strukturen för samverkan finns dokumenterad i *överenskommelse Länsledning Vårdförhållanden*.



Vid intervju med representanter med regionens tjänstepersoner framkommer att det hittills inte varit samma fokus på samverkan i syfte att stärka insatserna i hemmet och att minska antalet besök för sköra äldre på akutmottagning och i slutenvården. Problematiken kring utskrivningsprocessen och en säker hemgång efter slutenvård har varit mer prioriterat. Intervjuade tjänstepersoner inom Region Gävleborg lyfte även regionens välfärdsstrategi som en viktig del i arbetet kring samverkan. Strategin ska ge en långsiktig inriktning för samverkan och sträcker sig fram till 2030.

Vid intervjuer med representanter från Gävle kommun framkommer att samverkan mellan den kommunala sjukvården och det mobila sjukvårdsteamet är relativt begränsad och att mobila sjukvårdsteamet främst har kontakt med hälsocentralerna. Som vi tidigare noterat i rapporten sker inga systematiska samverkansmöten mellan mobila sjukvårdsteamet och den kommunala hemsjukvården. Vidare uppges vid intervjuer att samverkan mellan hemtjänsten och primärvården är ett förbättringsområde, där graden av samverkan varierar beroende på hemtjänstområde i kommunen. I vissa områden anges detta fungera bättre än andra. Under intervjuerna framgår även att tematräffar mellan hemtjänsten, den kommunala hemsjukvården och hälsocentralerna genomförs i varierande grad beroende på hemtjänstområde. Exempelvis så sker inte teamträffar för hemtjänstområdet Centrum tillsammans med hälsocentralerna. Detta uppges bero på att det är många hälsocentraler som geografiskt är placerade i centrum vilket inte gör teamträffar möjligt. Det framgår dock att hemtjänsten i område Centrum regelbundet genomför tematräffar med den kommunala hemsjukvården.

### *Bedömning*

*Finns det tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att det delvis finns en tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre.

Vi bedömer att det till viss del finns avtal och överenskommelser som beskriver ansvarsfördelning och samarbetet mellan region och kommun. Dessa dokument visar på en viss grad av styrning för hur kommunen och regionen ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre. Vi har dock inte tagit del av en skriftlig överenskommelse/beskrivning avseende hur samverkan ska ske mellan det mobila sjukvårdsteamet och den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med gällande rutin.

Vi bedömer att det finns rutiner för upprättande av samordnade individuella planer, det framkommer dock att rutinerna inte alltid efterlevs för de med kommunal hemsjukvård och de som bor på SÄBO.

Vi bedömer att en otillräcklig läkarmedverkan utanför kontorstid påverkar möjligheten att skapa en god vård i hemmet.

Vidare bedömer vi det positivt att forum som Länsledning Valfärd och dess utskott verkar för att förbättra samverkan samt att det finns övergripande och lokala samverkansforum. Men det finns fortfarande utrymme för att stärka och säkerställa fungerande forum för samverkan i hela länet.

### **Rutiner vid försämrat hälsotillstånd**

*Revisionsfråga 2: Finns det rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen?*

Socialstyrelsens rapport "Återinskrivning av multisjuka och sköra äldre" betonar vikten av rutiner inom hemsjukvården för att tidigt behandla sjukdomar i hemmet, samt betydelsen av god samverkan mellan kommunal hemsjukvård och regionala vårdinsatser. Vidare understryks behovet av att möjliggöra läkarbedömningar i hemmet dygnet alla timmar för att undvika akuta sjukhusbesök. Hemtjänsten bör också involveras i det riskförebyggande arbetet, då de har en kontinuerlig kontakt med patienten och genom goda rutiner kan uppmärksamma om hälsotillståndet försämras.

Läkemedelsanvändning kan också vara ett riskområde för sköra äldre då känsligheten för läkemedel ökar till följd av både åldrande och sjukdom. Det är också vanligt att äldre använder många läkemedel och det är väsentligt att sjukvården har rutiner för att regelbundet utvärdera och justera läkemedelsanvändning hos äldre.

För att besvara denna revisionsfråga har vi granskat om det finns rutiner och upprättade arbetssätt för att uppmärksamma försämrat hälsotillstånd hos äldre med hemsjukvård eller som bor vid särskilt boende.

### *lakttagelser*

#### *Rutiner för samverkan med regionen*

Utskott vuxna arbetar indirekt med att säkerställa att risker för försämrat hälsotillstånd hos målgruppen uppmärksammas och åtgärdas. Utskott vuxna har varit delaktiga i bland annat revideringen av hemsjukvårdsavtalet. Vidare har en arbetsgrupp i Utskott vuxna fått i uppdrag att utreda möjligheten att placera biståndshandläggare på akutmottagningarna. Enligt intervjuade är syftet med uppdraget att se över biståndshandläggare på akutmottagningen att utöka samverkan mellan kommunerna och ambulansverksamheten för att guida patienterna till rätt vårdinstans.

#### *Kommuninterna rutiner avseende målgruppen*

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av ett antal arbetsrutiner som används inom den kommunala hemsjukvården och äldreomsorgen i Gävle kommun.

*Rutin för individuella riskbedömningar*, upprättad av medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i Gävle kommun, gäller för samtliga verksamheter där Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden har ett hälso-



och sjukvårdsansvar. Av rutinen framgår bland annat att riksbedömningar ska ske med riskbedömningsinstrumenten Modifierad Nortonskala, Mini nutritional assessment (MNA), Downtown fall risk index (DFRI) samt Revised Oral Assessment guide (ROAG). Av dokumentet framgår att riskbedömningarna, enligt rekommendation från Socialstyrelsen, Vårdhandboken samt "Senior alert", ska göras inom 48 timmar vid följande scenarion:

- Inflyttning till särskilt boende (SÄBO)
- Vid anslutning till hemsjukvården i ordinärt boende.

Av rutinen framgår även att riskbedömningar ska göras var 6:e månad, enligt upprättad individuell plan, vid förändrade hälsotillstånd samt vid upprepade fall. Uppföljning av eventuella åtgärder utifrån riskbedömning ska ske enligt patientens vårdplan eller tidigare om det finns behov. All riskbedömning, åtgärder samt uppföljning ska dokumenteras i patientjournalen. Rutinen för riskbedömning ska följas upp en gång per år på övergripande nivå och revideras vid behov.

Vid intervjuer framgår att rutinen för riskbedömning inte alltid efterlevs. Detta anges bero på att det finns en hög grad av timvikarier inom äldreomsorgen som även ges en relativt kort introduktion. Det upplevs finnas ett behov av fler utbildningsinsatser avseende rutiner för identifiering av försämrat hälsotillstånd för timvikarier men även för nyanställda.

Under intervjuerna har det framgått att omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor inom Gävle kommun inte använder systemet "Senior alert" vid riskbedömning, vilket gjordes tidigare. Det framgår att bakgrunden till detta är ett beslut på förvaltningsnivå. Den samlade bilden från intervjuerna är att det råder delade meningar bland personal inom den kommunala hälso- och sjukvården avseende avskaffandet av "Senior alert" i kommunen. En del anger att detta har försämrat förutsättningarna att förebygga risker hos patienter, medan andra anger att avskaffandet istället har underlättat arbetet. Vi kan utifrån patientsäkerhetsberättelsen 2024 utläsa att Gävle kommun inte medverkar i nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner, utifrån att avstå medverkan i kvalitetsregistret "Senior alert". I samband med sakavstämning framgår dock att liknande riskbedömningar genomförs, dock inte utifrån "Senior alert".

Vid genomförda intervjuer framkommer att det saknas rutiner hur man ska hantera försämrat hälsotillstånd hos patienter inom den kommunala hemsjukvården och SÄBO. Trots detta har vi inom ramen för granskningen fått del av ett underlag som beskriver vad omvårdnadspersonal ska ta reda på innan en kontakt med en sjuksköterska ska tas. Underlaget är framtaget av MAS och är senast reviderad 2023-07-05.

Vi har även tagit del av ett styrande dokument avseende vägledning för fallprevention. Av vägledningen framgår att omvårdnadspersonal ansvarar för att uppmärksamma och kontakta legitimerad personal vid försämrat hälsotillstånd som kan öka risken för fall. Sjuksköterska samt läkare ansvarar för att bedöma och vidta lämpliga åtgärder av identifierade risker. Uppföljning av arbetet ska ske enligt aktuella vårdprocesser där

patient och/eller dennes anhöriga ska involveras i uppföljningen och det förebyggande arbetet. Av vägledningen framgår även hur avvikelser kopplat till fall ska rapporteras. Det framgår att när ett fall registreras ska olika typer av information om händelsen, som tidpunkt och plats för fallet och vilken aktivitet som genomfördes i anslutning till fallet. Det framgår även att vidtagna åtgärder direkt efter fallet ska registreras. Om möjligt ska även förslag på åtgärder ingå i rapporteringen.

Vi har även tagit del av en skriftlig rutin avseende omvårdnadspersonalens kontakt med sjuksköterska. Av dokumentet framgår att rutinen fastställts av MAS i Gävle kommun. Rutinen gäller både för de patienter som är inskrivna inom den kommunala hemsjukvården men även för de patienter som beviljats hemtjänst. I de fall omvårdnadspersonal identifierar ett försämrat hälsotillstånd hos en patient inskriven inom den kommunala hemsjukvården ska sjuksköterska kontaktas för bedömning om patienten behöver läkarbedömning eller annan åtgärd. Vid akuta tillstånd ska alltid 112 kontaktas. Även patientens närstående ska kontaktas i dessa fall. För patienter som inte är inskrivna inom den kommunala hemsjukvården framgår att patientens hälsocentral ska kontaktas, alternativt sjukvårdsrådgivningen. Alla bedömningar och åtgärder ska dokumenteras i respektive yrkesprofessioners dokumentationssystem (journal). Rutinen avseende omvårdnadspersonals kontakt med sjuksköterska ska följas upp en gång per år och revideras vid behov av den funktion som upprättat rutinen.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av en skriftligt upprättad lokal rutin avseende samordnad individuell plan (SIP). Rutinen har upprättats av Socialt ansvarig samordnare (SAS) i Gävle kommun. Av dokumentet framgår att rutinen gäller för samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsverksamhet samt hemsjukvården i Gävle kommun, både i egen regi och extern regi. Alla verksamheter inom kommunen och Region Gävleborg ansvarar för att erbjuda patienter, kalla till samt upprätta en SIP. Av rutinen framgår att arbetet med SIP ska dokumenteras i verksamhetssystemet av de delar av verksamheten som har behörighet till detta system. Kallelse till SIP skickas digitalt. De verksamheter som inte har behörighet till verksamhetssystemet får istället kallelse till SIP genom en fysisk blankett som finns på samverkanswebben. Rutinen för SIP ska följas upp av kommunens SAS en gång per år och revideras vid behov. En SIP kan uppmärksamma försämrat hälsotillstånd i ett tidigare skede genom exempelvis täta uppföljningar.

Vid akuta fall skickas patienten in till akutmottagningen. Vi har inom ramen för samgranskningen tagit del av dokumentet "*GULA BLANKETTEN - Informationsöverföring från primärvård/kommun till akut-/jourmottagning*" som används för att kommunicera patientens hälsa mellan kommunen och regionen. I dagsläget finns ingen digital lösning för detta. Status, aktuellt hälsoproblem samt resultat av akut-/jourmottagningsbesök fylls i för att ge så bra information och underlätta bedömning och fortsatt planering. Under intervjuer med representanter för Gävle kommun nämns dock inte GULA BLANKETTEN. Granskningen noterar även att kommunens skriftliga rutiner avseende försämrat hälsotillstånd inte innehåller några särskilda skrivelser om

GULA BLANKETTEN. Vid intervjuer framkommer att det är kommunens sjuksköterska som fyller i blanketten.

Vi har tagit del av introduktionsprogram för nyanställda. Som bilagor till introduktionsprogrammet finns ett antal checklistor för nyanställda för att säkerställa genomgång av relevanta rutiner och arbetsprocesser. Av checklistan framgår att enhetschefen utser ett antal handledare till den anställde. Handledaren har ett tydligt uppdrag från enhetschef gällande introduktion av nyanställda. Enhetschef samlar regelbundet handledarna för genomgång av deras uppdrag samt uppföljning av pågående/ genomförda introduktioner.

Vid intervjuer framkommer att introduktion av nya medarbetare inte upplevs vara helt tillräcklig och att det finns önskemål om mer utbildningsinsatser. Exempelvis framkommer ett ökat behov av utbildningsinsatser vad gäller tekniska hjälpmedel i vården. Vid intervjuer framkommer att fler utbildningsinsatser skulle öka kvaliteten på de vårdinsatser som ges. Inom hemtjänsten uppges det finnas många som är utbildade inom området vilket riskerar att försämra insatserna framförallt vad gäller bedömning av hälsotillstånd.

#### *Bedömning*

*Finns det rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att det i huvudsak finns rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen och att åtgärder vidtas.

Det finns ett antal etablerade styrdokument och arbetssätt som syftar till att tidigt upptäcka och hantera hälsorisker hos äldre genom exempelvis rutiner för riskbedömningar för samtliga verksamheter som omvårdnadsnämnden har ett hälso- och sjukvårdsansvar för. Vi kan dock konstatera genom intervjuer att rutinerna för riskbedömning inte alltid följs. Detta beror delvis på att omvårdnadspersonalen saknar tillräcklig kunskap och uttrycker behov av utbildningsinsatser, särskilt när det gäller att hantera försämrade hälsotillstånd.

Vi noterar att nämnden har ett antal kvalitetsregister avseende riskbedömning. Detta i syfte att förebygga och förhindra sjukdom och skada hos patienter. Vi kan dock konstatera att Gävle kommun inte använder sig av "Senior alert" vilket övriga kommuner som ingår i samgranskningen använder sig av.

Vi noterar att nämnden behöver säkerställa att gällande avtal och överenskommelser efterlevs och att läkare finns att tillgå dygnet alla timmar.

Introduktionsprogram finns för nyanställda, men dessa uppfattas ibland som otillräckliga i omfattning och längd, vilket kan påverka personalens förmåga att identifiera och hantera hälsorisker effektivt.

## Rutiner för samverkan vid försämrat hälsotillstånd

*Revisionsfråga 3: Finns det riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd?*

En viktig faktor för att undvika slutenvård är att ha en väl fungerande samverkan och koordination mellan olika vårdgivare och aktörer, såsom kommun, primärvård, specialistvård och äldreomsorg. Genom att ha tydliga vårdkedjor och informationsöverföring kan man undvika onödiga inläggningar och se till att multisjuka äldre får rätt vård och omsorg i rätt tid.

Enligt Patientlag (2014:821) 6 kap. fast vårdkontakt och individuell planering ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses genom samordnade insatser på ett ändamålsenligt sätt. Bland annat ska en fast vårdkontakt utses om det är nödvändigt för att uppfylla patientens behov. För individer som behöver både hälso- och sjukvård samt socialtjänstinsatser ska en individuell plan upprättas, vilket regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

För att besvara denna revisionsfråga har vi granskat om det finns rutiner och upprättade arbetssätt som beskriver att samverkan sker kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd hos äldre på särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård.

### *lakttagelser*

#### *Riktlinjer för samverkan*

Utifrån tillhandahållna underlag har vi inte kunnat identifiera någon särskild rutin för hur omvårdnads personal ska ta kontakt med sjuksköterska samt med ambulansen. Vid intervju med representanter för den regionala primärvården i Gävle kommun framgår även att mobila sjukvårdsteamet har särskilda rutiner för tillkallande av ambulans.

Förutom "Rutin för individuella riskbedömningar" som tidigare noterats i rapporten finns "Rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal och närstående". I "Rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal och närstående" gäller för samtliga utförare av omvårdnadsinsatser inom Välfärd Gävle. I ovanstående rutiner framgår att sjuksköterska ska kontaktas i första hand. Tjänstgörande sjuksköterska ska bedöma om läkare behöver kontaktas. Enligt rutinen framgår att vid mer akuta fall ska ambulans alltid kontaktas. Ambulanstransport kan även beställas av sjuksköterska och läkare i icke-akuta fall om detta bedöms nödvändigt. Detta bekräftas också under intervjuerna och det framgår även att samverkan fungerar väl mellan hemsjukvård och primärvården. Det framgår dock att det i dagsläget finns ett behov av kontinuerlig utbildning av omvårdnadspersonal inom SÄBO och hemtjänsten.

### *Bedömning*

*Finns det riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd?*

Ja.

Vi bedömer att det i huvudsak finns riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd.

Det har dock framgått att det finns ett behov av kontinuerlig utbildning av omvårdnadspersonal inom SÄBO och hemtjänsten avseende identifiering av försämrat hälsotillstånd.

## Uppföljning

*Revisionsfråga 4: Sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård?*

### *Introduktion till revisionsfråga*

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet är komplexa och kräver ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten. Det innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv med fokus på att skapa en struktur för ledning och styrning samt på att kontinuerligt förbättra dessa strukturer. Medarbetarnas erfarenheter av verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information för att säkra och vidareutveckla vård och omsorg, vilket bidrar till att göra verksamheten till en lärande organisation.

Det finns ett betydande behov att i regioner och kommuner skapa förutsättningar för att i rutinsjukvård använda registerdata och administrativa data från vård och omsorg, i uppföljande och riskförebyggande syfte.

Under denna revisionsfråga har uppföljning varit i centrum där fokus har legat på hur verksamheterna arbetat med uppföljning och mätning inom området samt vilken rapportering nämnderna erhåller.

### *lakttagelser*

#### *Uppföljning av överenskommelser och avtal*

I avtal om hemsjukvård mellan regionen och kommunerna framgår bland annat att utvärdering och uppföljning av avtalet sker löpande i Utskott vuxna som är en del av Länsledning Välfärd. Parterna ansvarar gemensamt för en enhetlig uppföljningsmodell i länet.

Enligt genomförda intervjuer med representanter från Hälsoval så följer de upp om det finns en fast läkarkontakt samt om det genomförts fördjupade läkemedelsgenomgångar.

#### *Uppföljning av lokala överenskommelser gällande läkarstöd*

Av den lokala överenskommelsen mellan Region Gävleborgs hälsocentraler och Gävle kommun framgår att avtalen ska följas upp en gång per år och där resultatet av uppföljningen ska ligga till grund för nya reviderade överenskommelser. Av dokumenten framgår att uppföljningen ska innefatta kontinuitet i läkar- och sjuksköterske medverkan, uppföljning av strukturerat teamarbete med fokus på långsiktig planering och uppföljning av vården, uppföljning av tillgänglighet till läkarmedverkan, antal patienter med årligt läkarbesök utifrån primärvårdens journalsystem, antal patienter med fördjupad

läkemedelsgenomgång, sjuksköterskors tillgång till läkardokumentation, rapporterade avvikelser samt klagomål från patienter utifrån respektive avvikeleregister, resultat från palliativregistret av genomförda brytpunktssamtal och informerande samtal. Vid genomgång av omvårdnadsnämndens protokoll för 2024 kan vi inte finna någon spårbarhet att nämnden tagit del av någon uppföljning.

Enligt genomförda intervjuer med representanter från Hälsoval så följer de upp om det finns en fast läkarkontakt samt om det genomförts fördjupade läkemedelsgenomgångar.

### *Rutiner för avvikelshantering*

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av en skriftlig rutin avseende avvikelshantering. Rutinen har fastställts av verksamhetschef för Välfärd Gävle. Rutinen upprättades 2021-04-07 och reviderades 2022-10-10. Enligt rutinen framgår att upprättaren bevakar och initierar behov av en revidering. En gång per år kontrolleras innehållet av upprättare och granskare. Revideringsdatum ändras därefter oavsett om förändringar i texten skett. Utifrån detta kan vi konstatera att revidering av rutinen inte har genomförts i tid.

Av dokumentet framgår att rutinen gäller för samtliga medarbetare. När en medarbetare uppmärksammar en avvikelse ska medarbetaren utifrån sin kompetens sätta in de omedelbara åtgärder som krävs. Patienten och dennes närstående ska få ett lämpligt omhändertagande samt information om vad som hänt. Medarbetare ska dokumentera avvikelser så fort detta upptäcks och lämna över dokumentationen till ansvarig chef. Dokumentet listar även ett antal kategorier för avvikelser. Ansvarig enhetschef ska påbörja en utredning av avvikelser inom en vecka efter att det dokumenterats. Enhetschefen ansvarar även för att vidta åtgärder och dokumentera dessa digitalt. Enhetschefen ska sedan återkoppla till patienten och dennes närstående kring vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra liknande händelser i framtiden. Enhetschefen ska sedan följa upp de vidtagna åtgärderna samt sammanställa och analysera rapporterade avvikelser på en övergripande nivå.

Under intervjuerna framgår att avvikelser ska rapporteras i aktuellt verksamhetssystem. Rapporteringen hamnar hos respektive enhetschef. Rapporterade avvikelser presenteras inom ramen för arbetsplatsträff (APT) inom både SÄBO och hemtjänst. Avvikelserna rör främst fall och läkemedel. Som tidigare noterats i rapporten, har det under intervjuerna framgått att det finns ett behov av att öka antalet utbildningsinsatser inom området riskidentifiering. De intervjuade anger även att det finns ett stort behov av utbildning för nyanställda samt timvikarier avseende avvikelserapportering. Under intervjuer framkommer dock att det till viss del råder en otydlighet när en avvikelse ska rapporteras och inte. Detta kan leda till att avvikelser ibland registreras när det inte är nödvändigt, samtidigt som vissa händelser som borde rapporteras som avvikelser inte blir registrerade.

### *Omvårdnadsnämndens uppföljning*

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av omsorgsnämndens

patientsäkerhetsberättelse för 2023<sup>3</sup> och även patientsäkerhetsberättelsen för 2024<sup>4</sup>. Av rapporterna framgår att rapporterade avvikelser under 2023-2024 följts upp. Av rapporteringen framgår att antalet ej hanterade avvikelser har ökat under 2023 och 2024. Av rapporten framgår att ett arbete pågår med att etablera ett organiserat arbetssätt som är tydligt för alla enheter som hanterar avvikelser. Granskningen noterar även att patientsäkerhetsberättelsen redovisar rapporterade avvikelser från Region Gävleborg samt IVO inom berörda verksamheter.

Som nämnt tidigare i rapporten, under revisionsfråga 1, ska rutinerna för individuella riskbedömningar, kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal samt SIP följas upp en gång per år av den funktion som fastställt rutinen. Vi har dock inom ramen för granskningen inte tagit del av någon uppföljning av dessa rutiner. I samband med sakavstämning framgår dock att rutinen följts upp i kommunens ledningssystem i februari samt mars 2025.

#### *Internkontrollplan 2024*

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av omsorgsnämndens internkontrollplan för 2024. Av dokumentet framgår att följande risk i internkontrollplanen är relevanta för granskningens område:

- Risk att patient eller klient lider skada.

Av internkontrollplanen framgår att risken ska följas upp genom kontroll av följsamhet till rutinen 6843. Utöver detta har vi inte identifierat några övriga risker med bäring på granskningsområdet.

#### *Övrig uppföljning*

I handlingsplanen för välfärdsstrategin 2024 framgår att delmålet om en god och nära vård för alla i Gävleborg, ska genomföras genom uppföljning av vårdkontinuitet, sammanställning av statistik samt genom att genomföra utvecklingsarbete för att öka andelen SIP:ar i hemmet. Av dokumentet framgår att organet Utskott vuxna ansvarar för genomförandet av dessa aktiviteter. Handlingsplanen omfattar inte på vilket sätt och hur en god och nära vård utifrån vårdkontinuitet ska ges. Vid sammanträdet i januari 2025 genomfördes en uppföljning av handlingsplanen 2024.

#### *Bedömning*

*Sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård?*

**Delvis.**

Vi bedömer att det delvis sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård.

---

<sup>3</sup> Nämnden behandlade patientsäkerhetsberättelsen för 2023 2024-02-22 § 8.

<sup>4</sup> Nämnden behandlade patientsäkerhetsberättelsen för 2024 2025-02-27 § 12.



Vi bedömer att överenskommelser och avtal som finns följs upp enligt rutin. Länsledning Valfärd och Utskott vVuxna ansvarar för en enhetlig uppföljningsmodell som innebär att uppföljning sker kommun- och regiongemensamt.

Vi bedömer även att nämnden inte gjort någon uppföljning inom området påverkbar slutenvård.

Vidare bedömer vi att det finns styrande och stödjande dokument för avvikelshantering. Vi kan dock konstatera att revidering av rutinen inte har genomförts inom utsatt tid. Vi kan konstatera att det finns brister i hur väl rutinen efterlevs, eftersom det till viss del finns oklarheter kring när en avvikelse ska rapporteras. Detta medför en risk att vissa avvikelser förblir orapporterade, vilket försvårar möjligheten att följa upp och vidta nödvändiga åtgärder baserat på händelsen.

Vi bedömer vidare att det finns en spårbarhet i att nämnden har säkerställt att patientsäkerhetsberättelsen upprättats senast den 1 mars i enlighet med Patientlagens krav.

## **Vidtagna åtgärder**

### *Revisionsfråga 5: Vidtas åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning?*

#### *Introduktion till revisionsfråga*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) omfattar ett bra ledningssystem bland annat att utvärdera och förbättra. Systemet säkerställer att rätt åtgärder genomförs vid rätt tidpunkt. Detta hjälper till att förebygga vårdskador, missförhållanden eller avvikelser från de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och LSS-verksamhet. Genom att arbeta utifrån ett systemperspektiv och dra nytta av medarbetarnas erfarenheter kan verksamheten kontinuerligt förbättras och bli en lärande organisation.

Under denna fråga har fokus legat på vilka åtgärder som vidtagits och som kunnat utläsas vid protokollsgenomgång januari - februari 2025. Vidare har fokus även legat på hur verksamheterna arbetar för att vidta åtgärder utifrån identifierade brister. Under denna revisionsfråga har uppföljning varit i centrum där fokus har legat på vilken uppföljning nämnderna får, erhållen statistik inom området och hur verksamheterna arbetat med uppföljning och mätning inom området.

#### *lakttagelser*

För att komma till rätta med identifierade brister är det av stor vikt att nämnden fattar tydliga beslut om åtgärder för att förhindra fortsatta brister i verksamheten. Som nämnt i stycket ovan har vi inom ramen för granskningen gått igenom omvårdnadsnämndens protokoll januari 2024 - februari 2025. Vår granskning visar att nämnden fattat följande beslut med bäring på granskningsområdet:



2024-02-22 - §8: Nämnden behandlade patientsäkerhetsberättelsen för 2023. Nämnden beslutade att godkänna rapporteringen.

2024-05-03 - §68: Nämnden behandlade verksamhetsrapport delår 1 år 2024 för omvårdnadsnämnden. Nämnden beslutade att godkänna rapporteringen samt lämna rapporten till kommunstyrelsen.

2024-09-26 - §107: Nämnden behandlade verksamhetsrapport delår 2 år 2024 för omvårdnadsnämnden. Nämnden beslutade att godkänna rapporteringen samt lämna rapporten till kommunstyrelsen.

2024-12-12 - §174: Nämnden tog del av uppföljning av nämndens plan för intern styrning och kontroll 2024.

2025-02-27 - §12: Nämnden antar patientsäkerhetsberättelsen för 2024.

Utöver dessa beslut har vi inte identifierat några ytterligare åtgärder som nämnden fattat beslut om.

Vi har i tidigare avsnitt i rapporten beskrivit gruppen "*förstärkt samverkan*" vilket är ett exempel på åtgärd för att förstärka samverkan. Denna grupp finns i Gävle kommun. Samverkan är till syfte att förbättra vårdkedjan.

Under intervjuer har det framgått att rapporterade avvikelser ska efterföljas av upprättandet av en åtgärdsplan. Under intervju med representanter för hemtjänsten i Gävle kommun framgår även att rapporterade avvikelser och åtgärder som upptäcks av hemtjänsten kommuniceras till hemsjukvården samt legitimerad personal.

### *Bedömning*

#### *Vidtas åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att det av nämnden delvis har vidtagits åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning.

Granskningen av omsorgsnämndens protokoll visar att nämnden har fattat beslut som relaterar till verksamhetsrapportering och godkännande av rapporter, vilket indikerar en viss grad av formell uppföljning och åtgärdsplanering. Dock saknas det tydliga och specifika beslut om åtgärder som direkt adresserar identifierade brister inom verksamheten.

Det finns indikationer på att vissa åtgärder vidtas inom verksamheterna för att hantera identifierade brister. Detta initiativ visar på lokala ansträngningar att förbättra samverkan och kommunikation vilket kan ha positiva effekter på ett minskat behov av slutenvård. Detta framgår exempelvis genom att "förstärkta samverkan" gruppen som är under implementering.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning. Granskningens syfte är att ge underlag för bedömning om socialnämnden säkerställer att det finns ett ändamålsenligt arbete vad gäller arbetet kring påverkbar slutenvård för äldre vid särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden... **i inte helt** har ett ändamålsenligt arbete vad gäller arbetet kring påverkbar slutenvård för äldre vid särskilt boende eller med kommunal hemsjukvård.

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

- Säkerställ att efterlevnad till avtal och överenskommelser följs upp, och att det vid behov vidtas åtgärder.
- Säkerställ att det finns aktuella överenskommelser avseende läkarmedverkan för de i ordinärt boende.
- Säkerställ att resultat och eventuellt vidtagna åtgärder i samband med uppföljning av avtal och överenskommelser delges verksamheten.
- Tillse att äldre med behov av sjukvård i ordinärt- eller särskilt boende får den tillgång till läkarkompetens som är motiverat för att tillgodose behoven och undvika slutenvård när sådan inte är nödvändig.
- Tillse att det finns rutiner och utbildningsinsatser för att säkerställa enhetliga arbetssätt, exempelvis hur försämrat hälsotillstånd hos äldre i ordinärt eller särskilt boende ska uppmärksammas och hanteras. Utbildningsinsatser bör ske i samverkan med regionen.
- Tydliggör behovet av arbetsformer/verksamhetsformer med syfte att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna vid vård av äldre i hemmet.
- Säkerställ att rutin för avvikelshantering revideras och efterlevs.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
1. Finns det tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre?	<p><b>Delvis</b></p> <p>Vi bedömer att det delvis finns en tydlig styrning för hur kommun och region ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre. Vi bedömer att det till viss del finns avtal och överenskommelser som beskriver ansvarsfördelning och samarbetet mellan region och kommun. Dessa dokument visar på en viss grad av styrning för hur kommunen och regionen ska samordna sig för att skapa en god vård i hemmet och på SÄBO för de mest sjuka äldre. Vi har dock inte tagit del av en skriftlig överenskommelse/beskrivning avseende hur samverkan ska ske mellan det mobila sjukvårdsteamet och den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med gällande rutin. Vi bedömer att det finns rutiner för upprättande av samordnade individuella planer, det framkommer dock att rutinerna inte alltid efterlevs för de med kommunal hemsjukvård och de som bor på SÄBO. Vi bedömer att en otillräcklig läkarmedverkan utanför kontorstid påverkar möjligheten att skapa en god vård i hemmet. Vidare bedömer vi det positivt att forum som Länsledning</p>



---

Välfärd och dess utskott verkar för att förbättra samverkan samt att det finns övergripande och lokala samverkansforum. Men det finns fortfarande utrymme för att stärka och säkerställa fungerande forum för samverkan i hela länet.

---

2. Finns det rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen?

#### **Delvis**

Vi bedömer att det i huvudsak finns rutiner och arbetssätt som säkerställer att risker avseende försämrat hälsotillstånd uppmärksammas hos målgruppen och att åtgärder vidtas.

Det finns ett antal etablerade styrdokument och arbetssätt som syftar till att tidigt upptäcka och hantera hälsorisker hos äldre genom exempelvis rutiner för riskbedömningar för samtliga verksamheter som omvårdnadsnämnden har ett hälso- och sjukvårdsansvar för. Vi kan dock konstatera genom intervjuer att rutinerna för riskbedömning inte alltid följs. Detta beror delvis på att omvårdnadspersonalen saknar tillräcklig kunskap och uttrycker behov av utbildningsinsatser, särskilt när det gäller att hantera försämrade hälsotillstånd.

Vi noterar att nämnden har ett antal kvalitetsregister avseende riskbedömning. Detta i syfte att förebygga och förhindra sjukdom och skada hos patienter. Vi kan dock konstatera att Gävle kommun inte använder sig av "Senior alert" vilket övriga kommuner som ingår i samgranskningen använder sig av.

Vi noterar att nämnden behöver säkerställa att gällande avtal och överenskommelser efterlevs



---

och att läkare finns att tillgå dygnets alla timmar.  
Introduktionsprogram finns för nyanställda, men dessa uppfattas ibland som otillräckliga i omfattning och längd, vilket kan påverka personalens förmåga att identifiera och hantera hälsorisker effektivt.

---

3. Finns det riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd?

**Ja**  
Vi bedömer att det i huvudsak finns riktlinjer och rutiner som tydliggör hur samverkan ska ske kring den enskilda individen vid försämrat hälsotillstånd.  
Det har dock framgått att det finns ett behov av kontinuerlig utbildning av omvårdnadspersonal inom SÄBO och hemtjänsten avseende identifiering av försämrat hälsotillstånd.



4. Sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård?

**Delvis**  
Vi bedömer att det delvis sker en region- och kommungemensam uppföljning och mätning av arbetet med att undvika slutenvård.  
Vi bedömer att överenskommelser och avtal som finns följs upp enligt rutin. Länsledning Välfärd och Utskott vVuxna ansvarar för en enhetlig uppföljningsmodell som innebär att uppföljning sker kommun- och regiongemensamt.  
Vi bedömer även att nämnden inte gjort någon uppföljning inom området påverkbar slutenvård.  
Vidare bedömer vi att det finns styrande och stödjande dokument för avvikelshantering.  
Vi kan dock konstatera att revidering av rutinen inte har



---

genomförts inom utsatt tid. Vi kan konstatera att det finns brister i hur väl rutinen efterlevs, eftersom det till viss del finns oklarheter kring när en avvikelse ska rapporteras. Detta medför en risk att vissa avvikelser förblir orapporterade, vilket försvårar möjligheten att följa upp och vidta nödvändiga åtgärder baserat på händelsen. Vi bedömer vidare att det finns en spårbarhet i att nämnden har säkerställt att patientsäkerhetsberättelsen upprättats senast den 1 mars i enlighet med Patientlagens krav.

---

5. Vidtas åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning?

#### **Delvis**

Vi bedömer att det av nämnden delvis har vidtagits åtgärder utifrån brister och resultat från uppföljning. Granskningen av omsorgsnämndens protokoll visar att nämnden har fattat beslut som relaterar till verksamhetsrapportering och godkännande av rapporter, vilket indikerar en viss grad av formell uppföljning och åtgärdsplanering. Dock saknas det tydliga och specifika beslut om åtgärder som direkt adresserar identifierade brister inom verksamheten. Det finns indikationer på att vissa åtgärder vidtas inom verksamheterna för att hantera identifierade brister. Detta initiativ visar på lokala ansträngningar att förbättra samverkan och kommunikation vilket kan ha positiva effekter på ett minskat behov av slutenvård. Detta framgår exempelvis genom att "förstärkta samverkan" gruppen som är under implementering.





16 april 2025

Hanna Franck

Malou Olsson

---

*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 21 november 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



# Orosanmälningar/barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa

**Gävle kommun**

Februari 2025

*Erika Brolin, projektledare*

*Gustaf Almqvist, projektmedarbetare*

*Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor*

*Hanna Franck, certifierad kommunal revisor*






# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden och socialnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet vad gäller att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa och hanteringen av orosanmälningar samt om det sker med en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att utbildningsnämnden **inte helt** bedriver en ändamålsenlig verksamhet vad gäller att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Vår bedömning är att socialnämndens hantering av orosanmälningar **inte helt** sker på ett ändamålsenligt sätt. Den interna kontrollen på området bedöms **i allt väsentligt** vara tillräcklig.

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

Revisionsfrågor	Bedömning
Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner, arbetssätt och kompetens inom skolan för att tidigt uppmärksamma barn som riskerar att fara illa?	Delvis 
Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner och arbetssätt inom skolan för att upprätta orosanmälan och involvera socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa?	Delvis 
Säkerställer socialnämnden att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av orosanmälningar som inkommer till socialtjänsten och som rör barn i grundskolan?	Delvis 
Säkerställer socialnämnden att det finns struktur, forum eller former för strategisk samverkan i syfte att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder?	Delvis 
Säkerställer socialnämnden att det finns system för egenkontroll som gör att nämnden kan uppmärksammas om eventuella brister kopplat till orosanmälan?	Ja 

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning vill vi lämna följande rekommendationer:

- Att utbildningsnämnden säkerställer kunskaper om befintliga rutiner och kännedom om tillvägagångssättet vid orosanmälan, liksom uppföljning av följsamheten till

dessa. Detta i syfte att säkerställa en likvärdig och säker hantering i genomförandet av orosanmälningar, med utgångspunkt i framtagna e-tjänst och dokumenterade rutiner.

- Att utbildningsnämnden och socialnämnden verkar för en dialog gällande former för kontakt och samverkan mellan socialtjänst och skola. Samverkan behöver ske med utgångspunkt i behoven i det enskilda ärendet. Mot bakgrund av att det i granskningen givits uttryck för varierande uppfattningar om följsamhet till exempelvis rutiner avseende anmälningmöten kan det dock finnas skäl till att öka skol- och socialtjänstpersonalens kunskaper om, och tillit till, respektive verksamhets roll och uppdrag samt förväntningar på varandra.
- Att utbildningsnämnden och socialnämnden fortsätter arbetet för att utveckla samsynen vad gäller exempelvis barn och ungas behov och vilka prioriteringar som behöver göras för att möta dessa.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>4</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>5</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>6</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>7</b>
<b>Att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa</b>	<b>7</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>7</b>
<b>Bedömning</b>	<b>9</b>
<b>Skolans rutiner avseende orosanmälan</b>	<b>10</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>10</b>
<b>Bedömning</b>	<b>12</b>
<b>Rutiner för hantering av inkomna orosanmälningar</b>	<b>12</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>13</b>
<b>Bedömning</b>	<b>16</b>
<b>Strukturer och forum för att fånga behov av förebyggande insatser</b>	<b>17</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>17</b>
<b>Bedömning</b>	<b>19</b>
<b>System för egenkontroll</b>	<b>20</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>20</b>
<b>Bedömning</b>	<b>22</b>
<b>Samlad bedömning</b>	<b>23</b>
<b>Rekommendationer</b>	<b>23</b>
<b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor</b>	<b>24</b>

# Inledning

## Bakgrund

Orosanmälningar till socialtjänsten är en viktig del i samhällets skyddsnät och en möjlighet att tidigt fånga upp barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Vid Socialstyrelsens senaste kartläggning av orosanmälningar noterades att cirka 422 000 anmälningar gjordes år 2021<sup>1</sup>, att jämföra med cirka 331 000 anmälningar år 2018. År 2021 berördes ungefär vart tionde barn i Sverige av minst en anmälan. En majoritet av anmälningarna lämnas av yrkesverksamma som är skyldiga enligt lag att genast anmäla om de misstänker att ett barn far illa.

För barn som far illa eller riskerar att fara illa kan skolan göra stor skillnad och en stor andel av orosanmälningar som genomförts runt om i landet har under de senaste åren kommit från skolverksamhet. För det enskilda barnet kan det vara livsavgörande att skolpersonal tar sin anmälningsplikt på största allvar och fullföljer den. Skolverket har på sin hemsida lyft utmaningen med att anmälningsplikten kan väcka många frågor och känslor. Personalen på skolan vet många gånger om att de har en skyldighet att anmäla, men det kan finnas en rädsla för att svika ett förtroende eller en oro för vad en anmälan kan leda till.

Det är av stor vikt att det i kommunen finns ändamålsenliga rutiner för att upptäcka barn och unga som riskerar att fara illa och att rutinerna efterlevs. Det behöver också finnas tillgång till tidiga insatser för att möta och förebygga riskerna för att barn ska fara illa. Det är även viktigt att det finns en ändamålsenlig organisation för hantering av inkomna orosanmälningar.

De förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun har i sin risk- och väsentlighetsanalys funnit skäl att granska socialnämndens och utbildningsnämndens arbete med orosanmälningar gällande barn och unga i grundskoleålder som far illa eller riskerar att fara illa.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden och socialnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet vad gäller att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa och hanteringen av orosanmälningar samt om det sker med en tillräcklig intern kontroll.

Revisionsfrågor:

1. Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner, arbetssätt och kompetens inom skolan för att tidigt uppmärksamma barn som riskerar att fara illa?

---

<sup>1</sup> Den senaste nationella kartläggningen som genomförts avser år 2021

2. Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner och arbetssätt inom skolan för att upprätta orosanmälan och involvera socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa?
3. Säkerställer socialnämnden att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av orosanmälningar som inkommer till socialtjänsten och som rör barn i grundskolan?
4. Säkerställer socialnämnden att det finns struktur, forum eller former för strategisk samverkan i syfte att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder?
5. Säkerställer socialnämnden att det finns system för egenkontroll som gör att nämnden kan uppmärksammas om eventuella brister kopplat till orosanmälan?

Fråga 1-4 syftar främst till att bedöma ändamålsenligheten medan fråga 5 i huvudsak avser intern kontroll.

### Revisionskriterier

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

- 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) (Bestämmelser om nämndens ansvar för den interna kontrollen)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
  - 3 kap. 3 a § (Bestämmelser om att personal som ansvarar för t ex bedömning av om utredning avseende barn och unga ska inledas ska ha avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan)
  - 5 kap. 1 § (Bestämmelser om socialnämndens ansvar för att verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden)
  - 11 kap. 1 - 1 a §§ (Bestämmelser om nämndens ansvar rörande skyddsbedömning, förhandsbedömning och inledande av utredning)
  - 14 kap. 1 - 1 c §§ (Bestämmelser om vilka yrkesverksamma som är skyldiga att genomföra orosanmälan vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa, anmälningmöten respektive återkoppling på genomförd orosanmälan)
- Socialstyrelsens handböcker och föreskrifter på området
  - Handläggning och dokumentation<sup>2</sup>
  - Utredda barn och unga<sup>3</sup>
  - SOSFS 2011:9 (ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete)

### Avgränsning

Granskningen avgränsas till barn i grundskola och ovanstående revisionsfrågor.

Granskningen avgränsas till år 2024. Urvalet av intervjuade skolor har gjorts med hjälp av sektor Utbildning, med utgångspunkten att få en spridning vad gäller exempelvis

---

<sup>2</sup> ISBN: 978-91-7555-574-4

<sup>3</sup> ISBN: 978-91-7555-610-9

geografi och socioekonomiska förutsättningar. Inom ramen för granskningen har intervjuer inom skolverksamheten genomförts med representanter från skolenheter inom totalt två rektorsområden, samt med representanter från centrala elevhälsan.

### Metod

- Uppstartsmöte tillsammans med sektorschefer. Kompletterande frågor har i slutet av granskningen ställts till sektorschefer via mail.
- Genomgång av styrande och stödjande dokument relevanta för granskningen
- Genomgång av de berörda nämndernas protokoll, perioden december 2023-oktober 2024
- Intervjuer med följande funktioner har genomförts:
  - Enhetschef mottagningsenheten
  - 1:e socialsekreterare mottagningsenheten
  - Tre enhetschefer för utredningsenheterna
  - Två 1:e socialsekreterare inom en av utredningsenheterna
  - Tre socialsekreterare från mottagningsenheten
  - Tre socialsekreterare från utredningsenheterna
  - Två rektorer
  - Tre biträdande rektorer
  - En lärare och en specialpedagog
  - Två enhetschefer för centrala elevhälsan
  - Socialnämndens presidium
  - Utbildningsnämndens presidium (ordförande och 1:e vice ordförande)

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten. Rapporten är kvalitetssäkrad av Karin Magnusson (certifierad kommunal revisor), och Hanna Franck (certifierad kommunal revisor) enligt PwC:s rutiner för kvalitetssäkring.

# Granskningsresultat

## Att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa

*Revisionsfråga 1: Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner, arbetssätt och kompetens inom skolan för att tidigt uppmärksamma barn som riskerar att fara illa?*

Som beskrivs i nästkommande kapitel har bland annat skolpersonal en lagstadgad skyldighet att, vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa, göra en orosanmälan till socialtjänsten<sup>4</sup>. För att kontrollera om utbildningsnämnden har säkerställt att förutsättningar finns i verksamheten för att uppmärksamma de barn som far illa eller riskerar att fara illa har vi granskat förekomst av metoder och arbetssätt för tidig upptäckt. Vi har också kontrollerat om det finns ett systematiskt arbete för att säkerställa personalens kompetens för att identifiera risker för att barn far illa.

### *lakttagelser*

I Gävle kommun finns totalt 29 kommunala grundskolor. Dessa är indelade i rektorsområden bestående av ett antal skolenheter inom respektive område. Rektorsområdena leds av rektor. På respektive skolenhet utgör biträdande rektor närmaste arbetsledning.

I intervjuer med skolpersonal framkommer att det inte finns några specifika rutiner eller metoder för att identifiera barn som far illa eller riskerar att fara illa. Det ges uttryck för att detta ingår i elevhälsans grundläggande uppdrag, som exempelvis återkommande hälsobesök och hälsosamtal, samtidigt som övrig skolpersonal har ett ansvar för att i det dagliga arbetet uppmärksamma eventuella tecken på att barn far illa. Det uttrycks att frågan om barn som riskerar att fara illa generellt sett är ett aktuellt ämne och att det finns en medvetenhet om detta bland skolpersonalen.

Det sker inga systematiska utbildningstillfällen eller motsvarande riktade till kommunens grundskolor, vad gäller exempelvis vilka tecken skolpersonal bör vara uppmärksamma på för att upptäcka barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialtjänstens mottagningsenhet har vid olika tillfällen informerat olika enheter inom exempelvis sektor Utbildning om anmälningsplikten och socialtjänstens arbete med orosanmälningar. Syftet med sådana informationsträffar beskrivs bland annat vara att öka skolpersonalens kunskap inom området. Vi har tagit del av en sammanställning över var mottagningsenheten har genomfört dessa informationsträffar. I sammanställningen framgår att mottagningsenheten har besökt vissa grundskolor mellan 2016 och 2023. Av listan tolkar vi det som att totalt fyra informationsträffar riktade till grundskolor i kommunen genomfördes under år 2023. Det framgår dock inte helt tydligt hur många enheter eller vilken personal som deltagit (t ex rektorer, lärare etc.). Vi konstaterar att det inte genomförts några informationsträffar alls riktade till kommunens grundskolor under år 2024. I sammanhanget framkommer att mottagningsenheten, utifrån syftet att i tidigt skede möta barn som är i behov av stöd, kopplat särskilda kontaktpersoner från enheten till de kommunala förskolornas rektorsområden. I mottagningsenhetens

---

<sup>4</sup> 14 kap. 1 § socialtjänstlagen



handlingsplan för verksamhetsåret 2024 framgår att detta arbetssätt kan komma att bli aktuellt även gentemot kommunens grundskolor.

I granskningen poängteras att mottagningsenheten inte har något specifikt uppdrag att informera enheter inom sektor Utbildning eller att fortbilda dem i frågan. Mottagningsenhetens uppdrag med information till yrkessamma med anmälningsskyldighet sker utöver kärnuppdraget och i mån av tid och resurser, och avser alla yrkessamma med anmälningsskyldighet. Sådana informationsträffar genomförs efter önskemål från berörd verksamhet. Enligt uppgifter i granskningen har ingen verksamhet inom sektor Utbildning under år 2024 kontaktat mottagningsenheten med sådan förfrågan. I sammanhanget beskrivs att mottagningsenheten även har en inspelad presentation som kan delas till de samverkanspartners som vill veta mer om anmälningsskyldigheten och orosanmälningar. Det hänvisas också till Socialstyrelsens skriftliga stöd till anmälningsskyldiga. Därutöver erbjuder socialtjänstens förebyggande enhet en utbildning kallad *Tala om oron*.

I intervjuer uppges skolfrånvaro vara en relativt vanlig orsak till att en orosanmälan upprättas. Det uppges även finnas en risk med att barn och elever med frånvaro riskerar att hamna mellan stolarna då de befinner sig i gränslandet mellan skolans och socialtjänstens ansvar. Vi har tagit del av en rutin för skolpliktsbevakning<sup>5</sup>. I rutinen beskrivs hur skolan ska arbeta med elever utan skolplacering, i de fall eleven är nyinflyttad från en annan kommun. Rutinen beskriver även hur skolan ska arbeta i de fall en elev inte dyker upp vid terminsstart. I dessa fall beskrivs i rutinen när en anmälan till socialtjänsten ska upprättas. I rutinen beskrivs även hur skolan ska agera i de fall eleven vistas utomlands i mer än sju månader.

### **Organisering för att möta upp barn som far illa eller riskerar att fara illa**

I granskningen beskrivs hur verksamheterna organiserat sig för att möta upp och hantera situationer när någon form av oro för ett barn uppmärksammas. I sammanhanget framhålls de olika återkommande elevhälsoteamen (EHT) som viktiga forum för att diskutera barn som skolpersonal uppmärksammat oro kring. På elevhälsoteamen träffas olika yrkesprofessionella inom en skola som arbetar tillsammans för att stödja elevernas hälsa, välmående och inläring utifrån ett helhetsperspektiv. Elevhälsoteamets syfte är att arbeta förebyggande och hälsofrämjande och samarbeta för att identifiera och stödja elever som har behov av extra hjälp, både på individ- och gruppnivå. Medlemmarna i ett elevhälsoteam kan inkludera skolsköterska, skolkurator, specialpedagog, skolpsykolog, studie- och yrkesvägledare samt biträdande rektor.

Vi har tagit del av en dokumenterad presentation av "Gävlemodellen"<sup>6</sup>. Modellen är inte ett verktyg eller metod för att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa, utan snarare en modell för att skapa en trygg skolmiljö. I presentationen framgår att Gävlemodellen är en modell som alla skolor arbetar efter för att aktivt förebygga mobbing och kränkningar samt främja ett positivt värdegrundsarbete. Vi har även tagit

---

<sup>5</sup> Beslutad av chef för verksamhetsstödet 2022-02-01

<sup>6</sup> Daterad 2024-04-18

del av ett odaterat dokument kallat "Gemensam modell för hälsofrämjande och förebyggande arbete inom Utbildning Gävle". I dokumentet beskrivs arbetet med hälsofrämjande och förebyggande arbete på en övergripande nivå.

I intervjuer framkommer att vissa skolor har lyft arbetet med barn som far illa eller riskerar att fara illa och orosanmälningar till socialtjänsten vid arbetsplatsträffar. Detta sker dock inte med någon systematik.

### **Elevhälsoplan**

Vi har tagit del av en kommungemensam elevhälsoplan för grundskolan i Gävle kommun, läsåret 2023/2024. I elevhälsoplanen framgår att syftet med planen är att den ska bidra till likvärdighet mellan kommunens skolor. Därtill framgår att varje rektorsområde eller enhet kan komplettera elevhälsoplanen med lokala rutiner. Elevhälsoplanen ska vara till stöd för skolledning, pedagogisk personal och elevhälsopersonal inom grundskolan. I elevhälsoplanen framgår att det finns elevhälsoteam på varje skola där både lokalt och centralt organiserad elevhälsopersonal arbetar tillsammans med skolledningen. Det framgår att det också finns centralt organiserad elevhälsopersonal som arbetar ut mot alla skolor. I planen tydliggörs de olika professionernas uppdrag kring elevhälsa.

I intervjuer beskrivs elevhälsoplanen som viktigt dokument för elevhälsopersonal, men att det inte i någon större utsträckning används av övrig skolpersonal. Därtill framgår att elevhälsoorganisationen varierar mellan skolor och att det är upp till rektor att besluta om hur organisationen ska se ut på respektive skolenhet. Vissa av de intervjuade upplever det faktum att rektorernas/rektorsområdets organisering av elevhälsoarbetet bidrar till försvåring av att nå likvärdighet, till exempel för skolkuratorerna som inte har ett lika tydligt uppdrag som den medicinska delen av elevhälsan. Uppdraget som skolkurator uppfattas ha blivit mer omfattande på senare tid, och många insatser framhålls ske på gruppnivå.

### *Bedömning*

*Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner, arbetssätt och kompetens inom skolan för att tidigt uppmärksamma barn som riskerar att fara illa?*

### **Delvis.**

Som framgår i nästkommande kapitel har skolpersonal en lagstadgad skyldighet att, vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa, göra en orosanmälan till socialtjänsten. För att kunna fullgöra denna skyldighet är det av vikt att skolpersonal har förutsättningar för att uppmärksamma berörda barn.

Vår bedömning är att det till viss del finns rutiner, arbetssätt och kompetens för att uppmärksamma barn som riskerar att fara illa, som exempelvis hälsosamtal. Vi konstaterar att det finns dokumenterade rutiner som bland annat beskriver agerandet om ett barn inte dyker upp vid terminsstart.

Socialtjänstens mottagningsenhet har genomfört vissa informationsträffar som syftat till att öka skolpersonals kompetens rörande anmälningsplikten och socialtjänstens arbete

med inkomna orosanmälningar, men inga sådana träffar har genomförts under år 2024 då detta inte efterfrågats från någon verksamhet inom sektor Utbildning. Det förekommer inte heller någon systematisk fortbildning som syftar till att tydliggöra exempelvis vilka tecken som skolpersonal bör vara vaksam på för att i ett tidigt skede uppmärksamma barn som riskerar att fara illa. Vår bedömning är att det kan finnas en risk att exempelvis ny personal således kan sakna nödvändig kunskap och förståelse för hur de ska agera vid misstanke om att ett barn far illa.

Utifrån genomförd granskning kan vi konstatera att det finns uppfattningar om svårigheter att nå likvärdighet i skolkuratorernas arbete. Vår bedömning är att det därför är viktigt att arbeta för att minska risken för skillnader mellan skolorna och ojämlikhet i tillgången till stöd.

Vi bedömer att det, genom exempelvis arbete i elevhälsoteam, finns en organisation som syftar till att möta upp och hantera situationer när oro för ett barn väl har uppmärksammats.

### **Skolans rutiner avseende orosanmälan**

*Revisionsfråga 2: Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner och arbetssätt inom skolan för att upprätta orosanmälan och involvera socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa?*

Enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) är yrkesverksamma inom (bland annat) myndigheter vars verksamhet berör barn och unga skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

#### *lakttagelser*

I granskningen framkommer att det inom sektor Utbildning inte finns några sektorsövergripande rutiner som beskriver hur personal inom skolverksamheten ska arbeta med orosanmälningar. Vi har heller inte funnit att enskilda skolor upprättat enhetsspecifika rutiner med bäring på granskningsområdet. Arbetet med orosanmälningar finns däremot till viss del beskrivet i ett formulär avseende anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL. I och med detta formulär finns möjlighet att lämna orosanmälan genom en särskild e-tjänst. I intervjuer uppges e-tjänsten finnas tillgänglig för all personal, via kommunens intranät. I anmälningsformuläret framgår att anmälaren bland annat ska fylla i uppgifter om vem anmälan avser samt vad anmälan gäller. Formuläret innehåller till viss del vägledning kring vad som kan fyllas i;

- Vad består oron av?
- Varför är du orolig för barnet?
- Förtydliga med exempel om händelser som du har uppmärksammat och hur länge oron har funnits?
- Vad är anledningen till att anmälan görs nu?

I anmälan ska det även bland annat framgå vilka åtgärder eller insatser som skolan/förskolan vidtagit samt om den som upprättat anmälan önskar återkoppling från socialtjänsten.

Till ovanstående formulär finns, på intranätet, en tillhörande lathund. I lathunden förtydligas anmälningsskyldigheten för anställda på myndigheter vars verksamheter som berör barn och ungdomar. I lathunden framgår även bland annat följande:

- Varje skolenhet eller förskola kan ha egna rutiner hur en anmälan lämnas in. Grundprincipen är däremot att ansvarig rektor/biträdande rektor skriver under inlämnad anmälan. Varje enskild medarbetare är däremot skyldig att vid oro kring ett barn lämna in en egen anmälan om tidigare nämnda rektorer inte är tillgängliga eller av olika skäl själva inte delar oron.
- Anmälan ska göras skriftligen, gärna med hjälp av mallen. Vid mycket akut fara för barnet/ungdomen kan dock anmälan lämnas in muntligen till mottagningsenheten på telefon. Därefter kompletteras den muntliga anmälan med en skriftlig.
- Vid behov av rådgivning kan förskole-/rektorsområdets skolkurator eller socialtjänstens mottagningsenhet kontaktas. Rådgivning kan göras anonymt.
- Vid misstanke om våld, hot om våld, sexuella övergrepp är det mycket viktigt att anmälan sker skyndsamt samt att vårdnadshavare inte informeras om anmälan.

Intervjuade förmedlar en varierande kännedom om förekomsten av ovanstående lathund och dess innehåll.

Det är även möjligt att skicka in en orosanmälan via det verksamhetssystem som används för elevhälsorelaterade frågor. I granskningen ges uttryck för att detta tillvägagångssätt finns tillgängligt för skolledare och elevhälsopersonal och beskrivs vara det sätt som elevhälsan måste använda för att säkra sekretessen.

I intervjuer framgår att medvetenheten om anmälningsskyldigheten generellt sett uppfattas som hög bland skolpersonal, men att det finns variationer mellan olika skolor. Dessutom ges uttryck för att rutinerna för hur en anmälan upprättas skiljer sig åt. Enligt intervjuade har vissa skolor som rutin att biträdande rektor ansvarar för alla anmälningar, oavsett om oron ursprungligen noterats av en lärare eller av elevhälsan. Anledningen till denna rutin är att en anmälan inte ska riskera att påverka ett eventuellt förtroende mellan en elev och en lärare, samt utifrån risken för hot mot skolpersonal. I intervjuer med representanter för socialtjänstens ges uttryck för en förståelse för rutinen om att rektor/biträdande rektor står som avsändare för orosanmälan, men lyfter samtidigt att detta innebär vissa utmaningar i socialtjänstens arbete med att inhämta kompletterande information från skolan. Om orosanmälan kommer från rektor/biträdande rektor, är det också denne som socialtjänsten kontaktar. I praktiken kan det dock finnas behov av att samtala med den skolpersonal som uppmärksammat barnets situation, vilket kan innebära en process innan rätt person nås. I sammanhanget

nämns att den enskilde skolpersonalens namn således ändå kommer fram, även i de fall som denne inte står som avsändare av anmälan.

Intervjuade beskriver att det har förekommit situationer där rektorer inte delat elevhälsans bedömning om att en orosanmälan bör göras. I dessa fall uppmanas de anställda inom elevhälsan att, utifrån de krav som lagstiftningen anger, ändå genomföra anmälan.

I granskningen ges uttryck för att det varierar i vilken form anmälan lämnas till socialtjänsten. Även om det, som beskrivs ovan, finns en särskild e-tjänst samt ett formulär via systemet för elevhälsorelaterade frågor, menar representanter för socialtjänsten att dessa i begränsad utsträckning används. Orosanmälningar lämnas istället huvudsakligen på andra sätt.

### *Bedömning*

*Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner och arbetssätt inom skolan för att upprätta orosanmälan och involvera socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa?*

#### **Delvis.**

Utifrån genomförda intervjuer är vår uppfattning att kännedomen om anmälningsskyldigheten i huvudsak är god hos skolpersonalen. Befintligt anmälningsskyldighetsformulär med tillhörande lathund utgör verktyg för att underlätta arbetet med upprättande av orosanmälningar.

Genomförd granskning visar att det finns likartade arbetssätt mellan de intervjuade skolorna vad gäller att det i första hand är rektor/biträdande rektor som undertecknar orosanmälan, även om det också händer att exempelvis elevhälsan lämnar orosanmälningar på egen hand. Mot bakgrund av att det är viktigt att en sådan rutin inte vilseleder personalen att tro att ansvaret för anmälan ligger hos någon annan än dem själva, bedömer vi det positivt att respektive tjänstepersoners ansvar för att lämna orosanmälan betonas i den dokumenterade lathunden.

Utifrån genomförd granskning är vår uppfattning att kännedomen om förekomsten av anmälningsskyldighetsformuläret med tillhörande lathund varierar, liksom användandet av den framtagna e-tjänsten. Vi rekommenderar därför utbildningsnämnden att säkerställa kunskaper om befintliga rutiner och kännedom om tillvägagångssättet vid orosanmälan, liksom uppföljning av följsamheten till dessa. Detta i syfte att säkerställa en likvärdig och säker hantering i genomförandet av orosanmälningar.

### **Rutiner för hantering av inkomna orosanmälningar**

*Revisionsfråga 3: Säkerställer socialnämnden att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av orosanmälningar som inkommer till socialtjänsten och som rör barn i grundskolan?*

När det gäller socialtjänstens hantering av orosanmälningar finns ett flertal olika regleringar. I detta kapitel beskrivs lagens krav på området, samt vad vi i granskningen funnit gällande efterlevnaden till dessa. Lagens krav finns även beskrivna och

konkretiserade i Socialstyrelsens handböcker *Handläggning och dokumentation* samt *Utreda barn och unga*.

### *lakttagelser*

I intervjuer ges uttryck för att antalet anmälningar ökat över tid, men att inflödet varierar i perioder. I granskningen noteras exempelvis ett högt inflöde under våren 2024, som sedan minskade något efter sommaren.

### **Organisation och uppdrag**

I granskningen framkommer att inkomna anmälningar gällande barn och unga som inte har ett pågående socialtjänststämmande sedan tidigare hanteras av mottagningsenheten. I en dokumenterad uppdragsbeskrivning<sup>7</sup> framgår att enhetens uppdrag är att vara en gemensam ingång för socialnämndens myndighetsutövning avseende individ- och familjeomsorg (IFO). Mottagningsenheten ansvarar därmed för att anmälningar och ansökningar tas emot och bedöms.

Enligt 3 kap. 3a § SoL ska socialnämnden använda handläggare som har avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av sådana uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar bedömning av om utredning ska inledas. I intervjuer framgår att mottagningsenheten består av 16 socialsekreterare, tre 1:e socialsekreterare<sup>8</sup> och två administratörer. Enheten leds av en enhetschef med budget- och personalansvar. Personalomsättningen inom arbetsgruppen beskrivs som relativt stabil över tid. Samtliga medarbetare som arbetar med myndighetsutövning uppges vara socionomer (inklusive 1:e socialsekreterare och enhetschef).

I 11 kap. 1 a § SoL uttrycks att nämnden, vid inkommen anmälan, genast ska göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. Detta brukar kallas för skyddsbedömning. Skyddsbedömningen ska dokumenteras. I mottagningsenhetens uppdragsbeskrivning framgår att mottagningsenheten ansvarar för att genomföra en skyddsbedömning inom 24 timmar från det att en anmälan eller ansökan inkommer, samt att besluta om akuta skyddsåtgärder i enlighet med SoL och LVU<sup>9</sup>. I intervjuer framkommer att den första skyddsbedömningen i samband med inkommen orosanmälan genomförs av antingen enhetschef eller 1:e socialsekreterare.

I 11 kap. 1 a § SoL anges att nämnden, om det inte finns synnerliga skäl, inom 14 dagar från det att anmälan inkommit ska fatta beslut om att inleda eller inte inleda utredning. Processen från inkommen orosanmälan fram till beslut om att inleda/inte inleda utredning kallas förhandsbedömning. I mottagningsenhetens uppdragsbeskrivning framgår att enheten ansvarar för att genomföra sådan förhandsbedömning. Intervjuade ger uttryck för en i huvudsak god efterlevnad till detta lagkrav, även om undantag finns. Som exempel nämns att verksamheten upplevt vissa problem med postgången, vilket medfört att kallelser inte alltid hinner nå fram till berörda familjer i tid. Enligt intervjuade

---

<sup>7</sup> Reviderad 2023-06-16

<sup>8</sup> 1:e socialsekreterare har ansvar att leda det operativa arbetet på enheten

<sup>9</sup> Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga

står Gävle kommun i kö för att ansluta sig till möjligheten att göra utskick via digital brevlåda.

I uppdragsbeskrivningen framgår även att mottagningsenheten ska agera som konsultativa ambassadörer för socialnämnden genom att ge information, vägledning och rådgivning i sociala frågor samt kan hänvisa till andra aktörer vid behov. Vi har i tidigare kapitel beskrivit de informationsträffar som mottagningsenheten genomfört riktade till dels skolor, men även andra aktörer i samhället. Dessa informationsträffar utgör en del i mottagningsenhetens konsultativa roll.

Vi har tagit del av en dokumenterad rutin avseende förhandsbedömningar<sup>10</sup>. Rutinen beskriver hur inkomna orosanmälningar för barn och unga ska hanteras inom mottagningsenheten. Rutinen innehåller en beskrivning av vad en förhandsbedömning ska omfatta och förtydligar att det finns särskilda regler som begränsar tiden att fatta beslut om att inleda eller inte inleda utredning. Rutinen innehåller även en beskrivning av arbetet med skyddsbedömningar, anmälningsmöten, dokumentation samt återkoppling till anmälaren. I syfte att säkerställa att det alltid finns någon som har kapacitet att arbeta med akuta ärenden har två handläggare per dag så kallad akutdag, vilket innebär att kalendern ska hållas relativt obokad för att möjliggöra tid för detta.

När mottagningsenheten gjort skyddsbedömning och förhandsbedömning, fördelas ärendet vidare till en av tre enheter för fortsatt utredning. Ärenden som rör barn överlämnas till utredningsenheten barn, ärenden som rör ungdomar skickas till utredningsenhet ungdom och ärenden som involverar våld i nära relationer överförs till enheten för våld i nära relation (EVIN). Vi har tagit del av en dokumenterad rutin för överlämnande av ärenden från mottagningsenheten till utredningsenhet, i vilken det framgår hur överlämnandet från mottagningsenheten till utredningsenheterna går till.

I intervjuer framkommer att flödet mellan mottagningsenheten och utredningsenheterna i huvudsak är tydligt. Dock kan det ibland uppstå ärenden där det inte är helt tydligt vilken enhet som ska ta vid. Intervjuade beskriver att detta löses genom dialog mellan berörda enheter. Orosanmälningar som inkommer under redan pågående utredningar hanteras av respektive utredningsenhet, vilket då bland annat inkluderar genomförande av skyddsbedömning. Utredningsenheterna ansvarar även för att hantera orosanmälningar som rör barn som har varit aktuella hos någon av utredningsenheterna inom de senaste tre månaderna. I sådana ärenden ansvarar mottagningsenheten för att fördela de inkomna orosanmälningarna till rätt utredningsenhet. På utredningsenheterna barn och ungdom arbetar totalt 32 stycken årsarbetare. Detta inkluderar chefer, förste socialsekreterare, specialisthandläggare samt administratörer. På EVIN arbetar sju socialsekreterare med barn- och ungdomsärenden.

Socialsekreterare på samtliga enheter uppges erbjudas extern processhandledning på månatlig basis samt kompetensutveckling i form av vissa vidareutbildningar inom olika områden. Intervjuade beskriver dock att kompetensutveckling har fått stå tillbaka den senaste tiden på grund av hög arbetsbelastning. Det framkommer att

---

<sup>10</sup> Reviderad 2023-09-20



arbetsbelastningen under sommaren 2024 var hög, i synnerhet inom utredningsenhet barn, och att övriga enheter under den tiden har fått stötta upp utifrån en särskild beredskapstrappa.

I intervjuer framkommer att Gävle kommun ingår i den nationella kompetensutvecklingssatsningen för socialtjänstens medarbetare; "Yrkesresan".

### **Rutiner**

Vi har tagit del av ett antal dokumenterade rutiner med bäring på granskningsområdet. Några av de erhållna rutindokumenterna riktar sig till övriga verksamheter inom sektor Vårdfärd (inklusive externa utförare) och avser vad som kan utgöra grund för oro och hur genomförandet av en anmälan till mottagningsenheten sker. Utöver dessa finns några rutindokument som berör handlägningsförfarandet i samband med inkommen orosanmälan. Dessa gäller, enligt intervjuade, för samtliga enheter som handlägger ärenden rörande barn och unga. Rutinerna är fastställda på verksamhetsnivå och förtydligar arbetet inom respektive område. Vi har tagit del av följande rutiner som berör socialtjänstens hantering av inkomna orosanmälningar avseende barn och unga:

- Rutin för aktualisering av barn till socialtjänsten
- Rutin för förhandsbedömning barn och unga

Det finns även vissa enhetsspecifika dokumenterade rutiner rörande exempelvis den interna roll- och ansvarsfördelningen i samband med inkomna orosanmälningar.

I socialtjänstlagen finns även vissa delar som inte är tvingande utan mer av rekommendationer. Exempelvis tydliggör 14 kap. 1 a § SoL att socialnämnden bör erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. Ett sådant möte kallas anmälningsmöte och avser enbart anmälare som omfattas av anmälningskyldigheten i 14 kap. 1 § SoL (dvs. exempelvis skolpersonal). Skolpersonal är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd. I den tidigare nämnda rutinen avseende förhandsbedömningar tydliggörs ovanstående lagtext. I intervjuer med representanter för socialtjänsten framkommer att sådana anmälningsmöten genomförs i mån av tid, utifrån behov och i de fall det är lämpligt samt när det efterfrågats av den som lämnat anmälningen. I intervjuer med personal inom skola och elevhälsa ges uttryck för att anmälningsmöten och återkoppling från socialtjänsten ses som ett utvecklingsområde. Det förmedlas en uppfattning om att det inte alltid är självklart att ett anmälningsmöte äger rum, även i de fall som det uttryckts en önskan om detta.

Socialnämnden får enligt 14 kap. 1 b § SoL informera den som gjort en anmälan som gäller barn om att en utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt att göra detta. I likhet med vad som gäller för anmälningsmöte gäller bestämmelserna om återkoppling endast anmälare som omfattas av anmälningskyldigheten i 14 kap. 1 § SoL. Intervjuade representanter från skolan



förmedlar varierande uppfattningar gällande socialtjänstens kommunikation och tydlighet kring uppföljningen efter en lämnad orosanmälan. Vissa har positiva erfarenheter av anmälningmöten och återkoppling avseende huruvida en utredning har inletts eller inte, medan andra upplever att detta är mer sällsynt förekommande. Intervjuade förmedlar en uppfattning om att frågan om hur väl kontakten med socialtjänsten fungerar vanligtvis är personbunden. Både representanter för socialtjänsten och skola förmedlar värdet av en nära samverkan för att kunna ge barnen bästa möjliga stöd, men det ges uttryck för en önskan från skolans sida om en mer konsekvent och strukturerad process för anmälningmöten och tätare dialog. Vi noterar att mottagningsenheten, i sin handlingsplan för verksamhetsåret 2024, formulerat "Att som regel föreslå och erbjuda anmälningmöten vid inkommen anmälan från yrkessamma oavsett om anmälaren aktivt önskat detta eller ej" som ett av årets fokusområden.

### **Socialjour**

I granskningen framkommer att socialjouren i Gävle<sup>11</sup> ansvarar för att ta emot anmälningar/information och göra bedömningar i akuta situationer utanför kontorstid. Flödet mellan socialjouren och mottagningsenheten (och övriga socialtjänstenheter) gällande anmälningar som handlagts utanför kontorstider beskrivs av intervjuade som överlag välfungerande. Det framgår att det finns upparbetade rutiner för hur överlämningen mellan jouren och övriga enheter går till. Socialjouren har inte tillgång till det digitala verksamhetssystemet. Dokumentationen skickas därför i pappersform för vidare handläggning under kontorstid.

### *Bedömning*

*Säkerställer socialnämnden att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av orosanmälningar som inkommer till socialtjänsten och som rör barn i grundskolan?*

### **Delvis.**

Kraven gällande socialnämndens hantering av inkomna orosanmälningar regleras framförallt i socialtjänstlagen.

Vår bedömning är att det finns dokumenterade rutiner till stöd i handläggningen, som bland annat omfattar lagens krav kopplat till förhandsbedömningar. Utifrån genomförda intervjuer är vår uppfattning att arbetet med skyddsbedömningar i hög grad följer lagens krav, medan det finns vissa avvikelser vad gäller följsamheten till lagstadgade tidsintervall för förhandsbedömningar. Att handlägningsprocessen sker i enlighet med lagstiftningens krav och på ett effektivt sätt är väsentligt utifrån flera aspekter, exempelvis ur rättssäkerhetssynpunkt för den enskilde samt ur arbetsmiljösynpunkt för socialtjänstens medarbetare.

Vår uppfattning är att det finns en samsyn mellan socialtjänsten och skolan vad gäller vikten av nära samverkan och dialog kring barn som berörs av orosanmälningar. Genomförda intervjuer tyder dock på att det varierar på vilket sätt och i vilken omfattning sådan kontakt sker. Mot bakgrund av att det i granskningen ges uttryck för varierande

---

<sup>11</sup> Socialjouren är gemensam för kommunerna Gävle, Hofors, Sandviken, Ockelbo, Söderhamn, Bollnäs, Ovanåker, Hudiksvall, Ljusdal och Nordanstig. Den gemensamma socialjouren är stationerad i Gävle.

uppfattningar om exempelvis förekomsten och behovet av anmälningsmöten, är vår bedömning att det kan finnas skäl för nämnderna och verksamheterna att föra dialog kring detta.

## **Strukturer och forum för att fånga behov av förebyggande insatser**

*Revisionsfråga 4: Säkerställer socialnämnden att det finns struktur, forum eller former för strategisk samverkan i syfte att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder?*

I 5 kap. 1 § SoL regleras socialnämndens ansvar att verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. I socialnämndens ansvar ligger bland annat att bedriva förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. Tillsammans med andra samhällsorgan ska socialnämnden uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem.

### *lakttagelser*

I Gävle kommuns *Socialt hållbarhetsprogram 2019-2024*<sup>12</sup> nämns barn och unga som utpekad grupp utifrån betydelsen av tidiga och förebyggande insatser i livet för att skapa ett socialt hållbart samhälle. I programmet beskrivs att det exempelvis handlar om trygga uppväxtvillkor och en helhetsförståelse för både barnperspektivet och barnets perspektiv. En av de framgångsfaktorer som nämns i det sociala hållbarhetsprogrammet är "Utvecklad samverkan och rutiner mellan aktörer och huvudmän som har olika ansvarsområden när det gäller stödet till barn och unga".

Vi har inom ramen för granskningen efterfrågat dokument som beskriver socialnämndens former för samverkan i syfte att uppmärksamma förändrade behov avseende tidiga insatser till barn och unga, men inte kunnat verifiera att några sådana finns. I intervjuer framkommer att samverkan i huvudsak bedrivs på individ- och gruppnivå, snarare än på övergripande strategisk nivå. Som exempel på detta nämns arbete inom ramen för samverkansmodellen SSPF<sup>13</sup> samt genom SIP (samordnad individuell plan<sup>14</sup>).

### **Samverkan på strategisk nivå**

Ett antal olika samverkansforum där skola och socialtjänst ingår beskrivs dock finnas, både på strategisk och operativ nivå, även om de inte har ett särskilt uttalat fokus på att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser. Ett exempel på ett sådant forum beskrivs vara den *Strategiska gruppen* där samtliga av kommunens sektorer är representerade. Den strategiska gruppen beskrivs fokusera på gemensamma insatser på övergripande nivå och styrs av nämndernas ordföranden samt av sektorscheferna. Utbildningsnämnden representeras av elevhälsochefen och

---

<sup>12</sup>Avsåg ursprungligen åren 2019 till 2023. År 2023 förlängdes dock programmet till att även omfatta år 2024.

<sup>13</sup> Skola, socialtjänst, polis och fritid - ett brottsförebyggande arbete som utgår från samverkan kring grupper och individer. Arbetet bygger på en fast struktur och dagordning, återkommande möten och gemensamma handlingsplaner

<sup>14</sup> En SIP kan upprättas i de fall som barnet har behov av samordnat stöd från olika aktörer

socialnämnden av kontorschef för förebyggandeenheten. På nämndnivå genomförs gemensamma träffar tre till fyra gånger per år. Den strategiska gruppen samt styrgruppen träffas ytterligare några gånger per år. Ovanstående samverkansstruktur uppges vara nystartad under år 2023/2024 och ett av syftena beskrivs vara att få en tydligare strategisk styrning på området samt att utveckla och samordna processerna.

Utöver ovanstående beskrivs i granskningen att det finns ett strategiskt samverkansforum kallat *Länsledning*, där även Region Gävleborg är representerade. I detta forum deltar bland annat förvaltningschefer eller motsvarande från sektorerna Utbildning respektive Vårdförvaltning.

### **Samverkan på operativ nivå**

I anslutning till *Länsledning* finns, på lokal nivå, den så kallade *Operativa välfärdsgruppen*, där verksamhetschefer ingår. I Gävles operativa välfärdsgrupp ingår representanter från exempelvis skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri samt habilitering.

Samverkan framhålls även ske inom ramen för BIG (Brottsförebyggarna i Gävle), som är ett operativt samverkansorgan där polisen och olika sektorer från kommunen är representerade. BIG:s roll är i första hands att stödja vuxna som på olika sätt möter barn och ungdomar i åldern 0-18 år, genom exempelvis utbildning, samverkan, information och konsultation. I granskningen beskrivs exempelvis att BIG hanterar mycket av det gemensamma värdegrundsarbetet i kommunens skolor.

### **Socialnämndens mål och uppföljning**

I socialnämndens verksamhetsplan 2024-2027<sup>15</sup> framgår nämndens specifika målsättningar utifrån de kommunövergripande målen som fastställts av fullmäktige. Ett av dessa mål handlar om att "socialnämnden arbetar för en förbättrad livssituation för barn och unga i Gävle kommun genom att fokusera på barn och unga som behöver stöd och insatser." Utöver detta framgår i verksamhetsplanen följande mål med bäring på samverkan mellan socialtjänst och skola:

- Nämnden fortsätter arbetet med förstärkta insatser genom att erbjuda vissa prioriterade ungdomar och familjer en mer intensiv och nära vård i samarbete med skolan. Arbetet med SSPF & SIG<sup>16</sup> som startade 2023 fortsätter.
- Nämnden fortsätter arbetet med att möjliggöra förstärkta stödjande insatser riktade till familjer i samarbete med skolan.

I nämndens måluppföljning per augusti 2024 bedöms båda ovanstående mål delvis komma att uppnås för helåret.

På verksamhetsnivå sker arbete som kan anses utgöra en grund för socialnämnden att skaffa sig kunskap om hur behoven hos barn och unga i kommunen ser ut. I

---

<sup>15</sup> Antagen 2024-02-20 § 9

<sup>16</sup> Sociala insatsgrupper

socialnämndens årsredovisning och verksamhetsrapport för år 2023<sup>17</sup> framgår att Förebyggande enheternas<sup>18</sup> primära samverkansaktörer är skolverksamheter. I verksamhetsrapporten framgår att flera aktiviteter och insatser genomförts tillsammans med skolor under året. Riktade insatser har genomförts mot utvalda skolor. Familjestödet har intensifierat samarbetet med alla skolor i Gävle, och utsett kontaktpersoner till skolområden. Därtill framgår att sektor Utbildning har kontaktat socialtjänstens förebyggande enhet för att inleda samarbete i skolsociala team<sup>19</sup>. I verksamhetsrapporten framgår att socialnämnden dock inte kan medverka i skolsociala team utifrån det ekonomiska läget då viss medfinansiering krävs, men att detta är angeläget i framtiden. Frågan kring skolsociala team är något som lyfts av intervjuade som exempel på avsaknaden av kommungemensamma satsningar och prioriteringar. I intervjuer ges uttryck för att det i dagsläget saknas en sammanhållen bild av behoven hos barn och unga, samt hur dessa ska mötas. I sammanhanget förmedlas en uppfattning om att utbildningsnämnden önskar starta skolsocialt team, medan socialnämnden i första hand fokuserar på det brottsförebyggande arbetet.

I socialnämndens verksamhetsrapport framgår även att Gävle kommun under år 2023 börjat arbeta utifrån SSPF samt att nämnden fattat beslut om särskilt fokus på det brottsförebyggande arbetet. Utifrån detta har bland annat sociala insatsgrupper (SIG-team) inrättats tillsammans med polisen, i syfte att samverka kring unga personer som riskerar att utveckla och/eller redan har en kriminell livsstil samt har ett omfattande behov av samordning av insatser.

I vissa intervjuer förmedlas en uppfattning om att samverkan med socialtjänsten har blivit svårare den senaste tiden. Som exempel nämns att kontakt alltmer sällan sker i form av anmälningsmöten, referenssamtal och återkoppling kring huruvida utredning har inletts eller inte. I sammanhanget nämns också att samverkan i enskilda fall riskerar att bli beroende av vilka personer som är inblandade och hur väl de samarbetar. Det uppfattas dock finnas en strävan efter förbättringar på området.

I intervjuer med både elevhälsa och rektorer uppges att samverkan med socialtjänstens fältgrupp är välfungerande, och att man generellt sett har en tätare samverkan med förebyggande enheten än med myndighetsavdelningen.

### *Bedömning*

*Säkerställer socialnämnden att det finns struktur, forum eller former för strategisk samverkan i syfte att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder?*

### **Delvis.**

Socialnämnden har ett lagstiftat ansvar att bedriva förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. Detta innefattar bland annat samverkan med andra

---

<sup>17</sup> Antagen 2024-02-20 § 6

<sup>18</sup> Socialtjänstens öppenvårdsverksamhet, som stöttar barn och familjer utifrån olika aspekter

<sup>19</sup> Ett sätt för skolan och socialtjänsten att arbeta tillsammans för att stärka förutsättningarna för elever att uppnå målen med utbildningen, skapa en lugn och trygg skolmiljö, öka elevernas närvaro i skolan och ge stöd för att bryta en ogynnsam utveckling. Källa: Skolverket

samhällsaktörer, i syfte att uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem. Den nya socialtjänstlagen som förväntas träda i kraft 2025-07-01 kommer att innehålla ett än större fokus på det förebyggande arbetet. Genomförd granskning visar att vissa strukturer för samverkan kring barn och unga på strategisk och operativ nivå finns. Vi har dock inom ramen för granskningen inte kunnat verifiera att det finns några dokument som beskriver socialnämndens former för samverkan som särskilt syftar till att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder.

Utifrån genomförd granskning är vår uppfattning att det saknas en gemensam bild av behoven hos barn och unga, liksom gemensamma prioriteringar på politisk nivå för att möta dessa. Ett exempel som noteras i granskningen är att det mellan socialnämnden och utbildningsnämnden finns olika prioriteringar vad gäller skolsocialt team. Vi ser därför positivt på att det, genom *Strategiska gruppen*, finns en struktur som syftar till att få en tydligare styrning samt att utveckla och samordna processerna som rör barn och unga.

### **System för egenkontroll**

*Revisionsfråga 5: Säkerställer socialnämnden att det finns system för egenkontroll som gör att nämnden kan uppmärksammas om eventuella brister kopplat till orosanmälan?*

I Socialstyrelsens föreskrifter för det systematiska kvalitetsarbetet SOSFS 2011:09 framgår att egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Nämnden har i enlighet med 6 kap. 6 § kommunallagen ett ansvar att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande bestämmelser och att den interna kontrollen är tillräcklig.

### *lakttagelser*

I granskningen framkommer att socialnämnden bland annat inom ramen för *plan för intern styrning och kontroll* kontrollerar efterlevnaden till olika processer och moment, med utgångspunkt i en värdering av olika risker.

Socialnämndens plan för intern styrning och kontroll för innevarande år<sup>20</sup> (2024) innehåller en beskrivning av nämndens styrning och kontrollmiljö, riskvärdering och kontrollaktiviteter. Vid genomgång av planen noteras att socialnämnden har identifierat vissa riskområden med bäring på granskningsområdet. Under rubriken "Efterlevnad av externa och interna regelverk" framgår bland annat att brister i uppföljningen av nämndens verksamhet, avtal, uppdrag och individärenden kan leda till att nämnden inte kan säkerställa kvalitet i enlighet med sitt uppdrag. Dessutom framgår att brister i rapporteringen till nämnden kan resultera i att beslut om satsningar och åtgärder baseras på felaktiga grunder. Detta kan i sin tur medföra att det systematiska

---

<sup>20</sup> Antagen 2024-04-23 § 71

kvalitetsarbetet inte genomförs enligt gällande lagkrav, förordningskrav eller andra regelverk.

Ett annat område som ingår i ovanstående plan är risken för att organisationens verksamheter inte följer de beslutade rutinerna, särskilt när det gäller rutiner för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden har även identifierat en risk med att otillräcklig kompetensnivå eller bristande språkkunskaper hos enskilda medarbetare kan utgöra en risk för bristande insatser gentemot patienter, klienter eller kunder.

Utifrån de ovan nämnda riskerna framgår i planen att nämnden ska genomföra tertialvisa kontroller för att säkerställa att egenkontroller och riskbedömningar genomförs och återrapporteras. I kontrollerna ska det även granskas om det finns strukturer för att möjliggöra återrapportering av dessa aktiviteter.

I planen framgår även att kontroller ska genomföras för att säkerställa att orosanmälningar görs inom skola och förskola. Utifrån detta framgår att socialnämnden ska samarbeta med utbildningsnämndens verksamheter. I planen beskrivs däremot inte mer utförligt hur dessa kontroller ska genomföras. Vid granskningstillfället har uppföljning av genomförda kontroller för år 2024 ännu inte skett.

Vi noterar att socialnämndens plan för intern styrning och kontroll för föregående år (2023) innehöll kontrollmoment rörande orosanmälningar. I uppföljningen av genomförd internkontroll<sup>21</sup> beskrivs att det finns tydliga rutiner för hantering av orosanmälningar och att dessa följs, med få undantag. Därtill framgår att mottagningsenheten har kontaktpersoner gentemot varje förskoleområde, samt att det finns bemanning för att alltid kunna ta emot anmälningar och göra skyddsbedömningar i tid. I uppföljningen framgår även att en IVO-tillsyn uppmärksammat vissa brister avseende handläggning gällande framför allt våld i nära relationer under en treårsperiod, vilka har åtgärdats. I uppföljningen beskrivs vidare att det sker en tydlig överlämning från mottagningsenheten till respektive utredningsenheter, som följs upp varje vecka av kontorsledningen för att i tid identifiera arbetsanhopningar som skulle kunna innebära en risk att anmälningskedjan brister.

Vi noterar att genomförda internkontroller för 2023 även omfattade risker och kontrollmoment avseende kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom bland annat utredningsenheterna. Kontrollerna omfattade även en uppföljning avseende beviljade insatser och om insatser gett avsedd effekt samt risken för att inte klara följsamhet till den ekonomiska ramen med anledning av det ökade antalet HVB-placeringar och omplaceringar.

Intervjuade uppger att man är noggrann med att genomföra avvikelserapporteringar i de fall som avvikelser från befintliga rutiner noterats, samt att följa upp dessa.

---

<sup>21</sup> Godkänd 2024-02-20 § 7

Utifrån genomgång av socialnämndens protokoll för perioden december 2023 till oktober 2024, har vi inte kunnat verifiera att socialnämnden antagit någon samlad kvalitetsberättelse för helåret 2023.

### *Bedömning*

*Säkerställer socialnämnden att det finns system för egenkontroll som gör att nämnden kan uppmärksammas om eventuella brister kopplat till orosanmälan?*

**Ja.**

Nämnden har, i enlighet med kommunallagen, ett ansvar för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande bestämmelser och att den interna kontrollen är tillräcklig. I Socialstyrelsens föreskrifter för det systematiska kvalitetsarbetet finns krav på att egenkontroller ska utföras i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Vår bedömning är att det finns arbetssätt och styrdokument som utformats för att löpande utföra kontroller och att minimera risken för fel i hanteringen av olika processer och områden. Socialnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2023 innehöll kontrollmoment rörande processen kring orosanmälan, där nämnden uppmärksammades på följsamheten till rutiner på området. Under år 2024 ska kontroller genomföras rörande exempelvis följsamhet till rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet, vilket bland annat innefattar egenkontroller. Uppföljning har vid granskningstillfället ännu inte skett.



# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden och socialnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet vad gäller att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa och hanteringen av orosanmälningar samt om det sker med en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att utbildningsnämnden **inte helt** bedriver en ändamålsenlig verksamhet vad gäller att uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Vår bedömning är att socialnämndens hantering av orosanmälningar **inte helt** sker på ett ändamålsenligt sätt. Den interna kontrollen på området bedöms **i allt väsentligt** vara tillräcklig.

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning vill vi lämna följande rekommendationer:

- Att utbildningsnämnden säkerställer kunskaper om befintliga rutiner och kännedom om tillvägagångssättet vid orosanmälan, liksom uppföljning av följsamheten till dessa. Detta i syfte att säkerställa en likvärdig och säker hantering i genomförandet av orosanmälningar, med utgångspunkt i framtagna e-tjänst och dokumenterade rutiner.
- Att utbildningsnämnden och socialnämnden verkar för en dialog gällande former för kontakt och samverkan mellan socialtjänst och skola. Samverkan behöver ske med utgångspunkt i behoven i det enskilda ärendet. Mot bakgrund av att det i granskningen givits uttryck för varierande uppfattningar om följsamhet till exempelvis rutiner avseende anmälningsmöten kan det dock finnas skäl till att öka skol- och socialtjänstpersonalens kunskaper om, och tillit till, respektive verksamhets roll och uppdrag samt förväntningar på varandra.
- Att utbildningsnämnden och socialnämnden fortsätter arbetet för att utveckla samsynen vad gäller exempelvis barn och ungas behov och vilka prioriteringar som behöver göras för att möta dessa.



## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
1. Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner, arbetssätt och kompetens inom skolan för att tidigt uppmärksamma barn som riskerar att fara illa?	<p><b>Delvis</b></p> <p>Skolpersonal har en lagstadgad skyldighet att, vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa, göra en orosanmälan till socialtjänsten. För att kunna fullgöra denna skyldighet är det av vikt att skolpersonal har förutsättningar för att uppmärksamma berörda barn.</p> <p>Vår bedömning är att det till viss del finns rutiner, arbetssätt och kompetens för att uppmärksamma barn som riskerar att fara illa, som exempelvis hälsosamtal. Vi konstaterar att det finns dokumenterade rutiner som bland annat beskriver agerandet om ett barn inte dyker upp vid terminsstart.</p> <p>Socialtjänstens mottagningsenhet har genomfört vissa informationsträffar som syftar till att öka skolpersonals kompetens rörande anmälningsplikten och socialtjänstens arbete med inkomna orosanmälningar, men inga sådana träffar har genomförts under år 2024 då detta inte efterfrågats från någon verksamhet inom sektor Utbildning. Det förekommer inte heller någon systematisk fortbildning som syftar till att tydliggöra exempelvis vilka tecken som skolpersonal bör vara vaksam på för att i ett tidigt skede uppmärksamma barn som riskerar att fara illa. Vår bedömning är att det kan finnas en risk att exempelvis ny personal således kan sakna nödvändig kunskap och förståelse för hur de ska agera vid misstanke om att ett barn far illa.</p> <p>Utifrån genomförd granskning kan vi konstatera att det finns uppfattningar om svårigheter att nå likvärdighet i skolkuratorernas arbete. Vår bedömning är att det därför är viktigt att arbeta för att minska risken för skillnader mellan skolorna och ojämlikhet i tillgången till stöd.</p> <p>Vi bedömer att det, genom exempelvis</p>

---

arbete i elevhälsoteam, finns en organisation som syftar till att möta upp och hantera situationer när oro för ett barn väl har uppmärksammats.

---

2. Säkerställer utbildningsnämnden att det finns rutiner och arbetssätt inom skolan för att upprätta orosanmälan och involvera socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa?

### **Delvis**

Utifrån genomförda intervjuer är vår uppfattning att kännedomen om anmälningsskyldigheten i huvudsak är god hos skolpersonalen. Befintligt anmälningsformulär med tillhörande lathund utgör verktyg för att underlätta arbetet med upprättande av orosanmälningar.



Genomförd granskning visar att det finns likartade arbetssätt mellan de intervjuade skolorna vad gäller att det i första hand är rektor/biträdande rektor som undertecknar orosanmälan, även om det också händer att exempelvis elevhälsan lämnar orosanmälningar på egen hand. Mot bakgrund av att det är viktigt att en sådan rutin inte vilseleder personalen att tro att ansvaret för anmälan ligger hos någon annan än dem själva, bedömer vi det positivt att respektive tjänstepersoners ansvar för att lämna orosanmälan betonas i den dokumenterade lathunden.

Utifrån genomförd granskning är vår uppfattning att kännedomen om förekomsten av anmälningsformuläret med tillhörande lathund varierar, liksom användandet av den framtagna e-tjänsten. Vi rekommenderar därför utbildningsnämnden att säkerställa kunskaper om befintliga rutiner och kännedom om tillvägagångssättet vid orosanmälan, liksom uppföljning av följsamheten till dessa. Detta i syfte att säkerställa en likvärdig och säker hantering i genomförandet av orosanmälningar.

---

3. Säkerställer socialnämnden att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av orosanmälningar som inkommer till socialtjänsten och som rör barn i grundskolan?

#### **Delvis**

Kraven gällande socialnämndens hantering av inkomna orosanmälningar regleras framförallt i socialtjänstlagen.

Vår bedömning är att det finns dokumenterade rutiner till stöd i handläggningen, som bland annat omfattar lagens krav kopplat till förhandsbedömningar. Utifrån genomförda intervjuer är vår uppfattning att arbetet med skyddsbedömningar i hög grad följer lagens krav, medan det finns vissa avvikelser vad gäller följsamheten till lagstadgade tidsintervall för förhandsbedömningar. Att handläggningsprocessen sker i enlighet med lagstiftningens krav och på ett effektivt sätt är väsentligt utifrån flera aspekter, exempelvis ur rättssäkerhetssynpunkt för den enskilde samt ur arbetsmiljösynpunkt för socialtjänstens medarbetare.

Vår uppfattning är att det finns en samsyn mellan socialtjänsten och skolan vad gäller vikten av nära samverkan och dialog kring barn som berörs av orosanmälningar. Genomförda intervjuer tyder dock på att det varierar på vilket sätt och i vilken omfattning sådan kontakt sker. Mot bakgrund av att det i granskningen ges uttryck för varierande uppfattningar om exempelvis förekomsten och behovet av anmälningsmöten, är vår bedömning att det kan finnas skäl för nämnderna och verksamheterna att föra dialog kring detta.

---

4. Säkerställer socialnämnden att det finns struktur, forum eller former för strategisk samverkan i syfte att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder?

#### **Delvis**

Socialnämnden har ett lagstiftat ansvar att bedriva förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. Detta innefattar bland annat samverkan med andra samhällsaktörer, i syfte att uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem. Den nya socialtjänstlagen som förväntas träda i kraft 2025-07-01 kommer att innehålla ett än större fokus på det förebyggande arbetet. Genomförd granskning visar att vissa strukturer för samverkan kring barn och unga på

---

strategisk och operativ nivå finns. Vi har dock inom ramen för granskningen inte kunnat verifiera att det finns några dokument som beskriver socialnämndens former för samverkan som särskilt syftar till att uppmärksamma förändrade behov och skapa anpassade förebyggande insatser till barn i grundskoleålder.

Utifrån genomförd granskning är vår uppfattning att det saknas en gemensam bild av behoven hos barn och unga, liksom gemensamma prioriteringar på politisk nivå för att möta dessa. Ett exempel som noteras i granskningen är att det mellan socialnämnden och utbildningsnämnden finns olika prioriteringar vad gäller skolsocialt team. Vi ser därför positivt på att det, genom Strategiska gruppen, finns en struktur som syftar till att få en tydligare styrning samt att utveckla och samordna processerna som rör barn och unga.

---

5. Säkerställer socialnämnden att det finns system för egenkontroll som gör att nämnden kan uppmärksammas om eventuella brister kopplat till orosanmälan?

**Ja**

Nämnden har, i enlighet med kommunallagen, ett ansvar för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande bestämmelser och att den interna kontrollen är tillräcklig. I Socialstyrelsens föreskrifter för det systematiska kvalitetsarbetet finns krav på att egenkontroller ska utföras i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Vår bedömning är att det finns arbetssätt och styrdokument som utformats för att löpande utföra kontroller och att minimera risken för fel i hanteringen av olika processer och områden. Socialnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2023 innehöll kontrollmoment rörande processen kring orosanmälan, där nämnden uppmärksammades på följsamheten till rutiner på området. Under år 2024 ska kontroller genomföras rörande exempelvis följsamhet till rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet, vilket bland annat innefattar egenkontroller. Uppföljning har vid granskningstillfället ännu inte skett.



2025-02-19

Hanna Franck

Erika Brolin

---

*Kvalitetssäkrare*

---

*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 2024-05-07. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Granskning av vinterväghållning

**Gävle kommun**

April 2025

*Rebecca Lindström*

*Sara Sommarin*






*Hanna Franck*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning. Syftet med granskningen är att bedöma om samhällsbyggnadsnämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete avseende vinterväghållning.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att samhällsbyggnadsnämnden **inte helt** bedriver ett ändamålsenligt arbete avseende vinterväghållning.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. Bedömningarna utgår ifrån en tregradig skala: grönt, gult och rött. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning	
Finns det en tydlig organisation med ansvar för vinterväghållning?	Ja	
Finns fastställda mål och riktlinjer för vinterväghållning?	Delvis	
Finns rutiner och processer för att säkerställa att ingångna avtal följs?	Delvis	
Skер en tillräcklig uppföljning avseende vinterväghållning?	Ja	
Vidtas åtgärder vid behov för att uppnå en budget i balans?	Delvis	

## Rekommendationer

Utifrån iakttagelser och bedömningar rekommenderas nämnden att:

- Överväga att ta fram mål och riktlinjer med fokus på vinterväghållning.
- Stärka den interna kontrollen gällande utbetalningar.
- Riskbedöma vinterväghållning och eventuellt ha med området i den interna kontrollen.
- Säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas vid behov för att uppnå en budget i balans.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>3</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>3</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>4</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>4</b>
<b>Metod</b>	<b>4</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>5</b>
Organisation och roller	5
Mål och riktlinjer	6
Rutiner och processer	8
Tillräcklig uppföljning	11
Vidtagna åtgärder	12
<b>Samlad bedömning</b>	<b>15</b>
<b>Rekommendationer</b>	<b>15</b>



# Inledning

## Bakgrund

Vinterväghållning omfattar att säkerställa att vägar och gångbanor är säkra och framkomliga under vintermånaderna. Detta inkluderar snöröjning, halkbekämpning och olika strategier för att hantera väderförhållanden. Kommunerna ansvarar för planering och utförande av dessa uppgifter, ofta genom en kombination av egen personal och entreprenörer. Sammantaget är vinterväghållningen en kritisk funktion för en kommun och kräver både noggrann planering och effektivt utförande för att säkerställa medborgarnas säkerhet och stadens funktionalitet under vinterperioden.

Budgetering för vinterväghållning är utmanande eftersom vädrets variationer gör kostnaderna oförutsägbara. En mild vinter kan innebära lägre kostnader för snöröjning och halkbekämpning, medan en snörik eller kall vinter kan leda till betydligt högre utgifter än planerat. Oförutsedd väderlek kan även medföra behov av extra arbetskraft och övertid, vilket ytterligare påverkar ekonomin. Dessutom kan det vara svårt att förutse prisförändringar på material som salt och sand, vilket komplicerar budgeteringen ytterligare.

Kostnaderna för vinterväghållning för Gävle kommun har under de senare åren ökat med anledning av ändrade väderförhållanden. I delårsrapporten per augusti 2024 framkommer att samhällsbyggnadsnämndens resultat mot budget uppgick till -21,6 mnkr varvid vinterväghållningen stod för ett underskott om -48,3 mnkr. Underskottet har uppkommit till följd av bland annat bortforsling av snö. Även prognosen för året påverkades negativt av vinterväghållningen.

Mot bakgrund av detta har revisorerna utifrån sin bedömning av väsentlighet och risk beslutat att granska området.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om samhällsbyggnadsnämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete avseende vinterväghållning.

Följande revisionsfrågor används för att svara mot syftet:

1. Finns det en tydlig organisation med ansvar för vinterväghållning?
2. Finns fastställda mål och riktlinjer för vinterväghållning?
3. Finns rutiner och processer för att säkerställa att ingångna avtal följs?
4. Sker en tillräcklig uppföljning avseende vinterväghållning?
5. Vidtas åtgärder vid behov för att uppnå en budget i balans?

## Revisionskriterier

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

- Kommunallagen (2018:725) 6 kap 6§.
- Samhällsbyggnadsnämndens reglemente.
- Plan- och bygglagen (PBL) 6 kap 21§
- Kommunens riktlinjer/policys inom området.
- Vägslag (1971:948) 5-6§§

## Avgränsning

Granskningen avgränsas till år 2024 samt till samhällsbyggnadsnämndens ansvarsområde.

## Metod

Granskningen har genomförts genom granskning av styrdokument och protokollsgranskning för de 12 senaste månaderna. Därtill har vi granskat 15 fakturor i syfte att kontrollera avtalsföljsamhet.

Intervjuer har genomförts med:

- Enhetschef Drift och Förvaltning.
- Sektorschef, Livsmiljö Gävle.
- Företrädare för samhällsbyggnadsnämnden.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Organisation och roller

*Revisionsfråga 1: Finns det en tydlig organisation med ansvar för vinterväghållning?*

### *lakttagelser*

Ansvar för vinterväghållning vilar på samhällsbyggnadsnämnden. Det framgår av bl.a. nämndens reglemente där det fastställs att nämnden fullgör kommunens uppgifter enligt plan- och bygglagen (2010:900), är kommunens byggnadsnämnd enligt plan- och bygglagen (2010:900) samt är väghållningsmyndigheten enligt väglagen (1971:948). "Reglemente för samhällsbyggnadsnämnden" antogs av fullmäktige 2024-06-17 §12.

Sektor Livsmiljö Gävle verkställer nämndens beslut och består av knappt 500 medarbetare<sup>1</sup>. Vinterväghållning ingår i verksamheten *Tekniska* som är en av sektorns fem olika verksamheter. Nedan visas en organisationsskiss över verksamheterna i sektorn.



Ur: Internkontrollplan för samhällsbyggnadsnämnden för år 2025.

Vid intervju anges att den nuvarande organisationen är förhållandevis ny. Tidigare köptes tjänster avseende vinterväghållning från ett tidigare kommunalägt bolag, men sedan år 2021 finns ett avtal med Svevia AB omfattande bl.a. vinterväghållning. Avtalet innefattar beredskap, jour och utförande av vinterväghållning av och på kommunens vägnät och är gällande, enligt avtal, fram till 2024-05-31 med option på ytterligare två år. Den totala avtalsperioden, inkluderat optionsår, är därmed sju år. Kommunen har ensidig rätt att nyttja optionerna enligt avtalet. Avtalet reglerar därtill exempelvis sidoleverantörer, utförande och tilläggsarbeten, avrop samt priser. Sidoleverantörer är leverantörer som kommunen sedan tidigare tecknat avtal med, med gränsliggande ansvarsområden. En förteckning över sidoleverantörer finns i avtalets bilaga för olika verksamhetsområden. Ny upphandling är pågående kopplat till vinterväghållning och viss sommardrift. Avsikten är att det nya avtalet ska börja gälla från 2026-06-01.

Enligt avtalet vilar ansvaret på Svevia AB att det egna arbetet samordnas med sidoleverantörernas och kommunens vid de tillfällen behov finns. Svevia AB har

<sup>1</sup> Enligt kommunens webbplats.

därutöver ingått avtal med flera underleverantörer. Vi har mottagit en resurslista där plogentreprenörer framgår. Avtal mellan underleverantörer och Svevia AB har kommunen ingen tillgång till. Det är reglerat i huvudavtalet att priser gäller oavsett om Svevia AB eller underleverantörer utför arbete.

I sektorn finns två personer med särskilt ansvar för vinterväghållning. Ansvaret innefattar att säkra att rätt åtgärder genomförs och att kommunen erhåller de tjänster som det betalas för. Därtill bistår arbetsledare från kommunen. Arbetsledaren styr enligt uppgift egna utförare som plogar prioriterade gång- och cykelvägar. Arbetsledaren har ingen direkt kontakt med Svevia AB.

#### *Ansvarsfördelning mellan bolag och kommun*

För närvarande ansvarar kommunen respektive bolagen för vinterväghållning för de områden de är markägare för. Enligt intervju har detta lett till att vinterväghållningsarbetet stundtals inte synkroniserar när exempelvis arbete på närliggande markområden utförs av olika aktörer vid olika tidpunkter. I kommande upphandling lyfts av de intervjuade att kommunkoncernperspektivet är i fokus för att effektivisera arbetet. Därtill anges att kommunen kommer att sköta utkallning (utringning) själva vilket kommer medföra behov av ytterligare personal. Ansvaret vilar i nuläget på Svevia AB och kommer att hanteras av kommunen från hösten år 2026.

#### *Bedömning*

##### *Finns det en tydlig organisation med ansvar för vinterväghållning?*

**Bedömning:** Ja

I Kommunallagen 6 kap. 6§ fastställs att varje nämnd ansvarar för att dess verksamhet bedrivs på ett tillfredsställande sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Bedömningen grundas på att roller och ansvar är fastställda, exempelvis i reglementet och i nuvarande avtal med Svevia AB.

#### **Mål och riktlinjer**

##### *Revisionsfråga 2: Finns fastställda mål och riktlinjer för vinterväghållning?*

#### *lakttagelser*

Särskilda mål eller riktlinjer med fokus på vinterväghållning finns inte. Däremot förtydligas vid intervjuer att avtalet med Svevia AB, med tillhörande bilagor, reglerar arbetet gällande vinterväghållning. Därtill anges att det finns mål som påverkar vinterväghållning såsom mål gällande ekonomin.

#### **Riktlinje och rutin**

Som angetts i revisionsfråga 1 innefattar avtalet med Svevia AB beredskap, jour och utförande av vinterväghållning av och på kommunens vägnät. I avtalet regleras även exempelvis vite, indexjusteringar och fakturering. Därutöver har vi mottagit bilagor till avtalet som innefattar tjänstebeskrivningar, en checklista för nattberedskap och en

objekts- och mängdförteckning i vilken olika åtgärder finns specificerade. Exempelvis framgår insattid, inställelsetid och startkriterium. Vidare framgår objekt som omfattas av avtalet såsom ståplan, vägtyp A - E (vägkategorier), cykelställ, broar med mera.

Därtill regleras möten mellan Svevia AB och kommunen i avtalet med bilagor. Exempelvis anges att driftmöten ska genomföras månatligen eller vid behov. Kommunen ansvarar för att protokoll förs. Möte ska även ske inför och efter vintersäsong.

Som angetts i revisionsfråga 1 nyttjar Svevia AB underleverantörer. Betalning till underleverantörer sker via Svevia AB. Kommunen betalar därav inte separat till underleverantörerna.

### **Fastställda mål**

Inom ramen för granskningen har vi mottagit kommunplanen för år 2024 samt samhällsbyggnadsnämndens verksamhetsplaner<sup>2</sup> för år 2024 och 2025. Underlagen visar att det finns ett mål gällande effektivitet och hållbar resurshantering i verksamhetsplanerna för båda åren. I beskrivningen av nämndmålet för år 2024 anges att målet har en bred innebörd och omfattar hur drift av offentliga miljöer kan effektiviseras. Målbeskrivningen för år 2025 lyfter att nämnden arbetar för en utökad samordning med övriga sektorer och bolag där en del är en gemensam upphandling av områdesvis vinterväghållning. Beslutade indikatorer rör inte vinterväghållning.

Uppföljningar av fastställda mål och verksamhetsplaner genomförs i verksamhetsrapporter (delårsrapporter och verksamhetsrapport per helår). Ekonomiska uppföljningar gällande vinterväghållning ges även i bilagor till upprättade månadsrapporter. Uppföljningar beskrivs närmare i revisionsfråga 4. Sedan år 2021 har kostnaden gällande vinterväghållning överskridit budgeten. För år 2024 var fastställd budget 44,4 mnkr för vinterväghållning. Avvikelsen gentemot budget uppgick till underskott om över 49 mnkr.

### *Bedömning*

#### *Finns fastställda mål och riktlinjer för vinterväghållning?*

**Bedömning:** Delvis

Bedömningen grundas på att det saknas särskilda mål eller riktlinjer med fokus på vinterväghållning. Samtidigt konstaterar vi att det exempelvis finns mål gällande ekonomi och att det upphandlade avtalet med Svevia AB ger vägledning i arbetet med vinterväghållning.

Med avseende på att kostnaderna inom området en längre tid överskridit budget menar vi att nämnden med fördel kan konkretisera mål med fokus på vinterväghållning för att tydliggöra önskvärt läge.

---

<sup>2</sup> Verksamhetsplanen för år 2025 antogs av nämnden 2024-12-11 §300.

Nämnden bör även överväga att dokumentera egna rutiner och arbetssätt inom koncernen i syfte att säkra att sådana finns på plats.

## Rutiner och processer

*Revisionsfråga 3: Finns rutiner och processer för att säkerställa att ingångna avtal följs?*

### *lakttagelser*

Som angetts i revisionsfråga 1 finns det särskilda personer med ansvar för bland annat uppföljning av avtal, att säkra att åtgärder genomförs och att kommunen erhåller de tjänster som det betalas för. För närvarande är det 1,5 heltidstjänster fördelat på två personer. En upphandlad leverantör för vinterväghållning, Svevia AB, ansvarar enligt avtalet för samordning gällande arbete med vinterväghållning.

Vid intervjuer förklaras att kommunen har veckovisa möten med Svevia AB under vintersäsongen gällande planerade åtgärder. Är väderprognosen sämre, exempelvis om en gul varning<sup>3</sup> är utfärdad av SMHI blir mötena mer frekventa. Samtliga uppföljningsmöten (eller verksamhetsmöten) protokollförs. Vi har mottagit exempel på protokoll, daterade 8:e och 15:e november år 2024, där agendan omfattar punkter kring bl.a. ekonomi, prognos inför helgen och förändringar i resurser. Vid intervju anges även att Svevia AB och kommunen har tillgång till SMHI:s tjänst "Vinterväg" där anteckningar förs. Anteckningar kan exempelvis omfatta varför en viss åtgärd uteblev samt anledning till val av åtgärd även om utkallningskriteriet inte var uppfyllt. Anteckningarna utgör underlag för dialoger med Svevia AB. I bilaga till avtal förtydligas att en dagbok ska föras omfattande beslut om vinterväghållningsåtgärder och ska finnas tillgänglig för kommunen senast 12 h efter att beslut tagits. Dagboken ska dessutom innehålla bl.a. uppgifter om manuella och maskinella insatser vid snöröjning och halkbekämpning med angivande av när arbetena har påbörjats respektive avslutats inom respektive entreprenadområde (upphandlade områden).

Ansvar för avtalen med och uppföljningen av underleverantörer åligger Svevia men kommunen kan följa utförda åtgärder även om dessa görs av underleverantörer då utförarna har GPS-utrustning. Verksamhetsföreträdare påtalar att GPS-utrustningen ger kommunen insyn i utfört arbete samt att tjänstepersoner följer upp genomförda insatser både själva och tillsammans med Svevia AB. Vid eventuell identifiering av avvikelser meddelas Svevia som är ålagd att åtgärda avvikelserna utan extra kostnad.

### **Intern kontroll**

Inom ramen för granskningen har vi mottagit upprättade internkontrollplaner för åren 2024 och 2025 för samhällsbyggnadsnämnden. Inga av de beslutade riskmomenten berör vinterväghållning. Vinterväghållning är inte heller en del av upprättade riskanalyser, vilka ligger till grund för internkontrollplanerna. Däremot finns moment kopplade till den ekonomiska utvecklingen.

---

<sup>3</sup> Konsekvenser för samhälle, vissa risker för allmänheten. Källa: SMHI.

- I internkontrollplanen för år 2024 finns risken gällande att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. Kopplat till risken finns konkretiserade moment avseende bl.a. avtalstrohet (att inköp följer gällande avtal) och följsamhet till den ekonomiska handlingsplanen. Handlingsplaner beskrivs närmare i revisionsfråga 5.

Internkontrollplanen för år 2024, inklusive riskbedömning, behandlades av nämnden 2024-02-21 §25.

I uppföljningen för år 2024 framgår att det identifierats mindre avvikelser gällande avtalstrohet. För följsamheten till den ekonomiska handlingsplanen finns ingen avvikelse. I uppföljningen framgår att dialog förts kring ekonomisk handlingsplan i Livsmiljö Gävles ledningsgrupp. Ytterligare beskrivning gällande kontrollen framgår inte. Uppföljningen godkändes av nämnden 2025-02-19 §32.

Av internkontrollplanen för år 2025, behandlad 2024-12-11 §301, framgår en risk kopplat till verksamhetens möjligheter att ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. Momentet ska granskas genom månadsrapporteringar till nämnden och genom tertialuppföljningar av verksamhetsutvecklingsplanen samt följsamhet till beslutade besparingskrav. Vid tillfälle för granskningen hade ingen uppföljning genomförts gällande den interna kontrollen. Månadsrapporter har däremot upprättats.

### **Fakturagranskning**

Inom ramen för granskningen har vi detaljgranskat 15 fakturor avseende olika utbetalningar kopplade till vinterväghållning. Urval gjordes utifrån sammanställningar av leverantörsreskontra för år 2024 och 2025 med fokus på leverantörer med större utbetalningar från kommunen. Enligt ekonomisystemet gäller samtliga fakturor vinterväghållning. En notering som gjorts är att utbetalningar genomförts till fler leverantörer utöver Svevia AB avseende vinterväghållning. Från kommunen anges att utbetalningarna gäller köp från sidoleverantörer, det vill säga leverantörer som kommunen redan hade ingått avtal med innan avtal med Svevia AB slöts. Ansvarsområdena omfattar sandupptagning och skyltning för avstängning vid snöröjning exempelvis.

I nedan tabell redogörs våra iakttagelser för stickproven.

#### **Leverantör 1**

<i>Antal granskade fakturor</i>	8
<i>Finns giltigt avtal?</i>	Ja. Avtalet omfattar barmarksrenhållning och sandupptagning och sträcker sig över fakturaperioderna.

Är köp inom ramen för avtal?	Ja. Köp omfattar underhåll av sopkärl, snöröjning, sandupptagning och barmarksrenhållning.
Är pris korrekt?	Vi har mottagit fakturor, fakturaunderlag och olika prislistor. Utifrån granskning bedöms 3 av 8 fakturor som godkända, det vill säga pris är korrekt.  För resterande 5 har brister noterats. Det gäller framförallt att fakturerade priser inte stämmer mot de prislistor vi har mottagit. I vissa fall har priser från tidigare år nyttjats. Därtill saknas underlag för en post om ca 800 tkr.

### Leverantör 2

Antal granskade fakturor	7
Finns giltigt avtal?	Ja. Giltigt avtal finns för fakturaperioderna. Avtalet omfattar drift och underhåll av gatumark och parkmark. Därtill omfattas vinterväghållning.
Är köp inom ramen för avtal?	Ja, det framgår att köp gäller exempelvis skoptåg och slungning.
Är pris korrekt?	I samtliga granskade fakturor faktureras en klumpsumma utan närmare beskrivning, utöver att det gäller skopning eller slungning. I samband med faktagranskning mottogs specifikationer kopplade till fakturorna samt prislistor.  Utifrån vår granskning konstaterar vi att pris är korrekt.

I tillämpningsanvisningar för attestreglementet framgår att beslutsattestant ansvarar för att fakturan uppfyller kraven enligt god redovisningssed och att korrekta underlag bifogats. Anvisningarna antogs 2019-06-19 §160. Revidering av anvisningarna genomfördes 2024-10-29 där det förtydligas att beslutsattestanten ansvarar för att kostnaden är korrekt.

#### *Bedömning*

*Finns rutiner och processer för att säkerställa att ingångna avtal följs?*

**Bedömning:** Delvis



Bedömningen grundas på att det finns en organisation inom kommunen för uppföljning och en strukturerad samverkan med Svevia AB (upphandlad leverantör). Exempelvis är driftmöten reglerat i avtal med bilagor.

Samtidigt noteras att nämnden inte riskbedömt vinterväghållning inom ramen för den interna kontrollen och att tillhörande internkontrollplaner inte innefattar moment kopplade till vinterväghållning.

Gällande resultat för fakturagranskning har vi i flera fall inte kunnat styrka att det fakturerade priset är enligt avtal. Vi bedömer att det finns en risk att kommunen oavsiktligt betalar för köp utanför avtal.

### **Tillräcklig uppföljning**

*Revisionsfråga 4: Sker en tillräcklig uppföljning avseende vinterväghållning?*

#### *lakttagelser*

#### **Styrande direktiv för uppföljning**

Inom ramen för granskningen har vi mottagit upprättade anvisningar för verksamhetsplaneringen för år 2024 som bland annat innefattar tidsplan för verksamhetsrapporter (uppföljningar) och mall för rapporterna.

#### **Uppföljning med fokus på vinterväghållning**

Som en del i granskningen har vi granskat publicerade protokoll för nämndens sammanträden under år 2024 och år 2025. Av genomgången noteras att nämnden tagit del av information kopplat till vinterväghållning via:

- Årsredovisning för år 2023.
- Månadsrapporter (och tillhörande bilagor).
- Delårsrapport 1 och delårsrapport 2 (även benämnt som verksamhetsrapporter).
- Verksamhetsrapport för 2024 (årsrapport).

I årsrapporten för år 2023 konstateras att ihärdigt snöande medfört oväntat höga kostnader (49,6 mnkr) gällande vinterväghållning och bortforsling av snövallar vilket medfört ett underskott för verksamheten. Rapporten konstaterar även att det är bortforsling av snö som varit den mest kostnadsdrivande posten under år 2023.

I delårsrapporterna år 2024 redovisas resultat för perioden, årsprognos och lägesbeskrivningar. I verksamhetsplanen framkommer att en utredning pågick gällande en upphandling om gemensam drift av bland annat vinterväghållning. Status på utredning eller gemensam upphandling redovisas inte.

I verksamhetsrapport för helår 2024 framgår att budgetavvikelsen för vinterväghållning uppgår till -49,8 mnkr och att årets kostnader uppgår till 94,3 mnkr, vilket är över 10 procent i kostnadsökning jämfört med året innan. Bortforsling av snö uppges vara en

starkt bidragande faktor med kostnader om 27,5 mnkr, vilket kan jämföras med en kostnad om 21,3 mnkr för år 2023. Därtill anges att halkbekämpning utförts vilket är dyrare än att åka ut med plogbil enligt rapporten. Vid faktagranskning förtydligas att det har utförts många halkbekämpningsåtgärder i värderomslag vilket lett till en hög kostnad, och att det är det som rapporten syftar på.

Nämnden får därtill månadsvisa rapporteringar gällande vinterväghållning, benämnda som "Resultatrapport med separerad vinterväghållning". Rapporteringarna redovisas i samband med ekonomiska rapporter (benämnda som månadsrapporter). I rapporterna för vinterväghållning anges återkommande att utan vinterväghållning skulle verksamheten *Tekniska* ha en positiv avvikelse mot budget. Att nämnden tar del av särskilda månadsrapporter gällande vinterväghållning har enligt intervju skett under de senaste åren.

Av företrädare för nämnden lyfts att kostnader för vinterväghållning är svåra att prognostisera eftersom vädret är oberäkneligt. Tidigare har prognoser utgått ifrån ett snitt över 10 år, under vilka kostnaderna ibland överstigit snittet och ibland understigit snittet. De senare åren har kostnaderna överstigit snittet samtidigt som exempelvis inflationen haft en stor påverkan på priserna. År 2020 var kostnaden för vinterväghållning positiv (19,2 mnkr) enligt fastställd årsrapport. Åren 2021, 2022 och 2023 har vinterväghållningen visat på underskott mot budget vilket enligt de intervjuade beror på vädret och antalet utkallningar kopplat till budgeten.

Vi har även tagit del av "Kommentarer på preliminära mål och ramar" för samhällsbyggnadsnämnden för år 2024 och år 2025. I rapporten för år 2024 uppmärksammas att klimatet ändrats och att snöfall och vädervarningar blivit mer frekventa, vilket medför ökade kostnader. År 2024 angavs att budgetramen behövde öka med 10 mnkr. Vid intervju anges att budgetramen ökat jämfört med föregående år med 15 mnkr.

Av intervjuer lyfts samverkan med nämnden som god. Vanligen är det en ekonom som föredrar ärenden i nämnden.

Som angetts i revisionsfråga 3 finns det en strukturerad uppföljning med Svevia AB.

### *Bedömning*

#### *Sker en tillräcklig uppföljning avseende vinterväghållning?*

**Bedömning:** Ja

Bedömningen grundas på att nämnden tar del av en strukturerad uppföljning i form av delårs- och årsrapporter samt genom månatliga rapporter med fokus på vinterväghållning. Vi noterar att nämnden bl.a. mottagit information avseende de ökade kostnaderna kopplade till vinterväghållning och olika påverkansfaktorer.

### **Vidtagna åtgärder**

#### *Revisionsfråga 5: Vidtas åtgärder vid behov för att uppnå en budget i balans?*

## *lakttagelser*

Som nämnts i revisionsfråga 4 har en genomgång av nämndens protokoll utförts. Av protokollen framkommer att nämnden beslutat om två handlingsplaner, dels för år 2024 (behandlad i december 2023) dels för 2025 (behandlad november 2024).

Handlingsplanerna omfattar åtgärder med beräknade effekter om 13,2 mnkr respektive 5 mnkr. Åtgärderna i handlingsplanerna fokuserar inte på insatser gällande vinterväghållning, däremot sker besparingar i närliggande ansvarsområden.

- Handlingsplanen för år 2024 omfattar exempelvis åtgärder gällande att inte tillsätta vikarier eller nyrekrytera vid vakanser samt att se över vad som kan utföras i egen regi.
- I handlingsplan för år 2025 finns effektiviseringsåtgärder gällande personalkostnader, intern effektivisering och en post som benämns som *ytterligare beslut*. Enligt ärendebeskrivning i protokollet för november förklaras att konkretisering av posten kommer ske längre fram. Därtill framgår att en del pågår en planering av en koncerngemensam upphandling av vinterväghållning, och att vinterväghållning under säsongen 2024/2025 kommer utföras på prioriterade gång- och cykelstråk i egen regi i syfte att bland annat minska kostnader.

I samband med att nämnden beslutade om handlingsplanerna beslutades även att sektorschefen fått i uppdrag att verkställa handlingsplanerna.

Av intervju lyfts att kostnader kring vinterväghållning är svåra att prognostisera men att trenden på senare år indikerar att kostnaderna blir högre. Därtill konstateras i intervju att besparingar är svåra eftersom nämnden har ett ansvar att genomföra insatser kring vinterväghållning. Av företrädare för nämnden anges att diskussioner förts kring exempelvis att ändra den gräns som utgör minimum för när åtgärd vidtas vid snöröjning. Ingen ändring har beslutats eftersom en ändring troligen skulle leda till att kraftigare åtgärder skulle behöva vidtas i ett senare skede, vilket skulle vara kostnadsdrivande. Vidare förtydligas att utökningen av budgeten för att matcha kostnaderna är ytterligare en åtgärd.

En annan konkret åtgärd som vidtagits är exempelvis att vinterväghållning ska utföras på prioriterade gång- och cykelstråk (se handlingsplan för år 2025). Därutöver anges att flertalet av beslutade effektiviseringsåtgärder kommer få effekt först kommande år.

Som angetts i revisionsfråga 1 genomförs nu en upphandling avseende leverantör för vinterväghållning.

## *Bedömning*

### *Vidtas åtgärder vid behov för att uppnå en budget i balans?*

**Bedömning:** Delvis

Vi noterar att diskussioner förts inom nämnden/förvaltningen gällande effektiviseringsåtgärder, samt att upphandling nu genomförs gällande vinterväghållning.

Vi ser positivt på dialogerna, att nämnden resonerat kring olika åtgärders påverkan på ekonomin samt att åtgärder omnämns i handlingsplan för kommande år. Samtidigt noteras att vi inte kunnat styrka att åtgärder kopplade till vinterväghållning vidtagits och att kostnaderna ökat både under året och de senaste åren.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning. Syftet med granskningen är att bedöma om samhällsbyggnadsnämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete avseende vinterväghållning.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att samhällsbyggnadsnämnden **inte helt** bedriver ett ändamålsenligt arbete avseende vinterväghållning.

## Rekommendationer

Utifrån iakttagelser och bedömningar rekommenderas nämnden att:

- Överväga att ta fram mål och riktlinjer med fokus på vinterväghållning.
- Stärka den interna kontrollen gällande utbetalningar.
- Riskbedöma vinterväghållning och eventuellt ha med området i den interna kontrollen.
- Säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas vid behov för att uppnå en budget i balans.

April 2025

Hanna Franck

Rebecca Lindström

---

*Uppdragsledare*

---

*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 från 2024-11-07. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Uppföljande granskning av intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar

**Gävle kommun**

Februari 2025

*Cecilia Axelsson, certifierad kommunal yrkesrevisor och projektledare*

*Matthew Matti, revisionskonsult och projektmedarbetare*

*Hanna Franck, certifierad kommunal yrkesrevisor och kvalitetssäkrare*



# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljande granskning av intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar.

Granskningens syfte har varit att bedöma om kommunstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförd granskning.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen **inte helt** vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som tidigare lämnats.

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

Revisionsfrågor	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av styrelsen?	Ja 
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Delvis 

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Införa en rutin att regelbundet analysera och kontrollera förändringsloggar från leverantörsregistret och dokumentera dessa kontroller, i syfte att minska risk för felaktiga uppgifter i leverantörsregistret. Detta kan med fördel ske i samband med det pågående arbetet med processbeskrivning och upprättande av nya rutiner kopplat till inköpsprocessen.
- Följa upp att nämnderna inom sitt internkontrollarbete fullföljer sitt ansvar enligt tillämpningsanvisning för attestreglemente gällande ansvar kopplat till att det föreligger överensstämmelse mellan attestförteckning och uppgifter om attester i system.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>3</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>3</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>3</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>4</b>
<b>Metod</b>	<b>4</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>5</b>
<b>Svar på revisorernas synpunkter och förslag på åtgärder</b>	<b>5</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>6</b>
<b>Bedömning</b>	<b>6</b>
<b>Åtgärdade synpunkter och förslag</b>	<b>6</b>
<b>lakttagelser</b>	<b>6</b>
<b>Bedömning</b>	<b>10</b>
<b>Samlad bedömning</b>	<b>11</b>
<b>Rekommendationer</b>	<b>11</b>
<b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor</b>	<b>12</b>



# Inledning

## 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.

Det är av vikt att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. 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.

Revisorerna genomförde under år 2021 en granskning rörande intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar där brister noterades. Granskningsrapporten innehöll även rekommendationer riktade till kommunstyrelsen. Revisorerna har inom ramen för revisionsplanering 2024 funnit det angeläget att genomföra uppföljande granskning avseende intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar.

## Syfte och revisionsfrågor

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

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av styrelsen?
- 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 intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar, PwC, januari 2022

## **Avgränsning**

Granskningen avser uppföljning av tidigare granskning kring intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar som genomfördes år 2021.

## **Metod**

Granskningen har genomförts genom att gå igenom revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnad revisionsrapport och tillhörande missiv, samt genomgång och granskning av det yttrande som revisorerna erhållit.

Inhämtande av lägesbeskrivningar för granskningsområdet har genomförts genom utskick av skriftliga frågor till berörda tjänstemän inom Styrning och stöd Gävle samt genomgång av erhållna svar. Inhämtande av kompletterande underlag har skett för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen. En intervju har även genomförts med berörda tjänstemän inom Styrning och stöd.

Genomgång av kommunstyrelsens protokoll för perioden juni 2022 - december 2024.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Svar på revisorernas synpunkter och förslag på åtgärder

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

Under 2021 genomfördes en granskning av internkontroll i hantering av leverantörsregister/-utbetalningar. Granskningens syfte var att granska om kommunen har en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av leverantörsregister/-utbetalningar. Granskningen avgränsades till kommunstyrelsens ansvar.

Bedömningen baserades på följande revisionsfrågor:

- Finns det rutiner för initial och löpande kontroll av leverantörer och är dessa ändamålsenliga?
- Finns det rutiner för att följa upp ändringar av fast data och är dessa ändamålsenliga?
- Finns det rutiner som säkerställer att leverantörsregistret är aktuellt och är dessa ändamålsenliga?
- Finns det rutiner som säkerställer god intern kontroll avseende kommunens teckningsrätt i bank samt behörighetsadministration i ekonomisystemet?

Efter genomförd granskning var revisionens samlade bedömning att kommunen inte helt har en tillräcklig intern kontroll i hantering av leverantörsregister/-utbetalningar.

Utifrån genomförd granskning formulerade revisorerna ett missiv innehållande nedanstående rekommendationer:

- Säkerställa att ändring av uppgifter som leverantörsnummer och belopp inte kan ske i samband med att betalfil upprättas,
- Införa en rutin att regelbundet analysera och kontrollera förändringsloggar från leverantörsregistret och dokumentera dessa kontroller,
- Implementera en rutin för att löpande kontrollera att registrerade attestbehörigheter i ekonomisystemet överensstämmer med nämndernas attestlista. Rutinen bör dokumenteras och utfallet på genomförda kontroller bör dokumenteras och följas upp av förslagsvis ekonomiavdelningen,
- Undersöka möjligheten till en mer IT-baserad hantering av behörighetstilldelning för att underlätta registrering av behörigheter på bank och attestberättigade i ekonomisystemet och säkerställa en väl fungerande behörighetsadministrationen.
- Lägga till organisationsnummer i utbetalningsfilen så att en kontroll kan göras av att rätt organisationsnummer är kopplad till ett bank- eller plusgironummer. Detta är en

väsentlig kontroll för att undvika manipulerade utbetalningar och kommunstyrelsen kan få kontrollen utförd av Inyett i redan befintlig rutin.

- Innan ett systemstöd för behörighetsadministrationen finns på plats behövs en stärkt intern kontroll. För att säkerställa att behörigheter överensstämmer med beslutade attestlistor kan listor med registrerade personers behörigheter skickas till respektive ansvarig chef för genomgång och aktualisering som en del av internkontrollarbetet. Nyanställda får behörigheter som krävs för arbetet, men revisorerna har i flera granskningar konstaterat att de som avslutar sin anställning eller får andra arbetsuppgifter kan ligga kvar med sina behörigheter.

### *lakttagelser*

Revisorerna översände rapporten till kommunstyrelsen den 27 januari 2022 och önskade ett svar från styrelsen senast 22 mars 2022. Kommunstyrelsen hanterade rapporten 2022-03-15 § 55 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer. Styrelsens yttrande och de åtgärder som vidtagits presenteras under revisionsfråga 2.

### *Bedömning*

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

**Ja.**

Vi bedömer att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av kommunstyrelsen. Styrelsen har lämnat ett yttrande på granskningen inom utsatt tid, vilket skedde 2022-03-15 § 55.

### **Åtgärdade synpunkter och förslag**

*Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

### *lakttagelser*

#### **Ändring av uppgifter i betalfil**

I den tidigare granskningen noterades en brist i att det var möjligt att ändra uppgifter som leverantörsnummer och belopp i betalfilen som skapas i ekonomisystemet.

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning angavs att behörigheten att genomföra ändringar i upprättad betalfil var en tillfällig åtgärd i och med kommunstyrelsens beslut om att tidigarelägga leverantörsbetalningar (Covid-åtgärd). Denna hantering är from 16 februari (2022) avslutad. Därmed också behörigheten för vissa medarbetare att kunna genomföra förändringar i upprättad betalfil.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare bekräftas att denna hantering var en tillfällig åtgärd och är borttagen. Det framhålls även att kommunen från 2024 har bytt bank som i sin tur innebär större begränsningar till ändring av funktioner som möjliggör behörighet till ändringar av uppgifter i betalfilerna.

I intervju med verksamhetsföreträdare beskrivs att behörighetsstrukturen ses över kontinuerligt för att säkerställa att inga behörigheter överlappar på ett sätt som kan skapa risker. Det anges vidare att betalkontrollsystemet Inyett<sup>1</sup> används som kontrollfunktion för att säkerställa att betalningar går till rätt mottagare och med rätt belopp.

### **Kontroll av förändringsloggar från leverantörsregistret**

I den tidigare granskningen noterades att det saknades en rutin att kontinuerligt analysera förändringsloggar. Genom möjligheten att ändra gironummer i leverantörsregistret fanns alltid en risk att en person gör en tillfällig ändring av gironummer vilket då kan leda till felaktiga utbetalningar från kommunens bankmedel.

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning påtalades att förändringar av uppgifter i leverantörsregistret loggas. Även vissa typer av fel, som sedan innebär att ändringar görs, dokumenteras separat. Lämnad rekommendation kring dokumentation, analys och kontroll av förändringsloggar kommer att beaktas i kommande riskanalyser. Framför allt strukturen kring flerhandsprincipen kan förstärkas.

Verksamhetsföreträdare har i skriftligt svar angivit att det för närvarande inte finns någon rutin för att regelbundet analysera loggar, utan loggarna används endast vid behov. I intervju anges att när det sker ändringar i leverantörsregistret, exempelvis av ett bankgironummer på en leverantör, noterar den som gör ändringen det i en Excel-fil. Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av ett utdrag ur denna Excel-fil och konstaterar att den innehåller leverantörsnummer, leverantörsnamn, förändringsdatum och användarnamn.

Enligt uppgift från verksamhetsföreträdare anges att ett nytt fakturahanteringssystem Proceedo har införts under 2024. I och med detta har ett arbete gjorts kring genomgång av alla processer och rutiner.

I skriftligt svar anges att införande av dualitetsprincipen för att förhindra temporära ändringar av känsliga uppgifter, exempelvis bank- och postgironummer, har diskuterats men det har inte implementerats på grund av resursbrist. Vid intervju påtalar verksamhetsföreträdare däremot att om det är ett nytt bankgironummer eller om det gjorts ändring av bankkontonummer på en leverantör, som sedan går med i en utbetalningsfil så genererar Inyett en varning. Ansvarig för hantering av utbetalningen behöver då göra kontroll av leverantören och vidta åtgärder om behov föreligger.

### **Kontroll av attestbehörigheter**

I den tidigare granskningen noterades att det inte fanns någon rutin hos ekonomiavdelningen att utfärda instruktioner för att kontrollera att registrerade behörigheter i ekonomisystemet överensstämmer med attestförteckningar.

---

<sup>1</sup> Automatisk lösning för kontroll av leverantörer och leverantörsbetalningar

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning påtalades att ansvaret för att verksamheten bedrivs inom beslutad struktur enligt attestreglemente är ålagd varje nämnd. Kontrollrutiner enligt attestreglemente ska, enligt rekommendation, utformas av Kommunstyrelsen/Sektor Styrning och stöd.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framkommer att kommunstyrelsen har 2024-10-29 § 205 beslutat om nya tillämplighetsanvisningar till attestreglementet, som innebär att registrerade attestbehörigheter i ekonomisystemet ska stämma överens med nämndernas attestlista. Dessa regler ska enligt uppgift börja gälla från den 1 januari 2025.

Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av dokumentet *Tillämplighetsanvisning för attestreglementet*. Dokumentansvarig är ekonomiavdelningen, Sektor Styrning och stöd. Av dokumentet framgår att dokumentet gäller för samtliga nämnder och sektorer. i § 6 framgår att varje nämnd, utifrån fullmäktiges krav på att kontinuerligt följa upp styr- och kontrollmiljö, ansvarar för att gällande attestförteckning stämmer överens med uppgifter om attestanter i system där attester hanteras. Av samma paragraf framgår vidare att upptäckta fel ska dokumenteras och rapporteras i nämndens internkontrollrapport.

Som angivits tidigare i rapporten har kommunen under 2024 bytt fakturahanteringssystem. Vid intervju med verksamhetsföreträdare beskrivs att ett arbete med upprättande av processbeskrivning för hela inköpsprocessen pågår. Som en del i detta kommer även nya dokumenterade rutiner att upprättas och implementeras under 2025. Uppföljning och kontroller av attester kommer att ske som en del av internkontrollplanen.

### **Behörigheter på bank och en fungerande behörighetsadministration**

I den tidigare granskningen noterades att det fanns rutiner för tilldelning av behörigheter på banken och i ekonomisystemet, men att rutinen att kontrollera behörigheter på banken bedömdes som informell.

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning angavs att behörigheter i bank beslutas av kommunstyrelsen. Med hänsyn till de fåtal personer som har behörigheter samt de begränsade förändringar som sker under året upplevs resursinsatsen som stor för att digitalisera denna process. Denna fråga ingår dock som en funktion som faller inom området digitalisering. Digitaliserad behörighetsadministration inom ekonomisystemet är under utvecklande och planeras att lanseras under 2022. Därmed säkerställs identiteten på både upprättare och beslutsfattare av tilldelad attesträtt.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framkommer att ingen digitaliserad hantering av behörighetstilldelning för att underlätta registrering av behörigheter på banken har införts. Utöver det som framkom i kommunstyrelsens yttrande om att resursinsatsen upplevs som stor, anges det bero på att Gävle kommun har bytt bank under 2024. Verksamhetsföreträdare beskriver att det är den nya banken som registrerar användare utifrån ifyllda blanketter från kommunen. Till dessa blanketter behöver kommunen även

bifoga vidmerade ID-kopior och underskrifter från firmatecknare. När användaren är registrerad av banken, är det ansvarig på kommunens internbank som lägger upp de behörigheter som respektive användare ska ha. Behörighetsadministratörerna på banken kopplar sedan användare mot roller.

Vidare framkommer det i skriftligt svar att bankbehörigheterna styrs utifrån vilka som har tilldelats delegat att utföra utbetalningar i delegationsordningen och behörigheterna kontrolleras årligen i samband med ett nytt delegationsbeslut.

Kopplat till digitaliserad hantering av behörighetstilldelning för attestberättigade i ekonomisystemet anger verksamhetsföreträdare i skriftligt svar att det har införts nya e-tjänster. Dessa e-tjänster används för att hantera behörigheter för attestanter och granskare, både för att lägga upp och för att ändra/avsluta attestbehörigheter. Digital signering av behörighetsärenden har införts och planeras att följas upp inom internkontrollplanen.

### **Organisationsnummer i utbetalningsfiler**

I den tidigare granskningen noterades att det i Inyett finns en funktion som matchar organisationsnummer och bankgironummer. Däremot noterades att det inte fanns någon möjlighet att ange organisationsnummer i betalfilen som skapas i ekonomisystemet.

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning instämde styrelsen om att funktionen att kunna lägga till organisationsnummer i betalfil är en önskad förbättring. Detta är i dagsläget inte möjligt i nuvarande ekonomisystem. Inte heller är det kontrollerat om kommunens bank kan ta emot informationen.

I skriftligt svar framkommer att det format som kommunen använder för betalfiler inte inkluderar organisationsnummer, och det är osäkert om detta kan ändras. Det framgår även vid intervju med verksamhetsföreträdare att Inyett kontrollerar kopplingen mellan organisationsnummer och kontonummer och varnar om de inte matchar mot rätt organisation.

### **Stärkt intern kontroll**

I den tidigare granskningen påtalades vikten av en stärkt intern kontroll tills ett systemstöd för behörighetsadministration var på plats.

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning påtalades att verksamheten bedrivs inom beslutad struktur enligt attestreglemente och är nämnds/verksamhets ansvar. Kontrollrutiner från Sektor Styrning och stöd är under upparbetande. Sammantaget konstaterade kommunstyrelsen att kontrollen är god gällande hantering av leverantörsregister/ -utbetalningar. Vikten av löpande utveckling av säkerheten i korrekta utbetalningar är dock stor och granskningen ger ett underlag för fortsatt arbete.

I skriftligt svar påtalas att det finns system för intern kontroll bland annat genom att det för ekonomisystemet Unit4 krävs att behörigheter läggs upp och avslutas genom en

anmälan via e-tjänst som godkänns av närmaste chef. Enligt uppgift styrs behörigheter i det nya fakturahanteringssystemet Proceedo genom en koppling till personalsystemet. För att minska risken för felaktiga utbetalningar anges att även beloppsgränsen i Inyett har sänkts.

### *Bedömning*

#### *Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att kommunstyrelsen delvis har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar att kommunstyrelsen har gjort framsteg kopplat till rekommendationerna men att det fortfarande finns utrymme för förbättringar och åtgärder för att uppnå full effektivitet och säkerhet.

Uppföljningen visar på att åtgärder vidtagits för att avsluta den temporära behörigheten att ändra uppgifter i betalfilen samt att ytterligare säkerhetsåtgärder har implementerats. Vi bedömer att detta indikerar att tillräckliga åtgärder har vidtagits kopplat till lämnad rekommendation.

Den uppföljande granskningen visar att det fortsatt saknas en rutin för regelbunden analys av förändringsloggar från leverantörsregistret. Därtill har inte dualitetsprincipen implementerats på grund av resursbrist. Mot bakgrund av detta bedömer vi det vara en brist att det inte utförs systematiska kontroller av loggarna. Avsaknad av denna typ av systematiska uppföljande rutiner medför en risk för felaktiga uppgifter i leverantörsregistret. Införandet av en sådan kontroll kan bidra till att öka den interna kontrollen inom området.

Vidare har nya rutiner och riktlinjer för kontroll av attestbehörigheter utvecklats och planeras att implementeras från 2025 som en del i nämndernas systematiska internkontrollarbete. Detta visar att åtgärder har vidtagits i enlighet med tidigare lämnad rekommendation. För hantering av behörigheter på bank och fungerande behörighetsadministration har organisationen infört åtgärder som årlig kontroll av bankbehörigheter och digital beställning och beslut av attestbehörigheter, vilket tyder på att detta område är väl omhändertaget.

Inom ramen för den uppföljande granskningen har framkommit att betalfilerna inte inkluderar organisationsnummer, men att det finns en kontrollfunktion i Inyett som varnar om kontonummer inte matchar organisationen. Slutligen har åtgärder vidtagits för att stärka den interna kontrollen, såsom användningen av e-tjänster för att avsluta behörigheter och kopplingar till personalsystemet, vilket visar att dessa åtgärder är på plats.



# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljande granskning av intern kontroll i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar.

Granskningens syfte har varit att bedöma om kommunstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförd granskning.



Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen **inte helt** vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som tidigare lämnats.

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Införa en rutin att regelbundet analysera och kontrollera förändringsloggar från leverantörsregistret och dokumentera dessa kontroller, i syfte att minska risk för felaktiga uppgifter i leverantörsregistret. Detta kan med fördel ske i samband med det pågående arbetet med processbeskrivning och upprättande av nya rutiner kopplat till inköpsprocessen.
- Följa upp att nämnderna inom sitt internkontrollarbete fullföljer sitt ansvar enligt tillämpningsanvisning för attestreglemente gällande ansvar kopplat till att det föreligger överensstämmelse mellan attestförteckning och uppgifter om attester i system.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av styrelsen?	<b>Ja</b> Revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av kommunstyrelsen. Styrelsen har lämnat ett yttrande på granskningen inom utsatt tid.	
2. Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	<b>Delvis</b> Kommunstyrelsen har delvis vidtagit åtgärder utifrån tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar på att åtgärder vidtagits för att avsluta den temporära behörigheten att ändra uppgifter i betalflen, och ytterligare säkerhetsåtgärder har implementerats. Vidare har nya rutiner och riktlinjer för kontroll av attestbehörigheter utvecklats och planeras att implementeras från 2025 som en del i nämndernas systematiska internkontrollarbete. För hantering av behörigheter på bank och fungerande behörighetsadministration har organisationen infört åtgärder som årlig kontroll av bankbehörigheter och digital beställning och beslut av attestbehörigheter. Åtgärder har vidtagits för att stärka den interna kontrollen, såsom användningen av e-tjänster för att avsluta behörigheter och kopplingar till personalsystemet.  Däremot saknas det fortsatt en rutin för regelbunden analys av förändringsloggar från leverantörsregistret och dualitetsprincipen har inte implementerats på grund av resursbrist. Mot bakgrund av detta bedömer vi det vara en brist att det inte utförs systematiska kontroller av loggarna. Avsaknad av denna typ av systematiska uppföljande rutiner kan medföra en risk för felaktiga uppgifter i leverantörsregistret. Införandet av en sådan kontroll kan bidra till att öka den interna kontrollen inom området.	

---

Inom ramen för den uppföljande granskningen har framkommit att betalfilerna inte inkluderar organisationsnummer, men att det finns en kontrollfunktion i Inyett som varnar om kontonummer inte matchar organisationen.

---

2025-02-19

Hanna Franck

Cecilia Axelsson

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 21 oktober 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Uppföljande granskning av avtalshantering

**Gävle kommun**

April 2025

*Cecilia Axelsson, certifierad kommunal revisor och  
projektledare*

*Matthew Matti, revisionskonsult och projektmedarbetare*



*Hanna Franck, certifierad kommunal revisor och  
kvalitetssäkrare*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljande granskning av avtalshantering. Granskningens syfte har varit att bedöma om granskade nämnder och kommunstyrelsen har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförd granskning.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att granskade nämnder och kommunstyrelsen **inte helt** har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som tidigare lämnats.

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

Revisionsfrågor	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd och av styrelsen?	Ja 
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Delvis 

## Rekommendationer

Efter genomförd uppföljande granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Tydliggöra vilken typ av avtal som nämnderna får ingå för kommunens räkning utifrån det förbättringsområde som verksamhetsföreträdare har påtalat i den uppföljande granskningen.
- Se över om behov föreligger att upprätta och implementera riktlinjer för avtalshantering och uppföljning.
- Införa rutiner för att regelbundet utvärdera och justera de systematiska kontroller som sker för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal.
- Se över om behov föreligger att fastställa beloppsgränser för olika attestroller. Detta i syfte att förstärka den interna kontrollen kopplat till inköp med stora värden.

Efter genomförd uppföljande granskning lämnas följande rekommendationer till nämnderna:

- Initiera ett arbete kring samverkan mellan nämnderna och kommunstyrelsen för att tillse att systematiska kontroller av inköp och avtalstrohet sker även på nämnds nivå.

- Tillse att roll- och ansvarsfördelningen kontinuerligt följs upp och utvärderas inom respektive verksamhet för att säkerställa att de implementeras effektivt och att eventuella ytterligare justeringar görs vid behov.
- Se över om behov föreligger att fastställa beloppsgränser för olika attestroller. Detta i syfte att förstärka den interna kontrollen kopplat till inköp med stora värden.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>1</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
Bakgrund.....	4
Syfte och revisionsfrågor.....	4
Revisionskriterier.....	4
Avgränsning.....	5
Metod.....	5
<b>Granskningsresultat</b> .....	<b>6</b>
Svar på revisorernas synpunkter och förslag på åtgärder.....	7
lakttagelser.....	7
Bedömning.....	7
Åtgärdade synpunkter och förslag.....	8
lakttagelser.....	8
Bedömning.....	19
<b>Samlad bedömning</b> .....	<b>22</b>
Rekommendationer.....	22
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor.....	23

# Inledning

## 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.

Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. 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.

Revisorerna genomförde under år 2021 en granskning rörande kommunens avtalshantering där brister noterades. Granskningsrapporten innehöll även rekommendationer riktade till kommunstyrelsen och de granskade nämnderna. Revisorerna har inom ramen för revisionsplaneringen 2024 funnit det angeläget att genomföra en uppföljande granskning avseende kommunens avtalshantering.

## Syfte och revisionsfrågor

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

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd och av styrelsen?
- 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 avtalshantering, PwC, december 2021



## **Avgränsning**

Granskningen avser uppföljning av tidigare granskning rörande kommunens avtalshantering som genomfördes år 2021.

I den tidigare granskningen ingick samtliga nämnder utom jävsnämnden, valnämnden och överförmyndarnämnden. Det innebär att i den uppföljande granskningen ingår inte jävsnämnden, valnämnden och överförmyndarnämnden.

## **Metod**

Granskningen har genomförts genom att gå igenom revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnad revisionsrapport och tillhörande missiv, samt genomgång och granskning av det yttrande som revisorerna erhållit.

Inhämtande av lägesbeskrivningar för granskningsområdet har genomförts genom utskick av skriftliga frågor till berörda tjänstemän inom sektor Livsmiljö Gävle, sektor Styrning och stöd Gävle, sektor Utbildning Gävle och sektor Vålfärd Gävle, samt genomgång av erhållna svar. Inhämtande av kompletterande underlag har skett för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen i nämndernas och styrelsens arbete med åtgärder. En intervju har även genomförts med berörda tjänstemän inom Styrning och stöd Gävle.

Genomgång av kommunstyrelsens protokoll har skett för perioden juni 2022 - december 2024.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Hanna Franck i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Inledning

Under 2021 genomfördes en granskning av avtalshantering. Syftet med den granskning som genomfördes 2021 var att granska om kommunstyrelsens och nämndernas inköp sker enligt träffade ramavtal och om rutinerna och hanteringen av ramavtal är dokumenterade och följs upp.

I den granskning som genomfördes 2021 fanns följande revisionsfrågor uppställda:

- Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?
- Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?
- Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?
- Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?
- Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?

Efter genomförd granskning 2021 var revisionens samlade bedömning att kommunens inköp inte helt sker enligt träffade ramavtal samt att rutinerna och hanteringen av ramavtal inte helt är dokumenterade och följs upp.

Utifrån genomförd granskning under 2021 formulerade revisorerna ett missiv innehållande nedanstående rekommendationer:

- Kommunstyrelsen och nämnderna bör tillse att det i hela den kommunala organisationen finns en tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning vad gäller avtalshantering.
- Kommunstyrelsen rekommenderas ta fram riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska göras samt att dessa implementeras i verksamheterna. Detta kan sedan ligga till grund för det generella arbetssättet vad gäller avtalshanteringen.
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare gällande inköp, avtalshantering och användande av kommunens avtalsdatabas.
- Kommunstyrelsen och nämnderna bör genom systematiska kontroller säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp.
- Kommunstyrelsen och nämnderna bör säkerställa att löpande och systematisk uppföljning görs av ingångna avtal och avtalstrohet.
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen för att minska risken för att inköp sker utanför avtal.

## Svar på revisorernas synpunkter och förslag på åtgärder

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd och av styrelsen?*

### *lakttagelser*

Revisorerna översände rapporten till kommunstyrelsen och nämnderna den 16 december 2021 med önskemål om svar från styrelsen senast 17 mars 2022 och från respektive nämnd senast 28 februari 2022. Nedan återfinns en sammanställning när respektive objekt hanterade sitt yttrande:

- Kommunstyrelsen hanterade rapporten 2022-03-15 § 54 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.
- Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden hanterade rapporten 2022-02-23 § 12 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.
- Kultur- och fritidsnämnden hanterade rapporten 2022-02-22 § 8 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.
- Omvårdnadsnämnden hanterade rapporten 2022-02-24 § 6 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.
- Samhällsbyggnadsnämnden hanterade rapporten 2022-02-23 § 37 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.
- Socialnämnden hanterade rapporten 2022-02-22 § 11 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.
- Utbildningsnämnden hanterade rapporten 2022-02-23 § 7 och har lämnat yttrande på granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer.

Styrelsens och nämndernas yttranden och de åtgärder som vidtagits presenteras under revisionsfråga 2.

### *Bedömning*

*Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd och av styrelsen?*

**Ja.**

Vi bedömer att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av kommunstyrelsen och respektive nämnd. Vi bedömer att styrelsen och nämnderna har lämnat ett yttrande på granskningen inom utsatt tid, vilket skedde under perioden 2022-02-22 till 2022-03-15.

## Åtgärdade synpunkter och förslag

### Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Under detta avsnitt återfinns en redogörelse per sektor rörande styrelsens och nämndernas yttrande samt lägesbeskrivningar och verifiering av genomförda åtgärder kopplat till varje lämnad rekommendation.

### *lakttagelser*

#### **Tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning**

I den tidigare granskningen noterades att det saknades en tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning vad gäller avtalshantering inom kommunen. Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderades att säkerställa att det finns en tydlig ansvarsfördelning samt att delegationsordningar förtydligas.

#### Kommunstyrelsen

I kommunstyrelsens yttrande på genomförd granskning angavs att arbetet med att implementera inköps- och upphandlingspolicyn kommer att förtydliga mycket. Det behöver också kompletteras med översyn av delegationsordningar, framför allt på sektorerna, vilket kommer att ske framöver.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare från sektor Styrning och stöd beskrivs att det är ett pågående arbete att säkerställa en tydlig roll- och ansvarsfördelning. Alla nämnder har rätt att, inom sitt verksamhetsområde, ingå avtal för kommunens räkning, vilket anges framgå indirekt av *Gemensamt reglemente för Gävle kommuns nämnder*<sup>1</sup> § 39. Enligt uppgift har rollen inköpssamordnare definierats och fastställts i kommunen, där det för alla sektorer förutom Valfärd finns en eller flera utsedda inköpssamordnare. Därtill krävs numera att avtalsansvarig är utsedd redan i beställningsskedet av ett nytt upphandlingsuppdrag. Enligt uppgift utses avtalsansvarig av beställaren och kan exempelvis vara en inköpssamordnare eller en person som gör många beställningar från avtalet.

De styrande dokument som tagits fram sedan granskningen genomfördes 2021 är enligt uppgift delegationsordning per nämnd kopplat till inköp och upphandling samt en direktupphandlingsrutin. Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av dokumentet *Rutin för direktupphandlingar* och noterar att rutinen inte är daterad och att det inte framkommer vem som har upprättat rutindokumentet. Av rutinen framgår vad som krävs och vilka kontroller som ska ske utifrån olika angivna beloppsgränser för upphandling

Efter den tidigare genomförda granskningen anges att såväl kommunstyrelsens delegationsordning som nämndernas delegationsordningar har uppdaterats. Kommunstyrelsens delegationsordning har även uppdaterats på nytt under 2024 med nya roller som förekommer på inköps- och upphandlingsenheten. Vi har inom ramen för

---

<sup>1</sup> Dokumentet är inte daterat och det framgår inte vem som upprättat dokumentet.

den uppföljande granskningen tagit del av *Kommunstyrelsens delegationsordning*<sup>2</sup> som har fastställts i december 2024 och konstaterar att kommunstyrelsen delegerat beslutanderätten för ett flertal ärenden inom inköp, upphandling och avtalsförvaltning till ett antal angivna roller såsom chef med budgetansvar, affärsjurist och inköpshandläggare. Ärenden som har delegerats i delegationsordningen är bland annat beslut om att initiera en upphandling, med vissa angivna undantag, och beslut om tilldelning för upphandling under respektive över tröskelvärdet. Av fastställda tillämpningsanvisningar 7 §, som återfinns i kommunens delegationsordning, framgår att beslut fattade med stöd av delegationsordningen ska upprättas skriftligt och genast anmälas till kommunstyrelsen om inget annat anges.

I skriftligt svar beskrivs även att det under 2024 har genomförts en kartläggning av kommunens avtal för att se utvecklingsmöjligheter och brister som behöver rättas till. Kartläggningen anges vara dokumenterad och har presenterats i Inköpsrådet<sup>3</sup>. Den dokumenterade kartläggningen utgör ett arbetsdokument och anges vara ett underlag för att förbättra avtalsuppföljning under 2025. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av en presentation av resultatet av kartläggningen som redovisades för Inköpsrådet i september 2024.

Enligt uppgift har även ett antal stödande dokument i form av rutiner upprättats innehållande instruktioner till olika delar av kommunens avtalsuppföljning.

Det framhålls även i skriftligt svar att en organisationsutveckling pågår för att effektivisera kommunens utvecklingsarbete inom inköps- och upphandlingsområdet, där uppföljning är en viktig del. Enligt uppgift syftar utvecklingsarbetet till att öka möjligheterna för bättre överlämningar av upphandlade avtal och service till verksamheterna.

Ett förbättringsområde som verksamhetsföreträdare lyfter är att reglementen behöver tydliggöras med vilken typ av avtal som nämnderna får ingå för kommunens räkning. Respektive nämnd behöver i sin delegationsordning även ha tydliga delegationer på vem som får ingå avtal utifrån att alla avtal inte varit föremål för en LOU-process.

#### Arbetsmarknads- och funktionsnämnden, omvårdnadsnämnden och socialnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsnämndens, omvårdnadsnämndens och socialnämndens yttrande angavs att Sektor Välfärd har för avsikt att implementera ett framtaget förslag till delegation på upphandlingsområdet inom kort. När det gäller upphandlingar av kärnverksamhet inom nämndens ansvarsområde så genomförs dessa efter att nämnd fattat beslut om att överlåta verksamhet till privat utförare. När beslutet om att upphandla tas fattas också beslut om vem som ges mandat att fatta tilldelningsbeslut, vanligen ges

---

<sup>2</sup> Antagen av kommunstyrelsen 2022-02-08 § 8, reviderad 2024-02-06 § 28 och 2024-12-03 § 244.

<sup>3</sup> Sektorer och bolag utser representanter till Inköpsrådet som främst utgörs av chefer med ansvar för inköpsfrågor samt en ekonomistrateg.

detta till biträdande sektorchef. Vem som har rätt att teckna avtal med externa utförare finns angivet i nämndens besluts- och delegationsförteckning.

I skriftligt svar från sektor Velfärd framgår att delegationsordningarna har förtydligats avseende ansvarsförhållanden kopplat till inköp och upphandling. För att minska risker kopplade till otydlig ansvarsfördelning har justeringar av delegationsordningar genomförts samt en tydligare uppdelning av vilka typer av avtal som hanteras inom olika organisatoriska nivåer. Vi har inhämtat delegationsordningarna för arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden (reviderad 11 december 2024), omvårdnadsnämnden (reviderad 12 december 2024) samt socialnämnden (reviderad 10 december 2024). Dessa dokument innehåller nu förtydligade bestämmelser gällande inköp och upphandling, vilket klargör ansvarsförhållandena inom dessa områden.

#### Samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden

I samhällsbyggnadsnämndens yttrande angavs att nämnden planerar åtgärder för att åtgärda bristerna. De betonar behovet av mer utbildning och stöd från inköps- och upphandlingsavdelningen, uttrycker oro över resursbrist och avser att revidera sin delegationsordning för att förtydliga mandatet.

I kultur- och fritidsnämndens yttrande angavs att nämnden avser att revidera sin delegationsordning för att förtydliga mandatet i inköps- och upphandlingsfrågor. För att hantera de identifierade bristerna kommer sektor Livsmiljö Gävle att verka för utökad internkontroll och granskning, samt en lämplig fördelning av inköpsansvar för att uppnå effektiv verksamhet. Fortsatta dialoger med inköps- och upphandlingsavdelningen kommer att ske för att adressera resursbrist och förbättra upphandlingsarbetet.

Vi har inhämtat delegationsordningarna för samhällsbyggnadsnämnden (reviderad 28 augusti 2024) samt kultur- och fritidsnämnden (reviderad 23 april 2024). Dessa dokument innehåller nu förtydligade bestämmelser gällande inköp och upphandling, vilket klargör ansvarsförhållandena inom dessa områden.

I ett skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår det att Gävle kommun har säkerställt en tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning för avtalshantering genom sin inköps- och upphandlingspolicy. Denna policy fastställer att kommunfullmäktige ansvarar för beslut om koncernövergripande styrdokument, medan kommunstyrelsen bereder ärenden till fullmäktige och fattar beslut om styrdokument som rör primärkommunen. Näringslivs- och upphandlingsutskottet har i sin tur uppgiften att bereda ärenden för kommunstyrelsen.

#### Utbildningsnämnden

I utbildningsnämndens yttrande betonas vikten av ett samordnat arbete för att åtgärda de brister som identifierats i granskningen. Nämnden uttrycker en positiv inställning till samarbete med kommunstyrelsen för att effektivisera och förbättra avtalshantering.

Utbildningsnämnden framhåller särskilt vikten av att kontrollera avtalstrohet som en prioritet inom deras internkontroll. De avser att genomföra åtgärder i enlighet med de rekommendationer som revisionen gett, i samarbete med kommunstyrelsen.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att inom utbildningsnämnden fattas årligen beslut om bemyndigande och firmatecknare. Beslutet fastställer vem som är firmatecknare och på vilken nivå avtal får undertecknas. Vi har tagit del av delegationsordningen (reviderad 27 november 2024) för att verifiera att den har reviderats.

### **Riktlinjer för avtalshantering och uppföljning**

Den tidigare genomförda granskningen år 2021 visade att det saknades dokumenterade riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska genomföras. Kommunstyrelsen rekommenderades att ta fram och implementera sådana riktlinjer.

#### Kommunstyrelsen

I kommunstyrelsens yttrande framgick att implementeringsarbetet som följde av att inköps- och upphandlingspolicyn antogs kommer att utveckla avtalsansvar och rollbeskrivning. Även uppföljningen behöver omfattas av förbättringsarbetet och förtydligandet av roller och ansvar.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare från sektor Styrning och stöd anges att kommunens inköps- och upphandlingspolicy inte har reviderats och uppdaterats varvid den från maj 2021 är fortsatt gällande. Dokumenterad rutin för direktupphandlingar är inte reviderad men anges vara uppdaterad med aktuella direktupphandlingssummor.

Verksamhetsföreträdare påtalar att det av direktupphandlingsrutinen framgår att köp från 25 000 kr ska dokumenteras. Av *rutin för direktupphandlingar* framgår att dokumentation av beslut ska ske i e-tjänsten. Det angivna beloppet beskrivs vara lägre än det lagstadgade kravet om 100 000 kr.

Av erhållet skriftligt svar beskrivs ett flertal åtgärder som har genomförts kopplat till avtalshantering och uppföljning. Bland annat har systemstöd för uppföljning implementerats i form av Power BI<sup>4</sup> och Hantera Livs<sup>5</sup>, där Hantera används inom området för livsmedelsavtal. Under 2024 anges även att ett nytt e-handelssystem har implementerats där ca 70 avtal anges vara inlagda i nuläget. För närvarande pågår enligt uppgift en vidareutveckling av Power BI i syfte att utgöra stöd för verksamheterna att följa inköp inom sina egna respektive verksamheter. Därtill finns det på inköps- och upphandlingsenheten en inköpskontroller som gör övergripande analyser som underlag till beslut om upphandlingar.

---

<sup>4</sup> En samling programvarutjänster, appar och anslutningsappar som fungerar tillsammans för att omvandla orelaterade datakällor till sammanhållna, visuella och interaktiva insikter.

<sup>5</sup> Digitalt stödssystem för upphandling och uppföljning av livsmedelsköp

Av skriftligt svar framgår att det i internkontrollplanen för 2025 för kommunstyrelsen kommer att finnas ett fokus på följsamhet av direktupphandlingsrutinen samt e-handel. Kontrollmoment kommer att bestå av stickprov tre gånger under året. Vi har inom ramen för granskningen inte tagit del av internkontrollplanen för 2025 mot bakgrund av att planen är under beredning och kommer att fastställas i mitten av mars 2025.

#### Arbetsmarknads- och funktionsnämnden, omvårdnadsnämnden och socialnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsnämndens, omvårdnadsnämndens och socialnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att ta fram riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska ske. Detta med anledning av att rekommendationen var riktad till kommunstyrelsen. Vi har däremot inom ramen för granskningen ställt kontrollfrågor till sektorn bland annat kring deras kännedom om eventuell reviderad inköps- och upphandlingspolicy samt rutin för direktupphandlingar.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att riktlinjerna för inköp och avtalshantering innefattar rutiner för dokumentation av direktupphandlingar samt övervakning av upphandlingsgränser. Dessa rutiner är tydligt beskrivna och registrering sker i en e-tjänst, där aktuella upphandlingsbelopp och gränsvärden uppdateras kontinuerligt. Regelbundna kontroller av direktupphandlingar utförs, där större belopp granskas systematiskt. Enligt rutin och anvisningar ska direktupphandlingar diarieföras, men detta sker inte alltid. Respektive kontor ansvarar för uppföljning inom sin del av organisationen. För att säkerställa ordnad dokumentation av kommunens inköp och upphandlingar har inköps- och fakturahanteringssystemet Proceedo implementerats. Systemet samlar avtal och upphandlingar och underlättar efterlevnad.

#### Samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden

I samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att ta fram riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska ske. Detta med anledning av att rekommendationen var riktad till kommunstyrelsen. Vi har däremot inom ramen för granskningen ställt kontrollfrågor till sektorn bland annat kring deras kännedom om eventuell reviderad inköps- och upphandlingspolicy och rutin för direktupphandlingar.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att kommunens inköps- och upphandlingspolicy inte reviderats efter utförd granskning, däremot anges att fullmäktiges beslut om policyn delgavs sektor Livsmiljös nämnder den 29 oktober 2021.

#### Utbildningsnämnden

I utbildningsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att ta fram riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska ske. Detta med anledning av att rekommendationen var riktad till kommunstyrelsen. Vi har däremot inom ramen för granskningen ställt kontrollfrågor till sektorn bland annat kring



deras kännedom om eventuell reviderad inköps- och upphandlingspolicy samt rutin för direktupphandlingar.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att inköps- och upphandlingspolicy inte har förändrats sedan den reviderades och beslutades av kommunfullmäktige den 10 maj 2021. Inte heller rutinen för direktupphandlingar har genomgått någon ytterligare förändring sedan oktober 2021. Inom utbildningsnämnden genomförs inga regelbundna kontroller av dokumentation av direktupphandlingar. Dock förs en tät dialog mellan inköpssamordnare och verksamheten vid direktupphandling. Inköpssamordnare hålls kontinuerligt uppdaterade, men inga ytterligare stödverktyg eller utbildningar har införts för att säkerställa dokumentation och ordning i nämndens inköp och upphandlingar.

### **Utbildning i inköp, avtalshantering och avtalsdatabasen**

Tidigare granskning visade att utbildning för inköpare, beställare och avtalsförvaltare var otillräcklig. Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderades att genomföra relevanta utbildningar.

#### Kommunstyrelsen

I kommunstyrelsens yttrande framfördes att det erbjuds ett flertal utbildningar, bl.a. för nya chefer och en onlineutbildning för att bli beställare för inköpssystemet. Samtidigt är det ett kompetensområde som är svårt att få verksamheterna att prioritera. Ytterligare utbildningar planeras och det första steget är utbildningar för direktupphandling och förnyad konkurrensutsättning. Rapportens rekommendationer ger underlag för ytterligare utbildningsbehov. Idag saknas exempelvis utbildning för avtalsförvaltning i Kommers, även om det finns rutiner publicerade på Ankaret.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare från sektor Styrning och stöd anges att det inte finns någon obligatorisk utbildning för nya chefer och beställare i inköpssystemet. Däremot finns ett utbildningspaket till kommunens inköpssamordnare och avtalsförvaltare. Utbildningspaketet för inköpssamordnare innefattar bland annat:

- Grundläggande LOU och Direktupphandlingar inklusive Gävle kommuns direktupphandlingsrutin,
- Utbildning i hur man registrerar avtal i avtalsdatabasen Kommers och E-tjänsten
- Avtalsuppföljning och E-handel

#### Arbetsmarknads- och funktionsnämnden, omvårdnadsnämnden och socialnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsnämndens, omvårdnadsnämndens och socialnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att utbildningar inom inköpssystemet erbjuds för både beställare och attesterare, och Proceedo används som ett verktyg för

utbildning av beställare. Det anges vara oklart om någon specifik utbildning i avtalsförvaltning i Kommers har införts.

#### Samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden

I samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att stöd erbjuds i form av utbildningar inom direktupphandling och förnyad konkurrensutsättning i kommunens utbildningsprogram Kompetensen. Utbildningsmaterial i PowerPoint- och Word-format finns tillgängligt för områden som upphandling i Kommers, avtalsförvaltning, inköp i e-handelssystem och GDPR vid offentlig upphandling.

#### Utbildningsnämnden

I utbildningsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att utbildningar i e-handel och fakturahanteringssystemet Proceedo finns tillgängliga för alla roller inom kommunen via Ankaret. Det är oklart om en specifik utbildning för avtalsförvaltning i Kommers har tagits fram, men Styrning och stöd kan ha utvecklat sådana utbildningar som utbildningsnämnden ännu inte har deltagit i. I samband med införandet av det nya e-handels- och fakturahanteringssystemet har utbildningar och kunskapsuppdateringar genomförts för alla beställare inom organisationen.

#### **Systematiska kontroller av inköp**

I den granskning som genomfördes 2021 noterades att det saknas systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal. Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderades att införa sådana kontroller.

#### Kommunstyrelsen

I kommunstyrelsens yttrande påtalades att verktyget Power BI kommer att användas för systematisk uppföljning. De internkontroller som görs idag kommer också att fortgå, där kontrolleras köp som gjorts utanför avtal.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare från sektor Styrning och stöd beskrivs att uppföljning av inköp sker tre gånger per år genom internkontrollplanen, vilket har omnämnts tidigare i rapporten. I dokumentet *Internkontroll, beskrivning och plan* för kommunstyrelsen gällande 2024 finns två risker identifierade med bäring på på inköp, med sju tillhörande kontrollmoment. Dessa risker är:

- Felaktiga köp inom organisationen

- LOU efterlevs inte inom organisatoinen.

Redovisning av uppföljningen av internkontrollplanen anges ske i form av en rapport till styrelsen. Som stöd för uppföljningen används Power BI och enligt uppgift genomfördes den senaste uppföljningen per augusti 2024. Vi har tagit del av *Rapport Intern styrning och kontroll delår 2* för kommunstyrelsen och konstaterar att uppföljning av identifierade risker för inköp har skett. Uppföljning för helåret 2024 kommer enligt uppgift att beslutas av styrelsen i mitten av mars 2025.

Verksamhetsföreträdare beskriver att samverkan sker inom kommunen kopplat till upphandlingar genom en upphandlingsplan, med undantag för sektor Vårld som upphandlar vårdboenden inom sektorn och har särskild kompetens för det. I upphandlingsplanen samlas alla upphandlingsbeställningar som inkommer från verksamheten via en e-tjänst. Med hjälp av upphandlingsplanen ges god överblick över vilka upphandlingar som behöver göras, både pågående avtal som behöver upphandlas på nytt men också nya avtal som behöver upphandlas. Därtill anges att det i upphandlingsfasen ingår referensgruppsdeltagare från sektorerna.

#### Arbetsmarknads- och funktionsnämnden, omvårdnadsnämnden och socialnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsnämndens, omvårdnadsnämndens och socialnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att införa systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att systematisk uppföljning av inköp utanför avtal sker genom initiativet Effektivare inköp, där uppföljningar genomförs två gånger per år. Den senaste genomgången skedde i juni 2024 och redovisades i september på sektorsledning, med en ny uppföljning planerad i februari 2025 inom ramen för internkontrollrapporten. Resultatet av kontrollerna har lett till förändrade rutiner, exempelvis inom direktupphandlingar av HVB- och familjehemsplaceringar, där samverkan mellan HVB-samordnare och det externa upphandlingsteamet har förbättrats. För att öka medvetenheten om vikten av att följa avtal har informationsinsatser genomförts, och utbildningar inom mutor, korruption samt välfärdsbrott har integrerats i organisationens arbete. Det finns idag ingen samordning mellan sektorer och verksamheter vad gäller upphandlingar, men det finns en önskan om att förbättra detta samarbete genom forum för inköpssamordnare.

#### Samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden

I samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att införa systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att systematisk uppföljning av inköp sker enligt inköps- och upphandlingspolicyn, som fastslår att ingångna avtal ska tillämpas och att dokumentation ska genomsyra hela upphandlingsverksamheten.

### Utbildningsnämnden

I utbildningsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att införa systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår det att senaste kontrollen genomfördes i samband med internkontrollrapporten 2023, och resultatet finns dokumenterat i rapporten. Resultatet av dessa kontroller har dock inte lett till förändrade rutiner eller nya riktlinjer. Vid identifierade avvikelser har återrapportering till verksamheterna skett, och påminnelser om vikten av avtalstrohet har kommunicerats.

För att öka medvetenheten kring vikten av att följa avtal har utbildning genomförts för medarbetare som är involverade i inköps- och beställningsprocessen.

### **Systematisk uppföljning av avtalstrohet**

Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderades att säkerställa att ingångna avtal och avtalstrohet följs upp systematiskt.

### Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen angav i sitt yttrande att otydligheten i roller avseende uppföljning behöver utredas vidare inom organisationen som en del av implementeringen av inköps- och upphandlingspolicyn. Ett nytt e-handelssystem ökar avsevärt möjligheten att vara avtalstrogen och kommer att vara till hjälp.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare från sektor Styrning och stöd anges att uppföljning av avtalstrohet sker via internkontrollen tre gånger per år, och det nya e-handelssystemet utgör stöd för arbete med uppföljning i större utsträckning.

Vidare beskrivs att kommunens omkring 1 000 avtal följs upp på olika sätt. Måltidsavtal och städavtal är omfattande och stora varpå de följs upp av inköps- och upphandlingsenheten. Ansvar för uppföljning av dessa avtal finns tydliggjort i *Reglemente för kommunstyrelsen Gävle kommun*<sup>6</sup>. Mindre avtal anges följas upp nära den verksamhet där avtalen nyttjas. Det påtalas att det i dagsläget saknas avtalsansvariga för många avtal. Ett förbättringsområde som verksamhetsföreträdare lyfter är att rutiner behöver tas fram och avtalsansvar behöver fördelas. Det handlar om att tydliggöra ansvar för leverantörskontakter och möten samt instruktioner kopplat till avtalshantering. Enligt uppgift är det ett arbete som kommer att påbörjas under 2025.

---

<sup>6</sup> Framgår ej vem som fastställt reglementet eller datum för fastställande

Som nämnts tidigare i rapporten pågår en organisationsutveckling. Inom ramen för detta arbete kommer inköps- och upphandlingsenheten under 2025 att fokusera på hur kommunen behöver utveckla sin avtalsuppföljning.

#### Arbetsmarknads- och funktionsnämnden, omvårdnadsnämnden och socialnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsnämndens, omvårdnadsnämndens och socialnämndens yttrande angavs att rutiner finns implementerade för uppföljning av avtal, särskilt för avtal som avser kärnverksamhet.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att det finns tydligare krav och rutiner för uppföljning av externa avtal, där upphandlingsteamet ansvarar för cirka 230 avtal med ledning av en controller. Rutinerna för interna inköp och upphandlingar uppges vara mindre tydliga och det påtalas att begränsade resurser påverkar avtalsuppföljningen negativt. Alla avtal uppges dock ha en generell skrivning om uppföljning, och det finns rutiner dokumenterade i ledningssystemet. Upphandlare hanterar upphandling och avtal, medan controllers sköter uppföljningen. En uppföljning av avtalstrohet genomfördes senast under hösten 2024, och dokumentation finns. För närvarande pågår ett arbete med att registrera samtliga avtal i avtalsdatabasen Kommers, både inom sektor välfärd och på central nivå, för ökad transparens och bättre överskådlighet.

#### Samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden

I samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens yttrande angavs att rutiner finns implementerade för uppföljning av avtal som avser kärnverksamhet.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att sektor Livsmiljö genomför systematisk uppföljning av avtalstrohet genom internkontroller. Processer, styrande dokument och stödande dokument säkerställer en fungerande styrning och kontrollmiljö.

#### Utbildningsnämnden

I utbildningsnämndens yttrande angavs att rutiner finns implementerade för uppföljning av avtal som avser kärnverksamhet.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att det inte finns några systematiska rutiner för uppföljning av avtalstrohet inom utbildningsnämnden, men löpande kontroller sker i PowerBI. Det finns heller inga dokumenterade rutiner för dessa uppföljningar, men ekonomistrategen ansvarar för genomförandet.

För att stärka arbetet med avtalstrohet har två inköpssamordnare tillsatts inom sektorn, där inköpssamordning ingår i deras tjänster. En uppföljning av avtalstrohet genomförs just nu inför internkontrollrapporten för 2024.

## **Begränsade roller och beloppsgränser**

Granskningen visade att antalet beställare och inköpare behövde begränsas samt att beloppsgränser för inköp borde fastställas. Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderades att begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen för att minska risken för att inköp sker utanför avtal

### Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen angav i sitt yttrande:

“E-handelssystemet kommer att kräva behörighet för att beställa, en behörighet som föregås av en utbildning. Därför kommer problemet minska i och med utökad e-handel. Vid ett väl fungerande e-handelssystem som enbart möjliggör inköp med avtalstrohet och med attest av budgetansvarig chef, behöver inte nödvändigtvis antalet beställare minska drastiskt. En risk med för få behörigheter i e-handelssystemet är att det i stället görs köp vid sidan av systemet för att det blir för omständligt att gå via en behörig beställare. Vad som är mest lämpligt får kommande utvecklingsarbete med e-handelssystemet visa.”

I den granskning som genomfördes 2021 noterades att det endast i samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens delegationsordningar fanns beloppsgränser fastställda avseende ärenden om inköp och upphandling. I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare för sektor Styrning och stöd anges att inga beloppsgränser finns angivna i attestregistret, det anges istället vara den tilldelade budgeten som beslutsattestanten har att utgå från.

I skriftligt svar anges att beslut om antalet beställare fattas av respektive attestansvarig per verksamhet. Det påtalas att risken för köp utanför avtal successivt minimeras genom utökade avtalsimplementeringar i e-handelssystemet samt följsamhet av användandet av e-handel i verksamheterna. I e-handelssystemet finns endast upphandlade avtal.

### Arbetsmarknads- och funktionsnämnden, omvårdnadsnämnden och socialnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsnämndens, omvårdnadsnämndens och socialnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att beloppsgränser för upphandlingsbeslut inte har setts över och fastställts i samtliga delegationsordningar. För att begränsa antalet beställare och inköpare har kommunen blivit mer restriktiv med inköpskort, särskilt inom e-handelssystemet, även om detta endast omfattar en del av alla beställningar. Delegationsordningar och arbetsbeskrivningar specificerar inte tydligt vilka funktioner som ska ha rollen som beställare och inköpare, även om attestanter framgår i dokumentationen.

### Samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden

I samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att inga beloppsgränser återfinns i delegationsordningen eller attestförteckningen, och beslut om tillämpning av beloppsgränser är en kommunövergripande fråga som sektor Styrning och stöd äger.

### Utbildningsnämnden

I utbildningsnämndens yttrande angavs inget specifikt svar kopplat till lämnad rekommendation om att begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen.

I skriftligt svar från verksamhetsföreträdare framgår att det inte finns några beloppsgränser fastställda i delegationsordningar eller attestförteckningar, och ingen översyn av detta har gjorts. Inga åtgärder har vidtagits för att begränsa antalet beställare och inköpare, eftersom det nuvarande antalet anses vara nödvändigt för verksamheten.

Det finns heller ingen reglering i delegationsordningar, arbetsbeskrivningar eller andra dokument om vilka funktioner inom styrelsen och nämnderna som ska ha rollen som beställare och inköpare.

### *Bedömning*

#### *Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### *Kommunstyrelsen*

##### **Delvis**

Sammantaget bedömer vi att kommunstyrelsen delvis har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar att kommunstyrelsen har vidtagit åtgärder kopplat till rekommendationerna, bland annat uppdatering av delegationsordning och införande av systemstöd för uppföljning, men att det fortfarande finns utrymme för förbättringar och åtgärder.

Vi bedömer att kommunstyrelsen har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister kopplat till att tydliggöra roll- och ansvarsfördelningen gällande kommunens avtalshantering. I granskningen har framkommit att kommunstyrelsen bland annat vidtagit följande åtgärder:

- utvecklingsarbete pågår för att tydliggöra roll- och ansvarsfördelning,
- rollen som inköpssamordnare har definierats och fastställts,
- krav har införts rörande att avtalsansvarig ska utses redan i beställningsskedet av ett upphandlingsuppdrag,
- kartläggning av kommunens avtal har genomförts för att identifiera utvecklingsmöjligheter och brister, och

- kommunstyrelsens delegationsordning har uppdaterats och beslutanderätten för olika ärenden inom inköp, upphandling och avtalsförvaltning har delegerats till specifika roller.

I den uppföljande granskningen har framkommit att det finns ett förbättringsområde kopplat till roll- och ansvarsfördelning rörande tydliggörande av vilken typ av avtal som nämnderna får ingå för kommunens räkning.

Vi bedömer att kommunstyrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån noterade brister kopplat till avtalshantering och uppföljning inklusive implementering av detta i verksamheterna. Den uppföljande granskningen visar att inköps- och upphandlingspolicyn inte har reviderats sedan år 2021 samt att riktlinjer för avtalshantering och uppföljning inte har utarbetats. Ett systemstöd för e-handel (Proceedo) respektive uppföljning (Power BI) har däremot implementerats vilket vi bedömer stärker arbetet. Vidare visar granskningen att det inom ramen för arbetet med internkontrollplanen 2025 planeras ett fortsatt fokus på e-handel och direktupphandlingar. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att se över om behov föreligger att upprätta och implementera riktlinjer på området för att säkerställa tydlighet i avtalshantering och uppföljning.

Vi bedömer att kommunstyrelsen har vidtagit åtgärder kopplat till utbildningsinsatser i och med att utbildningar inom avtalshantering erbjuds till kommunens inköpsansvariga och avtalsförvaltare.

Vi bedömer att kommunstyrelsen har vidtagit åtgärder kopplat till att införa systematiska kontroller och uppföljning för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal (avtalstrohet) samt att ofta förekommande inköp handlas upp men att brister delvis kvarstår. Bedömningen baseras på arbetet med framtagande av en upphandlingsplan, som bidrar till att minska risker för felaktiga inköp och säkerställa efterlevnad av LOU. Systemstöd finns implementerat för förbättrad uppföljning och kontroll. Det finns en etablerad process för uppföljning av större avtal men granskningen visar dock på att det saknas avtalsansvariga för många avtal, vilket indikerar på behov av att utveckla och implementera tydliga rutiner och ansvarsfördelning. För att ytterligare stärka det systematiska kontrollarbetet rekommenderar vi kommunstyrelsen att utvärdera och justera kontrollmomenten regelbundet, baserat på lärdomar från tidigare uppföljningar.

Vi bedömer att kommunstyrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder kopplat till att begränsa antalet beställare och inköpare samt att sätta beloppsgränser. I granskningen har framkommit att införande av e-handelssystem har skett, vilket bedöms begränsa möjligheten för medarbetare att göra inköp utanför avtal. Vi rekommenderar däremot kommunstyrelsen att se över om behov föreligger att fastställa beloppsgränser för olika attestroller. Detta i syfte att förstärka den interna kontrollen kopplat till inköp med stora värden.



## Nämnderna

### Delvis

Sammantaget bedömer vi att nämnderna delvis har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförd granskning. Genomförd uppföljning visar att nämnderna har vidtagit åtgärder men att det kvarstår brister främst avseende uppföljning och utbildning.

Vi bedömer att nämnderna har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister kopplat till att tydliggöra roll- och ansvarsfördelningen gällande kommunens avtalshantering. Den uppföljande granskningen visar att nämndernas delegationsordningar har reviderats och innehåller förtydligade bestämmelser kring inköp och upphandling. Inom Sektor Valfärd finns en struktur för vilken typ av avtal som hanteras centralt och vilka som hanteras på sektorsnivå. Vi vill dock poängtera vikten av att roll- och ansvarsfördelningen kontinuerligt följs upp och utvärderas på verksamhetsnivå för att säkerställa att de implementeras effektivt och att eventuella ytterligare justeringar görs vid behov.

Vi bedömer att nämnderna endast till delar har vidtagit åtgärder kopplat till utbildningsinsatser i och med att det inom vissa verksamheter föreligger en oklarhet om utbildning inom avtalsförvaltning finns att erbjuda.

Vi bedömer att nämnderna inte vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån noterade brister kopplat till systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal. I den uppföljande granskningen har det inom kommunens sektorer (undantag sektor Styrning och stöd) noterats brister kopplat till systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal. Den senaste kontrollen som genomfördes inom utbildningsnämndens verksamhetsområde var 2023 och för nämnderna inom sektor Livsmiljö är frekvensen och omfattningen av genomförda kontroller inte tydligt redovisade. Vidare har det i den uppföljande granskningen noterats att ansvaret för att ingångna avtal och avtalstrohet följs upp systematiskt är otydligt på nämnds nivå, främst inom sektor Valfärd, och inom utbildningsnämndens verksamhet sker ingen systematisk uppföljning. Vi rekommenderar nämnderna att initiera ett arbete kring samverkan mellan nämnderna och kommunstyrelsen för att tillse att systematiska kontroller av inköp och avtalstrohet sker även på nämnds nivå.

Vi bedömer att nämnderna inte har vidtagit tillräckliga åtgärder kopplat till att begränsa antalet beställare och inköpare samt att sätta beloppsgränser. I granskningen har framkommit att införande av e-handelssystem har skett, vilket vi bedömer begränsa möjligheten för medarbetare att göra köp utanför avtal. Vi rekommenderar däremot nämnderna att se över om behov föreligger att fastställa beloppsgränser för olika attestroller. Detta i syfte att förstärka den interna kontrollen kopplat till inköp med stora värden.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljande granskning av avtalshantering. Granskningens syfte har varit att bedöma om granskade nämnder och kommunstyrelse vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i tidigare genomförd granskning.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att granskade nämnder och kommunstyrelse **inte helt** har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som tidigare lämnats.

## Rekommendationer



Efter genomförd uppföljande granskning lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Tydliggöra vilken typ av avtal som nämnderna får ingå för kommunens räkning utifrån det förbättringsområde som verksamhetsföreträdare har påtalat i den uppföljande granskningen.
- Se över om behov föreligger att upprätta och implementera riktlinjer för avtalshantering och uppföljning.
- Införa rutiner för att regelbundet utvärdera och justera de systematiska kontroller som sker för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal.
- Se över om behov föreligger att fastställa beloppsgränser för olika attestroller. Detta i syfte att förstärka den interna kontrollen kopplat till inköp med stora värden.

Efter genomförd uppföljande granskning lämnas följande rekommendationer till nämnderna:

- Initiera ett arbete kring samverkan mellan nämnderna och kommunstyrelsen för att tillse att systematiska kontroller av inköp och avtalstrohet sker även på nämnds nivå.
- Tillse att roll- och ansvarsfördelningen kontinuerligt följs upp och utvärderas inom respektive verksamhet för att säkerställa att de implementeras effektivt och att eventuella ytterligare justeringar görs vid behov.
- Se över om behov föreligger att fastställa beloppsgränser för olika attestroller. Detta i syfte att förstärka den interna kontrollen kopplat till inköp med stora värden.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats respektive nämnd och av styrelsen?	<b>Ja</b> Revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av kommunstyrelsen och respektive nämnd. Styrelsen och nämnderna har lämnat ett yttrande på granskningen inom utsatt tid.	
2. Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	<i>Kommunstyrelsen</i> <b>Delvis</b> Sammantaget bedömer vi att kommunstyrelsen delvis har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar att kommunstyrelsen har vidtagit åtgärder kopplat till rekommendationerna, bland annat uppdatering av delegationsordning och införande av systemstöd för uppföljning, men att det fortfarande finns utrymme för förbättringar och åtgärder.  Det pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra inköps- och upphandlingsprocessen. Kommunstyrelsens delegationsordning har uppdaterats och beslutanderätten för olika ärenden inom inköp, upphandling och avtalsförvaltning har delegerats till specifika roller.  Inga riktlinjer för avtalshantering och uppföljning har fastställts av kommunstyrelsen. Den tidigare inköps- och upphandlingspolicyn har inte reviderats sedan 2021. Granskningen visar på att andra åtgärder har vidtagits genom implementering av systemstöd för e-handel och för uppföljning med hjälp av bland annat Power BI.  Systematiska kontroller har införts på kommunövergripande nivå för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal. Regelbunden uppföljning sker via internkontrollplanen. Den framtagna upphandlingsplanen bidrar till att minska risker för felaktiga inköp och säkerställa efterlevnad av LOU. Det finns en etablerad process för uppföljning av större avtal och en viss internkontroll för att säkerställa avtalstrohet. Granskningen visar dock på att	

---

det saknas avtalsansvariga för många avtal vilket indikerar på behov av att utveckla och implementera tydliga rutiner och ansvarsfördelning.

Inga åtgärder kopplat till att begränsa antalet beställare och inköpare samt att sätta beloppsgränser har genomförts. I granskningen har däremot framkommit att införande av e-handelssystem har skett, vilket vi bedömer begränsa möjligheten för medarbetare att göra inköp utanför avtal.

#### *Nämnderna*

##### **Delvis**

Sammantaget bedömer vi att nämnderna delvis har vidtagit åtgärder utifrån noterade brister i tidigare genomförd granskning. Genomförd uppföljning visar att nämnderna har vidtagit åtgärder men att det kvarstår brister främst avseende uppföljning och utbildning.

Den uppföljande granskningen visar att nämndernas delegationsordningar har reviderats och innehåller förtydligade bestämmelser kring inköp och upphandling.

Brister har noterats kopplat till systematiska kontroller för att säkerställa att inköp inte sker utanför avtal.

Inga åtgärder kopplat till att begränsa antalet beställare och inköpare samt att sätta beloppsgränser har genomförts. I granskningen har däremot framkommit att införande av e-handelssystem har skett, vilket vi bedömer begränsa möjligheten för medarbetare att göra köp utanför avtal.

---

2025-04-24

Hanna Franck

---

*Uppdragsledare*

Cecilia Axelsson

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 21 oktober 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

# Uppföljande granskning samgranskning hemsjukvård

**Gävle kommun**

Februari 2025

*Malou Olsson, Projektledare*

*Hanna Franck, certifierad kommunal revisor*



# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljande granskning av hemsjukvården.

Granskningens syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som tidigare lämnats.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden **inte helt** har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som tidigare lämnats.

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

Revisionsfrågor	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av berörd nämnd?	Ja 
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Delvis 

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

- Uppföljningen visar att det fortfarande finns brister när det gäller att ha aktuella och upprättade överenskommelser mellan Gävle kommun och hälsocentralerna i kommunen, enligt den mall som specificeras i det övergripande hemsjukvårdsavtalet. Detta är nödvändigt för att uppfylla kraven i hälso- och sjukvårdslagen.
- Uppföljningen visar på att det fortfarande finns vissa brister avseende uppföljning av att de lokala överenskommelserna genomförs i enlighet med överenskommelsens bestämmelse kring uppföljning och att uppföljningarna dokumenteras.
- Uppföljningen visar att samverkansforum har etablerats på operativ nivå, men det finns delvis ett behov av att klargöra dessa forums syfte och mål.
- Säkerställa att de upprättade samverkansforumen på operativ nivå följs upp och utvärderas för att uppnå önskad effekt.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>3</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>3</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>3</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>3</b>
<b>Metod</b>	<b>4</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>5</b>
<b>Svar på revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder</b>	<b>5</b>
<b>Åtgärdade synpunkter och förslag</b>	<b>6</b>
<b>Samlad bedömning</b>	<b>15</b>
<b>Rekommendationer</b>	<b>15</b>
<b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor</b>	<b>16</b>
<b>Bilaga</b>	<b>19</b>



# Inledning

## 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.

Det är av vikt att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. 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.

Revisorerna genomförde under år 2022 en samgranskning avseende hemsjukvården. Granskningen lämnade ett antal rekommendationer till omvårdnadsnämnden.

Revisorerna har inom ramen för revisionsplanering 2024 funnit det angeläget att genomföra uppföljande granskning avseende samgranskning hemsjukvården.

## Syfte och revisionsfrågor

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

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av berörd nämnd?
- 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 hemsjukvård, april 2022.

## Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av omvårdnadsnämndens granskning av hemsjukvård som genomfördes år 2022.

## Metod

Granskningen har genomförts genom att gå igenom revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnad revisionsrapport och tillhörande missivbrev, samt genomgång av yttrande som revisorerna erhållit.

Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för granskningen. Detta har skett genom utskick av skriftliga frågor till Sektor Välfärd och genomgång av sektorns svar. Skriftliga frågor till sektorn har skett genom utsedd kontaktperson, kontorschef hälso och sjukvård. En muntlig avstämning har även genomförts tillsammans med utsedd kontaktperson.

Stickprov har genomförts avseende sex överenskommelser gällande läkarstöd i särskilt boende. Stickprovet har genomförts för att säkerställa om det finns aktuella överenskommelser gällande läkarstöd. Vi har inom ramen för granskningen även tagit del av *Avtal om hemsjukvård, Region Gävleborg - Kommuner*. Detta för att säkerställa att det finns ett reviderat och aktuellt avtal avseende kommunal hemsjukvård sedan granskningen genomfördes 2022.

Genomgång av omvårdnadsnämndens protokoll för perioden juni 2022 - december 2024.

Granskningens utsedda kontaktperson har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

Under 2022 genomfördes en granskning av omvårdnadsnämndens hantering av hemsjukvården. Granskningens syfte var att bedöma om omvårdnadsnämnden säkerställt en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och Region Gävleborgs verksamheter.

Utifrån genomförd granskning var revisorernas samlade bedömning att omvårdnadsnämnden inte helt har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och Region Gävleborgs verksamheter.

Utifrån genomförd granskning formulerade revisorerna ett missiv innehållande nedanstående åtta rekommendationer:

- säkerställa att det finns aktuella och upprättade överenskommelser mellan Gävle kommun och hälsocentraler i kommunen i enlighet med den mall som anges i det övergripande hemsjukvårdsavtalet. Detta för att följa hälso- och sjukvårdslagens krav.
- säkerställa att uppföljning av lokala överenskommelserna genomförs i enlighet med överenskommelsens bestämmelse kring uppföljning.
  - o att uppföljningarna dokumenteras.
- vid uppföljning av de lokala överenskommelserna använda resultatet av genomförda analyser avseende avvikelser. Det förutsätter ett systematiskt arbete med att upprätta avvikelse rapporter.
- säkerställa att det sker en strukturerad uppföljning av hemsjukvårdsavtalet.
- säkerställa att det finns samverkansforum på operativ nivå där berörda beslutsfattare ingår.
- efterlevnad av rutiner/riktlinjer för informationsöverföring.
- säkerställa är införandet och implementering av patientkontrakt.
- säkerställa följsamheten till rutinen för läkemedelsgenomgångar.

## Svar på revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av berörd nämnd?*

### *lakttagelser*

Revisorerna översände rapporten till omvårdnadsnämnden den 2022-04-28 och önskade svar från nämnden senast 2022-10-07. Omvårdnadsnämnden hanterade rapporten 2022-06-16 § 79 och yttrade sig över granskningens synpunkter, förslag och rekommendationer. Nämndens svar och åtgärder som vidtagits presenteras under revisionsfråga 2.

### *Bedömning*

*Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av berörd nämnd?*

Ja.

Vi bedömer att nämnden har i överlämnat svar yttrat sig över de synpunkter och förslag till åtgärder som framgick av granskningen 2022. Vi bedömer att nämnden har yttrat sig över granskningen inom utsatt tid.

## Åtgärdade synpunkter och förslag

### Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

#### *lakttagelser*

#### **Dokumenterade och aktuella överenskommelser rörande läkarstöd i hemsjukvård**

I den tidigare granskningen bedömdes att det inte fanns dokumenterade och aktuella överenskommelser mellan Gävle kommun och hälsocentralerna i kommunen då giltighetstiden hade passerat för samtliga. Vidare saknades överenskommelser rörande läkarstöd i hemsjukvården helt för två hälsocentraler i kommunen.

I nämndens svar på genomförd granskning instämmer nämnden till revisorernas bedömning. Nämnden uppger att orsaken till att överenskommelserna mellan Gävle kommun och hälsocentralerna har varit inaktuella är på grund av pandemin och att andra arbetsuppgifter behövt prioriteras.

Av omvårdnadsnämndens svar på granskningen framgår att nya arbetssätt håller på att implementeras genom att redan vid revidering av avtalen planera in kommande uppföljning. Dokumentation kring uppföljning skrivs som tjänsteanteckning och diarieförs från och med 2022 för att säkra spårbarhet.

En skriftlig fråga har skickats till sektorn för att be dem beskriva hur de säkerställer att det finns aktuella och dokumenterade överenskommelser mellan Gävle kommun och de inom kommunens hälsocentraler. Verksamhetsföreträdare beskriver att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska upprätta en plan för upprättande och revidering av avtalen. Efter revidering och upprättande av avtalen diarieförs avtalen på ett enhetligt sätt och planeras in i ett årshjul. Kontinuerliga möten planeras in mellan första linjens chefer på hälsocentralerna tillsammans med förstalinjechefer inom kommunens hälso- och sjukvårdskontor. Utifrån detta tydliggörs processen och säkerställandet att samtliga läkaravtal följs upp och tidigt kan fånga eventuella brister och i ett tidigt skede kan hantera eventuella åtgärder.

Det finns i Gävle kommun totalt 14 hälsocentraler inom Hälsoval Gävleborg varav 8 bedrivs i regionens regi<sup>1</sup>. Mellan respektive hälsocentral och Gävle kommun ska upprättade överenskommelser finnas avseende läkarmedverkan.

Verksamhetsföreträdare uppger vidare att det saknas aktuella och diarieförda överenskommelser avseende läkarmedverkan med ett flertal hälsocentraler i kommunen.

---

1

<https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/samverkan-och-avtal/halsovalet/Verksamma-va-rgivare/verksamma-halsocentraler/>

Utifrån genomfört stickprov konstaterar vi att:

- Fyra överenskommelser har varit aktuella fram till 2024-12-31. Dessa överenskommelser följer aktuell mall för upprättande.
- En överenskommelse har noterat avtalsperiod 2017-02-01 till och med 2017-01-31. Denna överenskommelse följer aktuell mall för upprättande.
- En överenskommelse saknar spårbarhet om avtalsperiod och är inte undertecknad av samtliga parter. Denna överenskommelse fanns inte registrerad i diariet när den efterfrågades under granskningen. Överenskommelsen är inte upprättad i enlighet med aktuell mall.

### **Uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser**

I den tidigare granskningen bedömdes att det inte genomfördes uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser på ett kontinuerligt och strukturerat sätt. Bedömningen var att det fanns ett förbättringsområde att ytterligare belysa hur uppföljning och utvärdering ska ske avseende hemsjukvårdsavtalet och i vilken omfattning.

Vidare påtalades ett utvecklingsområde att uppföljning av de lokala överenskommelserna dokumenteras. Detta för att det på ett tydligt sätt ska framgå vilka utmaningar som finns inom de olika områdena samt minska risken för personberoende. Det vill säga att parterna blir mindre påverkade om personer som är delaktiga i arbetet med uppföljning och utvärdering byter tjänst/går i pension etc.

Granskningen visade även på ett utvecklingsområde att vid uppföljning av de lokala överenskommelserna användas resultatet av genomförda analyser avseende avvikelser. Det förutsätter ett systematiskt arbete med att upprätta avvikelse rapporter. Verksamhetsföreträdare framhåller att följsamheten till rutiner avseende avvikelse rapportering kan variera.

Enligt omvårdnadsnämndens svar noteras att Länsledning Utskott Vuxna ansvarar för hemsjukvårdsavtalet och att avtalet årligen går igenom. Att avtalet går igenom är inte synonymt med att avtalet följs upp, däremot kan utskottet signalera behov av revidering av avtalet om exempelvis eventuella lagändringar skulle föranleda behov av detta. Aggregerad årlig uppföljning av hemsjukvårdsavtalet bedöms inte generera något värde relaterat till arbetsinsatsen eftersom de lokala variationerna kan vara stora. Verksamhetens "upplevelse" efter avtalsuppföljningen som genomfördes av externa konsulter 2018 var att man inte kände igen sig eftersom det blir för generellt vid en övergripande uppföljning.

Vidare anges att det är av vikt att årligen följa upp hur väl avtalet fungerar i det lokala sammanhanget. Denna uppföljning behöver ske i respektive kommun på verksamhetsnivå. Omvårdnadsnämnden delar revisionens uppfattning om att detta är ett utvecklingsområde som behöver prioriteras.

Uppföljning av hur hemsjukvårdsavtalet fungerar lokalt bör tydligt framgå i Patientsäkerhetsberättelsen. På så sätt blir utvecklingen dokumenterad och kan följas över tid. Hur väl hemsjukvårdsavtalet fungerar lokalt kan redan idag härledas i Patientsäkerhetsberättelsen och att berörda verksamhetschefer har ett ansvar att uppföljningen behöver tydliggöras.

Omvårdnadsnämnden delar också revisionens uppfattning om att det är viktigt att utveckla arbetet med analyser utifrån rapporterade avvikelser. Detta är också ett område som kommer att finnas med i arbetet med nämndens plan för patientsäkerhetsarbete som utgår från den nationella planen som utarbetats via Socialstyrelsen.

Region Gävleborgs enhet för patientsäkerhet och vårdkvalitet har haft händelseanalysutbildningar för både kommunernas MAS, MAR och verksamhetschefer för att förbättra detta arbete.

Inför revidering av det nu gällande hemsjukvårdsavtal<sup>2</sup> översändes synpunkter från Gävle kommun till Länsledning Region Gävleborg<sup>3</sup> med förslag till förtydliganden och justeringar. Gävle kommun önskade bland annat förtydligande avseende definitionen om vilka som omfattas av hemsjukvård samt en justering att all legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård ska ha möjligheten att ta kontakt med en läkare när medicinska behov föreligger. Revidering och uppföljning av hemsjukvårdsavtalet har genomförts inom Länsledning Region Gävleborg där representation från Region Gävleborg och Gävle kommuns tjänstepersoner ingår.

Från och med 2025 påtalar verksamhetsföreträdare att uppföljning av de lokala överenskommelserna avseende läkarmedverkan kommer att ske mellan respektive hälsocentral och berörd verksamhetschef HSL i kommunen. Vidare anges att vårdenhetschefer från primärvården kommer att bjuda in kommunens enhetschefer till samverkansmöten cirka två gånger per termin. Detta för att möjliggöra en mer strukturerad och systematisk uppföljning av bland annat överenskommelserna avseende läkarmedverkan. Utöver detta ska uppföljning och efterlevnad av överenskommelserna lyftas inom ramen för de lokala samverkansgrupperna.

Vi har tagit del av Patientsäkerhetsberättelse för år 2023 i syfte att säkra spårbarheten avseende uppföljning av att hemsjukvårdsavtalet fungerar i enlighet med nämndens svar.<sup>4</sup> I Patientsäkerhetsberättelsen kan vi inte särskilt utläsa kring uppföljning av hur hemsjukvårdsavtalet fungerar lokalt men att det är ett fortsatt prioriterat område kopplat till avvikelshantering. Under 2023 registrerades totalt 5 576 avvikelser varav 1 178 avvikelser inte hade bedömts avseende sannolikhet och allvarlighetsgrad. Vidare framgår information genom registrerade avvikelser att omvårdnadspersonal har svårt att nå sjuksköterskor på kvällar och helger och att sjuksköterskorna överlåter medicinska bedömningar till omvårdnadspersonal. Vidare framgår att det sedan januari 2023 finns en resursperson inom kontor Hälso- och sjukvård som arbetar med avvikelshantering

---

<sup>2</sup> Avtal om hemsjukvård. Region Gävleborg - Kommuner. Avtalstid 2024-06-01 till och med 2027-12-31.

<sup>3</sup> Överenskommelse Länsledning Valfärd giltigt till och med 2025-03-13.

<sup>4</sup> Patientsäkerhetsberättelse 2023 antogs i omvårdnadsnämnden den 2022-02-2. § 8.

och samarbetar med berörda enhetschefer och verksamhetschefer för att hantera avvikelserna på ett systematiskt sätt.

Verksamhetsföreträdare uppger att arbetet med avvikelser följs upp via olika samverkansforum. De avvikelser som avser samverkansavtalet och dess efterlevnad lyfts även med Region Gävleborg genom Länsledning, Utskott vuxna.

Verksamhetsföreträdare uppger vidare att händelseanalysutbildningar för kommunens MAS och verksamhetschefer har genomförts 2022, 2023 och 2024. Då det uppges vara en viss personalomsättning av bland annat chefer och medarbetare finns det fortsatt behov av utbildningsinsatser.

### **Fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå**

I den tidigare granskningen bedömdes att det delvis fanns fungerande organisations-/samverkansformer på övergripande nivå i enlighet med överenskommelse avseende Länsledning välfärd som avser Region Gävleborg och samtliga kommuner i länet. Vi noterade dock att Gävle kommun upplevde att det fanns förbättringsområden avseende samverkan mellan kommunen och regionen.

Enligt omvårdnadsnämndens svar finns en samverkan på flera nivåer:

- Strategisk: Länsledning, Utskott vuxna
- Taktisk: Förstärkt samverkan, MAS och chefsläkarmöten
- Operativ: Verksamhetsmöten

Omvårdnadsnämnden delar uppfattningen om att det är viktigt att säkerställa att denna samverkan fortgår, samt att det är tydligt vilka frågor som bör hanteras på vilken nivå.

Verksamhetsföreträdare beskriver att samverkansforum överlag finns i tillräcklig omfattning och att det är tydligt vilka frågor som bör hanteras och på vilken nivå även om det i vissa forum behöver tydliggöras avseende syfte, mål och mandat. Ett antal samverkansforum har bildats efter tidigare genomförd granskning, exempelvis *Arbetsgrupp förstärkt samverkan*.

Verksamhetsföreträdare lyfter följande samverkansforum som aktuella:

*Förstärkt Samverkan:* En grupp med representanter från slutenvård, primärvård och Välfärd Gävle. Förstärkt samverkan är till syfte att förbättra vårdkedjan. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) kan vid behov bjudas in. MAS och MAR har under 2024 inte bjudits in.

*Arbetsgrupp förstärkt samverkan:* En nyinsatt samverkansgrupp med start hösten 2024. Syftet med den förstärka samverkan är att dels lyfta goda exempel, hantera aktuella ärenden i samverkan för säker ut- och inskrivning dels att analysera och ge förslag på utvecklingsområden till styrgruppen för förstärkt samverkan. Utsedda representanter är första linjens chefer med operativt ansvar i utskrivningsprocessen för trygg och säker hemgång. Cheferna representeras av både offentliga och privata verksamheter inom



dels slutenvård, dels regional- och kommunal primärvård. Gruppen träffas digitalt 30 min var tredje vecka.

*Sommarsamverkan:* Veckovisa avstämningar under sommaren mellan Vårdförbundet Gävle och Region Gävleborgs vårdenheter för att hantera bemanning och vårdbehov.

*Mobilt Sjukvårdsteam:* Ett gemensamt team mellan Gävle kommun och Region Gävleborg för att optimera vården för äldre och multisjuka vuxna, vilket minskar trycket på akutmottagningar.

*Chefsläkarmöten:* Möten mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) och chefläkare för att diskutera patientsäkerhetsarbete och riskprocesser.

*Överenskommelse om svårt sjuka:* Överenskommelsen har till syfte att säkerställa att patienter, där sjukhusvård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett delat ansvar, får en säker och jämlik vård med så god livskvalitet som möjligt. Överenskommelsen omfattar alla verksamheter. Alla verksamheter som berörs ingår inom respektive huvudmans ansvar.

*Lokal Samverkansgrupp Nutrition:* Under hösten 2022 startades Lokal samverkansgrupp LSG Nutrition där nutritionsansvarig dietist (NAD) och MAS ingår från Vårdförbundet Gävle. Gruppen representeras av bland annat verksamhetschef Paramedicin, verksamhetschef primärvård, MAS Ockelbo kommun, primärvårdsdietist, chefläkare allmänmedicin, chefssjuksköterska och logoped. Gruppen har som syfte att skapa en struktur för insatser att stödja verksamheter i planering, genomförande, uppföljning och utveckling för nutritionsarbetet i regionen och länets kommuner. Gruppen ska bereda underlag till beslut och ta fram handlingsplan, mål och kvalitetsindikatorer inom nutritionsområdet.

*Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet:* Samverkansgruppen består av slutenvårdens chefssjuksköterska, chefläkare, cheftandläkare, länets MAS och MAR. Avvikelse i vårdens övergångar samt analys av avvikelser som skickas mellan Region Gävleborg och kommunerna finns med på agendan.

*Lokal arbetsgrupp Diabetes:* Det tidigare diabetesrådet har bytt namn till lokal samverkansgrupp (LSG) diabetes och sorterar under den nationella kunskapsstyrningen. Gruppen är en kombinerad operativ och strategisk arbetsgrupp som omsätter programrådets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Deltagare i gruppen är processägare, primärvårdsläkare, endokrinologer, diabetessjuksköterskor och två Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) från länets kommuner.

*Lokal Arbetsgrupp Primärvård:* Under 2022 startades en lokal arbetsgrupp LAG primärvård. Gruppen är en kombinerad operativ och strategisk arbetsgrupp som omsätter programrådets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Gruppen består av medicinsk rådgivare på hälsovalskontoret, läkare, sjuksköterskor, dietist,



fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog från Region Gävleborg. Kommunerna representerades av MAS från Gävle och Hudiksvall.

*Lokal Arbetsgrupp Rehabilitering:* Lokal arbetsgrupp (LAG rehabilitering) utifrån den nationella kunskapsstyrningen syftar till att vara en kombinerat operativ och strategisk grupp som omsätter programområdets verksamhetsplaner lokalt inom Region Gävleborg. Deltagare är vårdenhetschefer från regionens specialistvård, primärvård och representant för försäkringsmedicin, Rehabchefer, MAR från Gävle/MAR från länet samt patientrepresentant. Gruppen leds av deltagare från lokala programområdet för rehabilitering/processledare.

*God och nära vård - Länsgemensam arbetsgrupp:* Ansvarar för arbete enligt uppdrag från Länsledning inom ramen för omställning till god och nära vård. En mindre arbetsgrupp inom gruppen arbetar även med att ta fram indikatorer för uppföljning enligt uppdrag från Länsledning. Från Gävle kommun deltar (MAR).

*Kommun- och regionsamverkan:* Samverkan gällande svårt sjuka patienter som vårdas i hemmet utifrån upprättad överenskommelse med tillhörande rutiner, är ett förbättringsområde gällande samverkan mellan specialistvård/primärvård/kommunal hälso- och sjukvård. En framgångsfaktor har visat sig vara att kalla till ett möte mellan berörda professioner innan SIP (samordnad individuell plan) mötet hålls där patient medverkar. Involverade aktörer har då upprättade egenvårdsbedömningar, riskbedömningar, ordinationer, förskrivningar samt kontaktuppgifter färdigställda och SIP kan då upprättas så att patienten vet vem som gör vad.

*Palliativa rådet:* I Gävleborg finns ett palliativt råd etablerat för samverkan mellan länets kommuner och Region Gävleborg. I rådet medverkar verksamhetsrepresentanter från länets kommuner, primärvården och den specialiserade vården inklusive barnsjukvården. Kommunerna representeras av MAS från Gävle och Nordanstig. Palliativa rådet har inlett ett arbete med att implementera det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård.

Enligt verksamhetsföreträdare behöver verksamheten på sikt följa upp och utvärdera effekt/utfall av de nya samverkansforumen. Som tidigare nämnts så planerar kommunens hälso- och sjukvårdskontor att förbättra samarbetet genom regelbundna möten (minst två gånger per termin) mellan första linjens chefer från kommunen och privata hälsocentraler samt regionala hälsocentraler. Dessa chefer kommer även att delta i upprättande och årlig uppföljning av överenskommelser avseende läkarmedverkan, vilket förväntas leda till bättre uppföljning av hemsjukvårdsavtalet och läkaravtalen på en operativ nivå.

Vidare framkommer att det finns förbättringsområden inom vissa samverkansforum, exempelvis vilka som kallas till vissa forum. Vidare uppges att kommunen önskar att det mobila sjukvårdsteamet ska vara tillgängligt under utökade tider för att förbättra samverkan och möta behoven hos verksamheten.

### **Aktuella rutiner/riktlinjer för informationsöverföring mellan aktörerna**

I den tidigare granskningen bedömdes att det fanns aktuella rutiner/riktlinjer för informationsöverföring mellan aktörerna. Till stor del återfinns dessa på samverkanswebben. Vidare noterades att det fanns ett antal brister som behöver säkerställas bland annat avseende efterlevnad av rutiner/riktlinjer för informationsöverföring. Bristerna avsåg bland annat vårdflödet mellan kommunen och akutmottagningen men också vid hantering av utskrivning från vårdavdelning. Att information rörande patienten följer med förflyttning mellan huvudmännen är väsentligt för att få ett sammanhållet och patientsäkert vårdflöde.

Ytterligare förbättringsområden var att implementeringen fortskrider avseende patientkontrakt i syfte att uppnå en sammanhållen planering över patientens vård- och omsorgskontakter, utifrån individens specifika behov.

Omvårdnadsnämnden påtalar att nämnden instämmer i att informationsöverföring mellan huvudmän och vårdnivåer är en oerhört viktig patientsäkerhetsfråga som är ständigt aktuell.

Nämnden vill dock poängtera att införande av patientkontrakt är ett uppdrag som regeringen riktat till landets regioner inom ramen för satsningen på God och Nära vård. Den kommunala hälso- och sjukvården är en samverkansaktör för regionerna i detta arbete men det är inte tänkt att den kommunala hälso- och sjukvården ska implementera egna patientkontakt.

Enligt verksamhetsföreträdare beskrivs att samverkansdagar har genomförts där bland annat berörd verksamhetschef, MAS och MAR har deltagit. Noterade avvikelser uppges lyftas vid de möten som genomförs tillsammans med patientsäkerhetsavdelningen vid Region Gävleborg, patientnämnd och med regionens chefsläkare.

Vidare anges att det i närtid genomförs en uppdatering av befintligt journalsystem och därtill kommer även befintligt system för informationsöverföring på sikt att bytas. Vidare uppges att det skett en utveckling genom att det upprättats och utformats så kallade professionsmöten inför kommande utskrivningsplanering eller i samband med SIP.

För att säkerställa att rutiner och riktlinjer kring informationsöverföring efterlevs uppges det bland annat fångas upp via avvikelshantering och de samverkansforum som är upprättade i länet.

### **Rutiner/riktlinjer för läkemedelsgenomgångar**

I den tidigare granskningen bedömdes att Gävle kommun använder Region Gävleborgs rutin för läkemedelsgenomgångar. Rutinen beskriver både ansvarsfördelning och de olika momenten vid en läkemedelsgenomgång.

Vidare bedömdes att rutinen inte följs då årliga läkemedelsgenomgångar inte genomförs för alla hemsjukvårdspatienter och att läkemedelslistor inte alltid är uppdaterade och aktuella.

Omvårdnadsnämnden instämmer i att det är viktigt att arbeta med att säkerställa följsamheten till rutiner. Ansvar för läkemedelsgenomgångar och uppdatering av läkemedelslistor åligger dock ansvarig läkare som inte finns i den kommunala organisationen och är därmed utanför nämndens ansvarsområde.

Vid uppföljningar med hälsocentralerna har frågan om läkemedelsgenomgångar och årsbesök lyfts, då detta ej har uppfyllts från hälsocentralerna under år 2021 med hänvisning till pandemin. Läkemedelsgenomgångar och årsbesök är ett område som följs i Patientsäkerhetsberättelsen.

I Patientsäkerhetsberättelsen för 2023 noteras att det i Gävleborgs län finns lokala överenskommelser för läkarmedverkan framtagna för att säkerställa läkarmedverkan. I avtalen framgår att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården.

Verksamhetsföreträdare beskriver att läkemedelsgenomgångar sker bland annat i samband med rond, årskontroller vid inskrivning/inflyttning och vid årlig journalgranskning. Sektor Vårds journalgranskning avseende år 2024 uppges vara pågående.

Vidare noteras i Patientsäkerhetsberättelsen att den åtgärd som tydligast visar en minskad risk för fall och fallrelaterade frakturer är fysisk träning i form av kombinerad balans- och styrketräning. Koll på läkemedelsintag, säker miljö och god nutrition anses också minska fallrisken. Utifrån ovanstående är det av stor vikt att alla patienter erbjuds individuella riskbedömningar och åtgärder utifrån ett teambaserat arbetssätt och att läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin.

Vid protokollgranskning av omvårdnadsnämndens protokoll kan vi utläsa att det finns ett utvecklingsarbete vad gäller hanteringen av avvikelser<sup>5</sup>. Vidare framgår av protokollet att fallolyckor och läkemedelshantering är den aktivitet som till antalet står för de flesta avvikelserna hos Vårds Gävle.

### *Bedömning*

#### *Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att omvårdnadsnämnden delvis vidtagit åtgärder utifrån tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar att omvårdnadsnämnden har upprättat ett nytt arbetssätt för revidering och uppföljning av avtal och överenskommelser. Vi kan dock konstatera att efterlevnaden av arbetssättet inte är helt tillräcklig, bland annat avseende säkerställandet av diarieföring av upprättade överenskommelser av läkarmedverkan.

Vi bedömer att uppföljning och revidering av hemsjukvårdsavtalet har skett genom Utskott Vuxna, Länsledning Region Gävleborg där representanter från länets kommuner och Region Gävleborg ingår. Nuvarande hemsjukvårdsavtal är giltigt till och med

---

<sup>5</sup> Omvårdnadsnämndens protokoll 2023-04-27 § 76.

2027-12-31. Inför revidering av avtalet har respektive kommun kommit med inspel med önskade förtydliganden och justeringar.

Vi bedömer att det finns vissa brister utifrån aktuella överenskommelser avseende läkarmedverkan mellan Gävle kommun och respektive hälsocentral i kommunen, vilket bekräftas genom verksamheten men även utifrån genomfört stickprov. Inom ramen för genomfört stickprov kan vi konstatera att fyra av sex överenskommelser har varit aktuella fram till och med 2024. En överenskommelse har felaktig avtalsperiod och en överenskommelse saknar spårbarhet om avtalsperiod. Vidare kan konstateras att fem av sex överenskommelser följer aktuell mall för upprättande.

Vi bedömer att det finns samverkansforum på en operativ nivå. Vi kan dock konstatera att det finns ett visst behov av att tydliggöra syfte, mål och mandat för vissa samverkansforum. Vi kan vidare konstatera att det finns ett behov av att följa upp och utvärdera effekterna och resultaten av de etablerade samverkansforumen. Vidare framgår att det finns förbättringsområden inom vissa samverkansforum. Exempelvis genom att kalla samtliga berörda till respektive forum.

Vi bedömer att det finns ett visst behov av att säkerställa att läkemedelsgenomgångar genomförs i enlighet med gällande rutin. Vi kan utläsa från Patientsäkerhetsberättelse 2023 samt i omvårdnadsnämndens protokoll att fallolyckor och läkemedelshantering är den aktivitet som till antalet står för de flesta avvikelserna i Valfärd Gävle.

Vi kan konstatera att befintligt journalsystem och därtill även system för informationsöverföring är på sikt aktuellt att uppdateras. Utifrån detta är det av vikt att rutiner/riktlinjer ses över och eventuellt uppdateras.

Vi bedömer att händelseanalysutbildningar har genomförts under åren 2022-2024. Då det uppges vara en viss personalomsättning finns det dock ett behov av att fortsätta dessa utbildningsinsatser.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljande granskning av hemsjukvården.

Granskningens syfte är att bedöma om granskade omvårdnadsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden **inte helt** har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Den uppföljande granskningen visar att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av omvårdnadsnämnden och att svar på granskningen lämnats inom utsatt tid.

Granskningen visar att omvårdnadsnämnden delvis vidtagit åtgärder utifrån tidigare genomförd granskning. Uppföljning och revidering av hemsjukvårdsavtalet har skett. Ett nytt arbetssätt för revidering och uppföljning av avtal och överenskommelser har upprättats men att vissa brister finns kopplat till efterlevnaden.

Vidare visar uppföljningen att det finns brister utifrån aktuella överenskommelser avseende läkarmedverkan men även genomförande av läkemedelsgenomgångar.



Vi kan konstatera att befintligt journalsystem och därtill även system för informationsöverföring är på sikt aktuellt att uppdateras. Utifrån detta är det av vikt att rutiner/riktlinjer ses över och eventuellt uppdateras.

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

- Uppföljningen visar att det fortfarande finns brister när det gäller att ha aktuella och upprättade överenskommelser mellan Gävle kommun och hälsocentralerna i kommunen, enligt den mall som specificeras i det övergripande hemsjukvårdsavtalet. Detta är nödvändigt för att uppfylla kraven i hälso- och sjukvårdslagen.
- Uppföljningen visar på att det fortfarande finns vissa brister avseende uppföljning av att de lokala överenskommelserna genomförs i enlighet med överenskommelsens bestämmelse kring uppföljning och att uppföljningarna dokumenteras.
- Uppföljningen visar att samverkansforum har etablerats på operativ nivå, men det finns delvis ett behov av att klargöra dessa forums syfte och mål.
- Säkerställa att de upprättade samverkansforumen på operativ nivå följs upp och utvärderas för att uppnå önskad effekt.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av berörd nämnd?	<b>Ja</b> Vi bedömer att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av utbildningsnämnden.  Nämnden har lämnat ett svar på granskningen inom utsatt tid.	
2. Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	<b>Delvis</b> Vi bedömer att omvårdnadsnämnden delvis vidtagit åtgärder utifrån tidigare genomförd granskning. Uppföljningen visar att omvårdnadsnämnden har upprättat ett nytt arbetssätt för revidering och uppföljning av avtal och överenskommelser. Vi kan dock konstatera att efterlevnaden av arbetssättet inte är helt tillräcklig, bland annat avseende säkerställandet av diarieföring av upprättade överenskommelser av läkarmedverkan.  Vi bedömer att uppföljning och revidering av hemsjukvårdsavtalet har skett genom Utskott Vuxna, Länsledning Region Gävleborg där representanter från länets kommuner och Region Gävleborg ingår. Nuvarande hemsjukvårdsavtal är giltigt till och med 2027-12-31. Inför revidering av avtalet har respektive kommun kommit med inspel med önskade förtydliganden och justeringar. Vi bedömer att det finns vissa brister utifrån aktuella överenskommelser avseende läkarmedverkan mellan Gävle kommun och respektive hälsocentral i kommunen, vilket bekräftas genom verksamheten men även utifrån genomfört	

---

stickprov. Inom ramen för genomfört stickprov kan vi konstatera att fyra av sex överenskommelser har varit aktuella fram till och med 2024. En överenskommelse har felaktig avtalsperiod och en överenskommelse saknar spårbarhet om avtalsperiod. Vidare kan konstateras att fem av sex överenskommelser följer aktuell mall för upprättande. Vi bedömer att det finns samverkansforum på en operativ nivå. Vi kan dock konstatera att det finns ett visst behov av att tydliggöra syfte, mål och mandat för vissa samverkansforum. Vi kan vidare konstatera att det finns ett behov av att följa upp och utvärdera effekterna och resultaten av de etablerade samverkansforumen. Vidare framgår att det finns förbättringsområden inom vissa samverkansforum. Exempelvis genom att kalla samtliga berörda till respektive forum.

Vi bedömer att det finns ett visst behov av att säkerställa att läkemedelsgenomgångar genomförs i enlighet med gällande rutin. Vi kan utläsa från Patientsäkerhetsberättelse 2023 samt i omvårdnadsnämndens protokoll att fallolyckor och läkemedelshantering är den aktivitet som till antalet står för de flesta avvikelserna i Välfärd Gävle.

Vi kan konstatera att befintligt journalsystem och därtill även system för informationsöverföring är på sikt aktuellt att uppdateras. Utifrån detta är det av vikt att rutiner/riktlinjer ses över och eventuellt uppdateras.

---

Vi bedömer att händelseanalysutbildningar har genomförts under åren 2022-2024. Då det uppges vara en viss personalomsättning finns det dock ett behov av att fortsätta dessa utbildningsinsatser.

---

2025-02-19

Hanna Franck

Malou Olsson

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Botkyrka kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 21 oktober 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



# Bilaga

Omvårdnadsnämndens svar på revisionens missiv.

# Uppföljning av revisionsrapport avseende granskning av exploaterings- redovisning

**Gävle kommun**

Februari 2025

*Daniel Brandt, projektledare*



*Hanna Franck, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en uppföljning av en tidigare genomförd granskning och kommunstyrelsens yttrande över de brister som noterades i granskningen. Syftet med uppföljningen är att ta fram en revisionsrapport över kommunstyrelsens hantering av de noterade bristerna samt sammanställa kommunstyrelsens svar på revisionsgruppens frågor med anledning av den tidigare fördjupade granskningen.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen i sitt yttrande i allt väsentligt har beaktat revisionens noteringar och vidtagit åtgärder utifrån dessa. Vi bedömer att styrelsen till övervägande del besvarat revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder. I yttrandet beskrivs hur styrelsen avser att arbeta med bristerna och när styrdokument kommer att antas. Det beskrivs också vilka förutsättningar som styrelsen ser för att åtgärda brister kopplat till ansvarsfördelningen mellan dels styrelsen och samhällsbyggnadsnämnden, dels styrning och stöd samt sektor livsmiljö. Vidare gör vi bedömningen att styrelsen vidtagit olika åtgärder kopplat till den tidigare granskningen/genomförda granskningen. Exempel på åtgärder är antagande av styrdokument och beslut avseende exploateringsredovisning för att efterleva LKBR. Vidare konstaterar vi att fullmäktige eller styrelsen har antagit de styrdokument (med bäring på området) som är en kommun är skyldig att anta.

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

Revisionsfrågor	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av kommunstyrelsen?	Ja 
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Ja 

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>3</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>3</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>3</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>4</b>
<b>Metod</b>	<b>4</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>5</b>
Granskningsresultat år 2023	5
Revisionens begäran om yttrande avseende noterade brister	6
Yttrande från kommunstyrelsen	7
lakttagelser	7
Bedömning	7
Åtgärder utifrån rekommendationer och noterade brister	8
lakttagelser	8
Bedömning	10
Bilagor	11

# Inledning

## 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.

Det är av vikt att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. 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.

Under år 2023 genomförde revisorerna en fördjupad granskning avseende exploateringsredovisningen. Inom ramen för granskningen noterades ett antal brister och ett flertal rekommendationer lämnades. Revisorerna har översänt granskningen till kommunstyrelsen och begärt ett yttrande avseende noterade brister och lämnade rekommendationer men även svar på följande frågeställningar:

- När kommer planeringsstrategin att antas av kommunfullmäktige?
- När kommer riktlinjer för bostadsförsörjning att antas?
- Översiktsplanen antogs av fullmäktige 2017. Planeras en revidering (uppdatering) av dokumentet? Om så, hur ser det arbetet ut (tidplan, organisation med mera)?
- Planeringsriktlinjer för Gävle växer 2018 antogs av fullmäktige 2018. Planeras en revidering (uppdatering) av dokumentet? Om så, hur ser det arbetet ut (tidplan, organisation med mera)?

Kommunstyrelsen har besvarat revisionsrapporten och revisorernas frågor i ett yttrande i juni 2024. Revisorerna har utifrån yttrandet identifierat ett behov av att följa upp kommunstyrelsens yttrande över bristerna och svaret på frågorna avseende exploateringsredovisningen.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om kommunstyrelsen har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

## Revisionskriterier

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

- Kommunallag (2017:725) 6:6
- Revisionsrapport/er: Granskning av exploateringsredovisning, PwC, år 2023
- Kommunstyrelsens yttrande över granskningen avseende exploateringsredovisning

### **Avgränsning**

Granskningen avser uppföljning av en tidigare granskning avseende exploateringsredovisning genomförd år 2023.

### **Metod**

Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missiv samt genomgång och granskning av yttranden som revisorerna erhållit.

Granskningen omfattar en sammanställning av kommunstyrelsens rekommendationer och huruvida kommunstyrelsen avser att genomföra rekommendationerna. I granskningen görs en översiktlig beskrivning över om kommunstyrelsen gör en annan bedömning än revisorerna avseende lämnade rekommendationer. Inhämtande av kompletterande underlag för granskning av om det finns en beskrivning av planerade åtgärder samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen på åtgärderna.

Granskningen har skett genom:

- Dokumentanalys och genomgång av relevanta protokoll, beslut och handlingar.
- Utskick av skriftliga frågor till förvaltningen

# Granskningsresultat

## Granskningsresultat år 2023

Av revisionsrapporten från år 2023 framgår att utifrån genomförd granskning var den samlade bedömningen att kommunstyrelsen inte helt säkerställt en ändamålsenlig styrning och kontroll samt redovisning avseende exploateringsverksamheten.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga.

Revisionsfrågor	Bedömning	
Finns styrande och stödjande dokument avseende redovisning av exploateringsverksamheten, vilka även omfattar principer för redovisning av exploateringsverksamheten?	<b>Delvis</b> De rutiner som finns dokumenterade speglar inte fullt ut hur verksamheten bedrivs och styrs i dag. Det finns ett behov av att se över riktlinjer och styrande dokument inom exploateringsverksamheten.	
Finns en tydlig och ändamålsenlig ansvarsfördelning avseende exploateringsverksamheten?	<b>Delvis</b> Ansvaret för exploateringsverksamheten delas mellan Sektor Styrning och stöd och Sektor Livsmiljö. Det finns ett behov av att på ett tydligare sätt beskriva roller och ansvarsområden inom förvaltningsorganisationen.	
Finns det tillräcklig styrning och kontroll av exploateringsverksamheten?	<b>Delvis</b> Den styrning och uppföljning som sker idag innebär att det svårt att få en överblick över verksamhetens samlade resultat.	
Skär klassificering, värdering, intäkt- och kostnadsföring samt beräkning av anskaffningsvärdet enligt god redovisningssed.	<b>Delvis</b> Rutinbeskrivningar som finns upprättade inom redovisningsområdet är inte helt aktuella. Arbete med nya uppdaterade riktlinjer pågår för närvarande men är inte färdigställda vid denna rapportens tidpunkt.	

Med utgångspunkt från de iakttagelser och bedömningar som har framkom i granskningsrapporten år 2023 lämnades följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Utarbeta samt aktualisera riktlinjer och styrprinciper för redovisning av exploateringsprojekt. Riktlinjerna bör omfatta principer för:

- fördelning av utgifter och inkomster mellan anläggnings- och omsättningstillgång.
- beräkning av anskaffningsvärde
- regelbunden värdering av pågående exploateringsprojekt
- när inkomster och utgifter i ett exploateringsprojekt bör redovisas i resultaträkningen
- Säkerställ att ansvarsfördelningen avseende exploateringsprojekt tydliggörs och förankras i verksamheterna.
- Säkerställ att slutkostnadsredovisning avseende exploateringsprojekt upprättas och redovisas för kommunstyrelsen.
- Fortsätt med den översyn av hur gatukostnadsersättning ska användas och överväg att ta fram riktlinjer inom området.
- Säkerställ att internt nedlagd tid i projekten godkänns via attest av ansvarig person för projektet.
- Säkerställ att budget och uppföljning avseende exploateringsverksamheten sker över hela projektets löptid
- Säkerställ att löpande analysera kalkyler, tidsplaner och riskanalyser avseende exploateringsprojekten.

### **Revisionens begäran om yttrande avseende noterade brister**

Revisorerna i Gävle kommun har begärt Kommunstyrelsens yttrande avseende noterade brister och lämnade rekommendationer i granskningsrapport av exploateringsredovisning. Dessutom önskade revisorerna svar på följande frågeställningar:

- När kommer planeringsstrategin att antas av kommunfullmäktige?
- När kommer riktlinjer för bostadsförsörjning att antas?
- Översiktsplanen antogs av fullmäktige 2017. Planeras en revidering (uppdatering) av dokumentet? Om så, hur ser det arbetet ut (tidplan, organisation med mera)?
- Planeringsriktlinjer för Gävle växer 2018 antogs av fullmäktige 2018. Planeras en revidering (uppdatering) av dokumentet? Om så, hur ser det arbetet ut (tidplan, organisation med mera)?



## Yttrande från kommunstyrelsen

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av kommunstyrelsen?*

### *lakttagelser*

Kommunstyrelsen har vid sitt möte den 4 juni år 2024 § 111 antagit yttrande avseende revisionsrapporten exploateringsredovisning Gävle kommun 2023. Av beslutet framgår att styrelsen under år 2024 avser att följa upp pågående arbete med utveckling av styrning av exploateringsverksamheten.

Av yttrandet framgår att de noterade bristerna beskriver områden där förvaltningen har identifierat behov av förtydligande eller förändring samt att utvecklingsinsatser har genomförts eller där insatser pågår inom dessa. Det framgår i yttrandet att styrelsen avser att följa rekommendationerna utifrån den behovsanalys som genomförts i förvaltningen.

Vidare anges i yttrandet att planeringsstrategin och riktlinjer för bostadsförsörjning kommer att beslutas av kommunstyrelsen under 2024 samt att det i juni inte finns en bestämd plan för arbete med översiktsplan eller planeringsriktlinjer.

Kommunstyrelsen har i yttrandet sammanställt en redovisning av uppmärksammade brister utifrån revisionsfrågorna. Vi noterar att förvaltningen och styrelsen instämmer i revisorernas bedömningar för revisionsfrågorna 1, 2 och 3 men att den fjärde revisionsfrågan ej kommenteras i yttrandet. Av yttrandet framgår en kort beskrivning av förutsättningar och fortsatt arbete kopplat till bristerna.

I revisionsrapporten från år 2023 lämnas även ett antal rekommendationer vilka även kommenteras i yttrandet. Samtliga rekommendationer kommenteras i missivet och det framgår hur styrelsen avser att åtgärda lämnade rekommendationer.

Yttrandet omfattar även svar på revisionens frågor som ställs i missivet utifrån genomförd granskning. I svaren på frågorna framgår att fullmäktige senast den 11 september 2024 måste anta en planeringsstrategi enligt nytt lagkrav i plan och bygglagen. Planeringsstrategin kommer att beslutas av styrelsen i juni enligt plan. Vid sammanträdes i juni avser styrelsen även att besluta om riktlinjer för bostadsförsörjning. Vidare framgår att styrelsen avser att påbörja arbetet med uppdatering av befintlig översiktsplan inklusive fördjupningar och tillägg när planeringsstrategin har antagits. I samband med översynen av översiktsplanen är tanken, enligt yttrandet, att kommunens planeringsriktlinjer ska integreras i den uppdaterade översiktsplanen.

### *Bedömning*

*Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av kommunstyrelsen?*

Ja.

Vi bedömer att styrelsen till övervägande del besvarat revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder. I yttrandet beskrivs hur styrelsen avser att arbeta med bristerna och

när styrdokument kommer antas. Det beskrivs också vilka förutsättningar som styrelsen ser för att åtgärda brister kopplat till ansvarsfördelningen mellan dels styrelsen och samhällsbyggnadsnämnden, dels styrning och stöd samt sektor livsmiljö. Vi ser det som väsentligt att styrelsen även beaktar de brister som noterats i revisionsfrågan som ej kommenteras. Avsaknaden av kommentarer till denna revisionsfråga försvårar för revisorerna att bedöma om och hur styrelsen avser att hantera noterade brister.

Vi bedömer att det av yttrandet framgår hur kommunstyrelsen avser att arbeta med bristerna och när riktlinjer förväntas att beslutas. Vi bedömer även att det framgår vilka förutsättningar som styrelsen ser för att åtgärda brister kopplat till ansvarsfördelning m.m.

## **Åtgärder utifrån rekommendationer och noterade brister**

### *Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### *lakttagelser*

I yttrandet från styrelsen framgår hur de brister som noterats i granskningen år 2023 avses att hanteras.

Granskningen som genomfördes år 2023 noterade att det finns ett behov av att se över ansvarsfördelningen, befintliga riktlinjer samt styrande dokument inom exploateringsverksamheten. Av styrelsens yttrande framgår att revidering av riktlinjer för exploateringsavtal respektive portföljstrukturen ska genomföras samt att riktlinjer avseende exploateringsredovisning ska tas fram. Parallellt med framtagandet av riktlinjerna för exploateringsredovisning kommer även en utveckling av budget och uppföljningsprocessen ske. Utöver detta kommer även upphandling av systemstöd att ske och en tidsmodul att driftsättas.

#### **Kommunstyrelsens uppföljning under året**

Av styrelsens beslut om yttrandet framgår att styrelsen avser att följa upp pågående arbete med utveckling av styrning av exploateringsverksamheten. Genomförd protokollsgenomgång visar att styrelsen beslutat om frågor med bäring på granskningsområdet vid följande tillfällen efter beslutet:

- Fastställt investerings- och exploateringsbudget för 2025-2028, inklusive en detaljerad exploateringsbudget och beslut om exploateringsresultatet för 2025 (*KS protokoll 10 juni år 2024 § 142*)
- Revidering av riktlinjer för markanvisning Gävle kommun år 2024 (*KS protokoll 8 oktober år 2024 § 190*)
- Månadsuppföljning av exploateringsverksamheten (*KS protokoll 8 oktober år 2024 § 178*)
- Månadsuppföljning av exploateringsverksamheten (*KS protokoll 29 oktober år 2024 § 201*)

- I samband med beslut om kommunplan godkänns även investeringsplan och bilagor om pågående exploateringsprojekt för 2025-2028, (*KS protokoll från 12 november år 2024 § 226*)
- Revidering av riktlinjer för exploateringsavtal (*KS protokoll från 3 december 2024 § 246*)
- Månadsuppföljning av exploateringsverksamheten (*KS protokoll från 3 december 2024 § 234*)

I protokollen framgår även när styrelsen har beslutat om tillägg eller avslut av exploateringsprojekt under året. Inga ytterligare beslut med bäring på området har noterats i styrelsens beslut.

### **Återkoppling på ställda frågor**

Planeringsstrategin har antagits av kommunfullmäktige den 17 juni år 2024 § 17.

Riktlinjer för bostadsförsörjning har antagits av kommunfullmäktige den 23 september år 2024 § 4. Ärenden hanterades vid mötet i juni men återremitterades.

### **Övriga iakttagelser**

Av yttrandet framgår att enligt 10 kap. 2 § LKBR ska investeringsredovisningen innehålla en samlad redovisning av kommunens investeringsverksamhet. Investeringsredovisningen gör det möjligt för fullmäktige att jämföra beslutade/beräknade totalutgifter och anslag med faktiskt utfall. För att Exploateringsverksamhetens investeringsredovisning ska uppnås enligt 10 kap. 2 § LKBR krävs enligt yttrandet att:

- fleråriga pågående och under året avslutade investeringar ska kunna stämmas av mot beslutade eller beräknade totalutgifter,
- utfallen på ett överskådligt sätt kan stämmas av mot fullmäktiges budget och andra för investeringsverksamheten relevanta fullmäktigebeslut,
- investeringsredovisningens budgetposter ska avse senast beslutad budget,
- i de fall utgiftsbeslut tagits under året ska uppgift lämnas om till vilka belopp och vid vilka tidpunkter budgetposterna justerats,
- större avvikelser mellan årets och föregående års utfall samt budget ska kommenteras.

Enligt yttrandet krävs därmed ett retroaktivt fullmäktigebeslut och dokumentation på varje enskilt pågående exploateringsprojekts ursprungliga totalbudget för att kommunen ska kunna fullfölja 10 kap. 2 § LKBR samt för att kommunfullmäktige ska få möjlighet att få information om avvikelser. Av fullmäktiges protokoll från 17 juni år 2024 § 4 framgår att ett sådant retroaktivt beslut har tagits av fullmäktige.

Markstrategi för Gävle kommun har antagits av kommunfullmäktige den 23 september år 2024 § 5. Ärenden hanterades vid mötet i juni men återremitterades.

### *Bedömning*

#### *Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

Ja.

Vi bedömer att styrelsen vidtagit olika åtgärder kopplat till den tidigare granskningen/genomförda granskningen. Exempel på åtgärder är antagande av styrdokument och beslut avseende exploateringsredovisning för att efterleva LKBR. Vidare konstaterar vi att fullmäktige eller styrelsen har antagit de styrdokument (med bäring på området) som är en kommun är skyldig att anta.

# Bilagor

1. Revisionsrapport Exploateringsredovisning Gävle kommun år 2023
2. Revisionens missiv - begäran om yttrande: Granskning av exploateringsredovisning
3. Yttrande granskningsrapport Exploateringsredovisning Gävle kommun år 2023

2025-03-25

Daniel Brandt

Hanna Franck

---

*Projektledare*

---

*Uppdragsledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av revisionskontoret i Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av offert från den 10 oktober 2024. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.