

Kommunledningskontoret
Tjänsteskrivelse

Datum: 2026-04-22
Diarienummer: KSN-2026-00114
Kommunfullmäktige

Handläggare:
Cornelia Gustafsson

Anmälningssärenden till kommunfullmäktige 27 april 2026

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige beslutar

1. **att** lägga förteckningen över anmälningssärenden till protokollet.

Ärendet

Till kommunfullmäktige anmäls ärenden enligt nedan:

Anmälningssärenden

- Äldrenämndens rapport av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen kvartal 4 2025
- Omsorgsnämndens rapport av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS per 31 december 2025
- Socialnämndens rapportering till kommunfullmäktige av ej verkställda beslut fjärde kvartalet 2025
- Kommunrevisionens granskning av externa HVB och uppföljning placerade BoU
- Kommunrevisionens granskning av intern kontroll
- Kommunrevisionens granskning av kommunkoncernens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete
- Kommunrevisionens granskning av Region Uppsalas och kommunernas gemensamma arbete för effektiv och nära vård 2030
- Kommunrevisionens grundläggande granskning av nämnder och styrelse 2025
- Protokoll Styrelsemöte i Svenska Kommun Försäkrings AB den 27 mars 2026
- Protokoll Svenska Kommun Försäkrings AB bolagsstämma 9 april 2026
- Protokoll Styrelsemöte i Svenska Kommun Försäkrings AB den 10 april 2026

Datum:
2026-03-19Diarienummer:
ÄLN-2025-00061Äldrenämnden
Rapport

Kommunfullmäktige

Handläggare:
Linda Taxén

Rapport till kommunfullmäktige av ej verkställda gynnande beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), kvartal 4 2025

Kommuner är enligt 34 kap. 1–3 §§ SoL skyldiga att rapportera beslut om insatser enligt 11 kap. 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader eller där avbrott i verkställigheten överstiger tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och kommunfullmäktige.

Ansvarig nämnd ska varje kvartal till kommunfullmäktige rapportera antalet gynnande sådana beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. I rapporten ska anges vilka typer av insatser besluten avser och hur lång tid som gått från dagen för respektive beslut.

Uppgifterna i rapporten ska vara avidentifierade och inte kunna härledas till enskild person.

Det ska dock framgå hur stor del av besluten som gäller kvinnor respektive män.

Föreliggande rapport avser perioden 1 oktober till och med 31 december 2025.

Antal beslut som inte verkställts inom tre månader under perioden var 36, varav 21 beslut gällde kvinnor och 15 beslut gällde män.

Anledningen till att besluten inte verkställdes var:

- 11 ärenden har ej verkställts
- 11 ärenden som tidigare rapporterats som ej verkställda har verkställts
- 14 ärenden har avslutats utan verkställighet.

Äldrenämnden har i bifogad rapport (bilaga 1a och 1b) sammanställt alla gynnande beslut som mellan den 1 oktober och den 31 december 2025 ej hade verkställts inom tre månader.

Äldrenämnden

Asal Gohari Moghadam
Ordförande

Peter Jernberg
Nämndsekreterare

Bilagor

- Bilaga 1 a, Sammanställning av ej verkställda beslut, kvartal 4 2025
- Bilaga 1 b, Tid för verkställighet, kvartal 4 2025

Bilaga 1a Sammanställning av ej verkställda SoL-beslut kvartal 4, 2025

Tabell 1. Antal ej verkställda SoL-beslut

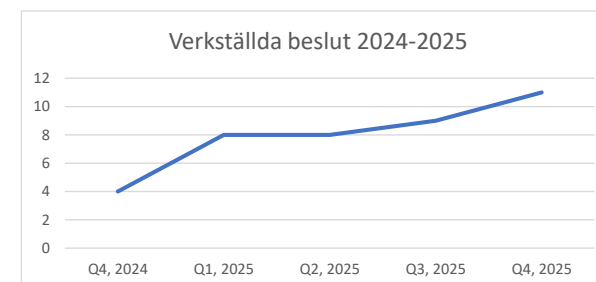
Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025	Q4, 2025
Män	4	3	4	10	4
Kvinnor	9	6	3	16	7
Summa	13	9	7	26	11

Kommentar till tabell 1: Siffrorna avser ej verkställda beslut, för dem som väntat längre än tre månader på verkställighet. Av de ej verkställda besluten avser 36 procent män och 64 procent kvinnor. Insatser där beslut inte blivit verkställda är särskilt boende (8 ärenden), trygghetslarm (2 ärenden) och dagverksamhet (1 ärenden).

Tabell 2. Antal verkställda SoL-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025	Q4, 2025
Män	2	5	2	3	6
Kvinnor	2	3	6	6	5
Summa	4	8	8	9	11

Kommentar till tabell 2: Siffrorna avser verkställda beslut, för dem som väntat längre än tre månader på verkställighet. Av de verkställda besluten avser 55 procent män och 45 procent kvinnor. Insatser där beslut blivit verkställda är dagverksamhet (3 ärenden), särskilt boende (4 ärenden), växelvård (2 ärenden) ledsagning (1 ärende) och trygghetslarm (1 ärende).



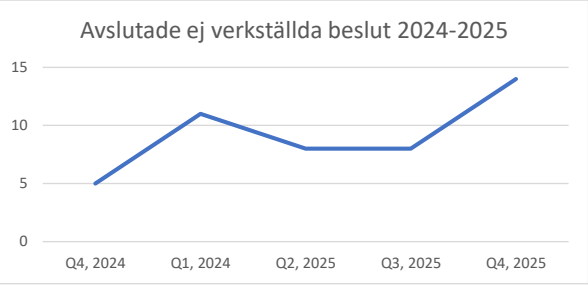
Tabell 3. Antal avslutade ej verkställda SoL-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2024	Q2, 2025	Q3, 2025	Q4, 2025
Män	1	4	3	3	5
Kvinnor	4	7	5	5	9
Summa	5	11	8	8	14

Kommentar till tabell 3: Siffrorna avser avslutade ej verkställda beslut, för dem som väntat längre än tre månader på verkställighet. Av de verkställda besluten avser 36 procent män och 64 procent kvinnor. Insatser där beslut blivit avslutade är avlösarservice (1 ärende), dagverksamhet (4 ärenden), hemtjänst (1 ärende), ledsagning (1 ärende), särskilt boende (2 ärenden), trygghetslarm (2 ärenden) och växelvård (3 ärenden).

Tabell 4. Beviljade SoL-beslut som ej verkställts inom tre månader, 31 december 2025 (Q4)

SoL-insatser	Antal män	Antal kvinnor	Total
Avlösarservice SoL	1	0	1
Dagverksamhet SoL	5	3	8
Hemtjänst SoL	0	1	1
Ledsagning SoL	0	2	2
Särskilt boende SoL	5	9	14
Trygghetslarm Sol	1	4	5
Växelvård SoL	3	2	5
Summa	15	21	36



Tabell 5. Orsaker till att beslut ej verkställts inom tre månader, 31 december 2025 (Q4)

SoL-insatser	Specifika önskemål	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder	Tackat nej	Saknar plats	Medverkar inte till verkställighet	
Avlösarservice SoL			1			
Dagverksamhet SoL	2	1	3	1	1	
Hemtjänst SoL			1			
Ledsagning SoL			1		1	
Särskilt boende SoL	3	1	9		1	
Trygghetslarm SoL		1	2		2	
Växelvård SoL	0	1	4			Totalt
Summa	5	4	21	1	5	36

Bilaga 1b Tid för verkställighet kvartal 4, 2025

Sammanställning väntetid per insats

Dagverksamhet SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-04-11		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-10-11	6,0
Man	2025-04-23		Den enskilde har tackat nej - Annat		2025-10-31	6,3
Man	2025-06-05		Den enskilde har tackat nej - Annat	2025-10-06		4,0
Man	2025-06-03		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-10-16		4,4
Man	2025-07-01		Saknar plats (ex. har kö, behov av /pågående sanering/renoverin/ombyggnation)	2025-10-01		3,0
Kvinna	2025-07-30		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)		2025-10-31	3,1
Man	2025-09-12		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-12-16	3,1
Kvinna	2025-09-15		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			3,5

Växelvård SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-13		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-11-18	5,2
Kvinna	2025-06-19		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-12-17	5,9
Man	2025-07-24		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.	2025-10-24		3,0
Man	2025-07-22		Den enskilde har tackat nej - Inte nöjd (med t.ex. erbjudande, tid, omfattning, utförare...)	2025-10-28		3,2
Man	2025-07-10		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-10-21	3,4

Ledsagning SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-17		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.	2025-10-07		3,7
Kvinna	2025-07-07		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)		2025-12-07	5,0

Trygghetslarm SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-04-30		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			8,0
Kvinna	2025-05-23		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)		2025-11-30	6,3
Kvinna	2025-05-26		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)			7,2
Kvinna	2025-06-18		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-11-10		4,8
Kvinna	2025-08-22		Den enskilde har tackat nej - Annat		2025-12-22	4,0

Avlösarservice SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-05-28		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-10-14	4,6

Särskilt boende SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2022-12-16		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			36,5
Kvinna	2023-07-05		Hälsotillstånd är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			29,9
Kvinna	2025-05-15		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.	2025-12-16		7,1
Man	2025-04-07		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-10-20	6,4
Kvinna	2025-04-10		Medverkar inte till verkställighet (lämnar inte nycklar, svarar inte, öppnar inte, kommer inte på möten, behöver motiveras etc.)			8,7
Kvinna	2025-05-06		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.			7,9
Kvinna	2025-05-22		Den enskilde har tackat nej - Inte nöjd (med t.ex. erbjudande, tid, omfattning, utförare...)	2025-11-28		6,2
Kvinna	2025-06-13		Den enskilde har tackat nej - Annat		2025-11-10	4,9
Man	2025-06-18		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-12-04		5,6
Kvinna	2025-09-09		Den enskilde har tackat nej - Inte nöjd (med t.ex. erbjudande, tid, omfattning, utförare...)			3,7
Kvinna	2025-09-12		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart	2025-12-25		3,4
Man	2025-09-01		Den enskilde har tackat nej - Inte nöjd (med t.ex. erbjudande, tid, omfattning, utförare...)			4,0
Man	2025-08-28		Har specifika önskemål om boende/områden/personal/utförare/verksamhet/uppstart			4,1
Man	2025-07-31		Den enskilde har tackat nej - Inte nöjd (med t.ex. erbjudande, tid, omfattning, utförare...)			5,0

Hemtjänst SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-19		Den enskilde har tackat nej - Att den enskilde och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljad insats.		2025-10-20	4,0

Rapport av ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) per 31 december 2025

Kommuner är enligt 34 kap. 1–3 §§ SoL och 28 f–h §§ LSS skyldiga att rapportera beslut (enligt 11 kap. 1 § SoL) och insatser (enligt 9 § LSS) som inte har verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo), kommunens revisorer och kommunfullmäktige. Det gäller både beslut om inte verkställts inom tre månader och avbrott i verkställigheten i längre än tre månader.

Den ansvariga nämnden ska varje kvartal rapportera till kommunfullmäktige antalet gynnande beslut enligt SoL och insatser enligt LSS som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslut, eller där avbrott i verkställigheten varit längre än tre månader. I rapporten ska det stå vilka typer av bistånd som besluten gäller och hur lång tid som gått sedan varje beslut togs.

Uppgifterna i rapporten ska vara avidentifierade och ska inte kunna spåras till en enskild person. Det ska framgå hur många (eller hur stor andel) av besluten som gäller kvinnor respektive män.

Den bifogade rapporten gäller för perioden 1 oktober till och med 31 december 2025.

Totalt är det under den perioden 165 beslut som inte har verkställts inom tre månader.

Fördelat på kön är det 84 kvinnor och 86 män.

Fördelningen inom respektive lagrum är 121 LSS-beslut och 49 SoL-beslut.

Sammanlagt var det 164 personer som hade ej verkställda beslut den 31 december 2025. Att det är färre personer än beslut beror på att det finns sex personer som hade två ej verkställda beslut.

De främsta anledningarna till att besluten inte har verkställts är

- Specifika önskemål
- Saknas plats
- Den enskilde medverkar inte till verkställighet
- Den enskilde har tackat nej på grund av ej nöjd med erbjudande om verkställighet

Under kvartal fyra har 53 beslut där personer har väntat längre än tre månader verkställts.

30 beslut har avslutats utan verkställighet under kvartal fyra. Orsaker till att besluten avslutats är att personer har återtagit sin ansökan om insats, eller inte har ansökt om insatsen på nytt.

Omsorgsnämnden har sammanställt alla beslut som inte har verkställts inom tre månader 31 december 2025 i bifogad rapport (bilaga 1a och 1b).

Omsorgsnämnden

Tobias Smedberg
Ordförande

Peter Jernberg
Sekreterare

Bilaga 1a Sammanställning av ej verkställda SoL-och LSS-beslut kvartal 4, 2025
Tabell 1. Totalt antal ej verkställda SoL-och LSS-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025	Q4, 2025
Män/pojkar, SoL-beslut	12	17	12	15	21
Kvinnor/flickor, SoL-beslut	19	20	22	24	28
Totalt SoL	31	37	34	39	49

Män/pojkar, LSS-beslut	55	59	57	63	65
Kvinnor/flickor, LSS-beslut	61	70	72	63	56
Totalt LSS	116	129	129	126	121

Summa, samtliga	147	166	163	165	170

Kommentar till tabell 1: Siffrorna avser beslut där det gått mer än tre månader sedan beslutsdatum eller avbrottsdatum, och som därmed rapporteras till IVO. Kvartal 4 avser beslut som fattats eller där avbrott skett under perioden 1 juli till 30 september eller tidigare. Fördelningen är 51 % män/pojkar och 49 % kvinnor/flickor.

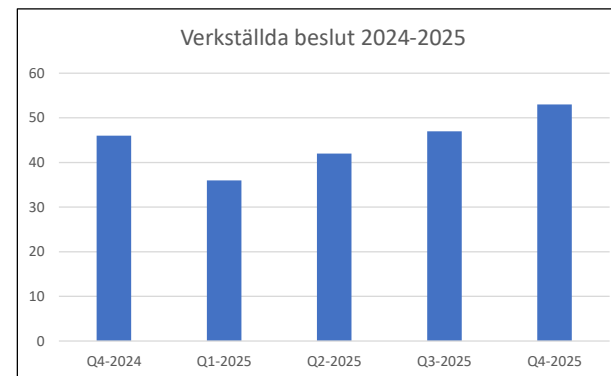
Tabell 2. Totalt antal verkställda SoL-och LSS-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025	Q4, 2025
Män/pojkar, SoL-beslut	7	7	9	4	4
Kvinnor/flickor, SoL-beslut	7	2	3	7	7
Totalt, SoL	14	9	12	11	11

Män/pojkar, LSS-beslut	17	20	22	24	21
Kvinnor/flickor, LSS-beslut	15	7	8	12	21
Totalt, LSS	32	27	30	36	42

Summa, samtliga	46	36	42	47	53

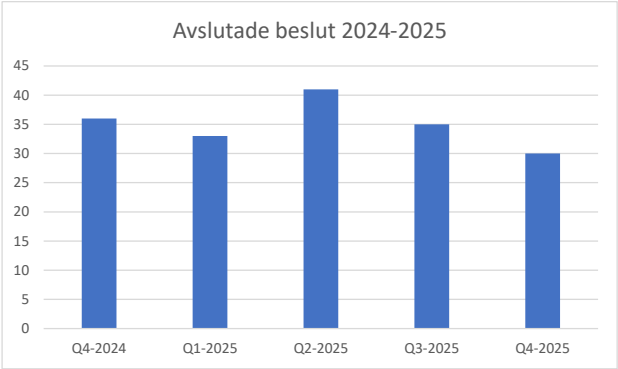
Kommentar till tabell 2: Siffrorna avser verkställda beslut, för dem som väntat längre än 3 månader på verkställighet. Av de verkställda besluten avser 60 % män och 40 % kvinnor. De insatser där flest beslut blivit verkställda är inom daglig verksamhet LSS, kontaktperson LSS, avlösarservice LSS och kontaktperson SoL.



Tabell 3. Totalt antal avslutade SoL-och LSS-beslut

Kön	Q4, 2024	Q1, 2025	Q2, 2025	Q3, 2025	Q4, 2025
Män/pojkar, SoL-beslut	4	6	4	3	10
Kvinnor/flickor, SoL-beslut	8	10	9	11	6
Totalt, SoL	12	16	13	14	16
Män/pojkar, LSS-beslut	13	9	9	8	6
Kvinnor/flickor, LSS-beslut	11	8	19	13	8
Totalt, LSS	24	17	28	21	14
Summa, samtliga	36	33	41	35	30

Kommentar till tabell 3: Siffrorna avser avslutade beslut, för dem som väntat längre än 3 månader på verkställighet. Av de avslutade besluten avser 53 % män och 47 % kvinnor. De insatser där flest beslut avslutats är inom boendestöd SoL och bostad med särskild service LSS.



Tabell 4. Beviljade SoL-beslut som ej verkställts inom tre månader, 31 december 2025 (Q4)

SoL-insatser	Antal män	Antal kvinnor	Total
Avlösarservice SoL	0	1	1
Boendestöd, SoL	5	11	16
Bostad med särskild service, SoL	6	6	12
Hemtjänst	1	2	3
Kontaktperson, SoL	4	5	9
Korttidsboende, SoL	1	1	2
Ledsagning, SoL	0	1	1
Trygghetslarm, SoL	0	1	1
Träningsboende, SoL	4	0	4
Summa	21	28	49

Tabell 5. Beviljade LSS-beslut som ej verkställts inom tre månader, 31 december 2025 (Q4)

LSS-insatser	Antal män	Antal kvinnor	Total
Avlösarservice, LSS	9	2	11
Bostad med särskild service, LSS (vuxna)	30	23	53
Daglig verksamhet, LSS	6	15	21
Kontaktperson, LSS	4	9	13
Korttidstillsyn, LSS	3	0	3
Korttidsvistelse, korttidshem, LSS	7	3	10
Korttidsvistelse stödfamilj LSS	1	1	2
Ledsagarservice, LSS	5	2	7
Personlig assistans, LSS	0	1	1
Summa	65	56	121

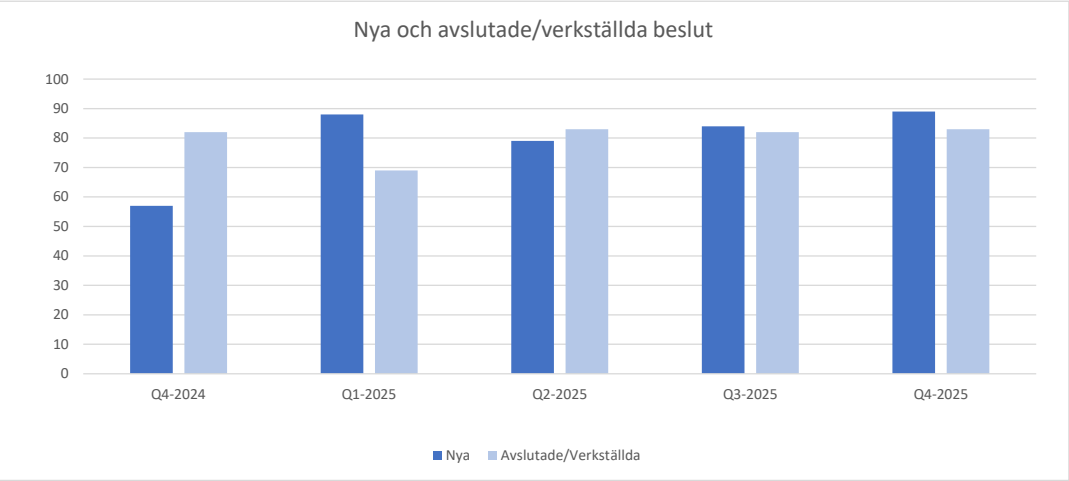
Kommentar till tabell 4 och 5: Inom SoL är det främst beslut om boendestöd och bostad med särskild service som inte blivit verkställda inom tre månader från beslutsdatum eller avbrottsdatum. Inom LSS är det främst beslut om bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet som inte blivit verkställda inom tre månader.

Tabell 6. Orsaker till att beslut ej verkställts inom tre månader, 31 december 2025

	Specifika önskemål	Medverkar inte till verkställig- het	Saknar plats	Hälsotill- ståndet är/har varit ett hinder	Tackat nej, inte nöjd med erbjud- ande	Personal- relaterade skäl	Annan huvudman har ansvaret	Ej valt utförare	Arbetsmiljö- problem relaterat till den enskilde	Behov av extern placering
LSS										
Avlösarservice LSS	7				1	3				
Bostad med särskild service LSS (vuxna)	4		33		12		2		2	
Daglig verksamhet LSS	6	6		6			2	1		
Kontaktperson LSS	5	6			1	1				
Korttidstillsyn LSS	2	1								
Korttidsvistelse LSS korttidshem	2	6		1	1					
Korttidsvistelse LSS stödfamilj	1					1				
Ledsagarservice LSS	7									
Personlig assistans LSS								1		
Totalsumma	34	19	33	7	15	5	4	2	2	0

	Specifika önskemål	Medverkar inte till verkställig- het	Saknar plats	Hälsotill- ståndet är/har varit ett hinder	Tackat nej, inte nöjd med erbjud- ande	Personal- relaterade skäl	Annan huvudman har ansvaret	Ej valt utförare	Arbetsmiljö- problem relaterat till den enskilde	Behov av extern placering
SoL										
Avlösarservice SoL				1						
Boendestöd SoL	4	8		1		2	1			
Bostad med särskild service SoL	2		5	1	3					1
Hemtjänst	1	1						1		
Kontaktperson SoL	4	5								
Korttidsboende SoL	2									
Ledsagning SoL		1								
Trygghetslarm SoL		1								
Träningsboende SoL			4							
Totalsumma	13	16	9	3	3	2	1	1	0	1
Totalt samtliga insatser	47	35	42	10	18	7	5	3	2	1

Tabell 7. Nya och avslutade/verkställda beslut per inrapportering



Kommentar till tabell 7: Nya beslut avser beslut som inte rapporterats tidigare. Avslutade/verkställda beslut avser beslut som har verkställts eller avslutats, och inte längre kommer fortsätta rapporteras. Ett och samma beslut kan förekomma i båda staplarna under ett och samma kvartal, om det både är nytt och också har verkställts eller avslutats inom perioden.

Bilaga 1b Tid för verkställighet kvartal 4 2025

Sammanställning väntetid per insats

Annan särskilt anpassad bostad LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-11-28		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-10-01		10,2

Avlösarservice LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-04-08		Specifika önskemål			8,9
Man		2025-05-19	Specifika önskemål			7,5
Man		2025-06-17	Specifika önskemål			6,6
Man	2025-06-24		Personalrelaterade skäl			6,3
Man		2025-07-14	Specifika önskemål			5,7
Man	2025-07-30		Specifika önskemål			5,1
Man	2025-07-30		Specifika önskemål			5,1
Man		2025-07-15	Specifika önskemål	2025-11-24		4,4
Kvinna		2025-08-26	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			4,2
Man		2025-09-01	Personalrelaterade skäl			4,0
Kvinna		2025-09-04	Specifika önskemål			3,9
Kvinna	2025-06-23		Medverkar inte till verkställighet	2025-10-15		3,8
Man		2025-09-22	Personalrelaterade skäl			3,3

Avlösarservice SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2025-03-19	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			9,6
Man	2025-03-07		Specifika önskemål	2025-10-01		6,9
Man		2025-04-14	Specifika önskemål		2025-10-16	6,2

Boendestöd SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2024-11-13	Specifika önskemål		2025-10-31	11,7
Man	2025-03-05		Medverkar inte till verkställighet			10,0
Kvinna	2025-03-24		Specifika önskemål			9,4
Man	2025-03-28		Medverkar inte till verkställighet		2025-11-21	7,9
Kvinna	2025-05-12		Medverkar inte till verkställighet			7,8
Kvinna		2025-06-12	Medverkar inte till verkställighet			6,7
Man		2025-06-02	Specifika önskemål	2025-12-19		6,7
Kvinna	2025-06-17		Specifika önskemål			6,6
Kvinna	2025-04-22		Specifika önskemål		2025-10-31	6,4
Kvinna	2025-06-13		Otydlighet eller brister i den egna organisationen	2025-12-12		6,1
Kvinna	2025-06-12		Specifika önskemål	2025-12-09		6,0
Kvinna	2025-07-08		Annan huvudman har ansvaret			5,9
Kvinna		2025-05-23	Medverkar inte till verkställighet	2025-11-14		5,8
Man		2025-06-12	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-30	5,7
Man		2025-07-17	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Kvinna		2025-08-20	Specifika önskemål			4,4
Kvinna		2025-08-22	Medverkar inte till verkställighet			4,4
Kvinna	2025-08-27		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			4,2
Kvinna		2025-09-01	Specifika önskemål			4,0
Man	2025-06-12		Medverkar inte till verkställighet		2025-10-09	4,0
Kvinna		2025-06-18	Medverkar inte till verkställighet		2025-10-09	3,8
Man	2025-09-18		Medverkar inte till verkställighet			3,5
Kvinna	2025-09-19		Medverkar inte till verkställighet			3,4
Kvinna	2025-09-23		Personalrelaterade skäl			3,3
Man	2025-09-25		Personalrelaterade skäl			3,2
Man	2025-09-29		Medverkar inte till verkställighet			3,1

Bostad med särskild service LSS vuxna

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2015-10-21		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-12-12		123,5
Kvinna	2018-02-01		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			96,3
Man		2021-08-31	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			52,8
Kvinna	2021-09-22		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			52,0
Kvinna		2022-04-01	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			45,7
Kvinna	2023-01-13		Saknar plats			36,1
Kvinna	2022-12-20		Insatsen är beroende av godkännande från annan aktör/myndighet	2025-12-01		35,9
Kvinna	2023-03-14		Specifika önskemål			34,1
Kvinna	2023-03-17		Specifika önskemål			34,0
Man	2023-04-27		Saknar plats			32,6
Man	2023-02-27		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-10-30	32,5
Kvinna	2023-05-24		Saknar plats			31,7
Kvinna	2023-05-11		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-12-01		31,2
Kvinna	2023-06-14		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			31,0
Man	2023-05-17		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-11-17		30,5
Man	2023-06-30		Saknar plats			30,5
Kvinna	2023-10-04		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-10-31	25,3
Kvinna	2024-01-24		Saknar plats			23,6
Kvinna		2023-10-31	Specifika önskemål	2025-10-06		23,5
Kvinna	2023-12-01		Saknar plats	2025-10-04		22,4
Kvinna		2024-03-01	Annan huvudman har ansvaret			22,3
Man	2024-03-26		Saknar plats			21,5
Kvinna	2024-03-28		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			21,4
Man	2024-02-23		Saknar plats	2025-11-24		21,3
Man	2024-04-24		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			20,5
Man	2024-05-28		Saknar plats			19,4
Man	2024-04-03		Saknar plats	2025-10-29		19,1
Man		2024-06-09	Specifika önskemål			19,0
Man		2024-06-10	Annan huvudman har ansvaret			19,0
Man	2024-10-14		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			14,8
Kvinna	2024-08-19		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-10-29	14,5
Kvinna	2024-10-21		Saknar plats			14,5
Kvinna	2024-09-23		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-11-24		14,2
Man	2024-11-05		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			14,0
Man	2024-11-12		Saknar plats			13,8

Bostad med särskild service LSS vuxna, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-10-14		Saknar plats	2025-12-01		13,8
Man	2024-10-17		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-11-24		13,4
Kvinna	2024-10-22		Annan huvudman har ansvaret		2025-11-21	13,2
Man	2024-12-03		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			13,1
Man	2024-12-13		Saknar plats			12,8
Man	2024-12-16		Saknar plats			12,7
Kvinna	2024-12-17		Saknar plats			12,6
Kvinna	2024-10-17		Saknar plats	2025-10-20		12,3
Man	2025-01-09		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,9
Kvinna	2024-11-19		Saknar plats		2025-11-03	11,6
Man	2025-02-03		Saknar plats			11,0
Man	2025-02-07		Saknar plats			10,9
Kvinna	2025-02-12		Saknar plats			10,7
Man	2025-02-26		Saknar plats			10,3
Man	2025-03-18		Saknar plats			9,6
Man	2025-03-05		Saknar plats	2025-12-17		9,6
Kvinna	2025-03-25		Saknar plats			9,4
Kvinna	2025-03-25		Saknar plats			9,4
Kvinna	2025-04-10		Saknar plats			8,8
Man	2025-04-14		Saknar plats			8,7
Man	2025-04-15		Saknar plats			8,7
Kvinna	2025-02-18		Saknar plats	2025-11-01		8,5
Kvinna	2025-04-23		Saknar plats			8,4
Kvinna	2025-03-04		Saknar plats	2025-10-25		7,8
Kvinna	2025-05-14		Saknar plats			7,7
Man	2025-05-27		Saknar plats			7,3
Kvinna	2025-03-25		Saknar plats	2025-10-23		7,1
Man	2025-06-19		Saknar plats			6,5
Man	2025-06-23		Specifika önskemål			6,4
Man	2025-06-27		Saknar plats			6,2
Kvinna	2025-05-26		Specifika önskemål	2025-11-17		5,8
Man	2025-05-20		Saknar plats	2025-11-01		5,5
Man	2025-07-23		Saknar plats			5,4
Kvinna	2025-07-29		Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde			5,2
Kvinna	2025-07-30		Saknar plats			5,1
Man	2025-07-30		Saknar plats			5,1
Kvinna	2025-08-21		Saknar plats			4,4
Man	2025-08-27		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			4,2
Kvinna	2025-08-28		Saknar plats			4,2

Bostad med särskild service LSS vuxna, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-09-09		Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde			3,8
Man	2025-09-15		Saknar plats			3,6

Bostad med särskild service SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-07-11		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			17,9
Man	2024-10-23		Saknar plats			14,5
Kvinna	2024-11-26		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			13,3
Kvinna	2024-12-13		Saknar plats			12,8
Man	2025-02-25		Specifika önskemål			10,3
Kvinna	2025-02-26		Specifika önskemål			10,3
Kvinna	2025-02-13		Saknar plats	2025-12-02		9,7
Man	2025-05-14		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			7,7
Man	2025-05-19		Saknar plats			7,5
Man	2025-03-17		Saknar plats	2025-10-15		7,1
Man		2025-06-13	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			6,7
Kvinna	2025-06-17		Är i behov av extern placering			6,6
Kvinna	2025-08-22		Saknar plats			4,4
Man	2025-09-23		Saknar plats			3,3

Daglig verksamhet LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2020-09-30	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			63,9
Kvinna		2022-02-22	Specifika önskemål			46,9
Kvinna	2022-10-20		Medverkar inte till verkställighet		2025-10-31	36,9
Kvinna	2023-08-07		Har inte valt utförare (LOV)			29,2
Kvinna		2023-09-26	Medverkar inte till verkställighet			27,6
Kvinna		2023-10-23	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			26,7
Kvinna		2024-03-23	Specifika önskemål			21,6
Kvinna	2024-04-09		Annan huvudman har ansvaret			21,0
Kvinna		2024-12-11	Medverkar inte till verkställighet			12,8
Kvinna		2024-11-26	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-12-03		12,4
Kvinna		2025-04-11	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			8,8
Man		2025-02-03	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-10-24	8,8
Kvinna	2025-02-20		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-11-04	8,6

Daglig verksamhet LSS, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	45699		Specifika önskemål	2025-10-01		7,7
Man	2025-05-15		Medverkar inte till verkställighet			7,7
Kvinna		2025-06-04	Specifika önskemål			7,0
Man	2025-04-17		Har inte valt utförare (LOV)	2025-11-06		6,8
Man		2025-06-12	Medverkar inte till verkställighet			6,7
Man	2025-04-15		Medverkar inte till verkställighet	2025-11-01		6,7
Man	2025-06-27		Annan huvudman har ansvaret			6,2
Man		2025-05-23	Saknar plats	2025-10-21		5,0
Man		2025-05-26	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-10-22		5,0
Kvinna		2025-08-15	Medverkar inte till verkställighet			4,6
Man		2025-08-19	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			4,5
Kvinna		2025-08-21	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			4,4
Kvinna		2025-08-25	Specifika önskemål			4,3
Kvinna		2025-06-24	Medverkar inte till verkställighet	2025-10-24		4,1
Kvinna	2025-09-05		Specifika önskemål			3,9
Kvinna	2025-06-23		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-10-07		3,5
Man	2025-09-16		Specifika önskemål			3,5
Man		2025-09-22	Medverkar inte till verkställighet			3,3
Kvinna		2025-09-24	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,3

Hemtjänst Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-06-27		Medverkar inte till verkställighet			6,2
Kvinna	2025-07-11		Har inte valt utförare			5,8
Kvinna	2025-09-23		Specifika önskemål			3,3

Kontaktperson LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2023-11-01	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			26,4
Kvinna	2024-05-07		Specifika önskemål			20,1
Kvinna		2024-05-17	Medverkar inte till verkställighet			19,8
Kvinna	2024-12-18		Medverkar inte till verkställighet			12,6
Man		2024-11-12	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-13	12,2
Kvinna		2025-05-19	Specifika önskemål			7,5
Kvinna		2025-06-01	Medverkar inte till verkställighet			7,1
Man		2025-06-05	Specifika önskemål			7,0
Kvinna	2025-07-09		Specifika önskemål			5,8
Kvinna		2025-07-16	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Man	2025-06-16		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-11-17		5,1
Man	2025-05-28		Specifika önskemål	2025-10-22		4,9
Kvinna		2025-06-01	Personalrelaterade skäl	2025-10-22		4,8
Kvinna		2025-08-01	Personalrelaterade skäl	2025-12-15		4,5
Man	2025-08-27		Medverkar inte till verkställighet			4,2
Kvinna	2025-09-08		Medverkar inte till verkställighet			3,8
Man		2025-09-15	Personalrelaterade skäl			3,6
Man	2025-09-18		Specifika önskemål			3,5

Kontaktperson Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-09-23		Medverkar inte till verkställighet		2025-10-31	13,4
Kvinna		2025-05-01	Medverkar inte till verkställighet			8,1
Kvinna	2025-05-30		Medverkar inte till verkställighet			7,2
Man	2025-04-09		Medverkar inte till verkställighet		2025-10-31	6,8
Man	2025-03-21		Specifika önskemål	2025-10-10		6,8
Man	2025-06-23		Medverkar inte till verkställighet			6,4
Kvinna		2025-06-30	Specifika önskemål			6,1
Man		2025-05-01	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-10-29	6,0
Kvinna		2025-07-17	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Man	2025-07-31		Specifika önskemål			5,1
Kvinna		2025-07-01	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-30	5,1
Kvinna	2025-06-01		Personalrelaterade skäl	2025-10-16		4,6
Kvinna	2025-06-12		Specifika önskemål	2025-10-23		4,4
Man		2025-09-01	Medverkar inte till verkställighet			4,0
Kvinna		2025-06-11	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-10-08		4,0
Kvinna	2025-09-04		Specifika önskemål			3,9
Man	2025-09-29		Specifika önskemål			3,1

Korttidsboende Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-06-26		Specifika önskemål			6,3
Man	2025-06-23		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-11-30	5,3
Kvinna	2025-09-17		Specifika önskemål			3,5

Korttidstillsyn LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-03-24		Specifika önskemål			21,6
Man	2025-03-25		Specifika önskemål			9,4
Man		2025-08-01	Medverkar inte till verkställighet			5,1

Korttidsvistelse LSS korttidshem

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2023-09-20		Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			27,8
Kvinna	2024-02-21		Medverkar inte till verkställighet			22,6
Man	2024-12-18		Medverkar inte till verkställighet			12,6
Man	2025-02-18		Medverkar inte till verkställighet	2025-11-18		9,1
Man	2025-05-21		Specifika önskemål			7,5
Man	2025-05-26		Specifika önskemål			7,3
Man	2025-06-15		Medverkar inte till verkställighet			6,6
Man	2025-07-02		Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			6,1
Man	2025-04-07		Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde	2025-09-27		5,8
Man	2025-05-23		Specifika önskemål	2025-11-09		5,7
Man	2025-06-09		Saknar plats	2025-11-13		5,2
Kvinna	2025-08-01		Medverkar inte till verkställighet			5,1
Kvinna	2025-06-24		Saknar plats	2025-10-24		4,1
Kvinna	2025-09-08		Medverkar inte till verkställighet			3,8
Man	2025-09-08		Medverkar inte till verkställighet			3,8

Korttidsvistelse LSS stödfamilj

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2024-10-02		Specifika önskemål			15,2
Man	2024-12-10		Medverkar inte till verkställighet		2025-12-31	12,9
Man		2025-05-01	Personalrelaterade skäl			8,1
Man		2025-04-03	Specifika önskemål		2025-10-07	6,2

Korttidsvistelse Sol kontaktfamilj

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2024-11-01	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-30	13,1

Ledsagarservice LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2023-11-01	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-11-30	25,3
Man	2024-04-18		Specifika önskemål			20,7
Man		2024-05-24	Specifika önskemål			19,5
Man	2024-07-15		Har inte valt utförare (LOV)		2025-10-31	15,8
Kvinna		2024-09-06	Specifika önskemål	2025-10-01		13,0
Kvinna	2025-01-07		Specifika önskemål			11,9
Kvinna		2024-11-01	Specifika önskemål	2025-10-08		11,4
Man		2025-03-24	Specifika önskemål			9,4
Man		2025-04-11	Specifika önskemål	2025-12-08		8,0
Man	2025-04-22		Specifika önskemål	2025-10-10		5,7
Man		2025-08-01	Specifika önskemål			5,1
Man		2025-09-17	Specifika önskemål			3,5
Kvinna	2025-09-29		Specifika önskemål			3,1

Ledsagning Sol

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2025-03-11	Medverkar inte till verkställighet			9,8
Man		2025-07-12	Specifika önskemål		2025-11-27	4,6
Kvinna		2025-07-23	Specifika önskemål		2025-12-02	4,4

Personlig assistans LSS

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-03-24		Specifika önskemål		2025-10-08	6,6
Kvinna	2025-09-26		Har inte valt utförare			3,2

Trygghetslarm SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-03-06		Medverkar inte till verkställighet			10,0

Träningsboende SoL

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-06-19		Specifika önskemål		2025-12-31	6,5
Man	2025-06-23		Saknar plats			6,4
Man	2025-06-24		Saknar plats			6,3
Man	2025-06-24		Saknar plats			6,3
Man	2025-09-15		Saknar plats			3,6

Sammanställning utifrån längst väntetid

Beslut som varit ej verkställda 24 månader eller längre

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/Sol	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2015-10-21		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-12-12		123,5
Kvinna	2018-02-01		Bostad med särskild service LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			96,3
Kvinna		2020-09-30	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			63,9
Man		2021-08-31	Bostad med särskild service LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			52,8
Kvinna	2021-09-22		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			52,0
Kvinna		2022-02-22	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			46,9
Kvinna		2022-04-01	Bostad med särskild service LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			45,7
Kvinna	2022-10-20		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet		2025-10-31	36,9
Kvinna	2023-01-13		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			36,1
Kvinna	2022-12-20		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Insatsen är beroende av godkännande från annan aktör/myndighet	2025-12-01		35,9
Kvinna	2023-03-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			34,1
Kvinna	2023-03-17		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Specifika önskemål			34,0
Man	2023-04-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			32,6

Beslut som varit ej verkställda 24 månader eller längre, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2023-02-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-10-30	32,5
Kvinna	2023-05-24		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			31,7
Kvinna	2023-05-11		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-12-01		31,2
Kvinna	2023-06-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			31,0
Man	2023-05-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-11-17		30,5
Man	2023-06-30		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			30,5
Kvinna	2023-08-07		Daglig verksamhet LSS	Har inte valt utförare (LOV)			29,2
Man	2023-09-20		Korttidsvistelse LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			27,8
Kvinna		2023-09-26	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			27,6
Kvinna		2023-10-23	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			26,7
Kvinna		2023-11-01	Kontaktperson LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			26,4
Kvinna		2023-11-01	Ledsagarservice LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-11-30	25,3
Kvinna	2023-10-04		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-10-31	25,3

Beslut som varit ej verkställda 23,9 till 12 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	45315		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			23,6
Kvinna		2023-10-31	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål	2025-10-06		23,5
Kvinna	2024-02-21		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			22,6
Kvinna	2023-12-01		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats	2025-10-04		22,4
Kvinna		2024-03-01	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Annan huvudman har ansvaret			22,3
Kvinna		2024-03-23	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			21,6
Man	2024-03-24		Korttidstillsyn LSS	Specifika önskemål			21,6
Man	2024-03-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			21,5
Kvinna	2024-03-28		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			21,4
Man	2024-02-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-11-24		21,3
Kvinna	2024-04-09		Daglig verksamhet LSS	Annan huvudman har ansvaret			21,0
Man	2024-04-18		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			20,7
Man	2024-04-24		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			20,5
Kvinna	2024-05-07		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			20,1
Kvinna		2024-05-17	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			19,8
Man		2024-05-24	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			19,5
Man	2024-05-28		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			19,4
Man	2024-04-03		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-10-29		19,1
Man		2024-06-09	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			19,0
Man		2024-06-10	Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Annan huvudman har ansvaret			19,0
Kvinna	2024-07-11		Bostad med särskild service SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			17,9
Man	2024-07-15		Ledsagarservice LSS	Har inte valt utförare (LOV)		2025-10-31	15,8
Kvinna	2024-10-02		Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Specifika önskemål			15,2

Beslut som varit ej verkställda 23,9 till 12 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2024-10-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			14,8
Kvinna	2024-08-19		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande		2025-10-29	14,5
Kvinna	2024-10-21		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			14,5
Man	2024-10-23		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			14,5
Kvinna	2024-09-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-11-24		14,2
Man	2024-11-05		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			14,0
Man	2024-11-12		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			13,8
Man	2024-10-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-12-01		13,8
Man	2024-10-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-11-24		13,4
Man	2024-09-23		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-10-31	13,4
Kvinna	2024-11-26		Bostad med särskild service SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			13,3
Kvinna	2024-10-22		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Annan huvudman har ansvaret		2025-11-21	13,2
Man		2024-11-01	Korttidsvistelse SoL kontaktfamilj	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-30	13,1
Man	2024-12-03		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			13,1

Beslut som varit ej verkställda 23,9 till 12 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna		2024-09-06	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål	2025-10-01		13,0
Man	2024-12-10		Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Medverkar inte till verkställighet		2025-12-31	12,9
Kvinna		2024-12-11	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			12,8
Man	2024-12-13		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			12,8
Kvinna	2024-12-13		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			12,8
Man	2024-12-16		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			12,7
Kvinna	2024-12-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			12,6
Kvinna	2024-12-18		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			12,6
Man	2024-12-18		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			12,6
Kvinna		2024-11-26	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-12-03		12,4
Kvinna	2024-10-17		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-10-20		12,3
Man		2024-11-12	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-13	12,2

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-01-07		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			11,9
Man	2025-01-09		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			11,9
Kvinna		2024-11-13	Boendestöd SoL	Specifika önskemål		2025-10-31	11,7
Kvinna	2024-11-19		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats		2025-11-03	11,6
Kvinna		2024-11-01	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål	2025-10-08		11,4
Man	2025-02-03		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			11,0
Man	2025-02-07		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			10,9
Kvinna	2025-02-12		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			10,7
Man	2025-02-25		Bostad med särskild service SoL	Specifika önskemål			10,3
Man	2025-02-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			10,3

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-02-26		Bostad med särskild service SoL	Specifika önskemål			10,3
Kvinna	2024-11-28		Annan särskilt anpassad bostad LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande	2025-10-01		10,2
Man	2025-03-05		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			10,0
Kvinna	2025-03-06		Trygghetslarm SoL	Medverkar inte till verkställighet			10,0
Kvinna		2025-03-11	Ledsagning SoL	Medverkar inte till verkställighet			9,8
Kvinna	2025-02-13		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats	2025-12-02		9,7
Man	2025-03-18		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats			9,6
Kvinna		2025-03-19	Avlösarservice SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			9,6
Man	2025-03-05		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats	2025-12-17		9,6
Kvinna	2025-03-24		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			9,4
Man		2025-03-24	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			9,4
Kvinna	2025-03-25		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats			9,4
Kvinna	2025-03-25		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats			9,4
Man	2025-03-25		Korttidstillsyn LSS	Specifika önskemål			9,4
Man	2025-02-18		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet	2025-11-18		9,1
Man	2025-04-08		Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			8,9
Kvinna	2025-04-10		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats			8,8
Kvinna		2025-04-11	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			8,8
Man		2025-02-03	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-10-24	8,8
Man	2025-04-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats			8,7
Man	2025-04-15		Bostad med särskild service LSS - gruppbofastad	Saknar plats			8,7

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-02-20		Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-11-04	8,6
Kvinna	2025-02-18		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-11-01		8,5
Kvinna	2025-04-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			8,4
Kvinna		2025-05-01	Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			8,1
Man		2025-05-01	Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Personalrelaterade skäl			8,1
Man		2025-04-11	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål	2025-12-08		8,0
Man	2025-03-28		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-21	7,9
Kvinna	2025-03-04		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats	2025-10-25		7,8
Kvinna	2025-05-12		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			7,8
Man	2025-02-11		Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål	2025-10-01		7,7
Kvinna	2025-05-14		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,7
Man	2025-05-14		Bostad med särskild service SoL	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			7,7
Man	2025-05-15		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			7,7
Man		2025-05-19	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			7,5
Man	2025-05-19		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			7,5
Kvinna		2025-05-19	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			7,5
Man	2025-05-21		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Specifika önskemål			7,5
Man	2025-05-26		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Specifika önskemål			7,3
Man	2025-05-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			7,3
Kvinna	2025-05-30		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			7,2
Kvinna		2025-06-01	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			7,1
Kvinna	2025-03-25		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats	2025-10-23		7,1
Man	2025-03-17		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats	2025-10-15		7,1
Kvinna		2025-06-04	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			7,0
Man		2025-06-05	Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			7,0

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-03-07		Avlösarservice SoL	Specifika önskemål	2025-10-01		6,9
Man	2025-04-09		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-10-31	6,8
Man	2025-04-17		Daglig verksamhet LSS	Har inte valt utförare (LOV)	2025-11-06		6,8
Man	2025-03-21		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål	2025-10-10		6,8
Kvinna		2025-06-12	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			6,7
Man		2025-06-12	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			6,7
Man		2025-06-13	Bostad med särskild service SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			6,7
Man		2025-06-02	Boendestöd SoL	Specifika önskemål	2025-12-19		6,7
Man	2025-04-15		Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet	2025-11-01		6,7
Man	2025-06-15		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			6,6
Kvinna	2025-03-24		Personlig assistans LSS	Specifika önskemål		2025-10-08	6,6
Man		2025-06-17	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			6,6
Kvinna	2025-06-17		Boendestöd SoL	Specifika önskemål			6,6
Kvinna	2025-06-17		Bostad med särskild service SoL	Är i behov av extern placering			6,6
Man	2025-06-19		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			6,5
Kvinna	2025-06-19		Träningboende SoL	Specifika önskemål		2025-12-31	6,5
Kvinna	2025-04-22		Boendestöd SoL	Specifika önskemål		2025-10-31	6,4
Man	2025-06-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål			6,4
Man	2025-06-23		Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			6,4
Man	2025-06-23		Träningboende SoL	Saknar plats			6,4
Man	2025-06-24		Avlösarservice LSS	Personalrelaterade skäl			6,3
Man	2025-06-24		Träningboende SoL	Saknar plats			6,3
Man	2025-06-24		Träningboende SoL	Saknar plats			6,3
Man	2025-06-26		Korttidsboende SoL	Specifika önskemål			6,3
Man	2025-06-27		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			6,2

Beslut som varit ej verkställda 11,9 till 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-06-27		Daglig verksamhet LSS	Annan huvudman har ansvaret			6,2
Man	2025-06-27		Hemtjänst	Medverkar inte till verkställighet			6,2
Man		2025-04-03	Korttidsvistelse LSS stödfamilj	Specifika önskemål		2025-10-07	6,2
Man		2025-04-14	Avlösarservice SoL	Specifika önskemål		2025-10-16	6,2
Kvinna		2025-06-30	Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			6,1
Kvinna	2025-06-13		Boendestöd SoL	Otydlighet eller brister i den egna organisationen	2025-12-12		6,1
Man	2025-07-02		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			6,1
Man		2025-05-01	Kontaktperson SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden		2025-10-29	6,0
Kvinna	2025-06-12		Boendestöd SoL	Specifika önskemål	2025-12-09		6,0

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-07-08		Boendestöd SoL	Annan huvudman har ansvaret			5,9
Kvinna		2025-05-23	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet	2025-11-14		5,8
Kvinna	2025-05-26		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Specifika önskemål	2025-11-17		5,8
Kvinna	2025-07-09		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			5,8
Kvinna	2025-07-11		Hemtjänst	Har inte valt utförare (LOV)			5,8
Man	2025-04-07		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde	2025-09-27		5,8

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2025-06-12	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-30	5,7
Man	2025-04-22		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål	2025-10-10		5,7
Man		2025-07-14	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			5,7
Man	2025-05-23		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Specifika önskemål	2025-11-09		5,7
Kvinna		2025-07-16	Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Man		2025-07-17	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Kvinna		2025-07-17	Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			5,6
Man	2025-05-20		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats	2025-11-01		5,5
Man	2025-07-23		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			5,4
Man	2025-06-23		Korttidsboende SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av		2025-11-30	5,3
Man	2025-06-09		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Saknar plats	2025-11-13		5,2
Kvinna	2025-07-29		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde			5,2
Man	2025-07-30		Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			5,1
Man	2025-07-30		Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			5,1
Kvinna	2025-07-30		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			5,1
Man	2025-07-30		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			5,1
Man	2025-06-16		Kontaktperson LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-11-17		5,1
Man	2025-07-31		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			5,1
Kvinna		2025-07-01	Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-11-30	5,1
Man		2025-08-01	Korttidstillsyn LSS	Medverkar inte till verkställighet			5,1
Kvinna	2025-08-01		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			5,1
Man		2025-08-01	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			5,1
Man		2025-05-23	Daglig verksamhet LSS	Saknar plats	2025-10-21		5,0

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man		2025-05-26	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-10-22		5,0
Man	2025-05-28		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål	2025-10-22		4,9
Kvinna		2025-06-01	Kontaktperson LSS	Personalrelaterade skäl	2025-10-22		4,8
Kvinna		2025-08-15	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			4,6
Man		2025-07-12	Ledsagning SoL	Specifika önskemål		2025-11-27	4,6
Kvinna	2025-06-01		Kontaktperson SoL	Personalrelaterade skäl	2025-10-16		4,6
Kvinna		2025-08-01	Kontaktperson LSS	Personalrelaterade skäl	2025-12-15		4,5
Man		2025-08-19	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			4,5
Kvinna		2025-08-20	Boendestöd SoL	Specifika önskemål			4,4
Kvinna	2025-06-12		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål	2025-10-23		4,4
Man		2025-07-15	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål	2025-11-24		4,4
Kvinna	2025-08-21		Bostad med särskild service LSS - gruppbostad	Saknar plats			4,4
Kvinna		2025-08-21	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			4,4
Kvinna		2025-07-23	Ledsagning SoL	Specifika önskemål		2025-12-02	4,4
Kvinna		2025-08-22	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			4,4
Kvinna	2025-08-22		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			4,4
Kvinna		2025-08-25	Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			4,3
Kvinna		2025-08-26	Avlösarservice LSS	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			4,2

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-08-27		Boendestöd SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			4,2
Man	2025-08-27		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Tackat nej med anledning av inte nöjd med erbjudande			4,2
Man	2025-08-27		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			4,2
Kvinna	2025-08-28		Bostad med särskild service LSS - servicebostad	Saknar plats			4,2
Kvinna		2025-06-24	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet	2025-10-24		4,1
Kvinna	2025-06-24		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Saknar plats	2025-10-24		4,1
Man		2025-09-01	Avlösarservice LSS	Personalrelaterade skäl			4,0
Kvinna		2025-09-01	Boendestöd SoL	Specifika önskemål			4,0
Man		2025-09-01	Kontaktperson SoL	Medverkar inte till verkställighet			4,0
Man	2025-06-12		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-10-09	4,0
Kvinna		2025-06-11	Kontaktperson SoL	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-10-08		4,0
Kvinna		2025-09-04	Avlösarservice LSS	Specifika önskemål			3,9
Kvinna	2025-09-04		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			3,9
Kvinna	2025-09-05		Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			3,9
Kvinna	2025-06-23		Avlösarservice LSS	Medverkar inte till verkställighet	2025-10-15		3,8
Kvinna	2025-09-08		Kontaktperson LSS	Medverkar inte till verkställighet			3,8
Kvinna	2025-09-08		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			3,8
Man	2025-09-08		Korttidsvistelse LSS korttidshem	Medverkar inte till verkställighet			3,8
Kvinna		2025-06-18	Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet		2025-10-09	3,8

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Man	2025-09-09		Bostad med särskild service LSS - gruppboend	Arbetsmiljöproblem relaterade till den enskilde			3,8
Man	2025-09-15		Bostad med särskild service LSS - gruppboend	Saknar plats			3,6
Man		2025-09-15	Kontaktperson LSS	Personalrelaterade skäl			3,6
Man	2025-09-15		Träningboende SoL	Saknar plats			3,6
Kvinna	2025-06-23		Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden	2025-10-07		3,5
Man	2025-09-16		Daglig verksamhet LSS	Specifika önskemål			3,5
Kvinna	2025-09-17		Korttidsboende SoL	Specifika önskemål			3,5
Man		2025-09-17	Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			3,5
Man	2025-09-18		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,5
Man	2025-09-18		Kontaktperson LSS	Specifika önskemål			3,5
Kvinna	2025-09-19		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,4
Man		2025-09-22	Avlösarservice LSS	Personalrelaterade skäl			3,3
Man		2025-09-22	Daglig verksamhet LSS	Medverkar inte till verkställighet			3,3
Kvinna	2025-09-23		Boendestöd SoL	Personalrelaterade skäl			3,3
Man	2025-09-23		Bostad med särskild service SoL	Saknar plats			3,3
Kvinna	2025-09-23		Hemtjänst	Specifika önskemål			3,3
Kvinna		2025-09-24	Daglig verksamhet LSS	Hälsotillståndet är/har varit ett hinder merparten av väntetiden			3,3
Man	2025-09-25		Boendestöd SoL	Personalrelaterade skäl			3,2

Beslut som varit ej verkställda kortare tid än 6 månader, fortsättning

Kön	Beslutsdatum	Datum för avbrott	Typ av insats LSS/SoL	Orsak till ej verkställt	Verkställighet	Avslut utan verkställighet	Månader ej verkställt
Kvinna	2025-09-26		Personlig assistans LSS	Har inte valt utförare			3,2
Man	2025-09-29		Boendestöd SoL	Medverkar inte till verkställighet			3,1
Man	2025-09-29		Kontaktperson SoL	Specifika önskemål			3,1
Kvinna	2025-09-29		Ledsagarservice LSS	Specifika önskemål			3,1

Socialnämnden

Kommunfullmäktige

Handläggare:
Sandra Hovi

Rapportering till kommunfullmäktige av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen, fjärde kvartalet 2025

Kommuner har jämlikt 16 kap 6 f- h §§ SoL skyldighet att rapportera beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader eller där avbrott i verkställigheten överstiger tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och kommunfullmäktige.

Ansvarig nämnd ska kvartalsvis rapportera till kommunfullmäktige antalet gynnande beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. I rapporten ska anges vilka typer av bistånd besluten avser och hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Uppgifterna i rapporten ska vara avidentifierade och inte kunna härledas till enskild person. Det ska dock framgå hur stor del av besluten som gäller kvinnor respektive män.

Rapportering till IVO sker kvartalsvis och föreliggande rapport avser fjärde kvartalet 2025.

Socialnämnden

Hanna Victoria Mörck
OrdförandeLotta von Wowern
Nämndsekreterare

Förvaltning eller nämnd eller enhet
Socialförvaltningen

Socialnämnden

Handläggare:
Sandra Sonnermyr Hovi

Sammanställning av rapporterade ej verkställda beslut, fjärde kvartalet 2025

Totalt antal rapporterade beslut

Kön	Kvartal 1 2025	Kvartal 2 2025	Kvartal 3 2025	Kvartal 4 2025
Pojkar/män	27	25	31	34
Flickor/kvinnor	7	7	21	21
Summa	34	32	52	55

Typ av insats som rapporterats

Kontaktfamilj	10
Kontaktperson, barn och ungdom	1
Familjebehandling	2
HVB	1
Ungdomscoach	6
Perrongen	2
Funktionell familjeterapi (FFT)	3
Familjepedagog	5
Trappan	1
Bostadssocialt kontrakt	15
Bostad först	9
Summa	55

Antal av de rapporterade besluten som har verkställts eller avslutats utan verkställighet sedan föregående rapport

	Barn och ungdom	Vuxen	Summa
Verkställda	10	13	23
Avslutade utan verkställighet	2	1	3
Summa	12	14	26

Orsak till att beslutet ej verkställts inom tre månader

	Barn och ungdom	Vuxen	Summa
Personalrelaterade skäl/rekryteringsproblem	9	0	9
Saknar plats	11	23	34
Medverkar ej till verkställighet	2	0	2
Annan huvudman har ansvaret	0	1	1
Brister i den egna organisationen	4	0	4
Annat	5	0	5
Summa	29	24	55

Socialförvaltningen

Socialnämnden

Handläggare:
Sandra Hovi

Tid som beslut ej varit verkställt, fjärde kvartalet 2025

	Beslutsdatum	Insats	Skäl	Månader ej verkställt (vid tidpunkt för rapportering)	Verkställighets datum	Avslut utan verkställighet	Kön
1	2023-07-03	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	31,1			Pojke
2	2025-01-10	HVB	Saknar plats	12,8			Pojke
3	2025-04-04	Kontaktfamilj	Personalrelaterat	9,6	2026-01-16		Pojke
4	2025-04-16	Kontaktfamilj	Annat	9,6			Flicka
5	2025-05-08	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	8,9			Flicka
6	2025-05-08	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	8,9			Flicka
7	2025-05-08	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	8,9			Pojke
8	2025-05-21	Ungdomscoach	Saknar plats	5,2		2025-11-03	Flicka
9	2025-05-21	Ungdomscoach	Saknar plats	5,2		2025-11-03	Flicka
10	2025-05-23	Ungdomscoach	Saknar plats	4,8	2025-10-13		Flicka
11	2025-06-09	Ungdomscoach	Saknar plats	7,8			Flicka
12	2025-06-18	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	5,5	2025-12-01		Flicka
13	2025-06-18	Kontaktfamilj	Personalrelaterade		2025-12-01		Flicka
14	2025-06-19	Perrongen	Saknar plats	4,3	2025-10-27		Pojke
15	2025-06-27	Perrongen	Saknar plats	4	2025-10-27		Pojke
16	2025-07-02	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	7,1			Pojke
17	2025-07-02	Kontaktfamilj	Personalrelaterade	7,1			Pojke
18	2025-09-02	Ungdomscoach	Annat	4,7			Flicka
19	2025-09-11	Familjebehandling	Medverkar inte till verkställighet	4,4			Pojke
20	2025-09-11	Familjebehandling	Medverkar inte till verkställighet	4,4			Pojke
21	2025-09-15	Ungdomscoach	Saknar plats	4,2			Pojke
22	2025-09-15	Kontaktperson	Annat	4,6			Pojke
23	2025-09-25	Familjepedagog	Annat	4,2			Pojke
24	2025-09-25	Familjepedagog	Annat	4,2			Pojke
25	2025-09-30	Funktionell familjeterapi	Saknar plats	4,1			Pojke
26	2025-09-30	Funktionell familjeterapi	Saknar plats	4,1			Pojke

27	2025-09-30	Funktionell familjeterapi	Saknar plats	4,1			Pojke
28	2025-09-26	Familjepedagog	Brister i den egna organisationen	3,5	2026-01-08		Flicka
29	2025-09-26	Familjepedagog	Brister i den egna organisationen	3,5	2026-01-08		Flicka
30	2025-09-26	Trappan	Brister i den egna organisationen	3,5	2026-01-08		Flicka
31	2025-09-26	Trappan	Brister i den egna organisationen	3,5	2026-01-08		Flicka
32	2024-11-20	Bostad först	Saknar plats	13,2	2025-12-19		Man
33	2025-01-22	Bostad först	Saknar plats	11,4			Man
34	2025-01-22	Bostad först	Saknar plats	8,6	2025-10-07		Man
35	2025-02-28	Bostad först	Saknar plats	10,2			Kvinna
36	2025-03-10	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	6,8	2025-10-01		Man
37	2025-03-14	Bostad först	Saknar plats	9,7			Kvinna
38	2025-04-23	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	6,8	2025-10-01		Man
39	2025-05-06	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	6,8		2025-11-26	Man
40	2025-05-06	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	5,1	2025-10-06		Man
41	2025-05-14	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	7,7			Man
42	2025-05-14	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	5,0	2025-10-10		Man
43	2025-05-16	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,9	2025-10-13		Man
44	2025-05-21	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	5,8	2025-11-11		Kvinna
45	2025-05-21	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,1	2025-10-20		Man
46	2025-05-22	Bostad först	Saknar plats	7,4			Man
47	2025-06-01	Bostad först	Annan huvudman	7,1			Man
48	2025-06-04	Bostad först	Saknar plats	7			Kvinna
49	2025-06-16	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,3	2025-10-24		Man
50	2025-06-19	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	3,8	2025-10-10		Kvinna
51	2025-06-23	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,7	2025-11-10		Kvinna
52	2025-06-30	Bostad först	Saknar plats	6,1			Kvinna
53	2025-07-03	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	4,1	2025-11-03		
54	2025-09-10	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	3,7			
55	2025-09-16	Bostadssocialt kontrakt	Saknar plats	3,5			

Datum:
2026-03-20Diarienummer:
KRN-2026-00023Kommunrevisionen
Missiv**Mottagare:**
Socialnämnden**För kännedom:**
Kommunfullmäktige

Granskning av arbetet med kvalitetssäkring av externa leverantörer av HVB samt uppföljning av placerade barn och unga

Vi som förtroendevalda revisorer i Uppsala kommun har genomfört en granskning av socialnämndens kvalitetssäkring av HVB. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Enligt Socialtjänstlagen ska nämnden sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt, får det skydd och stöd som de behöver. Där så är möjligt ska detta ske i samförstånd med den unge och dennes föräldrar, men i vissa fall kan tvångsåtgärder vara nödvändiga, där lagen om vård av unga (LVU) blir tillämplig. Ett stöd och skydd för barnet kan innebära en insats i form av placering utanför det egna hemmet. De flesta av de barn och unga som placeras, placeras i så kallade familjehem. I vissa fall behöver placering göras vid så kallade hem för vård eller boende (HVB). Dessa finns i såväl offentlig som privat regi. De flesta kommuner saknar egna HVB och anlitar då externa leverantörer på området. I Uppsala var enligt offentliga data 254 barn och unga placerade på HVB någon gång under året 2023. Att jämföra med året 2022 då antalet var 226. Av nationella rapporter framgår att det föreligger brister hos flera av leverantörerna på området, och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat allvarliga och utbredda brister på många HVB. Kommunen ansvarar för att säkerställa god kvalitet hos leverantörer genom krav i upphandling och noggrann uppföljning, både av avtal och av barnet på individnivå. Mot denna bakgrund har vi som revisorer bedömt att socialnämndens arbete för att kvalitetssäkra HVB behöver granskas.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att socialnämnden *i allt väsentligt* har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga. Vår samlade bedömning avseende uppföljning av placerade barn och unga är att socialnämnden *endast delvis* säkerställt att denna är ändamålsenlig.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visat att socialnämnden har en övergripande ändamålsenlig organisatorisk struktur för upphandling och inköp. Rutiner för upphandling av ramavtal är väletablerade och tydligt dokumenterade, medan rutiner för direktupphandling enligt vår mening kan förtydligas vad gäller referenstagning. Det finns flera strukturer för att säkerställa kvalitet i HVB-placeringar, men arbetssätten är inte helt systematiska. Kontrollmoment vid avrop och direktupphandling varierar, och avsaknad av centrala register och sammanhållen uppföljning innebär enligt vår mening en risk för oenhetlighet. Uppföljningen av ramavtal sker systematiskt via Adda, men nämndens egen uppföljning är begränsad särskilt vad gäller direktupphandlingar som inte följs upp på ett strukturerat sätt trots ökande omfattning.

Vad gäller uppföljning av placerade barn och unga baseras vår bedömning på att rutiner för vård- och genomförandeplaner finns, men kontrollerna är inte samlade och dokumentationen brister i flera ärenden. Uppföljning sker, genom personliga samtal och besök men rutiner kan enligt vår mening bli tydligare kring frekvens för personliga samtal och besök samt dokumentation. Vid stickprov konstateras att uppföljningen enligt lag oftast genomförs.

När det gäller överväganden och omprövningar sker arbetet i huvudsak i rätt tid, men bygger till stor del på lokala arbetssätt och saknar en central strukturerad kontrollfunktion.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för socialnämnden.

Revisionen emotser yttrande från socialnämnden kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-06-20**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande

A decorative graphic on the left side of the page, consisting of a large blue triangle pointing right, followed by a series of smaller, overlapping triangles in shades of gray, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

Granskning av arbetet med kvalitetssäkring av externa leverantörer av HVB samt uppföljning av placerade barn och unga

Rapport

Uppsala kommun

2026-03-20

Antal sidor: 33

Antal bilagor: 0

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	4
2	Bakgrund	6
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	7
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig nämnd</i>	7
4	Revisionskriterier	7
5	Metod	8
5.1	<i>Dokumentstudier och protokollsgranskning</i>	8
5.2	<i>Intervjuer</i>	8
5.3	<i>Stickprov</i>	9
5.4	<i>Bedömningsnivåer</i>	9
5.5	<i>Kvalitetssäkring och faktakontroll</i>	9
6	Lagstiftning och föreskrifter inom området	10
6.1	<i>Kommunallagen</i>	10
6.2	<i>Socialtjänstlagen</i>	10
6.3	<i>Socialtjänstförordningen</i>	10
6.4	<i>Lag om särskilda bestämmelser om vård av unga</i>	10
6.5	<i>Uppföljning av vården</i>	10
6.5.1	<i>Gällande föreskrifter</i>	11
6.6	<i>Lag om offentlig upphandling</i>	11
7	Resultat av granskningen – kvalitetssäkring av externa leverantörer	12
7.1	<i>Organisation och ansvar</i>	12
7.1.1	<i>Övergripande organisation</i>	12
7.1.2	<i>Ansvar enligt styrande dokument</i>	13
7.1.3	<i>Bedömning</i>	15
7.2	<i>Upphandling och kvalitetssäkring av externa leverantörer</i>	16
7.2.1	<i>Ramavtal</i>	16
7.2.2	<i>Direktupphandling</i>	18
7.2.3	<i>Kontroll av efterlevnad av rutiner</i>	18
7.2.4	<i>Bedömning</i>	19
7.3	<i>Uppföljning och utvärdering av leverantörer</i>	21
7.3.1	<i>Ramavtal</i>	21

7.3.2	Direktupphandling	22
7.3.3	Bedömning	23
8	Resultat av granskningen – uppföljning av placerade barn och unga	24
8.1	<i>Vård- och genomförandeplaner</i>	24
8.1.1	Rutiner	24
8.1.2	Stickprov	24
8.1.3	Bedömning	26
8.2	<i>Uppföljning</i>	27
8.3	<i>Personliga besök och samtal med berörda</i>	27
8.3.1	Stickprov	28
8.4	<i>Överväganden och omprövningar</i>	29
8.4.1	Stickprov	29
8.4.2	Bedömning	30
9	Samlad bedömning och rekommendationer	32

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetssäkring av HVB. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma huruvida socialnämnden har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga.

Vår samlade bedömning avseende uppföljning av placerade barn och unga är att socialnämnden endast delvis säkerställt att denna är ändamålsenlig.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visar att socialnämnden har en övergripande ändamålsenlig organisatorisk struktur för upphandling och inköp. Rutiner för upphandling av ramavtal är väletablerade och tydligt dokumenterade, medan rutiner för direktupphandling enligt vår mening kan förtydligas vad gäller referenstagning. Det finns flera strukturer för att säkerställa kvalitet i HVB-placeringar, men arbetssätten är enligt vår mening inte helt systematiska. Kontrollmoment vid avrop och direktupphandling varierar, och avsaknad av centrala register och sammanhållen uppföljning innebär enligt vår mening en risk för oenhetlighet. Uppföljningen av ramavtal sker systematiskt via Adda, men nämndens egen uppföljning är begränsad särskilt vad gäller direktupphandlingar som inte följs upp på ett strukturerat sätt trots ökande omfattning.

Vad gäller uppföljning av placerade barn och unga baseras vår bedömning på att rutiner för vård- och genomförandeplaner finns, men kontrollerna är inte samlade och dokumentationen brister i flera ärenden. Uppföljning sker, genom personliga samtal och besök men rutiner kan enligt vår mening bli tydligare kring frekvens för personliga samtal och besök samt dokumentation. Vid stickprov konstateras att uppföljningen enligt lag oftast genomförts.

När det gäller överväganden och omprövningar sker arbetet i huvudsak i rätt tid, men bygger till stor del på lokala arbetssätt och saknar en central strukturerad kontrollfunktion.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.



Revisionsfråga	Bedömning
Har nämnden en ändamålsenlig organisation för upphandling av externa leverantörer på området?	Ja
Har nämnden systematiska arbetssätt för att säkerställa tillräcklig kvalitet hos leverantörerna?	I allt väsentligt
Har nämnden ett systematiskt arbetssätt med uppföljning och utvärdering av leverantörerna?	Endast delvis
Säkerställer nämnden systematiskt att samtliga placerade barn och unga har en fastställd vård- och genomförandeplan?	Endast delvis
Säkerställer nämnden systematiskt att vården av de barn och unga som vårdas i HVB noga följs genom regelbundna personliga besök och samtal med berörda?	Endast delvis
Säkerställer nämnden systematiskt att överväganden (i vissa fall omprövningar) av fortsatt vård genomförts var sjätte månad för samtliga placeringar?	I allt väsentligt

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att leverantörer utvärderas för varje enskild placering.
- Tillse att samtliga direktupphandlade avtal följs upp regelbundet.
- Överväga att upprätta ett centralt register för att samla och analysera information om leverantörer över tid.
- Säkerställa att vårdplan finns i samtliga ärenden innan beslut om vård samt att den unges och vårdnadshavare syn på vården dokumenteras.
- Säkerställa att genomförandeplan finns i samtliga ärenden samt att delaktighet och den unges och vårdnadshavares syn på genomförandet dokumenteras.
- Tillse att det finns en angiven minsta frekvens för hur ofta uppföljning och besök ska ske i varje ärende.
- Säkerställa att dokumentation av uppföljning och överväganden tydligt anger hur det säkerställts att den unge fått komma till tals.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetssäkring av HVB. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Enligt Socialtjänstlagen ska nämnden sörja för att barn och ungdomar¹ som riskerar att utvecklas ogynnsamt, får det skydd och stöd som de behöver enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL). Där så är möjligt ska detta ske i samförstånd med den unge och dennes föräldrar, men i vissa fall kan tvångsåtgärder vara nödvändiga, där lagen om vård av unga (LVU) blir tillämplig. Ett stöd och skydd för barnet kan innebära en insats i form av placering utanför det egna hemmet.

Om det vid utredning konstateras att behov av stöd föreligger kan olika typer av insatser beviljas, antingen i form av öppna insatser i det egna hemmet eller i form av placering utanför det egna hemmet.

De flesta av de barn och unga som placeras, placeras i så kallade familjehem. I vissa fall behöver placering göras vid så kallade hem för vård eller boende (HVB). Dessa finns i såväl offentlig som privat regi. De flesta kommuner saknar egna HVB och anlitar då externa leverantörer på området. I Uppsala var enligt offentliga data 254 barn och unga placerade på HVB någon gång under året 2023. Att jämföra med året 2022 då antalet var 226.

Av nationella rapporter framgår att det föreligger brister hos flera av leverantörerna på området. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppger i en rapport² att myndighetens samlade tillsyn under 2024 visat på en allvarlig och utbredd problematik på HVB. Det förekommer bland annat uppgifter om våld, hot och övergrepp samt allvarliga brister i verksamhet och styrning som utmanar vårdens säkerhet och kvalitet. 18 av verksamheterna har fått återkallade tillstånd eller tillfälligt förbjudits. För 120 HVB har IVO bedömt allvarliga brister och krävt återrapportering av vidtagna och planerade åtgärder. Ytterligare 80 verksamheter har fått beslut med brister.

Socialnämnden, ansvarar för att kvaliteten i den verksamheten man beställer är god. De medel som kommunerna har för att ställa krav på verksamhetens kvalitet är främst upphandling och uppföljning. Det är vid upphandlingstillfället kommunen formulerar de krav som ställs på leverantören både rörande innehållet i verksamheten och i kraven på leverantörens företag och genom uppföljning av avtalsefterlevnad. En fungerande uppföljning på individnivå är också av stor vikt i ovan nämnda hänseenden.

Mot bakgrund av sin riskanalys för år 2025 samt med hänvisning till ovan har de förtroendevalda revisorerna i Uppsala kommun bedömt att området bör granskas.

¹ Försättningsvis i rapporten benämns ungdomar som den "unge" eller den "unga".

² Rapport, IVO 2024–11: Våld, hot, övergrepp och oseriös verksamhet på HVB.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma huruvida socialnämnden har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor, som delats in i två områden:

Kvalitetssäkring av externa leverantörer

- Har nämnden en ändamålsenlig organisation för upphandling av externa leverantörer på området?
- Har nämnden systematiska arbetssätt för att säkerställa tillräcklig kvalitet hos leverantörerna?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt med uppföljning och utvärdering av leverantörerna?

Uppföljning av placerade barn och unga

- Säkerställer nämnden systematiskt att samtliga placerade barn och unga har en fastställd vård- och genomförandeplan?
- Säkerställer nämnden systematiskt att vården av de barn och unga som vårdas i HVB noga följs genom regelbundna personliga besök och samtal med berörda?
- Säkerställer nämnden systematiskt att överväganden (i vissa fall omprövningar) av fortsatt vård genomförts var sjätte månad för samtliga placeringar?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG NÄMND

Granskningen har avgränsats i enlighet med revisionsfrågorna och har avsett arbetet med externa HVB. Granskningen har ej avsett hanteringen av HVB i egen regi. Vad gäller handläggningen av de placerade individerna har granskningen avsett formen för denna och inte myndighetsutövningen i sig.

Granskningen har avgränsats till verksamhetsår 2025, men beslut och åtgärder som vidtagits under tidigare år har även i viss mån varit av relevans för granskningen. Stickproven som genomförts inom ramen för granskningen har avsett 2024 och 2025.

Granskningen har omfattat socialnämnden.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kap. 6 § kommunallagen (2017:725), KL.

- Socialtjänstlagen (2001:453)³ / (2025:400)⁴.
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (1990:52).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem eller hem för vård eller boende (SOSFS 2012:11).
- Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.
- Övriga tillämpbara interna regelverk, policys och beslut, såsom:
 - Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun (KF 2025-11-03).
 - Policy för upphandling och inköp (KF 2025-06-16).
 - Granskade ramavtal och direktupphandlingsavtal.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, protokollgranskning, intervjuer med berörda tjänstepersoner och förtroendevalda samt genom stickprov.

Nedan följer en sammanfattning av metoden, inklusive information om bedömningsnivåer och kvalitetssäkring av rapporten.

5.1 DOKUMENTSTUDIER OCH PROTOKOLLGRANSKNING

Dokumentstudierna har syftat till att ge oss en översiktlig bild huruvida socialnämnden har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga. Ett antal dokument har granskats och analyserats, såsom reglemente, delegationsordning, policy för upphandling, riktlinjer för upphandling, rutiner avseende avrop från ramavtal och direktupphandling, internkontrollplan samt rutiner avseende handläggning och uppföljning vad gäller HVB. Hänvisning till dokumentation som utgjort underlag för iakttagelser, bedömningar och slutsatser sker löpande i rapporten.

En protokollgranskning av socialnämndens protokoll har även genomförts för perioden februari 2025 till februari 2026.

5.2 INTERVJUER

Inom ramen för granskningen har dokumentstudierna kompletterats med intervjuer som genomförts med följande funktioner:

- Socialnämndens ordförande⁵.
- Avdelningschef barn och ungdom myndighet.
- Stabschef.

³ Gällande före 1 juli 2025.

⁴ Gällande efter 1 juli 2025.

⁵ Intervjun bokades in med socialnämndens presidium, men enbart ordförande deltog på intervjun. Vice ordförande och andra vice ordförande var förhindrade vid tillfället.

- Enhetschef barn- och ungdomsenhet 2.
- Ansvarig upphandlare inom socialförvaltningen.
- Sakkunnig strateg/avtalsansvarig.
- Verksamhetscontroller.
- Enhetschef verksamhetsnära stöd.

5.3 STICKPROV

Granskningen har omfattat ett stickprov i form av aktgranskning av individärenden med fokus på arbetet med uppföljning och handläggning under 2024 och 2025.

Stickproven har omfattat individer som någon gång under 2025 varit placerat på ett externt HVB. Totalt har 20 ärenden valts ut av 88, vilket innebär att stickprovet utgör 22,7%. Urvalet har varit slumpmässigt med riktad spridning över samtliga enheter.

Då stickprovet endast genomförts i ett urval av individärenden kan resultatet ej betraktas som helhetsbild av kommunens uppföljning och handläggning.

5.4 BEDÖMNINGSNIVÅER

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Figur 1: Bedömningsnivåer.

5.5 KVALITETSSÄKRING OCH FAKTAKONTROLL

Kvalitetssäkringen av granskningen och rubricerad revisionsrapport har skett enligt Azets Revision & Rådgivnings gängse rutiner. Kundens ansvar har ansvarat för den interna kvalitetssäkringen av rapporten.

De funktioner som intervjuats i granskningen har sakgranskat rapporten i syfte att verifiera dess uppgifter.

6 LAGSTIFTNING OCH FÖRESKRIFTER INOM OMRÅDET

6.1 KOMMUNALLAGEN

Enligt kommunallagen (2017:725) har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

6.2 SOCIALTJÄNSTLAGEN

Socialtjänsten har enligt socialtjänstlagen (2001:453 / 2025:400) det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Insatserna ska vara av *god kvalitet* och det ska finnas rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och unga. Därtill ska socialnämnden sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem, hem för vård eller boende (HVB) eller stödboende. Respektive kommun ansvarar för tillgången till de olika stödformerna.

6.3 SOCIALTJÄNSTFÖRORDNINGEN

Enligt socialtjänstförordningen (2001:937) 3 kap. 3, 4, 5, 5a och 7 §§, definieras HVB som ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt. Vården ska bygga på samarbete, respekt för den enskildes integritet och anpassas efter individuella behov. Vid placering av barn ska det i första hand övervägas om barnet kan tas emot av någon anhörig eller annan närstående och det bästa för barnet ska alltid beaktas.

6.4 LAG OM SÄRSKILDA BESTÄMMELSER OM VÅRD AV UNGA

Insatser för barn och unga inom socialtjänsten ska som huvudregel ske i samförstånd med den unge och individens vårdnadshavare, vilket fastställs i socialtjänstlagen. Om samtycke saknas och barnet riskerar att fara illa kan vård i stället beredas enligt *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård och unga (LVU)*. Socialnämnden kan då besluta om ett omedelbart omhändertagande för personer under 20 år, och vid brådskande fall kan nämndens ordförande eller utsedd ledamot fatta beslutet. Omhändertagande kan ske akut eller för en längre tid, och barnet placeras då i familjehem eller HVB. Socialnämnden ska överväga eller ompröva om vård enligt lagen fortfarande behövs minst en gång var sjätte månad.

6.5 UPPFÖLJNING AV VÅRDEN

Socialnämnden, eller motsvarande i kommunen, har enligt SoL och LVU ansvar för att följa upp barns vård och situation under en placering. Uppföljningsansvaret regleras i 6 kap. 7b § SoL eller 13a § LVU, och innebär framför allt att vården av de barn och unga som placerats i

ett HVB ska följas noga av socialnämnden. Detta ska ske genom att nämnden upprättar vårdplan och genomförandeplan, besöker barnet regelbundet, har enskilda samtal med barnet samt har kontakt med vårdnadshavare eller god man. De enskilda samtalen ska ske i den omfattning som är lämplig med hänsyn till individens behov och önskemål. Nämnden ska ompröva eller överväga vården för barnet minst var sjätte månad.

6.5.1 Gällande föreskrifter

Socialtjänsten ska enligt föreskrift (SOSFS 2011:9) ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som säkerställer att verksamheten lever upp till de lagar, förordningar och mål som gäller för verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas efter verksamhetens omfattning och innehålla identifierade och fastställda processer, riskanalyser, egenkontroller samt rutiner för att ta emot, utreda och analysera klagomål och synpunkter. Årligen bör en kvalitetsberättelse tas fram och systemet ska vara tillgängligt för all personal.

Enligt föreskrift (SOSFS 2012:11) ska socialnämnden också se till att barn eller unga samt deras vårdnadshavare deltar i arbetet med att upprätta, följa upp och vid behov revidera den genomförandeplan som ska upprättas enligt socialtjänstlagen. Föreskriften gör även gällande att socialnämnden ska kartlägga och analysera behovet av hem för vård eller boende för placeringar av barn och unga på kort och lång sikt. Nämnden ska, med kartläggningen och analysen som utgångspunkt, planera för och vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa tillgången till hem som kan erbjuda vård som är trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet. Socialnämnden ska samverka med andra samhällsorgan för att barn och unga i hem för vård eller boende ska få lämplig utbildning och sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda.

Vidare framgår att ett barn regelbundet ska besökas av en socialsekreterare. En bedömning av hur ofta ett visst barn eller en viss ung person ska besökas av en socialsekreterare bör göras fortlöpande under placeringen. Ett samtal med ett barn eller en ung person bör föras under sådana former att det underlättar för honom eller henne att beskriva sin situation.

6.6 LAG OM OFFENTLIG UPPHANDLING

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling gäller för myndigheter och annan verksamhet som finansieras med allmänna medel. Dessa myndigheter är enligt lagen skyldiga att annonsera alla inköp som kommer att göras över direktupphandlingsgränsen för att intresserade företag ska beredas möjlighet att lämna anbud. De krav som ställs ska tillkännages i ett upphandlingsdokument. Myndigheter måste annonsera upphandlingsunderlagen och utvärdera alla anbud. Utvärderingen ska ske på sakliga grunder, och får inte avvika från den utvärderingsmetod som tillkännagivits i upphandlingsdokumenten. Från och med 1 januari 2026 är direktupphandlingsgränsen för sociala tjänster 8 513 250 kronor.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN – KVALITETSSÄKRING AV EXTERNA LEVERANTÖRER

I detta kapitel presenteras granskningsiakttagelser, slutsatser och bedömningar avseende revisionsfrågorna som kopplas an till revisionsområdet *Kvalitetssäkring av externa leverantörer*.

7.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

7.1.1 Övergripande organisation

*Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun*⁶ gör gällande att socialnämnden ansvarar för samtliga uppgifter enligt socialtjänstlagen (SoL), för vilka ingen annan nämnd i kommunen ansvarar. Tillhörande socialnämnden finns ett arbetsutskott, fem individutskott som bereder individärenden samt ett upphandlingsutskott som bereder och ansvarar för frågor rörande upphandlingar.

Underställt socialnämnden och dess utskott finns i sin tur socialförvaltningen som administrerar nämndens uppgifter i enlighet med SoL och LVU. Socialförvaltningen leds av förvaltningsdirektör och innefattar en stab och tre avdelningar.

- Avdelning *Barn och ungdom myndighet*.
- Avdelning *Barn och ungdom insatser*.
- Avdelning *Vuxen*.

7.1.1.1 Organisering avseende handläggning av placerade

Organisationen för placering av barn och unga återfinns inom förvaltningens avdelning *Barn och ungdom myndighet* och dess olika områden.

Inom området *Barn och unga utredning och uppföljning* finns sex barn-och ungdomsenheter med cirka 116 socialsekreterare som hanterar och handlägger alla typer av ärenden för barn och unga.

Inom området *Barn och unga mottagning, stöd och placering* finns en mottagningsenhet samt tre placeringsenheter som ansvarar för familjehemsvård, inklusive rekrytering, utredning och stöd till familjehem, jourhem och kontaktfamiljer.

7.1.1.2 Organisering avseende upphandling

Inom socialförvaltningens stab finns tre enheter, *Enheten för service och administration*, *Enheten för verksamhetsnära stöd* samt *Enheten för strategiskt stöd*. Enligt lämnade uppgifter ansvarar *Enheten för strategiskt stöd* och de strategier som finns inom enheten för nämndens samtliga ramavtal, medan *Enheten för verksamhetsnära stöd* och deras placeringssamordnare ansvarar för att avropa alla HVB- insatser. Avrop sker efter att handläggare från barn- och ungdomsenheterna skickat en remiss om behov av HVB, i enlighet med framtagna mall.

⁶ Beslutad av kommunfullmäktige (KF) 2025-11-03 § 326.

Uppsala kommun har även en central upphandlingsfunktion inom kommunledningskontoret (KLK) som dels ansvarar för upphandling av kommun och koncerngemensamma samt förvaltningsspecifika avtal, dels ger stöd till verksamheterna vid upphandlings-, och inköpsfrågor.

7.1.2 Ansvar enligt styrande dokument

*Policy för upphandling och inköp*⁷ anger kommunkoncernens övergripande struktur avseende upphandling med syfte att säkerställa effektiv användning av skattemedel och goda affärer. Som stöd för genomförandet i upphandlingar finns *Riktlinje för inköp och upphandling*⁸ som tydliggör att kommunkoncernen ska vara en bra affärspartner och värna om en sund konkurrens. Respektive nämnd ansvarar för sitt inköp och för att beslut tas på behörig nivå enligt delegationsordning. Vad gäller förvaltningsspecifika avtal ansvarar respektive verksamhet i sin tur för såväl förvaltning som uppföljning av sina avtal och att leverans sker i enlighet med dessa. Respektive nämnd och verksamhet ansvarar även för genomförandet vid köp av så kallat lågt värde enligt definition i LOU, det vill säga direktupphandling.

Enligt socialnämndens *Delegations- och arbetsordning*⁹ har enhetschef, avdelningschef, förvaltningsdirektör och upphandlingsutskottet delegation på beslut om att ingå avtal med varierande värden efter upphandling angående varor och övriga tjänster:

- Enhetschef: 0 – 1 500 000 kr.
- Avdelningschef: 1 500 001 – 3 000 000 kr.
- Förvaltningsdirektör: 3 000 001 – 5 000 000 kr.
- Upphandlingsutskottet: 5 000 0001 kr eller högre.

7.1.2.1 Ansvar ramavtal

I intervju uppges att det finns en etablerad rutin som beskriver hur processen vid upphandling av ramavtal ska gå till. Beslut om genomförande av ramavtalsupphandlingar fattas av nämnden. Det beskrivs att en arbetsgrupp, där representanter med intern kompetens, strateg med expertis på ramavtal inom nämndens ansvarsområde, samordnare med ansvar för avrop samt upphandlare från kommunens centrala funktion ingår, upprättar strategi- och upphandlingsdokument som sedan presenteras för, och fastställs av upphandlingsutskottet. Nämnden eller upphandlingsutskottet beslutar därefter om tilldelning.

Rutinen *Upphandla ramavtal*¹⁰ ska användas av anställda inom förvaltningen samt de eventuella stödfunktioner som är inblandade i ramavtalsupphandlingar som rör nämndens ansvarsområde. Rutinen omfattar inte direktupphandlingar eller rutin för avrop då det finns separata rutiner för detta. Av rutinen framgår dels en beskrivning av genomförande, dels en

⁷ Beslutad av KF 2025-06-16 § 230.

⁸ Beslutad av kommunstyrelsen (KS) 2025-06-18 § 205.

⁹ Beslutad av socialnämnden (SCN) 2025-11-25 § 223.

¹⁰ Beslutad av förvaltningsdirektör 2024-02-01.

beskrivning av processen efter upprättat ramavtal. Därtill innehåller rutinen en beskrivning av roller och ansvar mellan olika funktioner, vilket illustreras i nedanstående tabell.

Funktion	Ansvar
Strateg	- Uppmärksamma behov och sammanfatta underlag till ledningsgruppen för beslut samt att arbetsgrupp sammankallas. Deltar även vid föredragning till arbetsutskott och nämnd. - Systematisk inventering av förvaltningens behov av insatser. - Tillsammans med samordnare sprida information om ramavtal och för hur avtal ska följas upp.
Arbetsgrupp	- Utformar upphandlingsstrategi och upphandlingsdokument.
Samordnare	- Uppmärksamma behov av insatser och överlämna information till strateg. - Upprätta mall för individavtal samt delta i arbetsgrupp. - Bidra med och delta vid informationsspridning om avtal.
Upphandlingsenheten (KLK)	- Upphandlare utarbetar tillsammans med arbetsgruppen upphandlingsstrategi, upphandlingsdokument samt genomför upphandlingen utifrån beslutad strategi. - Föredrar tillsammans med strateg inför arbetsutskott/upphandlingsutskott och nämnd.
Förvaltningsdirektör	- Beslutar i ledningsgrupp om behov bör tillgodoses internt eller externt.
Socialnämnden / upphandlingsutskott	- Nämnden fattar beslut om upphandling. - Upphandlingsutskott beslutar om upphandlingsstrategi, upphandlingsdokument och tilldelning.

Tabell 1: Beskrivning av ansvar vid upphandling av ramavtal.

Utöver ovanstående rutin finns en rutin för att *Hantera förändringar inom ramavtal*¹¹ som beskriver hur eventuella förändringar, exempelvis prisjusteringar eller uppdaterade kontaktuppgifter, ska hanteras. Även i denna rutin framgår ansvar och roller.

7.1.2.2 Ansvar direktupphandling

Enligt uppgift är det placeringssamordnare inom *Enheten verksamhetsnära stöd* som hanterar alla direktupphandlingar inom förvaltningen avseende barn, unga och vuxna. Placeringssamordnarna vänder sig till den centrala upphandlingsenheten vid behov men genomför enligt uppgift direktupphandlingarna självständigt. När det gäller avtalsansvar vid direktupphandlingar är det placeringssamordnarna som upprättar avtalsunderlagen. Berörd enhetschef är avtalsansvarig och den som signerar avtalen. Detta gäller både för direktupphandlade individavtal¹² och avropade individavtal. I *Direktupphandla insatser via externa leverantörer*¹³ återfinns en beskrivning av vem som gör vad, var i organisationen, när och hur.

¹¹ Beslutad av stabschef 2024-02-01.

¹² Avtal per placerad individ

¹³ Beslutad av enhetschef, verksamhetsnära stöd, senast reviderad 2025-08-25.

Enligt intervjuade finns det en tydlig förståelse inom förvaltningen för vilka roller och vilket ansvar som gäller vid olika förfaranden vid upphandling och inköp. Placeringssamordnarna, som enligt intervjuade är de som främst arbetar med dessa frågor, har dessutom erhållit utbildning från såväl kommunledningskontoret som från Sveriges kommuner och regioner (SKR).

7.1.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **har** en ändamålsenlig organisation för upphandling och externa leverantörer på området.

Bakgrunden till bedömningen är att granskningen visar att socialnämnden har en övergripande organisatorisk struktur som i huvudsak tydliggör ansvar och roller för upphandlingsverksamheten. Nämnd, utskott, förvaltning och centrala stödfunktioner inom kommunen har definierade uppdrag och det finns styrande dokument som reglerar ansvarsfördelningen vid såväl upphandling som inköp.

För upphandling av ramavtal finns en etablerad och dokumenterad rutin där ansvar och roller mellan strateg, samordnare, arbetsgrupp, kommunledningskontorets upphandlingsenhet och nämndens beslutsnivåer framgår på ett strukturerat sätt. Av rutinen framgår även processens olika steg, vilket vi bedömer som positivt. När det gäller direktupphandling konstaterar vi det finns en rutin som beskriver arbetsgång, ansvar och beslutsnivåer vad gäller direktupphandling.

7.2 UPPHANDLING OCH KVALITETSSÄKRING AV EXTERNA LEVERANTÖRER

7.2.1 Ramavtal

Nämnden har under perioden 21 februari 2020 till 28 februari 2025 haft eget ramavtal för HVB. I intervju uppges att några enskilda avrop har skett från det tidigare avtalet under första kvartalet 2025. Sedan 1 mars 2025 har nämnden anslutit sig till ramavtal via Adda¹⁴. Ramavtalet har en avtalstid på två år med option att förlänga ett år vid två tillfällen¹⁵.

Ramavtalet är uppdelat på nio delområden:

- HVB akutplacering barn 0-17 år.
- HVB akutplacering barn 0-17 år med förälder.
- HVB utredning barn 0-17 år.
- HVB utredning barn 0-17 år med förälder.
- HVB behandling barn 0-17 år.
- HVB behandling barn 0-17 år med förälder.
- HVB akutplacering unga 18-20 år.
- HVB utredning unga 18-20 år.
- HVB behandling unga 18-20 år.

Avrop från Addas ramavtal görs utifrån en särskild fördelningsnyckel. Denna baseras på socialtjänstlagen, vilket innebär att individens konkreta behov och vårdnadshavarens och/eller individens egna önskemål avgör vilken utförare som anses mest lämplig. Om flera utförare bedöms kunna möta behov och önskemål i samma utsträckning, blir priset utslagsgivande. För avtalet finns dessutom en urvalsdatabas med aktuella urvalskriterier.

Avrop från såväl förvaltningens eget ramavtal som från Addas ramavtal sker i enlighet med den interna process som beskrivs i rutinen *Avropa insatser inom ramavtal*¹⁶. Inledningsvis i granskningen tog vi del av versionen som fastställdes i maj 2025. I denna version framgår att rutinen ska tillämpas av placeringssamordnare vid avrop av HVB för vuxen (18-21 år), stödboende och konsulentstött jourhemsvård. Rutinen saknade dock motsvarande beskrivning av hur avrop ska genomföras för barn och unga under 18 år i behov av HVB. Efter att detta påtalats vid intervju har förvaltningen reviderat rutinen och den uppdaterade versionen har därefter tillhandhållits för granskning. I den reviderade rutinen¹⁷ framgår att den omfattar insatser för barn och unga till och med 20 år samt att Addas ramavtal gäller för insatser i form av HVB oavsett ålder. Det har även förtydligats att socialnämndens ramavtal för vuxna kan användas för unga vuxna (18-20 år) med missbruksproblematik, men att detta sker efter samråd med socialsekreterare. Vidare innehåller rutinen en detaljerad genomförandebeskrivning som sträcker sig från mottagen remiss om behov av HVB till dess att avtal signeras.

¹⁴ Ramavtal HVB barn och unga 2022.

¹⁵ Ramavtalet tecknades 2023-04-10.

¹⁶ Beslutad av enhetschef, verksamhetsnära stöd 2025-05-20.

¹⁷ Beslutad av enhetschef, verksamhetsnära stöd 2025-11-14.

Enligt lämnade uppgifter är det vid placering på HVB alltid kommunen som skriver avtal och inte leverantören själva.

7.2.1.1 Kvalitetssäkring vid avrop från ramavtal

7.2.1.1.1 Kravspecifikation

I Addas upphandlingsunderlag finns en kravspecifikation som täcker flera områden, såsom metoder, arbetssätt och uppföljning av resultat. Underlaget klargör dessutom ansvar och krav inom bland annat hälso- och sjukvård, läkemedelshantering, drogtester samt arbetet med samordnade individuella planer (SIP). Underlaget innehåller även krav på verksamhetens kompetens och beprövade erfarenhet, liksom krav på personalens utbildning, handledning och möjlighet till kompetensutveckling.

I förvaltningens upphandlingsdokument för ramavtalet avseende barn och unga, som löpte ut 28 februari 2025, reglerades både krav på leverantören och krav på metoder, arbetssätt och uppföljning. Dokumentet föreskrev bland annat att leverantören skulle upprätta en genomförandeplan enligt Socialstyrelsens struktur Barnens behov i centrum (BBIC), likt Addas ramavtal, samt att vården skulle följas upp var sjätte vecka genom möte mellan socialsekreterare och leverantör. Underlaget tydliggjorde även ansvar och grundläggande krav på leverantören, såsom kontroller av ekonomisk och finansiell ställning, teknisk och yrkesmässig kapacitet samt registerkontroll. Därutöver reglerades uteslutningsgrunder kopplade till exempelvis brottslighet, bristande skattebetalning, insolvens och intressekonflikter.

7.2.1.1.2 Kontroller

I intervju framkommer att referenstagning normalt sett sker i upphandlingsfasen vid avrop från ramavtal. Intervjuade beskriver dock att referenstagning inom HVB-området inte alltid ger så mycket och att det kan vara svårt att genomföra vid akuta placeringar. Det lyfts även fram att en leverantör som en gång godkänts inte kontrolleras genom nya referenser vid varje placering.

Placeringssamordnarna genomför kvalitetskontroller i enlighet med den fastställda rutinen *Avropa insatser inom ramavtal*. Rutinen från maj 2025 anger att kontroll av leverantör ska genomföras i IVO:s placeringsstöd samt att dokumentationen av kontrollen ska sparas i en särskild remissmapp. I den reviderade versionen av rutinen från november 2025 har förtydliganden införts. Bland annat anges att om placeringsstödet visar att verksamheten har brister som inte åtgärdats, eller om det pågår en tillsyn initierad av IVO utöver den ordinarie årliga tillsynen, ska det aktuella boendet inte användas. I intervju uppges att även om Adda genomför kontroller av tillstånd så ska placeringssamordnarna spara ned att samordnarna stämt av gentemot Addas kontroll. Detta sparas ned genom skärmdump i särskild mapp.

7.2.2 Direktupphandling

Direktupphandling ska genomföras i enlighet med den process som finns beskriven i rutinen *Direktupphandla insatser via externa leverantörer*¹⁸. Rutinen ska tillämpas av placeringssamordnare vid behov av externa insatser, exempelvis vid behov av HVB, som inte kan tillgodoses genom befintliga ramavtal. Rutinen beskriver processen vid direktupphandling av insatserna, från remiss om behov, kontakt med leverantör, kontroller, rangordning av anbud till tilldelningsbeslut och upprättelse av avtal. Rutinen inkluderar även information om att direktupphandling av HVB alltid ska efterannonseras.

Vid direktupphandling ska information om köparen, föremålet för direktupphandlingen, information om tillfrågade leverantörer samt de viktigaste skälen för tilldelning dokumenteras i formuläret *Obligatorisk dokumentation direktupphandling*. Formuläret diarieförs tillsammans med övriga handlingar i upphandlingen.

Från och med 1 mars 2025, när kommunen övergick till ramavtal via Adda, har 17¹⁹ direktupphandlingar av HVB avseende barn och unga genomförts.

7.2.2.1 Kvalitetssäkring vid direktupphandling

Om behov uppstår att direktupphandla åligger det verksamheten att göra kontroller för att säkerställa tillräcklig kvalitet hos leverantörerna. Rutinen *Direktupphandla insatser via externa leverantörer* anger att placeringssamordnare, inför en direktupphandling av HVB, kontrollerar aktuella leverantörers tillståndsbevis och tillsynsbeslut via IVOs digitala placeringsstöd. Placeringssamordnaren genomför även en ekonomisk kontroll i Creditsafe och tar vid behov stöd av den centrala funktionen för bedömningen. Rutinen fastslår att insatser inte får påbörjas hos en leverantör som har en riskklass under 40 på Creditsafe skala från 1 till 100 där 1 är lägst och 100 högst ekonomiskt betyg. Formuläret *Obligatorisk dokumentation direktupphandling* används för att dokumentera att kontrollerna genomförts. Av rutinen framgår att referenssamtal ska ske vid behov och vid nya företag.

Vid direktupphandling används en särskild avtalsmall. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av ett exempel på avtal där mallen använts. Mallen innehåller en beskrivning av insatstyp, avtalsperiod, omfattning och kostnad, information om vem insatsen avser och parter som ingår i avtalet. Därutöver framgår en beskrivning av kommunens åtaganden respektive entreprenörens åtaganden, exempelvis att entreprenören skall ha erforderliga tillstånd samt att entreprenören ska tillse att individen erhåller anpassad vård utifrån behandlingsplanen.

7.2.3 Kontroll av efterlevnad av rutiner

Av intervjuer framkommer att förvaltningen använder flera olika uppföljnings- och kontrollmekanismer för att säkerställa att kontroller av leverantörer genomförs enligt fastställda rutiner.

För ramavtalsleverantörer finns informationen tillgänglig i kommunens inköpssystem och i publicerade databaser, vilket innebär att samordnarna kan verifiera vilka leverantörer som

¹⁸ Beslutad av enhetschef, verksamhetsnära stöd 2025-08-25.

¹⁹ Statistik per september 2025.

omfattas av gällande ramavtal. Genom systemet Qlik Sense kan även förvaltningen löpande följa fakturering och köp på leverantörsnivå, vilket uppges ge ytterligare möjlighet att kontrollera att avrop sker i enlighet med avtal och att köpvolymer överensstämmer med förväntade mönster.

För direktupphandlingar uppges i intervju att det inte finns något centralt register, utan bedömningen av leverantörer sker i varje enskilt individärende. Placeringssamordnarna följer dock upp volymerna av direktupphandlingarna två gånger per år, och statistiken används även inför kommande upphandlingar för att bedöma behov och planeringsförutsättningar.

Utöver ovanstående finns en internkontrollstruktur som enligt intervjuade består av tre kontrollmoment per år. Dessa omfattar både avrop från ramavtal och direktupphandlingar. Kontrollerna genomförs huvudsakligen genom stickprov, där underlag granskas för att bedöma om handläggningen följer upphandlingspolicyn, interna arbetssätt samt övriga fastställda rutiner. Vid granskning av nämndens *Internkontrollplan 2025 och analys av arbete med internkontroll 2024*²⁰ konstateras att följande kontroller finns angivna i planen:

- Kontroll att direktupphandlingar görs i enlighet med kommunens upphandlingspolicy genom att genomföra stickprov på tio köp/placeringar och tillhörande förfrågningsunderlag.
- Kontroll av att avropsordningen följs för befintliga ramavtal genom stickprov på tio köp/placeringar där avsteg från avropsordningen gjorts.

I intervju uppges att vissa kontrollmoment inte uttryckligen finns dokumenterade i internkontrollplanen, men att det utvecklats som praxis över tid. Ett exempel som anges är kontrollen av att skärmdumpar från genomförda kvalitetskontroller sparas i remissmapparna, vilket uppges ha blivit en etablerad del av det interna arbetet.

I nämndens uppföljning av internkontrollplanen 2025²¹ framkommer att de kontroller som angetts ovan genomförts utan anmärkning.

7.2.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** har systematiska arbetssätt för att säkerställa tillräcklig kvalitet hos leverantörerna.

Granskningen visar att nämnden har etablerat flera strukturer för att säkerställa kvalitet vid upphandling och användning av externa HVB-leverantörer. Ramavtalen innehåller omfattande kravspecifikationer som reglerar metoder, kompetens, uppföljning och dokumentation. Dessa utgör en stabil grund för kvalitetssäkring. Det är också positivt att rutiner tydligt anger att kontroller av tillstånd ska genomföras inför varje placering.

²⁰Beslutad av SCN 2024-12-18 § 225.

²¹ Beslutad av SCN 2026-02-11 § 10.

Samtidigt framkommer att det i övrigt saknas dokumenterade rutiner för hur kvalitetssäkringen ska genomföras i det enskilda placeringsärendet utöver kontroll av tillstånd. Det finns exempelvis inga fastställda former för hur referenssamtal, kompletterande dialoger eller andra moment ska genomföras för att säkerställa att det tilltänkta HVB-hemmet är lämpligt för den specifika individen. Avsaknaden av sådana rutiner innebär att viktiga delar av lämplighetsbedömningen riskerar att bli personberoende och att kvalitetssäkringen inte genomförs konsekvent.

Vid direktupphandling finns krav på kontroller av ekonomi, tillstånd och tillsynsbeslut. Det framgår även av rutin att referenssamtal ska genomföras vid behov och nya företag. Vi bedömer att referenssamtal vid behov inte tydligt beskriver hur referenstagning ska genomföras och vilken roll den ska spela i bedömningen av leverantörens lämplighet för det aktuella uppdraget. Detta skapar en risk för variation i arbetssätt och försvårar möjligheten att säkerställa en enhetlig kvalitetssäkring.

Sammanfattningsvis bedöms nämndens övergripande strukturer och ramverk vara ändamålsenliga men att kvalitetssäkringen vid varje enskild placering inte fullt ut är systematiserad.

7.3 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV LEVERANTÖRER

7.3.1 Ramavtal

Ramavtal som avropas via Addas inköpscentral följs upp av Adda. Enligt inköpscentralens egen beskrivning genomförs uppföljningen på tre sätt:

- Löpande avtalsuppföljning, där leverantörernas ekonomiska stabilitet kontrolleras fortlöpande.
- En årlig enkät som skickas till samtliga verksamheter inom ramavtalet för att säkerställa att samtliga krav i avtalet fortsatt uppfylls.
- Strukturerad verksamhetsuppföljning, antingen genom fysiska besök eller digitala möten, där bemanning, kompetens, rutiner och processer granskas i förhållande till ramavtalets krav. Varje sådan uppföljning resulterar i en slutrapport som görs tillgänglig i urvals databasen.

Om Adda får kännedom om brister hos en leverantör kan verksamheten tillfälligt döljas i urvals databasen så att avrop inte sker. Adda kan då genomföra ett särskilt uppföljningsmöte eller initiera en fördjupad revision och vid allvarliga avvikelser kan avtalet med leverantören sägas upp.

I intervju framkommer att kontakten med Adda främst sker i samband med avrop. Om brister uppmärksammas efter placeringssamordnarnas kontroller rapporteras detta enligt intervjuade vidare till Adda, och leverantörer där brister identifierats används inte. Per november 2025 fanns ingen skriftlig rutin som formellt angav att synpunkter ska rapporteras till Adda. Efter att detta påtalats vid intervju har förvaltningen reviderat rutinen *Avropa inom ramavtal*, där det numera framgår att information om brister ska lämnas till avtalsansvarig samt till Adda i förekommande fall.

I kommunens *Riktlinje för kontroll och uppföljning av privata utförare*²² regleras att respektive nämnd i samband med verksamhetsplanering ska planera och beskriva vad uppföljningen avseende privata utförare ska omfatta samt hur kontroll och insyn ska genomföras under året. Nämnderna ska redovisa resultatet av uppföljning av privata utförare i samband med årsredovisning. Uppföljningen ska bland annat användas för att se till att verksamheten fungerar och att utkräva ansvar om så inte sker. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av socialnämndens *Plan för uppföljning av privata utförare 2025*²³ som beskriver hur uppföljningen av privata utförare inom nämndens ansvarsområde ska gå till. Av planen framgår förvaltningens förslag till planering av uppföljning avseende nämndens ramavtal utifrån tre kategorier av uppföljning:

- Löpande uppföljning som sker genom att fortlöpande följa upp uppgifter om utförare inom ramavtalen som kommer till förvaltningens kännedom, exempelvis att IVO uppmärksammat klagomål mot en verksamhet eller klagomål från handläggare inom förvaltningen avseende en enskild placering. Förvaltningen genomför löpande ekonomiska kontroller via kreditupplysningstjänst.

²² Beslutad av KF 2023-05-31.

²³ Beslutad av SCN 2025-02-12 § 17. Reviderad version beslutad av SCN 2025-06-11 § 122.

- Händelsestyrd uppföljning som sker på förekommen anledning, exempelvis vid signaler om missförhållanden hos en leverantör.
- Särskild uppföljning där ett antal verksamheter väljs ut för en mer ingående uppföljning och eventuella besök hos utföraren. För 2025 har ramavtalet för HVB för vuxna med missbruk respektive skyddat boende valts ut.

Förvaltningen sammanställer årligen en redovisning över den uppföljning som genomförts, vilken även presenteras för nämnden. Händelsestyrd uppföljning kan rapporteras till socialnämnden mer löpande vid behov.

Vi har inom ramen för granskningen erhållit *Uppföljning av privata utförare 2025*²⁴. Uppföljningen är omfattande och beskriver vilken uppföljning som skett utifrån de tre uppföljningskategorierna. Av uppföljningen framgår bland annat att ingen allvarlig brist, som inte redan åtgärdats, hittades i IVO:s placeringsstöd avseende HVB för barn och unga i de kontroller som genomförts 2025. Vidare framgår att händelsestyrd uppföljning genomförts avseende det tidigare avtalet för barn och unga. Socialförvaltningen fick i december 2024 kännedom om brister hos en leverantör, varpå en avropspaus inleddes och förvaltningen genomförde kontroller utifrån identifierade brister. I och med att ramavtalet för HVB barn och unga löpte ut i februari 2025 ansåg dock förvaltningen att det inte längre förelåg grund för att fortsätta åtgärder. Efter att kommunens ramavtal avseende barn och unga löpte ut har avrop skett från Addas ramavtal. I *Uppföljningen av privata utförare 2025* framgår ingen särskild uppföljning av de insatser som avropats från Adda efter mars 2025. Uppföljningen innehåller en beskrivning av Addas genomförda uppföljning. I samband med faktakontroll framförs att socialnämnden i februari 2026²⁵ beslutat att följa upp Addas avtal framgent.

Utöver *Plan för uppföljning av privata utförare* finns en särskild rutin för att *Rapportera avvikelser gällande externa utförare av insatser*²⁶ vars syfte är att fånga upp avvikelser, synpunkter och uppmärksammade missförhållanden hos externa utförare. Rutinen används när avvikelser avseende avtalsefterlevnad, bristande kvalitet i utförande av insatsen eller andra missförhållanden har uppmärksammats hos en leverantör eller av en medarbetare inom socialförvaltningen. Rutinen omfattar samtliga leverantörer som socialnämnden har ingått avtal med. Rutinen beskriver såväl ansvar mellan funktionerna socialsekreterare, teamledare, enhetschef, ekonomiadministratör, samordnare och avtalsansvarig strateg, som själva genomförandet. I intervju framförs att handläggare ska rapportera till placeringssamordnare vid allvarliga avvikelser, som sedan ansvarar för att föra det vidare. Anmälan till IVO sker däremot direkt av handläggare.

7.3.2 Direktupphandling

I intervju uppges att uppföljning avseende direktupphandlingar endast genomförs när det inkommit särskilda synpunkter från handläggare. Eftersom HVB-placeringar normalt sträcker

²⁴ Beslutad av SCN 2026-02-11 § 13.

²⁵ SCN 2026-02-11.

²⁶ Beslutad av förvaltningsdirektör 2024-01-30.

sig över cirka sex månader görs ingen ytterligare kontroll under placeringstiden än den som sker i samband med placering.

Tidigare nämnd *Plan för uppföljning av privata utförare* innehåller ingen information om hur uppföljning ska gå till vad gäller att följa upp och utvärdera de aktörer som kommunen ingår i avtal med genom direktupphandling. I intervju framförs att förvaltningen genomfört en omvärldsbevakning kring hur andra kommuner arbetar med frågan, givet att direktupphandlingar ökat under senare år. Det framförs att en storstadskommun arbetar med förkvalificering och upprättandet av en leverantörsbank vid direktupphandlingar. Kommunexemplet genomför kvartalsvisa kontroller gentemot IVO och uppdaterar sin leverantörsbank därefter. Intervjuade uppger dock att denna modell inte bedömts resursmässigt rimlig i den egna verksamheten, då volymerna är mindre. I stället genomförs kontroll vid varje initierad placering, vilket intervjuade bedömer som tillräckligt.

Ovan nämnd rutin *Rapportera avvikelser gällande externa utförare av insatser* omfattar även direktupphandlingsavtal. Samma eskaleringsväg vad gäller avvikelser gäller som vid ramavtal.

7.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** har ett systematiskt arbetssätt med uppföljning och utvärdering av leverantörerna.

Bedömningen grundar sig på att utvärdering och uppföljning av ramavtalen sker systematiskt genom Adda inköpscentral, som genomför löpande avtalsförvaltning, årliga enkäter samt strukturerade uppföljningsbesök. Dessa moment innebär att centrala krav avseende bemanning, kompetens, rutiner och processer följs upp på ett enhetligt och kvalitetssäkrat sätt. Adda har även etablerade rutiner för att hantera brister hos utförare, inklusive möjligheten att dölja verksamheter för avrop eller initiera revision.

Samtidigt visar granskningen vissa begränsningar i nämndens eget uppföljningsarbete. Vi konstaterar att nämnden årligen tar del av en omfattande uppföljningsrapport av externa leverantörer, där förvaltningen genomfört uppföljning utifrån tre kategorier. Vi konstaterar dock att rapporteringen inte innehåller någon beskrivning av vilken egen uppföljning som sker vad gäller insatser som avropas från Adda. Det saknades även under majoriteten av år 2025 en dokumenterad rutin för att säkerställa att identifierade brister rapporteras till Adda, även om det är positivt att detta åtgärdats under aktuell granskning.

För direktupphandlingar är uppföljningen begränsad. Uppföljning genomförs endast vid inkomna synpunkter och saknar dokumenterad struktur i nämndens uppföljningsplan. Detta innebär enligt vår mening att leverantörer som anlitas genom direktupphandling inte i samma utsträckning och med samma systematik utvärderas inför och under placering. Vi vill notera att antalet direktupphandlingar ökat.

8 RESULTAT AV GRANSKNINGEN – UPPFÖLJNING AV PLACERADE BARN OCH UNGA

I detta kapitel presenteras granskningsiakttagelser, slutsatser och bedömningar avseende revisionsfrågorna som kopplas an till området *Uppföljning av placerade barn och unga*.

8.1 VÅRD- OCH GENOMFÖRANDEPLANER

8.1.1 Rutiner

Vi har inom ramen för granskningen erhållit rutinen *Placera på HVB, följa upp och avsluta insats*²⁷. Rutinen omfattar både HVB i intern kommunal regi och HVB via externa utförare och ska användas vid samtliga placeringar vid HVB. Rutinen gör gällande att en vårdplan ska upprättas i samband med placeringen. Av planen ska det framgå vilka särskilda åtgärder barnet har behov av, på vilket sätt barnet ska ha umgänge med föräldrar, vårdnadshavare och andra närstående, målet med vården samt barnets och vårdnadshavares syn på den planerade vården. Vidare framgår av rutinen att en genomförandeplan ska upprättas som konkretiserar innehållet i vårdplanen och som beskriver hur vården ska genomföras. Ytterligare instruktion vad genomförandeplanen ska innehålla beskrivs inte i rutinen. BBIC dokumentationsstöd ska användas i framtagande av såväl vård- som genomförandeplan.

Vid intervju uppges att det är väl etablerat inom förvaltningen att vård- och genomförandeplan ska finnas i alla placeringsärenden. Teamledare uppges ha ett särskilt ansvar att coacha handläggarna i detta arbete, särskilt vid mer komplexa ärenden.

8.1.2 Stickprov

Inom ramen för vår stickprovskontroll har vi granskat arbetet med vård- och genomförandeplaner.

8.1.2.1 Vårdplan

Av de 20 ärendena som vi granskat saknades det vårdplan i ett ärende, vid senare kontakt med verksamheten framgick att det fanns en äldre vårdplan daterad under 2023, denna har vi inte granskat då perioden för granskning avsett åren 2024–2025. Av de 19 övriga ärendena fanns vårdplan upprättad i samtliga ärenden. I ett av ärendena noterades däremot att vårdplan inte fanns upprättad vid tidpunkt för beslut om vård utan daterad efter beslutet om vården. I två av de andra ärendena avsåg vårdplan annan placeringsform.

Av de 19 vårdplaner vi granskat framgår den unges behov, mål med vården samt eventuella behov av särskilda insatser i samtliga planer. Det framgår även hur umgänge ska ordnas.

Vad gäller den unges och vårdnadshavares syn på vården saknas dokumentation om detta i två planer.

²⁷ Beslutad av förvaltningsdirektör 2025-08-04.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Finns vårdplan upprättad?	19	19
Är vårdplan upprättad innan beslut om vård?	16	19
Framgår barnets behov av vårdplan?	19	19
Framgår mål med vården i vårdplan?	19	19
Framgår vilka särskilda insatser som behövs?	19	19
Framgår hur umgänge ska ordnas?	19	19
Framgår den unges och vårdnadshavares syn på vården?	17	19

8.1.2.2 Genomförandeplan

Av de 20 ärendena som vi granskat har en av placeringarna varit placerad på SIS och genomförandeplan har således inte varit föremål för granskning. I de övriga 19 ärendena saknades, av nämnden, upprättad genomförandeplan i fyra ärenden. I ett ytterligare ärende var genomförandeplan inte följsam till vårdplan då vårdplan uppdaterats efter genomförandeplanens framtagande. Av de 15 genomförandeplanerna som vi granskat saknade fem dokumentation om hur familjen varit delaktig i arbetet med framtagandet samt den unges och vårdnadshavares syn på genomförandet.

I samtliga granskade planer framgick mål med insatsen, när och hur den unge ska tillgodogöra sig insatser som andra huvudmän ansvarar för samt när och hur den unge ska ha kontakt med socialnämnden.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Har socialnämnden upprättat genomförandeplan?	15	19
Har familjen varit delaktig i arbetet med genomförandeplan?	10	19
Framgår målet med insatserna?	15	19
Framgår när och hur insatserna ska genomföras?	15	19
Framgår när och hur den unge ska tillgodogöra sig insatser som andra huvudmän ansvarar för?	15	19
Framgår när och hur den unge ska ha kontakt med socialnämnden?	15	19
Framgår den unges och vårdnadshavares syn på genomförandet?	10	19

8.1.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** säkerställer systematiskt att samtliga placerade barn och unga har en fastställd vård- och genomförandeplan.

Granskningen visar att det finns en fastställd rutin som tydligt anger att både vård- och genomförandeplan ska upprättas vid placering, samt att BBIC²⁸-strukturen ska användas som stöd. Rutinen uppges vara välkänd i organisationen och det finns upparbetade forum, såsom ärendegenomgångar och gruppvisa ärendedragningar, som enligt vår mening kan bidra till att planerna tas fram och hålls aktuella. Vidare finns en kollegial granskning som omfattar kontroll av vård- och genomförandeplaner men resultaten sammanställs inte löpande och det saknas ett systematiskt uppföljningsmått som säkerställer att samtliga placerade barn och unga har en vård- och genomförandeplan.

Eftersom det inte finns en strukturerad och centraliserad kontroll som löpande verifierar att varje ärende faktiskt har en aktuell vård- och genomförandeplan, bygger nämndens säkerställande i hög grad på lokala arbetssätt, manuella genomgångar och enskilda handläggares och teamledares uppföljning.

Vid vår stickprovskontroll framkommer vissa brister avseende säkerställandet av att vårdplan är upprättad innan beslut om vård. Vidare framkommer brister i form av att det i ett flertal ärenden saknas en, av nämnden, upprättad genomförandeplan. I ett par vårdplaner saknas dokumentation om den unges och/eller vårdnadshavarens syn på vården. I ett flertal genomförandeplaner saknas såväl dokumentation om delaktighet som den unges och/eller vårdnadshavarens syn på genomförande.

²⁸ Barnens behov i centrum.

8.2 UPPFÖLJNING

Vad gäller uppföljning är det enligt rutin socialsekreterare som ansvarar för att vården regelbundet följs upp utifrån vård- och genomförandeplan. Frekvens för uppföljning uppges variera mellan rutiner för olika HVB. Riktmärket är enligt rutinen *Placera på HVB, följa upp och avsluta insats* var sjätte vecka för behandlingshemmen.

Återkommande ärendegenomgångar hålls av teamledare var fjärde till sjätte vecka beroende på handläggares behov och erfarenhet. Kvalificerade handläggare har vanligtvis avstämning var sjätte vecka medan övriga har genomgång var fjärde vecka. Avstämningarna omfattar en genomgång av samtliga ärenden. Enligt uppgift finns en vägledning för detta som per november 2025 var under revidering. Vi har per januari 2026 tagit del av denna vägledning, vars syfte är att ge stöd till teamledare i genomgången av ärenden med socialsekreterare²⁹.

Vid behov genomförs även ärendedragningar i grupp inom de egna enheterna där frågor om exempelvis vård- och genomförandeplaner kan lyftas. Detta uppges fungera som ett forum för kollegialt stöd.

En så kallad kollegial granskning genomförs varje år av kvalificerade handläggare och teamledare. Granskning sker av slumpvis utvalda ärenden från andra enheter och omfattar bland annat ärenden inför placering och vård utanför det egna hemmet. Granskningen inkluderar även kontroll av vårdplaner och genomförandeplaner. Granskningen dokumenteras i ett formulär med frågor uppdelade inom olika områden. I formuläret för 2025 finns frågor kring om det finns en aktuell vårdplan i ärendet, vilka delar som beskrivs i barnets vårdplan samt om vårdplanen fortfarande är aktuell. Resultatet från kontrollerna har inte sammanställts vid tidpunkten för aktuell granskning.

Resultaten från den kollegiala granskningen återkopplas till respektive chef och följs upp både på enhetsnivå och på övergripande nivå. Den sammanställda helhetsbilden presenteras i en PowerPoint för genomgång med medarbetarna. Enligt intervjuade skapas på så sätt ett lärande.

8.3 PERSONLIGA BESÖK OCH SAMTAL MED BERÖRDA

I rutinen *Placera på HVB, följa upp och avsluta insats* framgår att socialsekreteraren regelbundet ska besöka barnet eller ungdomen och ge möjlighet till enskilda samtal. Enligt uppgift framgår ej av rutinen hur besök eller samtal med barnet eller den unge ska ske, med vilken omfattning eller med vilken frekvens. Vidare framgår att socialsekreteraren har ansvar att noga följa upp barnets hälsa, utveckling, sociala beteende, skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående. Dokumentation ska ske i dokumentet/mallen *Uppföljning av vård*.

Intervjuade uppger att det finns en etablerad kunskap och metodik för att säkerställa barns delaktighet och att teamledarna för kontinuerliga samtal med handläggarna kring detta vid sina uppföljningar. I arbetet att säkerställa att personliga besök och samtal har skett

²⁹ Ärendegenomgång och arbetstygndsmätning, beslutad av områdeschef 2026-01-07.

används SAMS-dokumentet³⁰, som innehåller områden som rör barnets situation, bland annat skolgång.

Barns delaktighet uppges även ingå som ett granskningsområde i den kollegiala granskningen, I granskningsformuläret för 2025 finns följande särskilda frågor vad gäller besök och samtal:

- Har handläggaren träffat barnet minst var tredje månad³¹?
- Har barnet erbjudits enskilt samtal med handläggare, i någon form, minst var tredje månad?

Resultatet från kontrollerna 2025 har inte sammanställts vid tidpunkten för aktuell granskning.

Enligt uppgift förväntas handläggaren besöka barnet och samla in relevanta uppgifter om barnets situation i samband med uppföljning av vården. Det uppges dock finnas en variation i vilka stöddokument som används vid uppföljning då samtliga handläggare inte använder uppföljningsdokumentet enligt BBIC som finns tillgängligt via förvaltningens verksamhetssystem. Uppföljningen sker ibland enbart i form av journalanteckningar.

Utöver de särskilda uppföljningarna följs ärenden också genom de månadsrapporter som inkommer från HVB.

8.3.1 Stickprov

Av de 20 ärendena som vi granskat har en placering så kort placeringstid att arbetet med uppföljning inte går att bedöma. I de övriga 19 ärendena noteras att samtliga ärenden har regelbundna uppföljningar dokumenterade. Samtliga ärenden har följts upp på ett strukturerat sätt där det av dokumentationen framgår att handläggare haft samtal med den unge, utförare och vårdnadshavare vid uppföljning. Vidare framgår av uppföljningarna att den unges utveckling, hälsa, sociala beteende, skolgång och relationer till närstående har följts upp.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Har besök genomförts vid uppföljning?	19	19
Har enskilda samtal genomförts eller har försök gjorts till enskilda samtal? Har detta i så fall dokumenterats tydligt?	19*	19
Har samtal med utförare genomförts vid uppföljning/ övervägande?	19	19
Har samtal med vårdnadshavare genomförts vid uppföljning/ övervägande?	19	19

³⁰ SAMS – Samverkan för placerade barn och ungas kontinuerliga skolgång. SAMS är ett gemensamt stöd från Specialpedagogiska myndigheten (SPSM), Skolverket och Socialstyrelsen för att säkerställa skolgången vid placeringar.

³¹ Granskning ska ske ett år bakåt i tiden.

Framgår uppföljning av utveckling	19	19
Framgår uppföljning av hälsa	19	19
Framgår uppföljning av socialt beteende	19	19
Framgår uppföljning av skolgång	19	19
Framgår uppföljning av relationer till närstående?	19	19

*I ett flertal ärenden är det inte tydligt hur kontakten skett även om det framkommer vad den unge sagt. Det saknas angivet hur den unge fått komma till tals.

8.4 ÖVERVÄGANDEN OCH OMRÖVNINGAR

Av rutinen *Placera på HVB, följa upp och avsluta insats* framgår att socialsekreterare ansvarar för att skriva övervägande enligt SoL och 2 § LVU respektive omprövning enligt 3 § LVU, minst var sjätte månad. Rutinen innehåller ingen beskrivning av nämndens skyldigheter, och det saknas en beskrivning av beslutsprocessen. Enligt socialnämndens *Delegations- och arbetsordning* har individutskottet delegation på beslut om överväganden enligt SoL respektive beslut om omprövningar enligt LVU.

Rutinen *Handlägga ärende enligt LVU*³² gör gällande att socialsekreterare ska överväga vården minst var sjätte månad om barnet är placerat enligt 2 § LVU eller ompröva vården inom sex månader om barnet är placerat enligt 3 § LVU. Rutinen innehåller en beskrivning av beslutsprocessen.

Intervjuade beskriver att ärendegenomgångar används för att tydliggöra när ärenden ska tas upp i individutskott. Teamledarna har ett särskilt ansvar att handläggarna känner till tidplanen samt att nödvändiga uppgifter dokumenteras. Vidare uppges att utskottssekreterare, enhetschefer och teamledare har god överblick över kommande utskottsärenden och att stor vikt läggs vid att överväganden och omprövningar genomförs inom lagstadgad tidsram. Inom ramen för den kollegiala granskningen kontrolleras även att vården övervägts/omprövats minst var sjätte månad.

Vid överväganden och omprövningar uppges handläggaren ansvara för att ta fram underlag som därefter lämnas till teamledaren för genomgång och godkännande. Teamledaren sammanställer sedan handlingarna och förser utskottssekreterare och utskottet med handlingar. Tillsammans med övervägandet upprättas även ett missiv med beslutsförslag utifrån BBIC-strukturen där ställningstagandet tydliggörs, exempelvis om vården ska omprövas eller fortsätta. Vid utskottssammanträdet är teamledaren alltid föredragande. Beslut fattade i individutskottet registreras av utskottssekreterare i verksamhetssystemet.

8.4.1 Stickprov

Av de 20 ärendena som vi granskat har fem ärenden en kortare placeringstid än sex månader och är därmed inte föremål för överväganden och/eller omprövning av vård.

³² Beslutad av förvaltningsdirektör 2025-05-14.

I övriga 15 ärenden har överväganden och omprövningar under perioden 2024–2025 granskats. I ett ärende gick det mer än sex månader mellan senaste övervägande och avslut av placering, varför övervägande borde genomförts även om avslut var planerat. I övriga 14 ärenden noteras inga avvikelser under granskad period.

Kontrollpunkt	Ja	Total
Är överväganden och omprövningar om fortsatt vård gjorda tidsmässigt enligt gällande regelverk?	14	15

8.4.2 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** säkerställt att vården av de barn och unga som vårdas i HVB nogga följs genom regelbundna personliga besök och samtal med berörda.

Enligt socialtjänstlagen 22 kap. § 11 har socialnämnden ansvar att följa vården av de barn och unga som placerats vid HVB. Detta uppföljningsansvar ska bland annat ske genom enskilda samtal med barnet eller den unge. Enskilda samtal ska enligt föreskrift ske i den omfattning som är lämplig med hänsyn till individens behov och önskemål. Aktuell granskning visar att uppföljning i stort sker på ett tydligt sätt. Dock, med hänvisning till att det i ett flertal ärenden saknas aktuella genomförandeplaner (se avsnitt 8.1.3), bedömer vi att det föreligger en risk för att genomförandet inte följs upp på ett ändamålsenligt och strukturerat sätt.

Granskningen visar att det finns en rutin som anger att socialsekreteraren ska besöka barnet och erbjuda enskilda samtal. Rutinerna saknar dock en riktning kring hur frekvent personliga besök och samtal ska ske. Avsaknaden av minsta frekvensangivelse innebär enligt vår mening en risk för variationer mellan handläggare och enheter. Det framkommer även i granskningen att dokumentationen av uppföljningar sker på olika sätt och inte alltid genom det formulär som finns tillgängligt i verksamhetssystemet, vilket försvårar en systematisk verifiering av att besök och samtal faktiskt genomförts.

Vår stickprovsgranskning visar att samtliga granskade ärenden enligt vår bedömning har följts upp enligt gällande lagstiftning.

Med hänsyn till nämndens lagstadgade uppföljningsansvar för vården av de barn och unga som placeras är vår bedömning dock att det bör säkerställas att de dokumenterade rutinerna kompletteras med vilken frekvens personliga besök och samtal med berörda som minst ska ske. Vi vill påpeka att vi vid stickprovet inte tydligt kunnat se om de personliga

besöken varit tillräckliga då det vid dokumentationen av uppföljningar inte varit tydligt hur uppföljning skett.

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** säkerställt att överväganden (och i vissa fall omprövningar) av fortsatt vård genomförts var sjätte månad för samtliga placeringar.

Vad gäller överväganden vill vi här förtydliga att våra bedömningar avser övervägande av fortsatt vård och inte övervägande enligt 14 § LVU som avser andra former av överväganden.

Granskningen visar att kraven vad gäller överväganden och omprövningar om fortsatt vård framgår av flera rutiner och att arbetet stöds av strukturer såsom ärendegenomgångar och arbetsprocesser inför individutskottens sammanträden.

Granskningen visar att arbetet i stor utsträckning bygger på teamledarnas och utskottssekreterarnas översikt och på lokala arbetssätt snarare än på en samlad strukturerad kontrollfunktion. Detta innebär att det saknas ett centralt systematiskt arbetssätt för att kontinuerligt säkerställa att alla överväganden och omprövningar sker inom rätt tid.

Vår sticksprovkontroll visar på att närmast samtliga av de granskade ärendena har övervägts och/eller omprövats inom av lagen angivna ramar.

9 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma huruvida socialnämnden har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har ändamålsenliga arbetsformer för att säkerställa god kvalitet i de HVB som nyttjas för placering av barn och unga. Vår samlade bedömning avseende uppföljning av placerade barn och unga är att socialnämnden endast delvis säkerställt att denna är ändamålsenlig.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att leverantörer utvärderas för varje enskild placering.
- Tillse att samtliga direktupphandlade avtal följs upp regelbundet.
- Överväga att upprätta ett centralt register för att samla och analysera information om leverantörer över tid.
- Säkerställa att vårdplan finns i samtliga ärenden innan beslut om vård samt att den unges och vårdnadshavare syn på vården dokumenteras.
- Säkerställa att genomförandeplan finns i samtliga ärenden samt att delaktighet och den unges och vårdnadshavares syn på genomförandet dokumenteras.
- Tillse att det finns en angiven minsta frekvens för hur ofta uppföljning och besök ska ske i varje ärende.
- Säkerställa att dokumentation av uppföljning och överväganden tydligt anger hur det säkerställts att den unge fått komma till tals.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Joakim Hackström-Larsson

Verksamhetsrevisor / specialist

Hannah Klarkner

Verksamhetsrevisor

Mikael Lind

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkrare och kundansvarig

Datum:
2026-03-20

Diarienummer:
KRN-2026-00042

Kommunrevisionen / Lekmannarevisionen
Missiv

Mottagare:

Kommunstyrelsen
Idrotts- och fritidsnämnden
Omsorgsnämnden
Räddningsnämnden
Utbildningsnämnden
Överförmyndarnämnden

Uppsala Stadshus AB
Uppsala kommun arenor och fastigheter AB
Uppsala Konsert och Kongress AB
Uppsala Vatten och Avfall AB
Destination Uppsala AB

För kännedom:

Kommunfullmäktige

Granskning av intern kontroll

Vi som förtroendevalda revisorer och lekmannarevisorer i Uppsala kommun har genomfört en samordnad granskning av kommunens rutiner och hantering av uppföljningen av den interna kontrollen. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Av kommunallagens 6 kapitel 6 § framgår att nämnderna, var och en på sitt område, ska tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten i övrigt. De ska även tillse att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Kommunstyrelsen och nämnderna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges mål, uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget bör respektive organisation bygga upp system och rutiner för ledning, styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa tillämpas. Revisorerna har utifrån sin riskbedömning konstaterat att det finns ett behov av att genomföra en granskning av området. En bristfällig styrning, uppföljning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt och att målen inte nås. Mot bakgrund av detta har vi beslutat att genomföra en fördjupad granskning på området.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser *i allt väsentligt* har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll samt att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Vidare bedömer vi att kommunövergripande styrdokument för intern kontroll såsom riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar, *i allt väsentligt* säkerställer tillräckliga förutsättningar utifrån nämndernas/styrelsernas eget ansvar för den interna kontrollen samt

kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Dock bedömer vi att det finns utvecklingsbehov vad gäller tillämpningen av fastställda riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visar att kommunkoncernen i huvudsak har en fungerande och koncerngemensam struktur för intern kontroll, med beslutade reglementen, riktlinjer och mallar som ska tillämpas av samtliga nämnder och bolagsstyrelser. Samtidigt varierar efterlevnaden mellan verksamheterna, särskilt vad gäller dokumentation, integrering av riskhantering och systematik i uppföljningen. De förtroendevalda erhåller inte heller en likvärdig utbildning inom intern kontroll, vilket påverkar förutsättningarna för styrning och uppföljning. Utifrån genomförd enkätundersökning konstateras i synnerhet upplevda brister inom omsorgsnämnden vad gäller intern kontroll utifrån COSO-modellens komponenter.

Sammantaget bedöms att modellen för intern kontroll är etablerad, men att tillämpningen till viss del är ojämn.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser.

Revisionen emotser yttrande från kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-06-20**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen / lekmanrevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande



Granskning av intern kontroll

Rapport

Uppsala kommun

2026-03-20

Antal sidor: 45

Antal bilagor: 2

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	7
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	7
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig styrelse/nämnd</i>	8
4	Revisionskriterier	8
5	Metod	8
5.1	<i>Dokumentstudier</i>	9
5.2	<i>Intervjuer/fokusgrupp</i>	9
5.3	<i>Enkätundersökning</i>	9
5.4	<i>Bedömningsnivåer</i>	10
5.5	<i>Kvalitetssäkring och faktakontroll</i>	10
6	Intern kontroll som begrepp och COSO	11
6.1	<i>Vad är intern kontroll?</i>	11
6.2	<i>COSO</i>	12
7	Resultat av granskningen	14
7.1	<i>Styrdokument, system och rutiner</i>	14
7.1.1	<i>Reglemente för intern kontroll</i>	14
7.1.2	<i>Riktlinjer och vägledningar</i>	14
7.1.3	<i>Rutiner och mallar</i>	17
7.1.4	<i>Bedömning</i>	19
7.2	<i>Internkontrollprocessen utifrån COSO</i>	21
7.2.1	<i>Kontrollmiljö</i>	21
7.2.2	<i>Riskhantering och riskbedömning</i>	23
7.2.3	<i>Kontrollaktiviteter</i>	26
7.2.4	<i>Information, kommunikation, övervakning och uppföljning</i>	27
7.2.5	<i>Övriga iakttagelser från enkätsvar</i>	29
7.2.6	<i>Bedömning</i>	30
7.3	<i>utbildning i intern kontroll</i>	33
7.3.1	<i>Bedömning</i>	34
8	Samlad bedömning och rekommendationer	35
9	Bilagor	38

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns revisorer och lekmannarevisorer fått i uppdrag att genomföra en samordnad granskning av kommunens rutiner och hantering av uppföljningen av den interna kontrollen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll samt om dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser¹, i allt väsentligt, har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll samt att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vidare bedömer vi att kommunövergripande styrdokument för intern kontroll såsom riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar, i allt väsentligt, säkerställer tillräckliga förutsättningar utifrån nämndernas/styrelsernas eget ansvar för den interna kontrollen samt kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Dock bedömer vi att det finns utvecklingsbehov vad gäller tillämpningen av fastställda riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visar att kommunkoncernen i huvudsak har en fungerande och koncerngemensam struktur för intern kontroll, med beslutade reglementen, riktlinjer och mallar som ska tillämpas av samtliga nämnder och bolagsstyrelser. Samtidigt varierar efterlevnaden mellan verksamheterna, särskilt vad gäller dokumentation, integrering av riskhantering och systematik i uppföljningen. De förtroendevalda erhåller inte heller en likvärdig utbildning inom intern kontroll, vilket påverkar förutsättningarna för styrning och uppföljning. Utifrån genomförd enkätundersökning konstateras i synnerhet upplevda brister inom omsorgsnämnden vad gäller intern kontroll utifrån COSO-modellens komponenter.

Sammantaget bedöms att modellen för intern kontroll är etablerad, men att tillämpningen till viss del är ojämn.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.



¹ Granskningen har avsett kommunstyrelsen, överförmyndarnämnden, räddningsnämnden, omsorgsnämnden, idrotts- och fritidsnämnden, utbildningsnämnden, Uppsala stadshus AB, Uppsala kommun arenor och fastigheter AB, Uppsala konsert och kongress AB, Uppsala vatten och avfall AB samt Destination Uppsala AB.

Revisionsfråga	Bedömning
Finns en antagen modell och struktur för en systematisk uppföljning av den interna kontrollen som omfattar samtliga nämnder och styrelser i kommunkoncernen?	Ja
Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser?	I allt väsentligt
Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens/styrelsens interna kontroll?	I allt väsentligt
Har respektive nämnd och styrelse antagit en dokumentation som beskriver sin organisation och säkerställande av den interna kontrollen?	Ja
Är strukturer och processer för uppföljning av intern kontroll ändamålsenliga?	I allt väsentligt
Får nämnder/styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister som framkommer av uppföljningen av intern kontroll?	I allt väsentligt
Erhåller de förtroendevalda i nämnder och styrelser utbildning i intern kontroll?	
Kommunstyrelsen och granskade nämnder	Endast delvis
Granskade bolagsstyrelser	I allt väsentligt

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen utifrån sin samordnande roll och uppsiktsplikt att:

- Säkerställa harmonisering mellan upprättade riktlinjer, rutiner och mallar.
- Tydliggöra krav på vilka delar som obligatoriskt ska ingå i internkontrollplaner och uppföljningar.
- Se över årshjulets tidpunkter för att möjliggöra att nämnder och bolag kan basera kommande internkontrollplan på föregående års uppföljning.
- Förtydliga hur riskanalyser som genomförs i andra processer ska kopplas till internkontrollarbetet.

- Dokumentera syfte, sammansättning och ansvar vad gäller nätverket för intern kontroll samt tillse att forumet utvecklas för att möjliggöra erfarenhetsutbyte mellan förvaltningar och bolag.
- Säkerställa att alla förtroendevalda får obligatorisk introduktionsutbildning inom intern kontroll samt återkommande fördjupningsutbildningar. Utbildningsinsatser bör göras likvärdiga för nämnder och bolagsstyrelser för att skapa en gemensam kompetensnivå.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi granskade nämnder och bolagsstyrelser att:

- Utveckla en mer systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder, inklusive dokumentation av om åtgärder fått avsedd effekt.
- Säkerställa att relevanta risker från exempelvis det systematiska kvalitetsarbetet, verksamhetsriskanalyser och andra riskprocesser fångas upp i internkontrollplaneringen.
- Tillse att alla förtroendevalda, inte endast arbetsutskott, ges tillgång till tillräcklig information inför riskvärderingar och uppföljning.
- Tillse en mer detaljerad rapportering av kontrollresultat där det behövs, inklusive tydligare motiveringar av åtgärder och avvikelser.

Vi rekommenderar även överförmyndarnämnden, räddningsnämnden och Uppsala Vatten och Avfall att:

- Säkerställa att fastställda mallar används fullt ut och att samtliga obligatoriska kontrollområden ingår.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer och lekmannarevisorer fått i uppdrag att genomföra en samordnad översiktlig granskning av kommunens rutiner och hantering av uppföljningen av den interna kontrollen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Av kommunallagens 6 kapitel 6 § framgår att nämnderna, var och en på sitt område, ska tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten i övrigt. De ska även tillse att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Kommunstyrelsen och nämnderna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges mål, uppdrag, lagar och föreskrifter.

För att fullgöra uppdraget bör respektive organisation bygga upp system och rutiner för ledning, styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa tillämpas. Revisorerna har utifrån sin riskbedömning konstaterat att det finns ett behov av att genomföra en granskning av området. En bristfällig styrning, uppföljning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt och att målen inte nås.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen och nämnder respektive bolagsstyrelser har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll samt att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

I granskningen har det även ingått att bedöma om kommunövergripande styrdokument för intern kontroll såsom riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar säkerställer tillräckliga förutsättningar utifrån nämndernas/styrelsernas eget ansvar för den interna kontrollen samt kommunstyrelsens uppsiktsplikt.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Finns en antagen modell och struktur för en systematisk uppföljning av den interna kontrollen som omfattar samtliga nämnder och styrelser i kommunkoncernen?
- Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser?
- Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens/styrelsens interna kontroll?
- Har respektive nämnd och styrelse antagit en dokumentation som beskriver sin organisation och säkerställande av den interna kontrollen?
- Är strukturer och processer för uppföljning av intern kontroll ändamålsenliga?

- Får nämnder/styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister som framkommer av uppföljningen av intern kontroll?
- Erhåller de förtroendevalda i nämnder och styrelser utbildning i intern kontroll?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

Granskningen har avgränsats till verksamhetsår 2025 innebärande att processen för uppföljning av intern kontroll 2025 berör arbete genomfört under 2024. I granskningen har även rapportering och redovisning av uppföljning av den interna kontrollen som skett för 2024 under 2025 granskats.

Granskningen har omfattat kommunens övergripande processer vad gäller säkerställande av intern kontroll.

Granskningen har avsett kommunstyrelsen, överförmyndarnämnden, räddningsnämnden, omsorgsnämnden, idrotts- och fritidsnämnden, utbildningsnämnden, Uppsala stadshus AB, Uppsala kommun arenor och fastigheter AB, Uppsala konsert och kongress AB, Uppsala vatten och avfall AB samt Destination Uppsala AB.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- **Kommunallagen (2017:725).**
Av 6 kap. 1 § kommunallagen framgår att styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. I 6 kap. 6 § kommunallagen fastslås att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- **Reglemente för intern kontroll inom Uppsala kommun och dess helägda bolag (KF).**
- **Riktlinjer för intern kontroll (KS).**

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer med berörda tjänstepersoner och förtroendevalda, fokusgrupper samt genom en enkätundersökning.

Nedan följer en sammanfattning av metoden, inklusive information om bedömningsnivåer och kvalitetssäkring av rapporten.

5.1 DOKUMENTSTUDIER

Dokumentstudierna har syftat till att ge oss en översiktlig bild av hur kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser tillser att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll, som skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Ett antal dokument har granskats och analyseras såsom reglemente för intern kontroll, riktlinje för intern kontroll, riktlinje för riskhantering, vägledning för internkontroll, kommunens mallar av intern kontroll, nämndernas och bolagens internkontrollplaner samt uppföljning av den interna kontrollen.

Hänvisning till dokumentation som utgjort underlag för iakttagelser, bedömningar och slutsatser sker löpande i rapporten.

5.2 INTERVJUER/FOKUSGRUPP

Inom ramen för granskningen har dokumentstudierna kompletterats med intervjuer och fokusgrupp. Inledningsvis genomfördes intervjuer med verksamhetscontroller/samordnare för intern kontroll respektive chef för planerings- och kvalitetsavdelningen på kommunledningskontoret utifrån ett övergripande perspektiv. Därefter intervjuades handläggare/samordnare för intern kontroll inom ramen för en fokusgrupp. En fokusgrupp bestod av representanter vad gäller förvaltningarnas internkontrollarbete, dvs utsedda handläggare/samordnare för intern kontroll. En annan fokusgrupp bestod av representanter för bolagens internkontrollarbete, och innehöll därmed handläggare/samordnare för intern kontroll från respektive bolag som är föremål i granskningen. Syftet med att samla handläggarna var för att kunna identifiera likheter och skillnader i tillvägagångssätt, samt för att handläggarna sinsemellan skulle kunna utbyta erfarenheter kring arbetet. Fokusgrupperna genomfördes på plats i Uppsala kommun under december månad 2025. Kompletterande intervju hölls med de handläggare som inte kunde delta på plats för att fånga upp samtligas perspektiv.

Efterföljt av fokusgrupperna genomfördes kortare intervjuer med förvaltningschefer respektive VD för samtliga revisionsobjekt².

5.3 ENKÄTUNDERSÖKNING

Inom ramen för granskningen har en enkät distribuerats till samtliga ledamöter³ i kommunstyrelsen samt i berörda nämnder och bolagsstyrelser. Enkäten omfattade 15 frågor och utformades med utgångspunkt i COSO-modellens⁴ komponenter enligt följande:

- *Kontrollmiljö* med frågor om ledarskap, etik, ansvar och kompetens.

² Kommunstyrelsen, räddningsnämnden, överförmyndarnämnden, omsorgsnämnden, idrotts- och fritidsnämnden, utbildningsnämnden, Uppsala Konsert och Kongress AB, Uppsala Vatten och Avfall AB, Destination Uppsala AB, Uppsala kommun Arenor och Fastigheter AB, Uppsala Stadshus AB.

³ Inklusive ersättare.

⁴ Se avsnitt 6.2 för en beskrivning av modellen.

- *Riskhantering/bedömning* med frågor om att identifiera, analyser och värdera risker.
- *Kontrollaktiviteter* med frågor om rutiner, kontroller och åtgärder.
- *Övervakning och uppföljning* med frågor om löpande monitorering, utvärdering och återkoppling.

Respondenterna gavs även möjlighet att i fritext beskriva vilka delar av internkontrollprocessen som bedöms fungera väl respektive mindre väl, vilka utvecklings- eller förbättringsområden som identifierats samt om de tidigare tagit del av revisionens synpunkter avseende uppföljning av intern kontroll. Det har varit möjligt att avstå från att besvara enskilda frågor i de fall respondenten bedömt att svar inte kunnat lämnas.

Totalt 169 personer mottog enkäten via e-post. Utöver det initiala utskicket skickades tre påminnelser, inklusive information om förlängd svarstid. Av totalt 169 personer har 110 personer besvarat enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens om cirka 65,1 procent. Samtliga respondenter har dock inte besvarat alla frågor. I vissa ja- och nej-frågor har respondenter valt att lämna fritextsvar i stället för att ange ett av de givna svarsalternativen. Där så varit möjligt har dessa fritextsvar tolkats och kategoriserats som "ja" eller "nej" utifrån innehållet. I de fall tolkning inte bedömts möjlig har svaren exkluderats från den kvantitativa sammanställningen.

Enkäten har genomförts anonymt. Respondenterna har dock uppgett i vilken nämnd eller bolag de har sitt huvudsakliga uppdrag, i syfte att möjliggöra en analys av eventuella mönster och skillnader mellan olika verksamheter. Av de 169 mottagarna har 36 personer uppdrag i mer än en nämnd eller bolag. Detta medför att svarsfrekvensen kan variera mellan olika nämnder och bolag, då dessa respondenter har haft möjlighet att besvara enkäten utifrån ett av sina uppdrag. Exempelvis är det enbart en respondent från Uppsala Stadshus och en respondent från Destination Uppsala. Givet detta bör svaren från enkäten tolkas med försiktighet, givet att svaren inte nödvändigtvis är representativa för samtliga inom en nämnd/styrelse. En sammanställning av enkätens frågor samt inkomna svar redovisas i avsnitt 9.1.

5.4 BEDÖMNINGSNIVÅER

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



5.5 KVALITETSSÄKRING OCH FAKTAKONTROLL

Kvalitetssäkringen av granskningen och rubricerad revisionsrapport har skett enligt Azets Revision & Rådgivnings gängse rutiner. De funktioner som intervjuats i granskningen har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten i syfte att verifiera dess uppgifter.

6 INTERN KONTROLL SOM BEGREPP OCH COSO

6.1 VAD ÄR INTERN KONTROLL?

Med intern kontroll avses de strukturer, system och processer som bidrar till tydlighet och ordning och som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. Den interna kontrollen ingår i styrningen och är en del av ledningssystemet. Intern kontroll är alltså ett förlopp eller flöde av strukturer och aktiviteter som tillsammans ska leda det avsedda syftet. Den består av flera delar såsom robust organisation, riskanalyser som riktar arbetet, planerade åtgärder och kontroller samt uppföljning.

Den interna kontrollen bidrar också till att minimera risker, förluster, bedrägerier, misstankar och andra skador. En god intern kontroll kan ge förutsättningar för en rimlig säkerhet. Intern kontroll syftar således till att:

- Verksamheten når sina mål – med effektivitet, säkerhet och stabilitet.
- Att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande.
- Att verksamheten efterlever lagar, regler och avtal.

Kommunallagen (KL) uttrycker att respektive styrelse och nämnd har ansvar för den interna kontrollen inom dess verksamhetsområde. Varje styrelse och nämnd måste ta ställning till vilka konkreta behov av intern kontroll det finns i den egna verksamheten för att säkerställa att de mål som finns för verksamheten uppnås. Detta kan genomföras genom att medverka i riskanalys inför prioritering av kontrollåtgärder, vilka ofta återfinns i en antagen internkontrollplan. Respektive styrelse och nämnd ska även bedöma den interna kontrollen i samband med verksamhetsberättelse/årsbokslut. I en sådan bedömning är det av vikt att styrelsen och nämnden har givits en ändamålsenlig rapportering av genomförda åtgärder och kontroller.

Om arbetet med intern kontroll genomförs på ett systematiskt sätt är det ett verktyg för verksamheternas utvecklings- och kvalitetsarbete och ett sätt att styra mot de mål som är uppsatta. Intern kontroll handlar om att aktivt leda en verksamhet på ett riskmedvetet sätt och är en ständigt pågående process där förtroendevalda och ledning måste vara involverade samt där alla medarbetare i en organisation har en viktig funktion. Om detta ska uppnås krävs att arbetet med intern kontroll är:

- En integrerad del av den dagliga verksamheten.
- Integrerad med andra ledningsprocesser.
- Sker i samverkan mellan förtroendevalda, chefer och övrig personal.
- Alla har en roll och ett ansvar.
- Kunskap om målen för verksamheterna samt vad som styr mot målen.

God intern kontroll bidrar i sin förlängning till att stärka det allmänna förtroendet för de politiskt styrda verksamheterna.

6.2 COSO

COSO⁵-modellen är ett ramverk som organisationer kan använda sig av i arbetet med intern kontroll och styrning, och är idag en av de mest erkända modellerna inom intern kontroll. Syftet med modellen är att definiera vilka komponenter som ingår i intern styrning och kontroll samt vägleda utvärdering och utveckling av organisationers interna kontrollsystem.

Modellen består av fem komponenter:

- **Kontrollmiljön** som är det sammanhang och omgivning som den interna kontrollen verkar i. Kontrollmiljön består av formella faktorer såsom lagar, regelverk och organisation samt informella faktorer såsom värdegrund, organisationskultur och ledningens sätt att leda. Kontrollmiljön definierar även att det ska finnas tydliga roller, ansvar och befogenheter.
- **Risikanalys och riskbedömning** syftar till att identifiera vilka risker som finns i verksamheten i förhållande till mål, lagar och regler. Riskanalyser är en ständigt pågående process, och används i många syften. Riskanalyser kan upprättas utifrån olika förutsättningar i organisationens delar, och det finns exempelvis inom verksamheter som vård- och omsorg särskilda krav på genomförandet av riskanalyser. Inom arbetet med den interna kontrollen är riskanalysen det centrala verktyget.
- **Kontrollaktiviteter** är både inbyggda kontroller i det löpande arbetet samt särskilda uppföljande kontrollinsatser utifrån de risker som identifierats i verksamheten. Inom ramen för arbetet med den interna kontrollen prioriteras och bestäms vilka åtgärder som ska genomföras och vilka uppföljande kontroller som ska göras. Ofta dokumenteras detta i internkontrollplan.
- **Information och kommunikation** mellan medarbetare och ledning. Ledningen behöver information från medarbetare om verksamheten för att kunna styra och medarbetare behöver information från ledningen om uppdrag, ansvar och förutsättningar.
- **Övervakning och uppföljning** avser den uppföljning och utvärdering som nämnder och styrelser gör för att säkerställa att systemet för den interna kontrollen fungerar. Tillsynen är en årlig process och kontrollaktiviteter ska utvärderas, analyseras och revideras löpande. Ett vanligt verktyg för detta är internkontrollplanen. Vid uppföljning sker analys och återkoppling av resultatet av arbetet med internkontrollplanen till ansvarig nämnd eller styrelse.

I COSO-modellen finns även fyra målområden; Strategi, verksamhetsstyrning, rapportering och efterlevnad av lagar och regelverk.

⁵ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commissions.

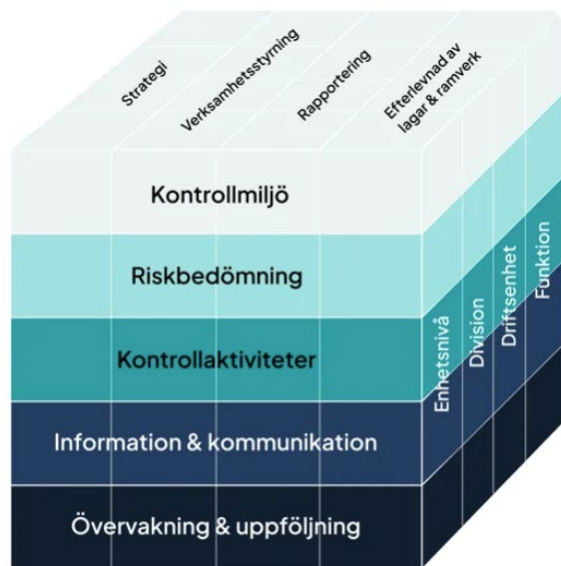


Bild 1: COSO-kuben

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 STYRDOKUMENT, SYSTEM OCH RUTINER

7.1.1 Reglemente för intern kontroll

Kommunfullmäktige antog i februari 2022 *Reglemente för intern kontroll inom Uppsala kommun och dess helägda bolag*⁶. Reglementet är gällande för samtliga nämnder och bolag inom kommunkoncernen.

Av reglementet framgår att nämnder och bolagsstyrelser ska tillse att väsentliga risker, inom respektive ansvarsområde, identifieras, analyseras, prioriteras, åtgärdas och följs upp. I detta arbete ska hänsyn tas till värderingen av riskerna och de resurser som krävs för att åtgärda dessa. Arbetet ska genomföras i enlighet med riktlinjer som kommunstyrelsen fastställer samt dokumenteras i gällande mallar.

Reglementet innehåller en beskrivning av ansvar för nämnder och bolagsstyrelser. Av reglementet framgår att nämnder och bolagsstyrelser har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt respektive ansvarsområde. Därtill ska respektive nämnd och bolagsstyrelse tillse respektive genomföra följande:

- Att det finns en organisation och arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll.
- Att det finns tillräckliga styrdokument och arbetssätt för verksamheten inom ansvarsområdet.
- Årligen besluta om en plan för den interna kontrollen. Planen ska tas fram i samband med framtagandet av verksamhetsplan eller affärsplan.
- Tillse att resultatet av uppföljningen av den interna kontrollen rapporteras till nämnden eller bolagsstyrelsen minst en gång per år. Rapporteringen ska utformas i enlighet med riktlinjer som kommunstyrelsen fastställer och i gällande mallar.

Reglementet gör gällande att kommunstyrelsen dels ska ha uppsikt över samtliga nämnders och bolagsstyrelsernas verksamheter, dels att styrelsen har det övergripande ansvaret för att skapa förutsättningar för en god intern kontroll i kommunkoncernen. Av reglementet framgår vidare att kommunstyrelsen, utifrån sin särskilda roll, antingen kan rekommendera eller besluta om obligatoriska kontrollmoment för enskilda, flera eller samtliga nämnder och bolagsstyrelser att hantera i sina respektive internkontrollplaner.

7.1.2 Riktlinjer och vägledningar

7.1.2.1 Riktlinje för planering, riskhantering, uppföljning och intern kontroll

I februari 2023 beslutade kommunstyrelsen om *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll*⁷, som omfattar samtliga nämnder och helägda bolag. Riktlinjen är uppdelad utifrån olika faser och beskriver

⁶ Kommunfullmäktige (KF) 2022-02-28.

⁷ Kommunstyrelsen (KS), 2023-02-17.

översiktligt processerna kring omvärlds- och riskanalys, planering, verksamhets- och affärsplan, uppföljningsplan, internkontrollplan, uppföljning av verksamhets- och affärsplan samt uppföljning av internkontrollplan.

Riktlinjen gör gällande att nämnder och bolagsstyrelser ska prioritera risker och förändringstryck som påverkar möjligheterna att nå uppsatta mål och uppdrag utifrån den koncerngemensamma omvärldsanalys som genomförs varje år. Riskerna ska omhändertas *antingen* i verksamhets- och affärsplanen eller i internkontrollplanen. Processen vad gäller riskhantering beskrivs i kommunstyrelsens beslutade *Riktlinje för riskhantering*⁸. Av denna framgår att en systematisk riskhantering består av:

- Riskidentifiering.
- Riskbeskrivning.
- Riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens.
- Riskbehandling, det vill säga beslut hur risken ska omhändertas baserat på riskvärdering.
- Uppföljning om riskbehandling och genomförda åtgärder fått önskad effekt.

I *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* framgår att nämndernas och bolagsstyrelsernas internkontrollplaner gäller för ett år samt att de ska dokumenteras enligt en koncerngemensam mall. I den dokumenterade planen ska det tydligt framgå vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Riktlinjen gör gällande att respektive internkontrollplan *alltid* ska innehålla kontrollmoment inom följande områden:

- Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner.
- Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut.
- Finansiell kontroll.
- Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

Internkontrollplanen ska innefatta en analys av nämndens och bolagets arbete och system för den interna kontrollen beskrivas i en koncerngemensam mall. Analysen ska arbetas fram i samband med internkontrollplanens framtagande.

Vad gäller uppföljning så ska kontrollmomenten följas upp enligt den beslutade planen, och en gång per år ska uppföljningen sammanfattas i en rapport som nämnden eller bolagsstyrelsen ska besluta om senast den 31 januari⁹ efterföljande år. Rapporten ska beskriva vad som har kontrollerats, hur kontrollen har genomförts, resultatet av kontrollen, åtgärder med anledning av resultatet av kontrollen samt tidpunkt för när åtgärden ska vara genomförd.

⁸ KS, 2021-05-26.

⁹ Eller på närmast efterföljande sammanträde om inte nämnden/bolagsstyrelsen har sammanträde i januari.

Efter beslut i nämnd eller bolagsstyrelse ska uppföljningsrapporten anmälas till kommunstyrelsen.

7.1.2.2 Vägledning för intern kontroll

Som ett stöd för att kunna efterleva ovan nämnda riktlinjer har kommunledningskontoret upprättat vägledningen *Arbeta med intern kontroll*¹⁰, som beskriver hur verksamheterna kan strukturera och bedriva arbetet med den interna kontrollen. Vägledningen är omfattande och beskriver definitionen av intern kontroll, styrning och organisering, kontrollmiljö, hur arbetet bör utformas steg för steg, information om plan för intern kontroll samt avrapportering av den interna kontrollen.

Vad gäller organisering av den interna kontrollen beskrivs i vägledningen att det är väsentligt att det finns en eller flera utsedda ansvariga handläggare för den interna kontrollen som har relevant kompetens för arbetet. Den ansvariga handläggarens arbetsuppgifter innefattar bland annat att samordna internkontrollarbetet samt utformningen och uppföljningen av internkontrollplanen. *Kontrollmiljön* anges utgöra grunden för en fungerande intern kontroll och omfattar organisationens förhållningssätt, strukturer och processer. Det betonas att ledningens prioritering och tydliga signaler om intern kontrollens betydelse är avgörande, liksom en kultur som främjar kvalitet, utveckling och öppenhet. Vidare framhålls vikten av tydliga rutiner, en aktiv användning av planen för intern kontroll samt väl fungerande informationsflöden.

Vägledningen beskriver även hur arbetet med intern kontroll bör utformas i nedanstående steg:

1. *Riskhantering* som bör ske i flera olika nivåer i verksamheten. Riskerna ska värderas och sammanställas i ett så kallat riskregister, utifrån beslutad mall. Det är enbart riskerna som prioriterats för åtgärd som ska återfinnas i internkontrollplanen.
2. *Kontrollmoment* som är konkreta åtgärder som vidtas för att motverka, minimera eller i vissa fall eliminera risk. Det anges att kontrollmoment inte alltid ingår i internkontrollplanen eftersom de flesta av kommunens interna kontroller är åtgärder som utförs i det dagliga arbetet, exempelvis utforma och tillämpa rutiner, processer eller andra sätt för att kvalitetssäkra arbetet. En kontrollmetod ska kopplas till momentet.
3. *Genomförande av kontrollmoment*. Vägledningen beskriver att det är fördelaktigt om utförande och avrapportering till nämnd eller bolagsstyrelse sker även vid andra tillfällen än delår- och helårsbokslut.
4. *Åtgärda upptäckta brister*. Av vägledningen framgår att det generellt bör vara ansvarig chef som är ansvarig för åtgärden, medan direktören är ansvarig för att tillse att åtgärderna genomförs och följs upp. Det framgår även att resultatet av åtgärderna behöver följas upp och rapporteras.

¹⁰ Beslutad av avdelningschef kvalitet och planering, 2022-11-09.

7.1.3 Rutiner och mallar

Vi har inom ramen för granskningen erhållit ett antal stödande dokument som ska användas i nämndernas och bolagsstyrelsernas arbete med intern kontroll. Vi har tagit del av rutinen *Genomföra riskhantering*¹¹ vilken är ett komplement till tidigare angiven *Riktlinje för riskhantering*. Rutinen konkretiserar processen för riskhantering utifrån stegen förbereda riskhantering, identifiera risker, beskrivs risker, värdera risker, behandla risker och följa upp riskhantering. Rutinen innehåller även en bilaga med en riskmatris som kan användas vid riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens.

Utöver rutinen har vi tagit del av en mall för riskregister där samtliga risker som identifierats utifrån den årliga omvärldsanalysen ska dokumenteras. Utifrån riskregistret ska sedan nämnder och bolagsstyrelser identifiera vilka av dessa som ska prioriteras för åtgärd i antingen verksamhets- och affärsplan eller internkontrollplan. Det finns en mall för internkontrollplan som ska användas som inkluderar information om syfte, analys av internkontroll föregående år, planerad utveckling framåt, begreppslista samt en matris för själva internkontrollplanen. Av mallen framgår att en riskvärdering ska biläggas samt att respektive nämnd och bolagsstyrelse ska göra en egen riskvärdering av de risker som de obligatoriska kontrollmomenten från kommunstyrelsen bygger på.

För uppföljning av den interna kontrollen finns en särskild koncerngemensam mall som ska användas. Även denna mall innehåller rubriker som ska fyllas i utifrån arbetet med intern kontroll under året, sammanfattning av granskningar samt fördjupad redovisning av kontrollmoment. Uppföljning ska minst ske en gång per år.

Som tidigare angivits, utifrån vad som framgår av reglemente och riktlinjer, ska rutinerna och mallarna användas. Samtliga mallar innehåller anvisningar om vad som ska fyllas i under respektive rubrik.

7.1.3.1 Rutiner och mallar i praktiken

I samband med intervju framkommer att kommunens riktlinjer, rutiner och mallar för intern kontroll i huvudsak uppfattas som ändamålsenliga och som ett gott stöd i det praktiska arbetet. Samtidigt identifierar flera av de intervjuade vissa utvecklingsområden, särskilt avseende tydliggörande av vilken dokumentation som är obligatorisk respektive frivillig. Ett exempel är att vissa förvaltningar och bolag upprättar en särskild riskhanteringsrapport som bilaga till internkontrollplanen, medan motsvarande dokumentation saknas hos andra. Det framgår att mallen inte tydligt beskriver vad riskvärderingen ska omfatta. Även om det anges att en riskrapport ska tas fram är det oklart för flera intervjuade vad denna rapport ska innehålla, samt om den ska utformas på ett särskilt sätt och biläggas internkontrollplanen.

Därutöver framförs att det finns behov av att tydliggöra relationen mellan de övergripande rutinerna för riskhantering och de mallar som används inom internkontrollprocessen. De intervjuade beskriver att rutinerna för riskhantering är brett utformade och avser riskhantering på en generell nivå, medan mallarna som hör till internkontrollplanen enbart

¹¹ Beslutad av avdelningschef kvalitet och planering KKK, 2021-06-11.

behandlar riskhantering kopplad till framtagandet av internkontrollplanen. Detta upplevs skapa otydlighet kring hur dessa delar förhåller sig till varandra, och ett förtydligande efterfrågas.

Vidare framförs att innebörden av "förslag på åtgärder" i mallen för internkontrollplan upplevs som otydlig och att vägledning kring hur detta ska tolkas och dokumenteras behöver stärkas. Vissa intervjuade upplever även att mallen för intern kontroll är alltför omfattande och att den inkluderar delar som rör den interna kontrollen generellt, snarare än enbart internkontrollplanen. Detta anses bidra till en risk för sammanblandning mellan olika typer av dokument. Det lyfts även att mallen anger att nämnden respektive bolagsstyrelsen ska involveras i arbetet, men att det inte tydligt framgår på vilket sätt denna involvering ska ske. Därtill finns ett behov av att formalisera vilken dokumentation som ska tas fram inom ramen för internkontrollprocessen, eftersom upplevelsen är att nuvarande praxis varierar mellan verksamheterna.

7.1.3.2 Årshjul

Ett årshjul har upprättats som tydliggör processen för den interna kontrollen, samt när på verksamhetsåret de olika stegen ska genomföras. I nedanstående bild illustreras årshjulet.

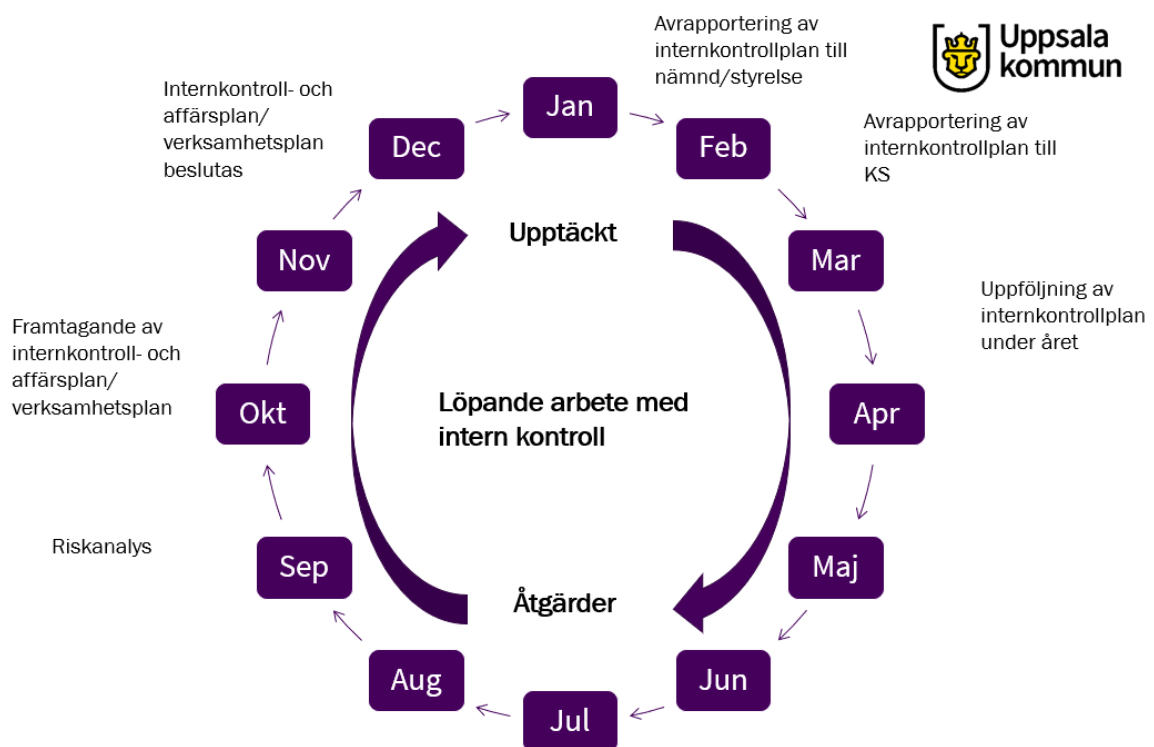


Bild 2: Årshjul intern kontroll

Vid intervju uppges att det finns behov av att revidera årshjulet för intern kontroll. Flera av de intervjuade påtar en problematik i att internkontrollplanen för nästkommande år beslutas i december, samtidigt som redovisningen av innevarande års interna kontroll sker först i februari / mars nästkommande år. De intervjuade framhåller att det vore fördelaktigt att ha tillgång till resultaten av det gångna årets kontroller vid beslut om kommande års

internkontrollplan. Vidare betonas vikten av att nämnd respektive bolagsstyrelse har ett tillräckligt beslutsunderlag inför fastställandet av en ny internkontrollplan, något som kan vara utmanande om resultat och vidtagna åtgärder ännu inte har rapporterats. Problemställningen anges vara särskilt framträdande i de nämnder och bolag som redovisar uppföljning av den interna kontrollen koncentrerat till en eller två gånger per år.

7.1.4 Bedömning

Vår bedömning är att det **finns** en antagen modell och struktur för en systematisk uppföljning av den interna kontrollen som omfattar samtliga nämnder och styrelser i kommunkoncernen.

Granskningen visar att det inom kommunkoncernen finns en formellt antagen och koncerngemensam modell för intern kontroll och för den systematiska uppföljningen av denna. Modellen utgår från ett av kommunfullmäktige beslutat reglemente som tydligt anger ansvarsfördelning, krav på riskidentifiering och krav på uppföljning inom samtliga nämnder och helägda bolagsstyrelser. Reglementet kompletteras av kommunstyrelsens riktlinjer, vilka mer detaljerat beskriver processerna för planering, riskhantering, uppföljning och intern kontroll. Dessa riktlinjer gäller för hela kommunkoncernen och anger bland annat hur risker ska identifieras, värderas och omhändertas samt hur kontrollmoment ska följas upp och rapporteras. Det finns även ett koncerngemensamt årshjul som tidsmässigt strukturerar arbetet, samt vägledningar och rutiner som ger ytterligare stöd i genomförandet. Tillsammans utgör dessa dokument en sammanhållen struktur som uppfyller kraven på en antagen modell som omfattar samtliga nämnder och styrelser.

Vår bedömning är att styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner **i allt väsentligt** är ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser.

Bedömningen baseras på att det finns koncerngemensamma mallar för riskregister, internkontrollplaner och uppföljningsrapporter, vilka säkerställer att uppföljningen av den interna kontrollen genomförs enligt en enhetlig metodik. Mallarna beskriver vad som ska följas upp, hur resultat ska dokumenteras och när rapportering ska ske, och uppföljningen ska redovisas till nämnd eller bolagsstyrelse minst en gång per år samt därefter anmälas till kommunstyrelsen. Därigenom skapas en tydlig formell struktur för hur uppföljningen ska ske i hela koncernen.

Samtidigt visar intervjuer att tillämpningen varierar mellan verksamheterna. Även om modellen som beskrivits tidigare är gemensam och formellt beslutad upplever flera intervjuade att mallarnas utformning och relationen mellan olika styrdokument inte alltid är helt tydliga. Detta gäller särskilt skillnaden mellan riskhanteringsrutinerna och mallarna för

internkontrollplanen, liksom vilka delar av dokumentationen som är obligatoriska respektive frivilliga. Det framkommer även att praxis skiljer sig åt, exempelvis avseende om särskilda riskrapporter tas fram, hur riskvärderingen dokumenteras och hur involveringen av nämnd eller styrelse sker under framtagandet av internkontrollplanen. Årshjulet uppfattas också behöva revideras, eftersom nuvarande tidpunkter för beslut och uppföljning inte alltid ger verksamheterna möjlighet att fullt ut basera kommande års internkontrollplan på resultaten från föregående års uppföljning. Vår bedömning är att dessa tillämpningsskillnader indikerar ett behov av ytterligare förtydliganden och harmonisering.

7.2 INTERNKONTROLLPROCESSEN UTIFRÅN COSO

I detta avsnitt redogörs för kommunstyrelsens samt berörda nämnders och bolagsstyrelsers arbete med intern kontroll, strukturerat utifrån COSO-modellens komponenter. För varje komponent presenteras en övergripande beskrivning av revisionsobjektens arbete baserat på tillgänglig dokumentation och de uppgifter som framkommit i intervjuer. Därefter redovisas särskilda iakttagelser från den genomförda enkätundersökningen, kopplat till respektive komponent.

7.2.1 Kontrollmiljö

Som beskrivits i 7.1.2.2 framgår av de koncerngemensamma riktlinjerna och rutinerna att kontrollmiljön utgörs av förhållningssätt, processer och strukturer för intern kontroll samt att ledningen behöver prioritera arbetet med intern kontroll. Förhållningssättet innebär att det finns en kultur som uppmuntrar medarbetare att arbeta med att kvalitetssäkra och utveckla sitt arbete och som tillåter att medarbetare påtalar fel eller brister. Väl fungerande informationsflöden är av väsentlighet för att säkerställa en god kontrollmiljö, och för att tillse att samtliga chefer och medarbetare känner till de riktlinjer och rutiner som ska tillämpas inom verksamheten.

I intervju uppges att kontrollmiljön inom koncernen präglas av ett brett och delat ansvar för den interna kontrollen. Det framkommer att ansvaret sträcker sig genom hela organisationen och omfattar samtliga nivåer från medarbetare i den dagliga verksamheten till chefer, nämnder och styrelser. Ansvaret uppges vara tydligt utifrån dels lagstiftning, dels genom de styrande och stödjande dokument som upprättats. Vid intervju med representanter från kommunledningskontoret (KLK) betonas att kommunstyrelsen, genom sin uppsiktsplikt, har det övergripande ansvaret samtidigt som varje nämnd och bolagsstyrelse bär det formella ansvaret för internkontrollen inom sina respektive verksamhetsområden.

Flera av de intervjuade uppger att intern kontroll innefattar mer än framtagandet av internkontrollplaner, då en fungerande intern kontroll också bygger på etablerade processer och rutiner, en ändamålsenlig kultur och att rätt kompetens finns på rätt plats. Kunskapen om intern kontroll beskrivs dock vara varierande och ett utvecklingsområde som lyfts gäller behovet av att ytterligare stärka förståelsen för internkontrollens syfte, både hos förtroendevalda och i verksamheterna. Flera av de intervjuade upplever samtidigt att förståelsen och engagemanget ökar, och att organisationen successivt utvecklar en tydligare insikt i vilket ansvar olika roller har i internkontrollarbetet, delvis mot bakgrund av händelser som har riktat större uppmärksamhet mot området.

7.2.1.1 Samverkansforum

Som beskrivits i avsnitt 7.1.2.2 anger vägledningen *Arbete med intern kontroll* att det är väsentligt att det finns en eller flera handläggare som ansvarar för att samordna arbetet med den interna kontrollen inom den specifika nämnden eller bolagsstyrelsen. Som ett komplement till de riktlinjer, rutiner och mallar som ska användas finns även ett koncerngemensamt nätverk där ansvariga handläggare från varje nämnd och bolag deltar. Syftet med nätverket uppges i intervju vara att ta del av information om

koncerngemensamma riktlinjer, rutiner och mallar utifall dessa justerats samt få information om de obligatoriska kontrollmomenten från kommunstyrelsen och KLK. De som är ansvariga för de obligatoriska momenten uppges ha bjudits in till träffen och de ansvariga handläggarna från respektive förvaltning och bolag har kunnat ställa frågor. Nätverket sammanträder vanligtvis två gånger per år, en gång per termin. Träffen sker vanligtvis fysiskt. I intervju uppges att nätverket enbart sammanträtt digitalt en gång under 2025. Vidare framgår att nätverket disponerar en gemensam teamskanal, vilken huvudsakligen används för att hantera och besvara frågor från deltagarna, samt information/upplysningar om exempelvis nyheter i mallar, påminnelser om tidplan, beslut om obligatoriska kontrollmoment samt tider för fördjupningsutbildning.

I intervju uppges att nätverket historiskt har haft fokus på praktiska frågor kring vad som ska finnas med i internkontrollplanerna utifrån gemensamma riktlinjer och mallar. Fokus har inte varit att utbyta erfarenheter sinsemellan, något de intervjuade lyfter som ett utvecklingsområde.

Det noteras att det inte finns någon dokumenterad beskrivning av nätverkets syfte, sammansättning, uppgifter eller vem som är ansvarig för att sammankalla nätverket.

7.2.1.2 Iakttagelser från enkätsvar

Inom ramen för komponenten *Kontrollmiljö* ställdes fem frågor till respondenterna. I nedanstående tabell listas dessa tillsammans med samlade svar per fråga. Statistik redovisas i antal svarande per svarsalternativ. I bilaga 9.2 återfinns en beskrivning av svar per revisionsobjekt.

Hur väl anser du att din nämnd, styrelse eller bolags mål, riktlinjer och värdegrund är kända och efterlevs i verksamheten? ¹²

Mycket väl	Ganska väl	Varken väl eller dåligt	Ganska dåligt	Inte alls
45	50	7	3	0
36	58	10	4	0

Tabell 1: Svar på frågor inom kontrollmiljö, svarsalternativ mycket väl -inte alls.

Hur tydligt upplever du att ditt eget ansvar som ledamot i din nämnd, styrelse eller bolag i internkontrollarbetet är definierat?

¹² Två respondenter besvarade ej frågan.

Svarsalternativ	Ja	Nej
Anser du att ansvar och roller kring intern kontroll är tydligt definierade för din nämnd/styrelse/bolag och tjänstepersoner? ¹³	92	18
Upplever du att du har tillräcklig kunskap om intern kontroll? ¹⁴	84	25
Efterfrågar du mer utbildning? ¹⁵	40	70

Tabell 2: Svar på frågor inom kontrollmiljö, svarsalternativ ja eller nej.

Utifrån redovisade svar konstateras att majoriteten av respondenterna anser att mål, riktlinjer samt värdegrund är kända och efterlevs av verksamheten. Av de som svarat "varken väl eller dåligt" eller "ganska dåligt" utgörs majoriteten av svaren från omsorgsnämnden följt av kommunstyrelsen och räddningsnämnden.

Utifrån redovisade svar konstateras att majoriteten av respondenterna upplever att ansvarsfördelningen är tydlig. De som besvarat att det finns otydligheter är främst ledamöter inom omsorgsnämnden. I fritextsvaren framkommer att ansvaret visserligen är definierat i styrande dokument, men att detta inte återspeglas i praktiken, särskilt i situationer där något inte fungerar som avsett. Det uppges även finnas flera exempel på incidenter. Vidare framgår att det inte vidtas några konkreta åtgärder gentemot personer som inte fullgjort sina uppgifter enligt förväntan.

7.2.2 Riskhantering och riskbedömning

Kommunens årshjul för intern kontroll¹⁶ tydliggör att en omvärlds- och riskanalys genomförs årligen. Utifrån denna identifierar respektive verksamhet risker som är av väsentlighet för den egna verksamheten. Majoriteten av revisionsobjekten anger i intervju att risker omhändertas på olika sätt beroende på dess karaktär. Det framgår att risker kan hanteras inom ramen för ordinarie arbetsuppgifter eller processer, i verksamhets- och affärsplan eller i internkontrollplan. I framtagandet av internkontrollplanen uppges att hänsyn tas till andra riskanalyser som genomförs i verksamheten, även om detta inte nödvändigtvis betyder att en uppföljande kontroll i internkontrollplanen formaliseras. Ett exempel som lyfts fram är det systematiska kvalitetsarbetet inom utbildningsnämnd och omsorgsnämnd.

¹³ Vi har tolkat svaren på så sätt att samtliga svar som inte uttryckligen är "ja" – exempelvis "vet ej" eller fritextsvar som indikerar osäkerhet eller otydlighet – har bedömts som ett nej.

¹⁴ En respondent besvarade inte frågan. Analys av denna fråga sker i avsnitt 7.3.

¹⁵ Analys av denna fråga sker i avsnitt 7.3.

¹⁶ Se avsnitt 7.1.3.2.

I intervju med företrädare för räddningsnämnden framkommer att nämnden genomför riskanalyser inom flera delar av verksamheten och att dessa ligger till grund för prioriteringar, åtgärdsplaner och riskminimerande arbete. Det framkommer dock att hänsyn till dessa riskanalyser inte görs vid framtagandet av internkontrollplanen.

För överförmyndarnämnden uppges att en separat riskanalys har genomförts avseende välfärdsbrott. Denna är inte kopplad till, eller integrerad i, nämndens samlade riskanalys inom internkontrollarbetet.

7.2.2.1 Processen vid riskinventering och bedömning

Det konstateras att majoriteten av nämnderna och bolagen i huvudsak utgår ifrån beslutade riktlinjer, rutiner och mallar i riskanalysprocessen. I intervju uppges däremot att det finns variationer på vilket sätt arbetet ter sig, mycket på grund av olika tolkningar av styrande och stödande dokument. Därtill uppges att det skiljer sig åt hur involverade respektive nämnd och bolagsstyrelse är i arbetet. Gemensamt för arbetet är att samtliga genomför en omvärldsbevakning och riskinventering årligen, där riskerna dokumenteras i ett riskregister. Riskregistret är en bruttolista med risker som revideras årligen, där risker antingen kan läggas till utifrån genomförd analys och inventering eller tas bort för att de inte längre anses vara aktuella. Utifrån riskregistret genomförs en riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens. För flera av nämnderna och bolagen utgår detta arbete ifrån att förvaltningen / verksamheten gör riskvärderingen, följt av en workshop där de förtroendevalda har möjlighet att revidera riskvärderingen. För några av revisionsobjekten skiljer sig processen åt, vilket beskrivs nedan:

- *Kommunstyrelsen* – i samband med workshopen tar de förtroendevalda del av riskregistret utan riskvärdering från förvaltningen.
- *Idrotts- och fritidsnämnden* – workshop genomförs ej i hela nämnden utan i arbetsutskottet. Arbetsutskottet genomför en riskvärdering utifrån framtagna riskinventering från förvaltningen. Hela nämnden tar sedan del av en riskhanteringsrapport och en beskrivning av utskottets riskvärdering.
- *Utbildningsnämnden* – nämnden får ta del av föregående års internkontrollplan och därefter tänka fritt vilka risker de ser i verksamheten. Hela nämnden genomför en riskvärdering utifrån riskerna som identifierats samt utifrån ett urval av risker i riskregistret.
- *Överförmyndarnämnden* – genomför ingen workshop kring riskvärdering. Nämnden fattar enbart beslut om internkontrollplanen utifrån förvaltningens förslag.
- *Uppsala Stadshus AB* – en workshop med hela styrelsen genomförs där styrelsen får ge inspel på de mest väsentliga riskerna och genomföra en riskvärdering. Därefter görs en sammanställning av riskanalysen och riskvärderingen av tjänstepersonerna. Tjänstepersonerna tar fram förslag på hur respektive risk ska hanteras, det vill säga inom ramen för internkontrollplan, affärsplan eller på annat sätt. Förslaget lyfts sedan till styrelsen för beslut.
- *Uppsala Konsert och Kongress AB* – en riskinventering genomförs på styrelsesammanträde. De identifierade riskerna sammanställs av ansvariga

handläggare för intern kontroll. Cheferna genomför sedan en riskvärdering och tar fram ett förslag på internkontrollplan som sedan lyfts till styrelsen för beslut.

7.2.2.2 Iakttagelser från enkätsvar

Inom ramen för komponenten *riskhantering/riskbedömning* ställdes fem frågor till respondenterna. I nedanstående tabell listas dessa tillsammans med samlade svar per fråga. Statistik redovisas i antal svarande per svarsalternativ. I bilaga 9.3 återfinns en beskrivning av svar per revisionsobjekt.

I vilken utsträckning deltar du i arbetet med att identifiera risker i din nämnds, styrelse eller bolags verksamhetsområden?¹⁷

I stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	Till viss del	I liten utsträckning	Inte alls
11	41	25	15	3

Känner du att din nämnd, styrelse eller bolag arbetar proaktivt med riskerna?¹⁸

I tillräcklig omfattning	I ganska stor omfattning	Tills viss del	I liten omfattning	Inte alls
42	47	16	4	0

Tabell 3: Svar på frågor inom riskhantering/riskbedömning, svarsalternativ i stor utsträckning/tillräcklig omfattning – inte alls.

I vilka forum upplever du att det avgörande arbetet med riskbedömning sker?¹⁹

Sammanträden	Arbetsutskott	I förvaltningen/verksamheten
11	13	57

Tabell 4: Svar på frågor inom riskhantering/riskbedömning, specifika svarsalternativ.

Upplever du att nuvarande arbetssätt är bra?²⁰

Ja	Nej
81	23

¹⁷ 95 respondenter besvarade frågan.

¹⁸ 109 respondenter besvarade frågan.

¹⁹ 81 respondenter besvarade frågan.

²⁰ 104 respondenter besvarade frågan.

Upplever du att du har möjlighet att delta i processen på ett tillräckligt sätt utifrån ditt ansvar?²¹

Ja	Nej
80	25

Tabell 5: Svar på frågor inom riskhantering/riskbedömning, svarsalternativ ja eller nej.

Utifrån redovisade svar konstateras att 43 av 95 respondenter angett att de inte deltar i tillräcklig utsträckning vad gäller att identifiera risker. De flesta av svaren härleds till omsorgsnämnden följt av Uppsala Vatten och Avfall AB.

Vad gäller proaktivt arbete med riskerna är det 20 av 109 respondenter som uppger att detta kan förbättras. Även här är det flest personer inom omsorgsnämnden som är kritiska till arbetet.

Det konstateras vidare att majoriteten av respondenterna upplever att nuvarande arbetssätt är bra, men 25 personer upplever att det finns brister. Antalet "nej" härleds främst till omsorgsnämnden följt av kommunstyrelsen. I fritextsvaren framkommer att förtroendevalda som inte ingår i arbetsutskottet tenderar att hamna långt ifrån verksamhetens kärnprocesser och informationsflöden. Vidare upplevs arbetsprocessen som något forcerad. Det uttrycks även önskemål om att i större utsträckning inhämta riskbedömningar och kunskap från den egna styrelsen.

7.2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån erhållet material i granskningen konstateras att samtliga nämnder och bolagsstyrelser har antagit en internkontrollplan för år 2025. Samtliga planer innehåller riskbeskrivning, kontrollmoment samt tidpunkt för uppföljning. Utöver själva planen finns även en generell beskrivning av arbetet med intern kontroll. De kontrollområden som ska ingå i enlighet med riktlinjerna för intern internkontroll återfinns i majoriteten av nämndernas och bolagsstyrelsernas planer. Dock noteras att räddningsnämndens internkontrollplan saknar kontrollområdena *finansiell kontroll, kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv* samt *kontroll av regler, policyer och beslut*. Överförmyndarnämndens plan saknar kontrollområdet *kontroll av regler, policyer och beslut*. Av dialog med överförmyndarförvaltningen framgår att samtliga kontrollområden har inkluderats men att förvaltningen har använt gamla rubriker. De obligatoriska kontrollmomenten återfinns i samtliga planer.

I intervju framgår att det finns utvecklingsbehov vad gäller att särskilja på uppföljande kontroller och förebyggande kontroller som ska planeras på annat sätt. Med anledning av

²¹ 105 respondenter besvarade frågan.

detta uppges att det kan förekomma att kontrollerna i internkontrollplanen snarare är att betrakta som verksamhetsaktiviteter.

7.2.3.1 Iakttagelser från enkätsvar

Inom ramen för komponenten *kontrollaktiviteter* ställdes två frågor till respondenterna. I nedanstående tabell listas dessa tillsammans med samlade svar per fråga. Statistik redovisas i antal svarande per svarsalternativ. I bilaga 9.3 återfinns en beskrivning av svar per revisionsobjekt.

Får din nämnd/styrelse eller bolag löpande och tydlig rapportering om genomförda kontroller?²²

I tillräcklig omfattning	I ganska stor omfattning	Tills viss del	I liten omfattning	Inte alls
50	32	23	3	0

Tabell 6: Svar på frågor inom kontrollaktiviteter, svarsalternativ I tillräcklig omfattning – inte alls.

Tycker du internkontrollplanens kontroller är tillräckliga för att hantera identifierade risker?²³

Ja	Nej
87	16

Tabell 7: Svar på frågor inom kontrollaktiviteter, svarsalternativ ja eller nej.

Utifrån redovisade svar konstateras att 26 av 108 respondenter anser att nämnden eller bolagsstyrelsen erhåller rapportering av genomförda kontroller antingen till viss del eller i liten omfattning. Av dessa svar är det framför allt utbildningsnämnden, omsorgsnämnden och idrotts- och fritidsnämnden som upplever att det finns utvecklingsbehov.

Vad gäller tillräckliga kontroller för att hantera identifierade risker framgår det av svaren att flest respondenter inom omsorgsnämnden svarat "nej". Fritextsvaren indikerar till viss del en upplevelse av att riktlinjer och rutiner uppfattas som "fina ord på papper". Vidare framkommer att bristande efterlevnad, såsom slarv eller avsteg från fastställda arbetssätt, sällan leder till några påföljder.

7.2.4 Information, kommunikation, övervakning och uppföljning

Uppföljning av den interna kontrollen ska, som beskrivits i avsnitt 7.1.3, dokumenteras i koncerngemensam mall. Uppföljning ska ske enligt beslutad internkontrollplan, men minst en gång per år. Utifrån granskning av nämndernas och bolagsstyrelsernas planer respektive uppföljningar konstateras att frekvensen på uppföljningen skiljer sig åt. Kommunstyrelsen har genomfört tre uppföljningar under 2025, i april, augusti och i samband med

²² 108 respondenter besvarade frågan.

²³ 103 respondenter besvarade frågan.

helårsuppföljningen i december. Idrotts- och fritidsnämnden samt utbildningsnämnden har följt upp kontrollmomenten dels per augusti, dels i samband med årsredovisningen medan överförmyndarnämnden har genomfört uppföljning kvartalsvis²⁴.

Omsorgsnämnden genomförde en deluppföljning i mars 2025 av ett enskilt kontrollmoment och följde upp övriga moment i oktober 2025. Räddningsnämnden har följt upp de olika kontrollmomenten löpande under året samt en samlad helårsuppföljning med redovisade åtgärder vid avvikelser.

Vad gäller bolagen konstateras att Uppsala Vatten och Avfall AB har följt upp åtgärder kopplade till 2024 års internkontrollplan i juni 2025 samt genomfört en helårsuppföljning av 2025 års plan. Resterande bolag har genomfört en uppföljning av internkontrollplanen tre gånger per år.

Samtliga nämnder och bolag har beslutat om åtgärder vid konstaterade avvikelser. För Uppsala Vatten och Avfall AB framgår det dock inte tydligt varför vissa kontrollmoment bedömts som ”mindre anmärkning”, eller varför åtgärder vidtas för vissa av dessa moment men inte för andra. Med undantag för Uppsala Vatten och Avfall AB kan vi dock av protokoll inte se att resterande revisionsobjekt systematiskt följt upp åtgärder från föregående års internkontrollplan eller dess avsedda effekt. Enligt intervjuer sker uppföljning ofta indirekt genom att samma kontrollmoment återkommer i nästkommande års internkontrollplan. Som beskrivits i avsnitt 7.1.2.3 uppges det dock finnas ett utvecklingsbehov av att tydligare beskriva åtgärder vid avvikelser och att nämnden / bolagsstyrelsen tar del av en uppföljning av om åtgärderna haft avsedd effekt. Utmaningen med årshjulet, det vill säga att ny internkontrollplan beslutas inför nästkommande år innan innevarande års plan avrapporterats uppges påverka detta.

Det noteras att användning av beslutade mallar i samband med uppföljning varierar mellan nämnderna och bolagen. För både överförmyndarnämnden och Uppsala Vatten och Avfall AB noteras att helårsuppföljningarna inte fullt ut följt fastställda mallar. Av kontakt med Uppsala Vatten och Avfall framgår att bolaget har ett eget systemstöd med en egen rapportfunktion för internkontrollarbetet, varav det därför skulle innebära ett stort administrativt arbete att kopiera över till kommunens mall. Bolaget har i stället försökt säkerställa att den rapportmall som bolaget använder täcker in det som ingår i kommunens mall.

7.2.4.1 Iakttagelser från enkätsvar

Inom ramen för komponenten *övervakning och uppföljning* tre ställdes frågor till respondenterna. I nedanstående tabell listas dessa tillsammans med samlade svar per fråga. Statistik redovisas i antal svarande per svarsalternativ. I bilaga 9.3 återfinns en beskrivning av svar per revisionsobjekt.

²⁴ Mars, juni, september och december.

Upplever du att din nämnd, styrelse eller bolag är tillräckligt aktiv i beslut om åtgärder utifrån resultat av genomförda kontroller i internkontrollplanen?²⁵

I tillräcklig omfattning	I ganska stor omfattning	Till viss del	I liten omfattning	Inte alls
48	31	26	3	0

Upplever du att din nämnd, styrelse eller bolag får tillräcklig återkoppling på resultatet av vidtagna åtgärder?²⁶

I tillräcklig omfattning	I ganska stor omfattning	Till viss del	I liten omfattning	Inte alls
51	34	11	2	0

Hur bedömer du att din nämnds, styrelse eller bolags rutiner fungerar för att följa upp beslutade kontroller i internkontrollplanen under året?²⁷

Mycket väl	Ganska väl	Varken väl eller dåligt	Ganska dåligt	Inte alls
48	43	17	1	0

Tabell 8: Svar på frågor inom övervakning och uppföljning.

Utifrån redovisade svar konstateras att 29 av 108 respondenter besvarat att nämnden inte är tillräckligt aktiv i beslut om åtgärder utifrån resultatet av genomförda kontroller. Det är framför allt svar från respondenter inom kommunstyrelsen, Uppsala Stadshus AB, Uppsala Konsert och Kongress AB samt omsorgsnämnden som indikerar på utvecklingsbehov. Vad gäller återkoppling på resultatet av vidtagna åtgärder anser majoriteten att detta fungerar väl. Av de respondenter som svarat "till viss del" eller "i liten omfattning" finns flest inom omsorgsnämnden följt av idrotts- och fritidsnämnden respektive utbildningsnämnden.

7.2.5 Övriga iakttagelser från enkätsvar

Inom ramen för enkätundersökningen ombads respondenterna beskriva vad som fungerar bra respektive mindre bra i det nuvarande arbetssättet för internkontroll. Fritextsvaren visar att informationsgivning och uppföljning i stort upplevs fungera väl, och flera respondenter anger att de inte ser några större utvecklingsbehov. Det lyfts även fram att internkontrollprocessen har tydliga årshjul, etablerade rutiner och en god grundstruktur.

Samtidigt framkommer områden där arbetssättet uppfattas som mindre välfungerande. Ett återkommande tema är att nämnden och styrelsen upplevs vara begränsat involverade, förutom vid någon enstaka rapportering per år. Rapporteringen beskrivs ofta som

²⁵ 108 respondenter besvarade frågan.

²⁶ 98 respondenter besvarade frågan

²⁷ 109 respondenter besvarade frågan.

övergripande och otillräckligt detaljerad, vilket enligt respondenterna försvårar möjligheten att bedöma om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. Det framförs önskemål om mer frekvent och detaljerad återkoppling, exempelvis månatliga redovisningar av åtgärder, avvikelser och eventuella handlingsplaner. Flera respondenter anser att resultatet av internkontrollen bör återrapporteras oftare och tydligare till nämnden.

Vidare framkommer att nämndens delaktighet inte alltid upplevs tas på tillräckligt stort allvar, då vissa frågor beskrivs som negligerade. Några respondenter uppger att förvaltningen och bolagen i stor utsträckning gör ett bra arbete, och att nämnd och styrelse inte hade kunnat upptäcka brister om så inte vore fallet. I dessa svar lyfts behov av mer kunskap och utbildning för nämnd och styrelse. Bristande transparens för personer som inte deltar i arbetsutskottet lyfts också fram.

7.2.6 Bedömning

Vår bedömning är att revisionsobjekten **i allt väsentligt** har processer eller system för riskhantering som fångas upp i nämndens/styrelse interna kontroll.

Granskningen visar att flera nämnder och bolag har ytterligare riskhanteringsprocesser utöver internkontrollarbetet, exempelvis det systematiska kvalitetsarbetet inom utbildnings- och omsorgsnämnden eller särskilda riskanalyser inom räddningstjänst och överförmyndarnämnd. Dessa processer används i vissa fall som underlag för riskinventering inför internkontrollplanen.

Samtidigt framkommer exempel där riskanalyser som genomförs i verksamheten inte kopplas till internkontrollarbetet. Räddningsnämnden och överförmyndarnämnden är exempel där risker hanteras i separata processer utan att integreras i den övergripande internkontrollplaneringen. Enkätundersökningen visar även att många förtroendevalda upplever att riskhanteringsarbetet till stor del sker i förvaltningen och att de själva deltar i begränsad utsträckning.

Vår bedömning är således att det finns flera parallella riskhanteringsprocesser, men att integrationen i internkontrollarbetet inte är konsekvent mellan verksamheterna.

Vår bedömning är att respektive nämnd och styrelse **har** antagit en dokumentation som beskriver sin organisation och säkerställande av den interna kontrollen.

Bedömningen grundas på att samtliga nämnder och bolagsstyrelser har antagit en internkontrollplan för 2025 samt att planerna innehåller riskbeskrivningar, kontrollmoment samt tidpunkt för uppföljning i enlighet med riktlinjer. Det finns dessutom en generell beskrivning av internkontrollarbetet i anslutning till planerna. Detta innebär att det finns dokumentation som beskriver hur den interna kontrollen ska bedrivas inom respektive organisation.

Dock konstateras vissa brister avseende överförmyndarnämnden och räddningsnämnden där planer saknar delar som anges som obligatoriska i riktlinjerna, exempelvis kontrollmoment kopplade till finansiell kontroll och efterlevnad av regler. Vi noterar även att överförmyndarnämnden respektive Uppsala Vatten och Avfall AB inte använt de fastställda mallarna för uppföljning fullt ut, vilket avviker från reglementet.

Vår sammantagna bedömning är att dokumentation finns och är antagen, men att efterlevnaden av dokumentationskraven varierar mellan verksamheterna.

Vår bedömning är att strukturer och processer för uppföljning av intern kontroll för revisionsobjekten **i allt väsentligt** är ändamålsenliga.

Det finns en beslutad och koncerngemensam struktur för uppföljning, inkluderande riktlinjer, mallar och ett årshjul. Samtliga nämnder och styrelser har genomfört uppföljning under året, även om frekvens och omfattning skiljer sig åt. Användningen av mallar varierar även och vissa uppföljningar följer inte de formella kraven.

Enkätresultaten visar att en majoritet upplever att rutinerna fungerar väl, men att en relativt stor grupp upplever brister i nämndernas/styrelsernas aktivitetsnivå i att besluta om åtgärder och att uppföljningen ibland blir för övergripande.

Sammantaget bedömer vi strukturen är ändamålsenlig i sin utformning, men att tillämpningen varierar, vilket kan riskera att påverka uppföljningens kvalitet och systematik.

Vår bedömning är att revisionsobjekten **i allt väsentligt** får tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister som framkommer av uppföljningen av internkontroll.

Utifrån dokumentstudierna konstateras att nämnderna erhåller uppföljning av den interna kontrollen löpande, från en till tre gånger per år. Däremot noteras att det finns utvecklingsbehov vad gäller uppföljning av åtgärder som vidtas och huruvida dessa har avsedd effekt. Vad gäller bolagsstyrelserna noteras att Uppsala Vatten och Avfall AB genomför uppföljning av den interna kontrollen två gånger per år samt att styrelsen erhållit information om vidtagna åtgärder och dess effekt vilket är positivt. För övriga bolag noteras att uppföljning skett systematiskt men att samma utvecklingsbehov återfinns som hos nämnderna, det vill säga att tillse att styrelsen erhåller information om vidtagna åtgärder och dess effekt. Granskningen visar även att användningen av de fastställda mallar som ska stödja uppföljningsarbetet varierar.

Enkätresultaten visar att en majoritet av de svarande upplever att de erhåller tillräcklig information för att kunna följa arbetet. Samtidigt framkommer i undersökningen att återkopplingen är otillräcklig eller för övergripande för att det ska vara möjligt att bedöma

om vidtagna åtgärder fått avsedd effekt. I intervjuerna framkommer flera återkommande utmaningar kopplade till detta. Dels beskrivs åtgärder vid avvikelser ofta på ett otydligt sätt, vilket försvårar uppföljningen, dels saknas en konsekvent systematik för att kontrollera om beslutade åtgärder faktiskt har genomförts. Det framkommer också att vissa förtroendevalda inte upplever sig tillräckligt involverade eller informerade i uppföljningsarbetet. Detta gäller särskilt de som inte ingår i arbetsutskott, och som därför riskerar att hamna längre ifrån de centrala informationsflödena.

Vår bedömning är att nämnder och styrelser i allt väsentligt får den information som krävs, men att kvaliteten och detaljeringsgraden i rapporteringen varierar. Dessa skillnader innebär att det finns risk att revisionsobjekten inte alltid har ett tillräckligt underlag för att fatta välgrundade beslut om åtgärder vid brister som framkommer i uppföljningen av intern kontroll.

7.3 UTBILDNING I INTERN KONTROLL

En väsentlig del i arbetet att säkerställa en god intern kontroll är att tillse att det finns tillräckligt med kunskap i organisationen. Givet att ansvaret för intern kontroll delas av en hel organisation krävs det utbildnings- och kompetensutvecklande insatser för samtliga nivåer.

I enkätundersökningen framkommer att 25 av 109 respondenter upplever att de inte har tillräcklig kunskap om intern kontroll samt att 40 av 110 respondenter efterfrågar mer utbildning inom området. Det konstateras vidare av undersökningen att det framför allt är förtroendevalda inom omsorgsnämnden följt av Uppsala Konsert och Kongress AB och utbildningsnämnden som upplever att de inte har tillräcklig kunskap om intern kontroll. Det är även förtroendevalda från omsorgsnämnden samt Uppsala kommun Arenor och Fastigheter AB som efterfrågar ytterligare utbildningsinsatser. I fritextsvaren framkommer vidare att mer information kring hur förvaltningarna arbetar med intern kontroll efterfrågas.

I intervju uppges att två utbildningar, en grundläggande och en fördjupande utbildning, finns att tillgå på kommunens intranät. Utbildningarna är inte obligatoriska, och det uppges att det finns en variation hur många som genomför utbildningarna. Vidare framgår att det pågår ett utvecklingsarbete där det ses över om utbildningarna ska bli obligatoriska. I intervju uppges att den grundläggande utbildningen inte fungerat under hösten 2025 på grund av tekniska problem.

Under höst 2025 har en särskild utbildningsinsats genomförts som riktats till samtliga bolagsstyrelser. Bakgrunden till att utbildningen genomfördes var delvis särskilda händelser som indikerat en bristfällig intern kontroll, delvis att det generellt finns behov av kompetensutveckling. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av utbildningsmaterialet, som innehåller en beskrivning av bolagsstyrelsens ansvar, riskhantering, internkontrollplan samt vilken uppföljning som ska ske. Tillhörande materialet finns även ett dokument med "Tips på frågor att ställa för att säkerställa god intern kontroll". Utbildningen uppges ha varit uppskattad och flera intervjuade beskriver att engagemanget från styrelserna ökat efter utbildningen. Det finns vid tidpunkten av granskningen ingen plan att motsvarande utbildning ska genomföras för förtroendevalda inom nämnderna, däremot diskuteras på vilket sätt utbildning till nya ledamöter ska genomföras efter valet 2026.

I intervju uppges att Uppsala Vatten och Avfall AB genomfört en egen utbildning med sin bolagsstyrelse. Utbildningen omfattade en tillbakablick på tidigare nämndutbildning samt fördjupad information om hur bolaget arbetar med riskvärdering.

7.3.1 Bedömning

Vår bedömning är att de förtroendevalda inom kommunstyrelsen och nämnderna **endast delvis** får utbildning inom internkontroll, medan bolagsstyrelserna **i allt väsentligt** får utbildning inom internkontroll.

Granskningen visar att de förtroendevalda inom kommunstyrelsen och nämnderna inte i tillräcklig utsträckning erhåller utbildning inom intern kontroll. Det finns visserligen två utbildningar på kommunens intranät, men de är frivilliga, varierande i hur ofta de genomförs och har dessutom till viss del varit otillgängliga på grund av tekniska problem. Granskningens enkätundersökning visar även att en relativt stor andel förtroendevalda upplever otillräcklig kunskap och efterfrågar mer utbildning, särskilt inom vissa nämnder och bolag.

En riktad utbildningsinsats har genomförts för bolagsstyrelserna vilket är positivt. Enstaka bolag har även tagit egna initiativ till utbildning. Det saknas dock motsvarande gemensam utbildning för nämnderna, och några beslutade planer för att säkerställa att alla förtroendevalda genomgår utbildning finns inte vid tidpunkten för granskningen.

Sammantaget bedömer vi därför att utbildningsinsatserna inte är likvärdiga över kommunkoncernen, vilket innebär att det finns risk att förtroendevalda inte ges en tillräckligt samlad och säkerställd kompetensgrund för att utöva sitt ansvar för intern kontroll.

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen och nämnder respektive bolagsstyrelser har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll samt att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. I granskningen har det även ingått att bedöma om kommunövergripande styrdokument för intern kontroll såsom riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar säkerställer tillräckliga förutsättningar utifrån nämndernas/styrelsernas eget ansvar för den interna kontrollen samt kommunstyrelsens uppsiktsplikt.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen samt granskade nämnder och bolagsstyrelser, i allt väsentligt, har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll samt att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vidare bedömer vi att kommunövergripande styrdokument för intern kontroll såsom riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar, i allt väsentligt, säkerställer tillräckliga förutsättningar utifrån nämndernas/styrelsernas eget ansvar för den interna kontrollen samt kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Dock bedömer vi att det finns utvecklingsbehov vad gäller tillämpningen av fastställda riktlinjer, instruktioner, anvisningar och mallar.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen utifrån sin samordnande roll och uppsiktsplikt att:

- Säkerställa harmonisering mellan upprättade riktlinjer, rutiner och mallar.
- Tydliggöra krav på vilka delar som obligatoriskt ska ingå i internkontrollplaner och uppföljningar.
- Se över årshjulets tidpunkter för att möjliggöra att nämnder och bolag kan basera kommande internkontrollplan på föregående års uppföljning.
- Förtydliga hur riskanalyser som genomförs i andra processer ska kopplas till internkontrollarbetet.
- Dokumentera syfte, sammansättning och ansvar vad gäller nätverket för intern kontroll samt tillse att forumet utvecklas för att möjliggöra erfarenhetsutbyte mellan förvaltningar och bolag.
- Säkerställa att alla förtroendevalda får obligatorisk introduktionsutbildning inom intern kontroll samt återkommande fördjupningsutbildningar. Utbildningsinsatser bör göras likvärdiga för nämnder och bolagsstyrelser för att skapa en gemensam kompetensnivå.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi granskade nämnder och bolagsstyrelser att:

- Utveckla en mer systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder, inklusive dokumentation av om åtgärder fått avsedd effekt.
- Säkerställa att relevanta risker från exempelvis det systematiska kvalitetsarbetet, verksamhetsriskanalyser och andra riskprocesser fångas upp i internkontrollplaneringen.
- Tillse att alla förtroendevalda, inte endast arbetsutskott, ges tillgång till tillräcklig information inför riskvärderingar och uppföljning.
- Tillse en mer detaljerad rapportering av kontrollresultat där det behövs, inklusive tydligare motiveringar av åtgärder och avvikelser.

Vi rekommenderar överförmyndarnämnden, räddningsnämnden och Uppsala Vatten och Avfall AB därtill att:

- Säkerställa att fastställda mallar används fullt ut och att samtliga obligatoriska kontrollområden ingår.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Mikael Lind

Certifierad kommunal revisor

Hannah Klarkner

Verksamhetsrevisor

Lisa Lohi

Verksamhetsrevisor

Veronica Hedlund Lundgren

Certifierad kommunal revisor / kvalitetssäkrare

9 BILAGOR

9.1 SAMMANSTÄLLNING AV SAMTLIGA FRÅGOR I ENKÄTUNDERSÖKNING

SAMMANSTÄLLNING AV SAMTLIGA FRÅGOR I ENKÄTEN
Ange vilken nämnd, kommunstyrelse eller bolagsstyrelse du är ledamot i. Om du har flera uppdrag utgå ifrån ditt huvuduppdrag.
Ange vad du har för roll/ funktion.
Hur väl anser du att din nämnd, styrelse eller bolags mål, riktlinjer och värdegrund är kända och efterlevs i verksamheten?
Hur tydligt upplever du att ditt eget ansvar som ledamot i din nämnd, styrelse eller bolag i internkontrollarbetet är definierat?
Anser du att ansvar och roller kring internkontroll är tydligt definierade för din nämnd/styrelse/bolag och tjänstepersoner?
Upplever du att du har tillräcklig kunskap om internkontroll?
Efterfrågar du mer utbildning?
I vilken utsträckning deltar du i arbetet med att identifiera risker i din nämnds, styrelse eller bolags verksamhetsområden?
I vilka forum upplever du att det avgörande arbetet med riskbedömning sker?
Upplever du att nuvarande arbetssätt är bra?
Upplever du att du har möjlighet att delta i processen på ett tillräckligt sätt utifrån ditt ansvar?
Känner du att din nämnd, styrelse eller bolag arbetar proaktivt med riskerna?
Tycker du internkontrollplanens kontroller är tillräckliga för att hantera identifierade risker?
Får din nämnd/styrelse eller bolag löpande och tydlig rapportering om genomförda kontroller?
Hur bedömer du att din nämnds, styrelse eller bolags rutiner fungerar för att följa upp beslutade kontroller i internkontrollplanen under året?
Upplever du att din nämnd, styrelse eller bolag är tillräckligt aktiv i beslut om åtgärder utifrån resultat av genomförda kontroller i internkontrollplanen?
Upplever du att din nämnd, styrelse eller bolag får tillräcklig återkoppling på resultatet av vidtagna åtgärder?

Vilka delar av internkontrollprocessen upplever du fungerar bra respektive inte bra idag?

Vad tycker du behöver utvecklas/förbättras vad gäller kommunstyrelsens/nämndens/bolagets arbete med intern kontroll?

Har du tidigare tagit del av revisionens synpunkter kring kommunstyrelsens/nämndens/bolagets arbete med uppföljning av intern kontroll?

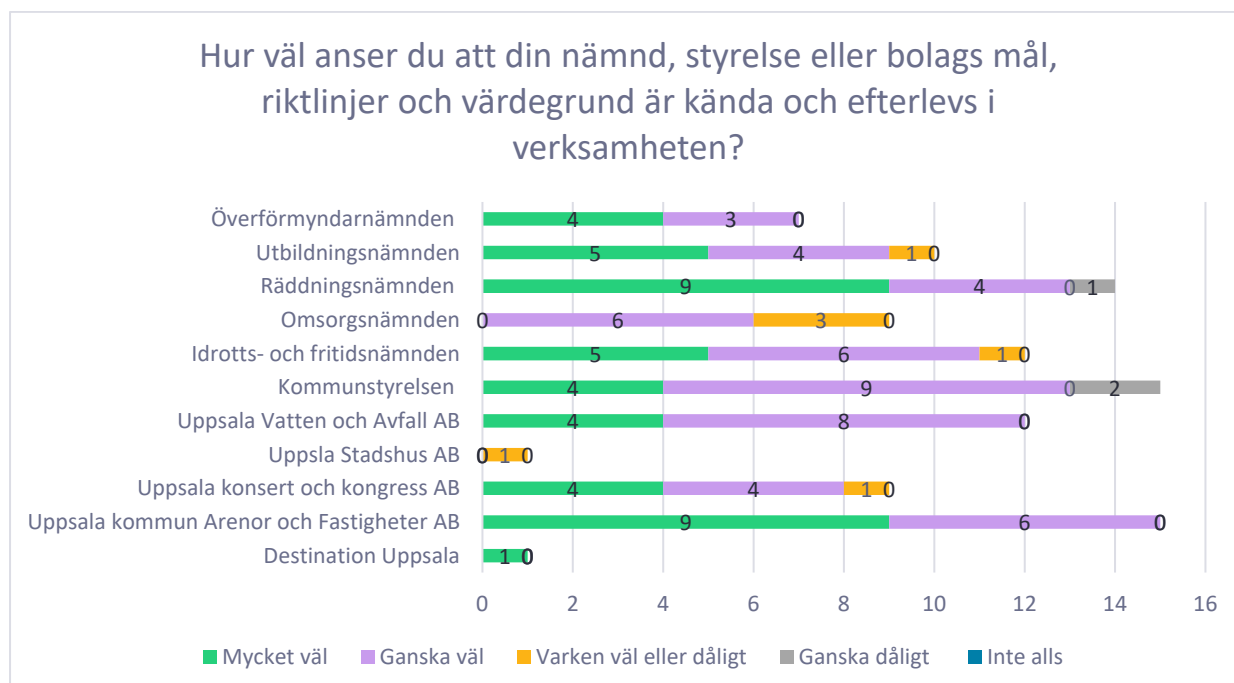
Någon övrigt som ni vill tillägga?

9.2 TABELLER PER NÄMND/BOLAGSSTYRELSE

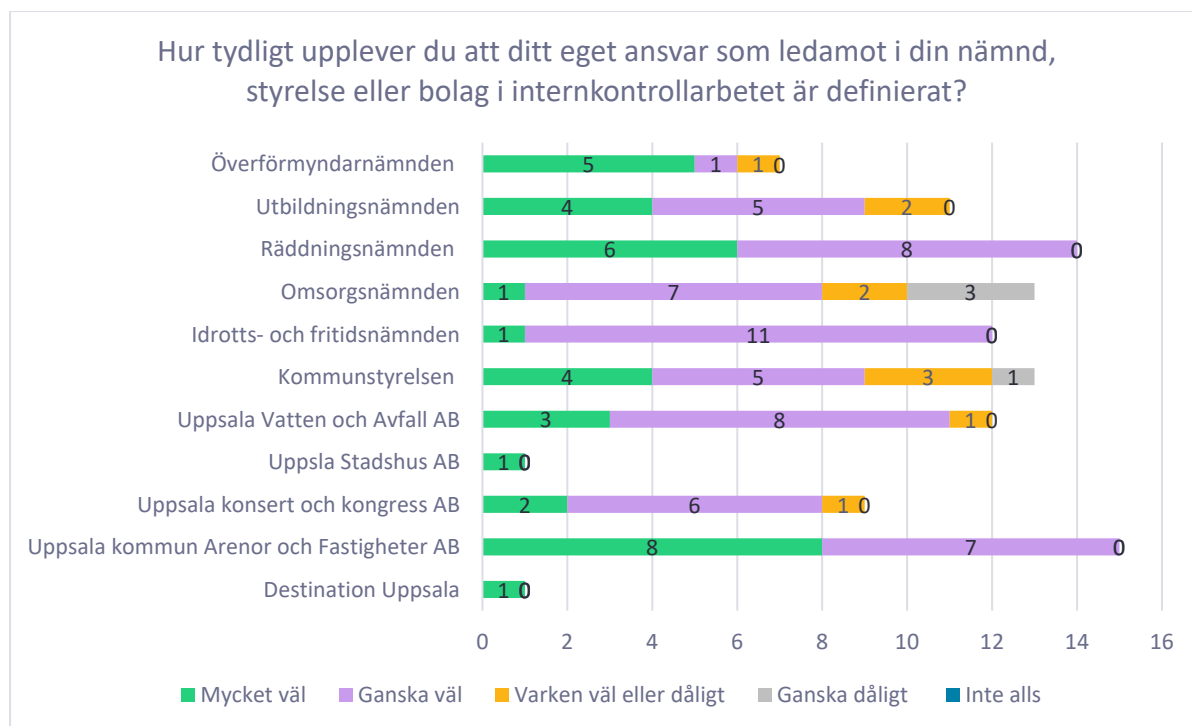
Nedan presenteras antalet svar per nämnd för varje enkätfråga. Staplarna visar hur många personer som har valt respektive svarsalternativ.

Om en stapel visar värdet noll innebär det att ingen från den aktuella nämnden eller bolaget har valt det alternativet. Svarsalternativet redovisas ändå eftersom det har valts av respondenter från andra nämnder eller bolag.

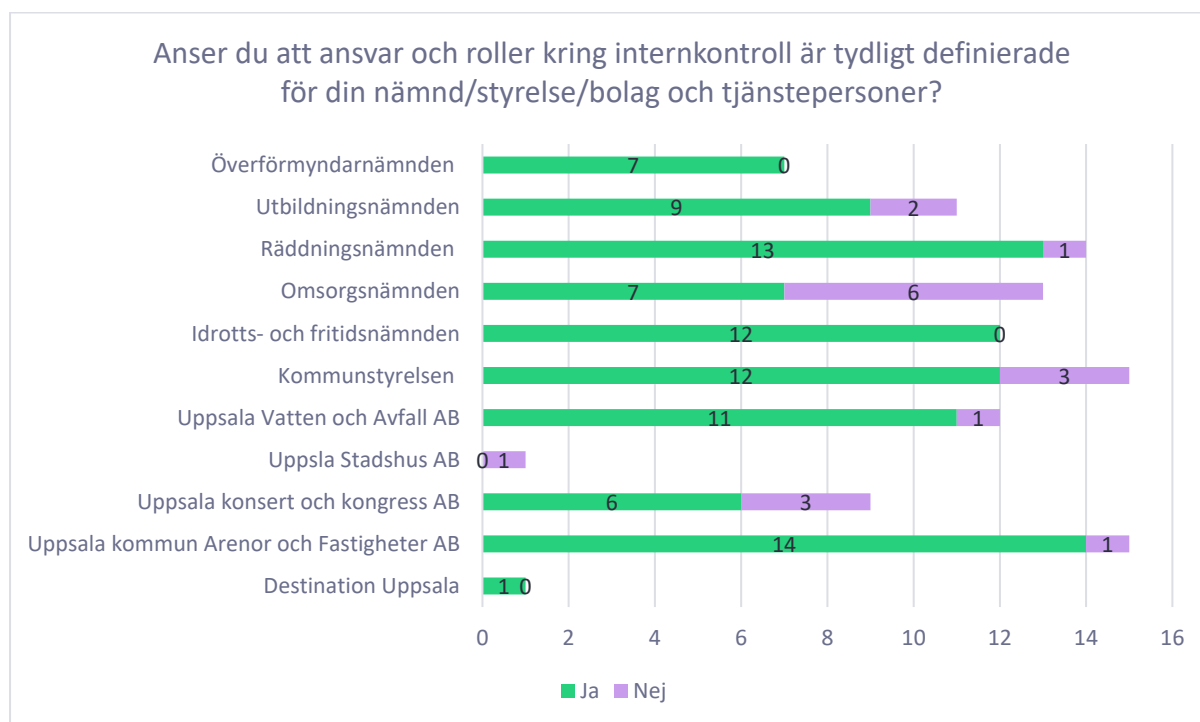
1. Hur väl anser du att din nämnd, styrelse eller bolagsmål riktlinjer och värdegrund är kända och efterlevs i verksamheten



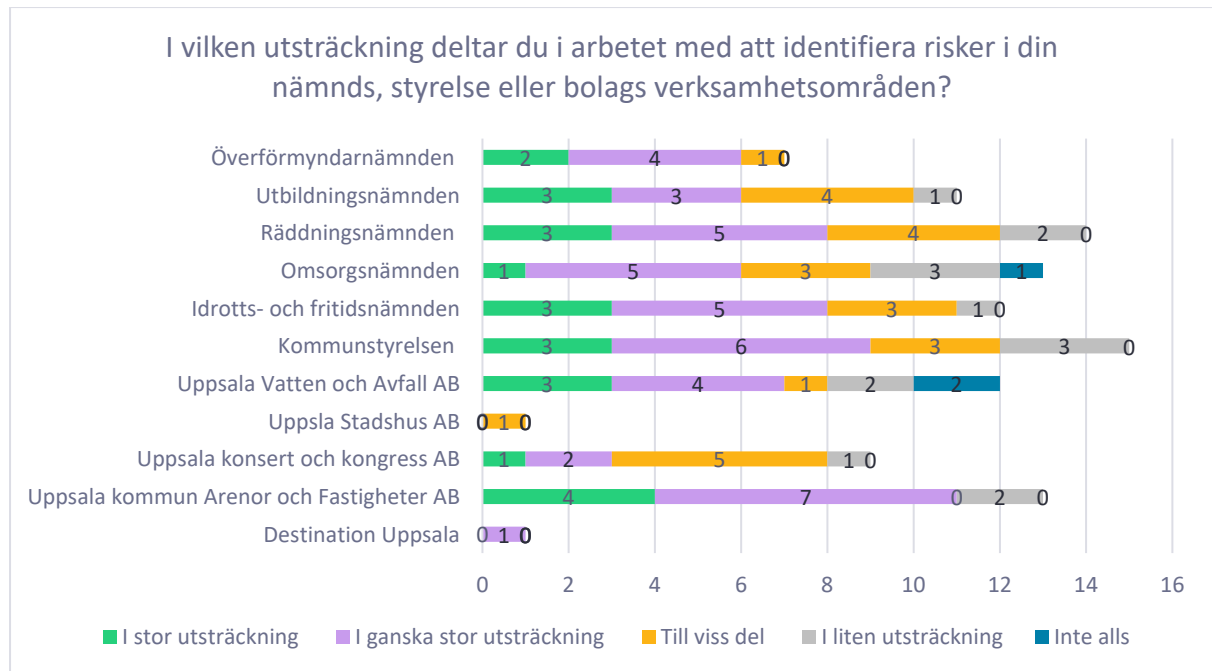
2. Hur tydligt upplever du att ditt eget ansvar som ledamot i nämnd, styrelse eller bolag i internkontrollarbetet är definierat



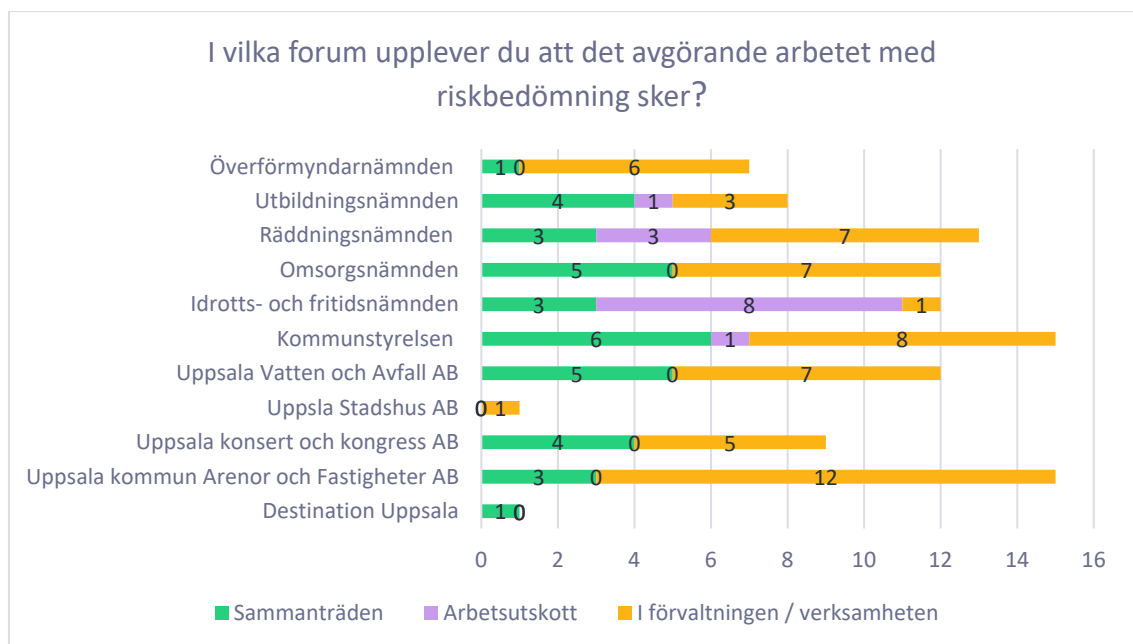
3. Anser du att ansvar och roller kring internkontroll är tydligt definierat för din nämnd/styrelse.



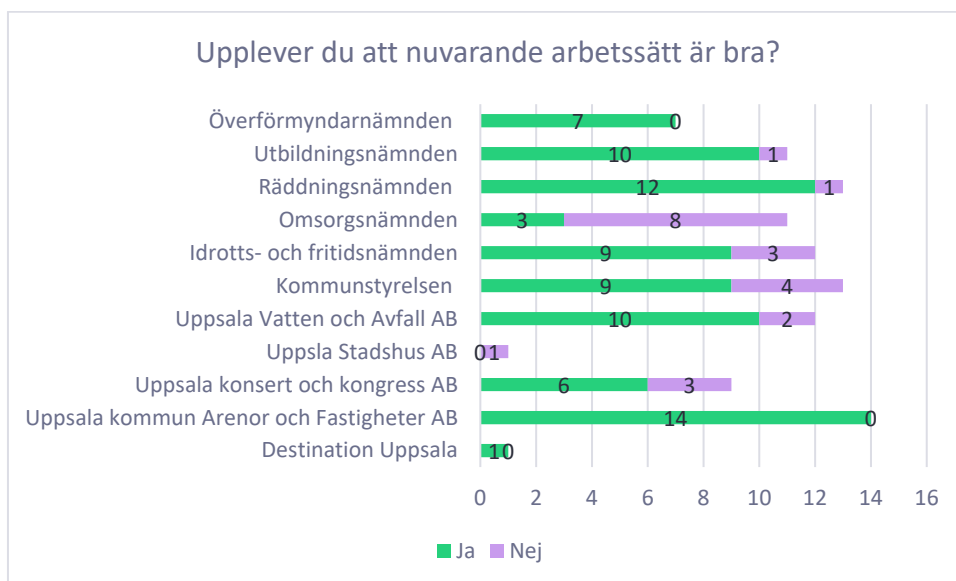
4. I vilken utsträckning deltar du i arbetet med att identifiera risker i din nämnds, styrelse eller bolags verksamhetsområden?



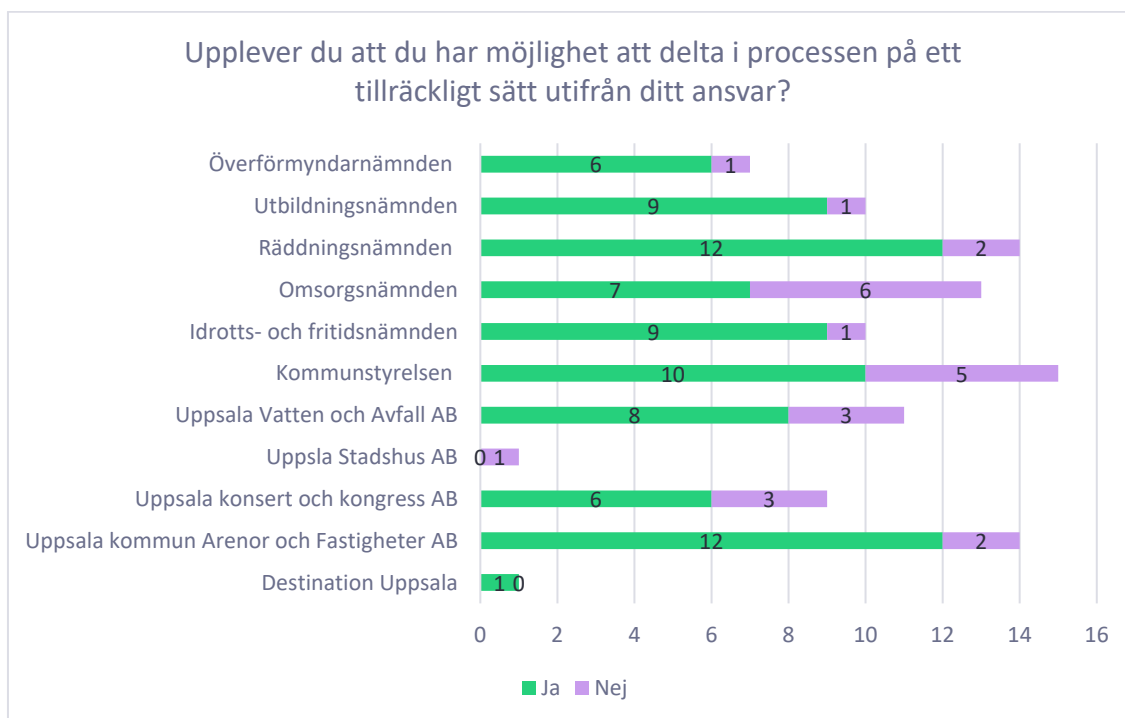
5. I vilka forum upplever du att det avgörande arbetet med riskbedömning sker?



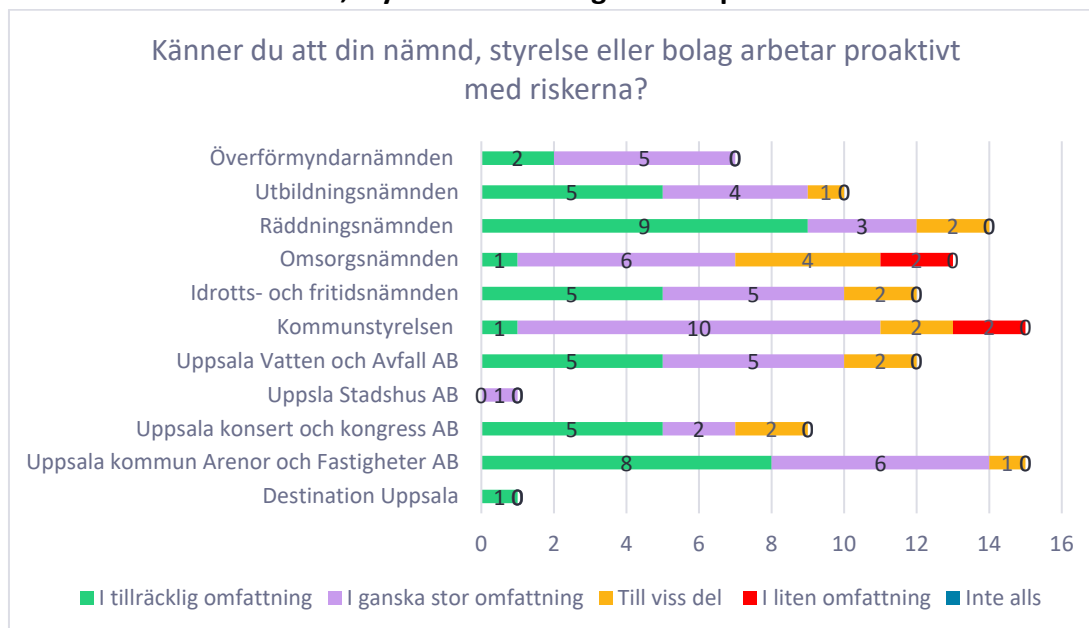
6. Upplever du att nuvarande arbetssätt är bra?



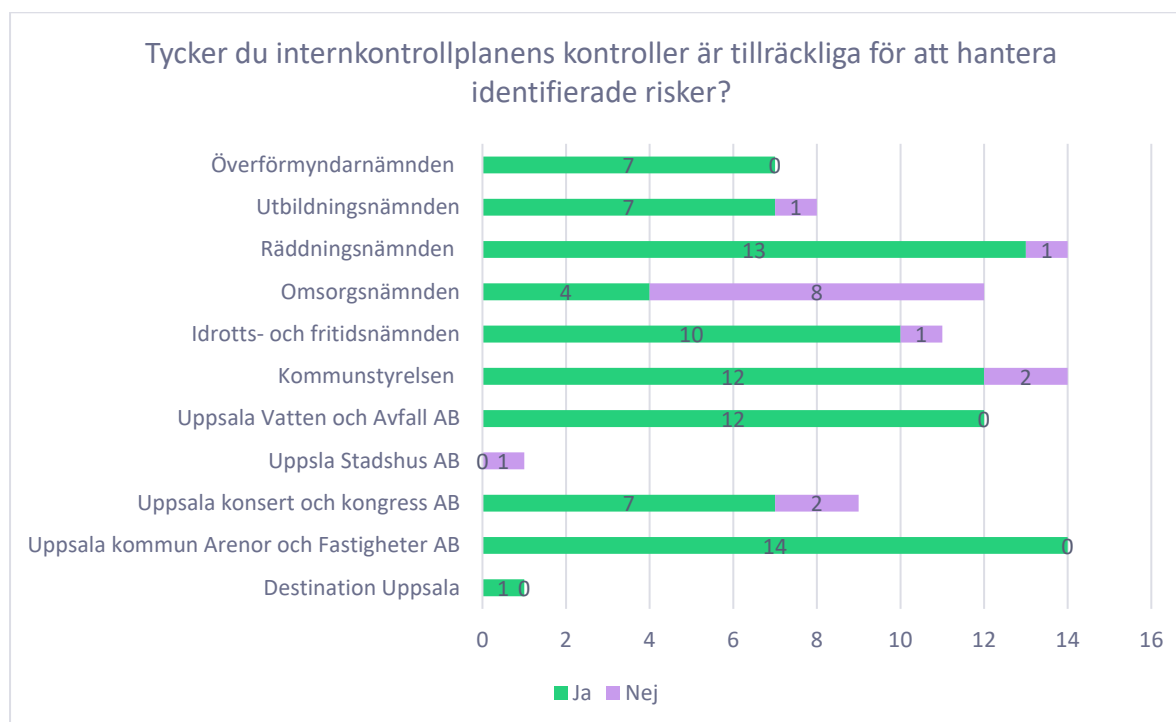
7. Upplever du att du har möjlighet att delta i processen på ett tillräckligt sätt utifrån ditt ansvar?



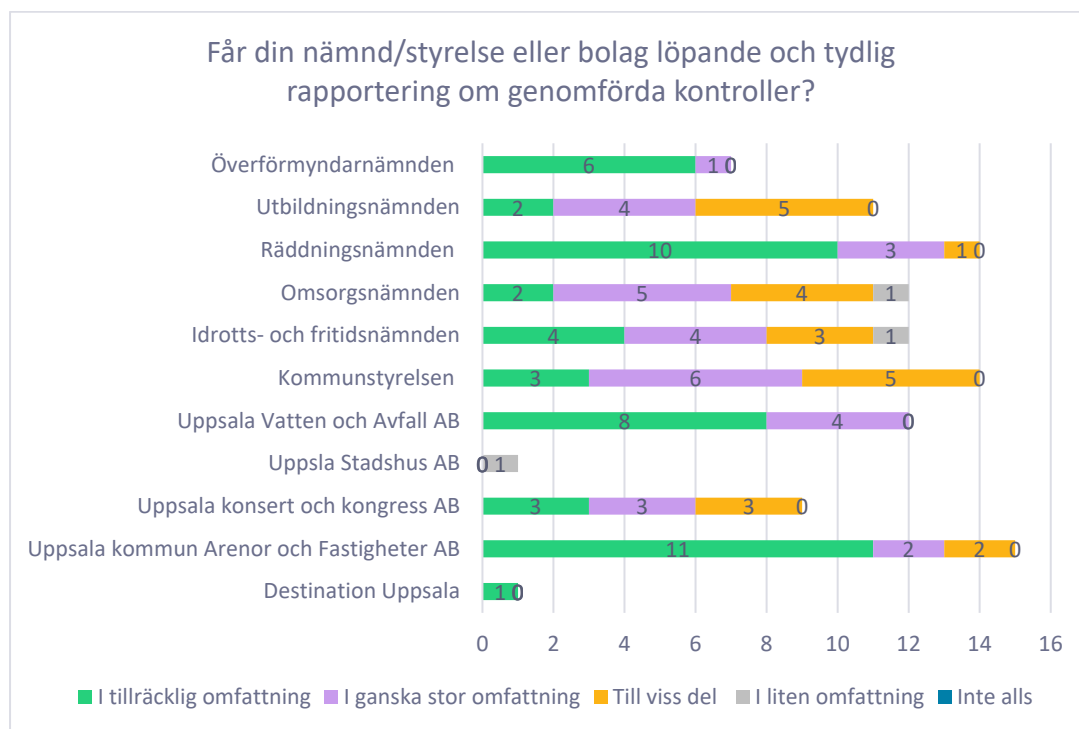
8. Känner du att din nämnd, styrelse eller bolag arbetar proaktivt med riskerna?



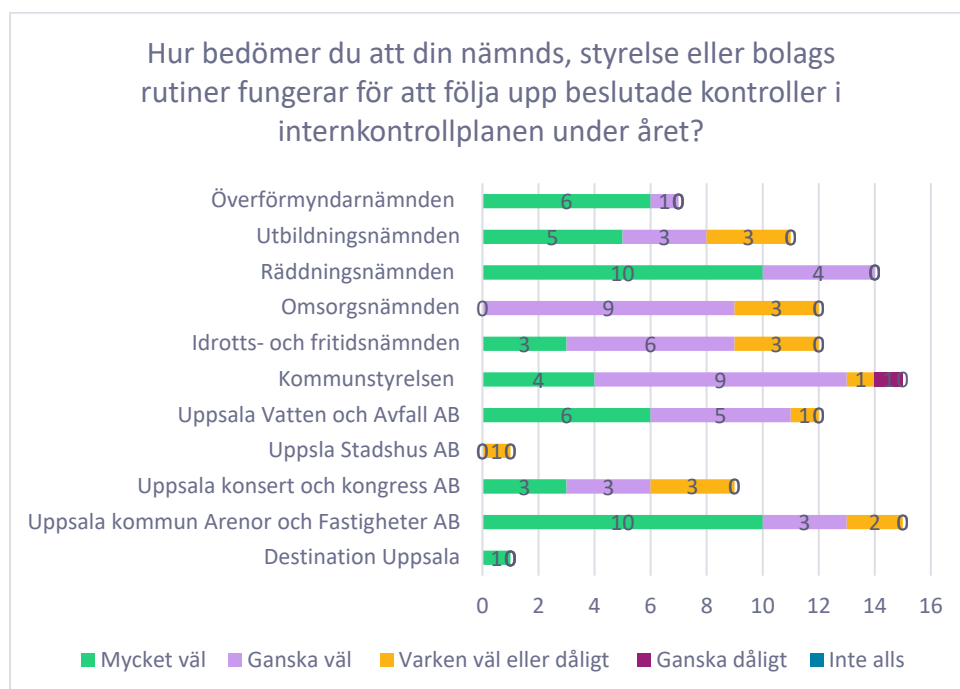
9. Tycker du internkontrollplanens kontroller är tillräckliga för att hantera identifierade risker?



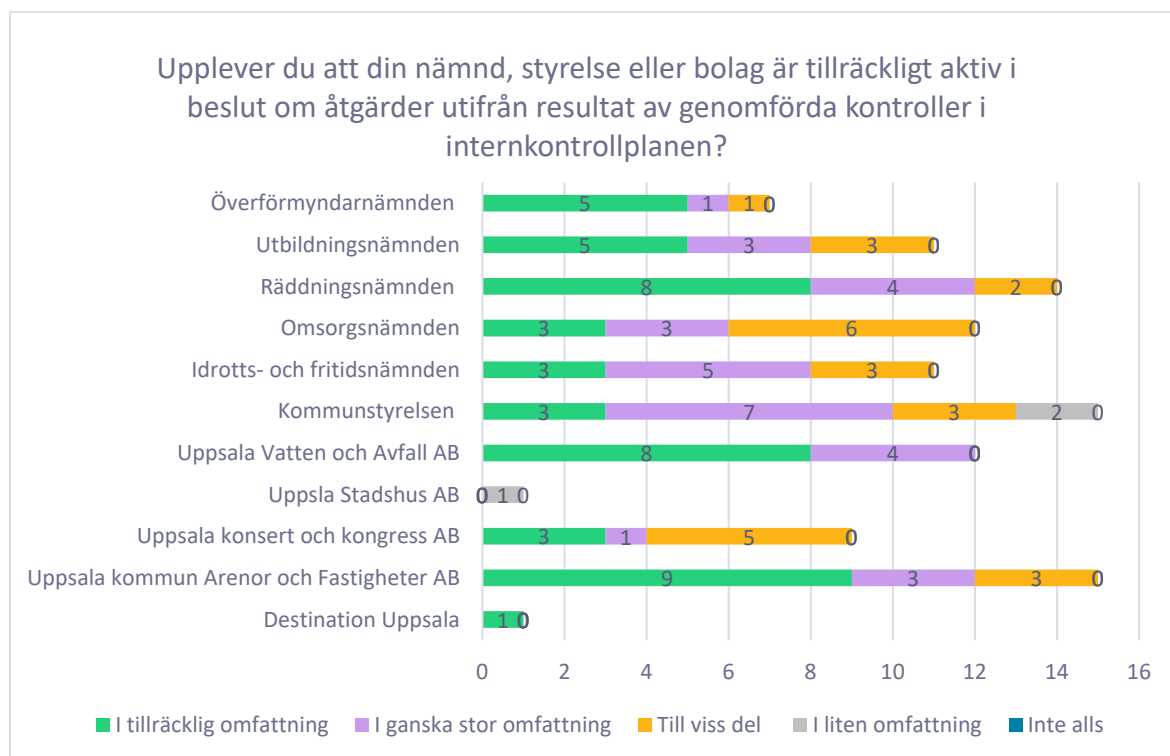
10. Får din nämnd/styrelse eller bolag löpande och tydlig rapportering om genomförda kontroller?



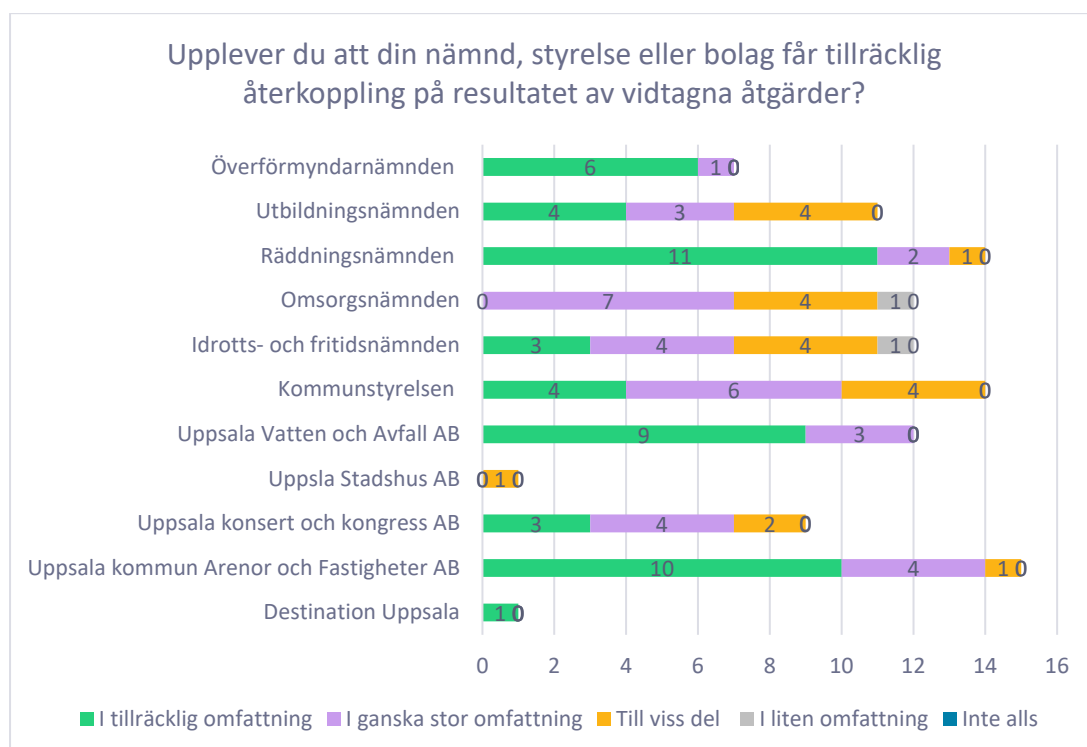
11. Hur bedömer du att din nämnds, styrelse eller bolags rutiner fungerar för att följa upp beslutade kontroller i internkontrollplanen under året?



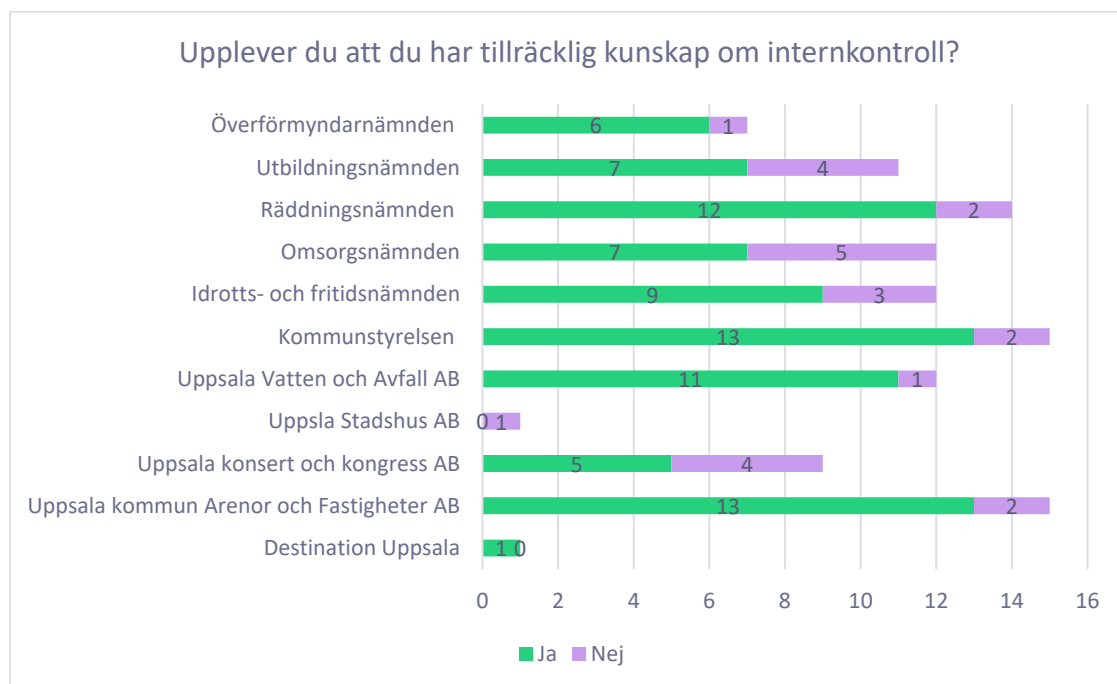
12. Upplever du att din nämnd, styrelse eller bolag är tillräckligt aktiv i beslut om åtgärder utifrån resultat av genomförda kontroller i internkontrollplanen?



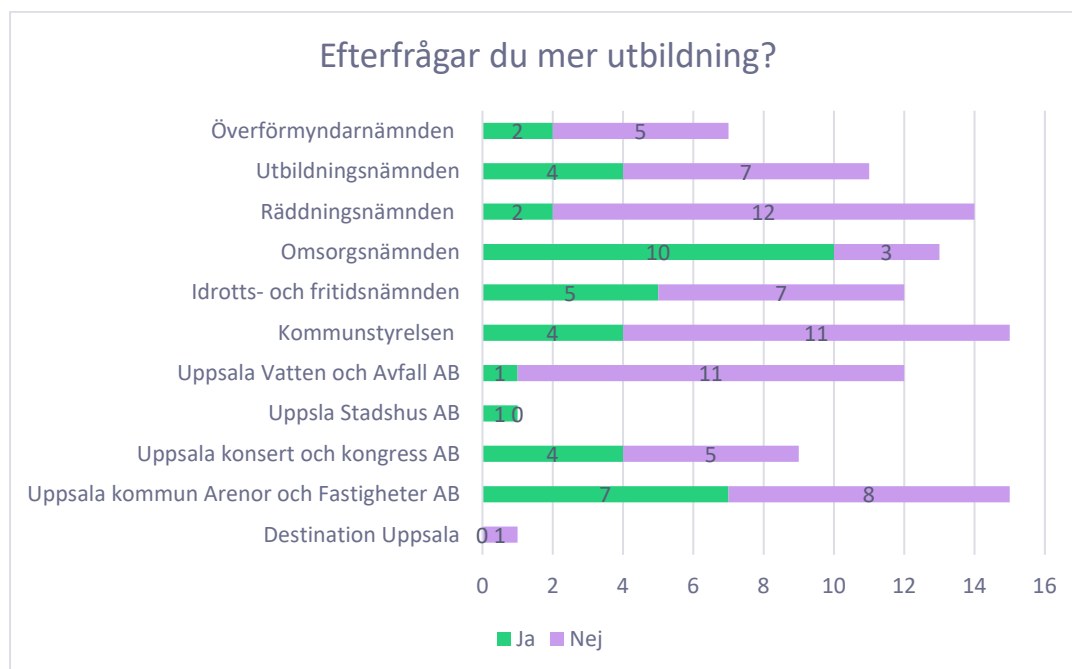
13. Upplever du att din nämnd, styrelse eller bolag får tillräcklig återkoppling på resultatet av vidtagna åtgärder?



14. Upplever du att du har tillräcklig kunskap om internkontroll?



15. Efterfrågar du mer utbildning?



Datum:
2026-03-20Diarienummer:
KRN-2025-00024Kommunrevisionen
Missiv**Mottagare:**Kommunstyrelsen
Socialnämnden
Idrotts- och fritidsnämnden
Kulturnämnden
ArbetsmarknadsnämndenUppsalahem AB
Uppsala arenor och fastigheter AB
Uppsala Stadshus AB**För kännedom:**

Kommunfullmäktige

Granskning av kommunkoncernens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete

Vi som förtroendevalda revisorer och lekmannarevisorer i Uppsala kommun har genomfört en samordnad granskning av kommunkoncernens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Brottsligheten är ett samhällsproblem med påverkan på såväl enskilda som samhället i stort. På senare tid har Sverige drabbats av allvarlig brottslighet med koppling till kriminella nätverk som präglas av bland annat dödligt skjutvapenvåld, narkotikahandel, angrepp på välfärdens utbetalningssystem och undandragande av skatter och avgifter. Den upplevda tryggheten kan även variera mellan olika områden i en och samma kommun. Utsatt område är ett begrepp som polisen i Sverige använder för att beskriva ett geografiskt avgränsat område eller stadsdel med låg socioekonomisk status och med kriminell påverkan på lokalsamhället. Enligt polisens senaste lägesbild klassas stadsdelen Gottsunda i Uppsala kommun som ett utsatt område. Mot denna bakgrund har vi som revisorer bedömt att kommunkoncernens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete behöver granskas.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsens, nämndernas och bolagsstyrelsernas samlade trygghetsskapande och brottsförebyggande insatser, *endast delvis*, är i linje med interna målsättningar och styrdokument samt ställda lagkrav i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Vår bedömning utgår ifrån att kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser efterlever de grundläggande kravställningar som återfinns i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete, samtidigt som granskningen visar att det finns utvecklingsbehov. De utvecklingsbehov som granskningen visat på återfinns i synnerhet

kopplat till de många samverkans- och nätverksforum som etablerats. Forumen som syftar till att möjliggöra samordningsinsatser är förenade med praktiska utmaningar för nämnderna och bolagen. Av vår granskning framgår att de enskilda bolagen och nämnderna främst fokuserar på insatser utifrån sitt eget ansvarsområde snarare än i samverkan med övriga.

Andra utvecklingsbehov som granskningen visar på är att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet regleras av flera styrande dokument. Detta medför att det finns flera olika styrsignaler som tangerar varandra och som därmed riskerar att bli otydliga. Vi bedömer även att nämnderna och bolagen inte har redogjort för hur de verkar för att uppnå målsättningarna som framgår av fullmäktiges beslutade program.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser.

Revisionen emotser yttrande från kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser kring våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Yttrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-06-20**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen / lekmannarevisionen

Berit Danielsson
Ordförande

Kajsa Wejryd
Vice ordförande



Granskning av kommunkoncernens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete

Rapport

Uppsala kommun

2026-03-13

Antal sidor 31

Antal bilagor 3

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
3.1	<i>Avgränsning</i>	6
4	Revisionskriterier	6
5	Metod	7
6	Resultat av granskningen	9
6.1	<i>Ledning och organisation</i>	9
6.1.1	Övergripande styrprocess	9
6.1.2	Organisation	11
6.1.3	Samverkan – Intern och extern	14
6.1.4	Intervjuuppgifter	15
6.1.5	Bedömning	16
6.2	<i>Riskområden</i>	17
6.2.1	Riktlinje för områdesutveckling	17
6.2.2	Gottsundaområdet	17
6.2.3	Gränbyområdet	19
6.2.4	Bedömning	20
6.3	<i>Lagefterlevnad</i>	21
6.3.1	Lägesbild och åtgärdsplan	21
6.3.2	Samverkansöverenskommelse och strategiskt råd	22
6.3.3	Upprättad samordningsfunktion	22
6.3.4	Finansieringsstöd	23
6.3.5	Bedömning	23
6.4	<i>Styrning, uppföljning och uppsikt</i>	24
6.4.1	Bedömning	25
7	Samlad bedömning och rekommendationer	27
	Bilaga 1. Uppdrag – Fokusmål 4	28
	Bilaga 2. Mål och nätverk – Gottsunda och Gränbyområdet	29
	Bilaga 3. Uppdrag och måluppfyllelse	31

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

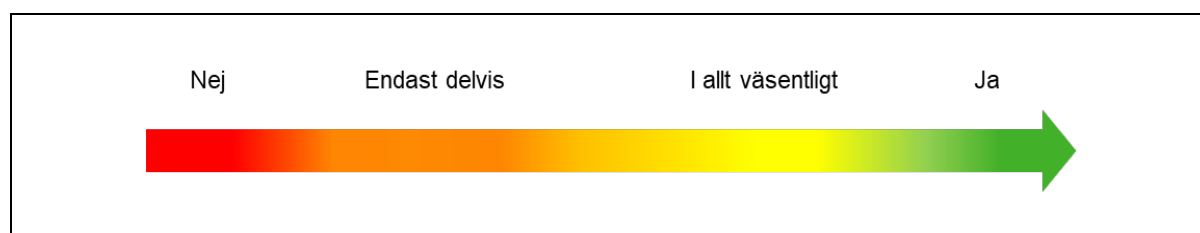
Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsens, nämndernas och bolagsstyrelsernas samlade trygghetsskapande arbete och brottsförebyggande insatser är i linje med dels interna målsättningar och styrdokument, dels ställda lagkrav i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsens, nämndernas och bolagsstyrelsernas samlade trygghetsskapande och brottsförebyggande insatser, endast delvis är i linje med interna målsättningar och styrdokument samt ställda lagkrav i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Vår bedömning utgår ifrån att kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser efterlever de grundläggande kravställningar som återfinns i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete, samtidigt som granskningen visar att det finns utvecklingsbehov. De utvecklingsbehov som granskningen visar på återfinns i synnerhet kopplat till de många samverkans- och nätverksforum som etablerats. Forumen som syftar till att möjliggöra samordningsinsatser är förenade med praktiska utmaningar för nämnderna och bolagen. Av vår granskning framgår att de enskilda bolagen och nämnderna främst fokuserar på insatser utifrån sitt eget ansvarsområde snarare än i samverkan med övriga.

Andra utvecklingsbehov som granskningen visar på är att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet regleras av flera styrande dokument. Detta medför att det finns flera olika styrsignaler som tangerar varandra och som därmed riskerar att bli otydliga. Vi bedömer även att nämnderna och bolagen inte har redogjort för hur de verkar för att uppnå målsättningarna som framgår av fullmäktiges beslutade program.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.



Revisionsfråga	Bedömning
Har kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser säkerställt att det trygghetsskapande arbetet är organiserat på ett ändamålsenligt sätt vad gäller ansvar och roller?	Endast delvis

Har kommunstyrelsen säkerställt en aktiv dialog och samverkan med relevanta aktörer i det trygghetsfrämjande arbetet?	Endast delvis
Sker det en ändamålsenlig samordning mellan det trygghetsskapande arbetet och arbetet med riskområden som t.ex. Gottsunda?	I allt väsentligt
Sker kommunens arbete på ett ändamålsenligt sätt utifrån Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete?	I allt väsentligt
Är de åtgärder som genomförts av kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser i linje med interna mål och strategier inom trygghetsarbetet?	Endast delvis
Finns det en ändamålsenlig styrning, uppföljning och uppsikt för att uppnå de beslutade målen?	Endast delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Tydliggöra roller- och ansvarsområden vad gäller de forum som finns för samverkan inom det trygghetsskapande- och brottsförebyggande arbetet, för att åstadkomma ett mer effektivt resursanvändande.
- Säkerställa att orsaksanalyser i den breddade lägesbilden inbegriper konkreta aktiviteter och tidsram för när dessa ska vara färdigställda, i enlighet med Lag (2023:196) om kommuners ansvar för det brottsförebyggande arbetet.
- Säkerställa att en upprättad kommunikationsplan finns tillgänglig i enlighet med vad som framgår av samverkansöverenskommelsen.
- Verka för att fullmäktige reviderar *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete* i syfte att klargöra hur förutsättningar skapas för att bedriva arbetet systematiskt, långsiktigt och med ökad samordning.
- Tydliggöra kopplingen mellan etablerade styrdokument, nämndernas uppdrag och åtgärder i förhållande till det trygghets- och brottsförebyggande arbetet. Detta med syfte att stärka och enhetliggöra kommunstyrelsens styrning kopplat till området.

För samtliga nämnder och bolagsstyrelser rekommenderar vi att:

- Säkerställa att nämnder och bolagsstyrelser återskriver och redogör för hur verksamheterna har arbetat för att uppnå målsättningarna som framgår av *Program för trygghet, säkerhet och det brottsförebyggande arbetet*.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer och lekmannarevisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunkoncernens trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Ansvaret för det brottsförebyggande arbetet är fördelat på ett flertal aktörer. Kommunerna har, enligt Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete en central roll i det lokala brottsförebyggande arbetet. Inte minst handlar det om kommunens samordnande roll, och att lägesbilder tillika åtgärdsplaner tas fram i syfte att skapa en översyn över brottsligheten i kommunen.

Många kommuner bedriver ett ambitiöst och engagerat arbete utifrån den lokala lägesbilden samt i samverkan med syfte att öka den upplevda tryggheten i lokalsamhället. Trots detta ser vi en upplevd otrygghet som blir alltmer utspridd i landet där 26 procent av befolkningen år 2023¹ uppgav att de är mycket/ganska otrygga². Med individens upplevda otrygghet i fokus är vikten av träffsäkra insatser med ett medborgarfokus alltmer väsentlig.

Den upplevda tryggheten kan även variera mellan olika områden i en och samma kommun. "Utsatt område" är ett begrepp som polisen i Sverige använder för att beskriva ett geografiskt avgränsat område eller en stadsdel med låg socioekonomisk status och med kriminell påverkan på lokalsamhället. Enligt polisens senaste lägesbild klassas stadsdelen Gottsunda i Uppsala kommun som ett utsatt område³.

Brottsligheten är ett samhällsproblem med påverkan på såväl enskilda som samhället i stort. På senare tid har Sverige drabbats av allvarlig brottslighet med koppling till kriminella nätverk som präglas av bland annat dödligt skjutvapenvåld, narkotikahandel, angrepp på välfärdens utbetalningssystem och undandragande av skatter och avgifter. Situationen har bidragit till att människors otrygghet över tid har ökat i stora delar av det svenska samhället.

Med anledning av ovanstående har kommunens förtroendevalda revisorer och lekmannarevisorer, i sin riskanalys för år 2025, dragit slutsatsen att det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet är ett område där fördjupad granskning bör genomföras både för kommunen samt ett urval av kommunala bolag.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Granskningens syfte har varit att bedöma om kommunstyrelsens, nämndernas och bolagsstyrelsernas⁴ samlade trygghetsskapande arbete och brottsförebyggande insatser är i

¹ Enligt Brottsförebyggande rådets (BRÅ) nationella trygghetsundersökning.

² Ute sen kväll.

³ Sedan år 2025.

⁴ Avser de granskade nämnder och bolag som framgår i avsnitt 3.1.

linje med dels interna målsättningar och styrdokument, dels ställda lagkrav i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser säkerställt att det trygghetsskapande arbetet är organiserat på ett ändamålsenligt sätt vad gäller ansvar och roller?
- Har kommunstyrelsen säkerställt en aktiv dialog och samverkan med relevanta aktörer i det trygghetsfrämjande arbetet?
- Sker det en ändamålsenlig samordning mellan det trygghetsskapande arbetet och arbetet med riskområden som till exempel Gottsunda?
- Sker kommunens arbete på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt, utifrån Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete?
 - Sker ett tillfredsställande kartläggningsarbete för framtagandet av lägesbilder och åtgärdsplaner?
 - I vilken omfattning uppfyller kommunstyrelsen sin samordnande roll vad gäller etablerandet av en samordnande funktion, samverkansöverenskommelser och ett strategiskt råd?
 - Används det finansieringsstöd som kommunen erhåller som del av lagstiftningen på ett ändamålsenligt sätt?
- Är de åtgärder som genomförts av kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser i linje med interna mål och strategier inom trygghetsarbetet?
- Finns det en ändamålsenlig styrning, uppföljning och uppsikt för att uppnå de beslutade målen?

3.1 AVGRÄNSNING

Granskningen har avsett kommunstyrelsen utifrån sin roll som ansvarig för trygghetsfrågor och kommunens brottsförebyggande arbete.

Följande nämnder och bolag har även omfattats av granskningen:

Socialnämnden, utbildningsnämnden, idrotts- och fritidsnämnden, kulturnämnden, arbetsmarknadsnämnden, Uppsalahem AB, Uppsala arenor och fastigheter AB samt moderbolaget Uppsala Stadshus AB utifrån dess övergripande roll.

Granskningen har avgränsats till det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet på ett övergripande plan i kommunen. Granskningen har inte syftat till att upptäcka eller utreda brott.

4 REVISIONSKRITERIER

Granskningen har utgått från nedanstående revisionskriterier:

- **Kommunallagen (2017:725).** Av kommunallagen framgår att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer

som fullmäktige har beslutat samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

- **Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.** Lagen reglerar kommunernas ansvar för det brottsförebyggande arbetet och syftar till att säkerställa att det bedrivs effektivt. Det medför även att kommunen tar visst ansvar för samordningen av det brottsförebyggande arbetet i kommunen. Lagstiftningen föreskriver även att kommuner ska ta fram en lägesbild över brottsligheten som ska innehålla en kartläggning av dess omfattning och konsekvenser samt en tillhörande analys. Utifrån framtagna lägesbilder ska kommunen besluta om en brottsförebyggande åtgärdsplan. Kommunen ansvarar även för att skriftliga överenskommelser om samverkan ingås med relevanta aktörer och för att strategiska brottsförebyggande frågor hanteras i ett särskilt forum (strategiskt råd) som leds av kommunen. Ledningen av det brottsförebyggande arbetet åligger kommunstyrelsen eller den nämnd som fullmäktige beslutat om att tilldela ansvaret.
- **Förordning (2023:442) om statsbidrag till kommuner för brottsförebyggande åtgärder.** Förordningen föreskriver att Brottsförebyggande rådet (BRÅ) har möjlighet att bevilja projektbidrag för projekt som syftar till att stärka, utveckla eller utvärdera brottsförebyggande åtgärder i enlighet med Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.
- **Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut så som:**
 - Mål- och budget 2025 med plan för 2026- 2027 (KF, 2024-11-04)
 - Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete (KF, 2022-08-29).
 - Reglemente för kommunstyrelsen och nämnder i Uppsala kommun.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av:
 - Föreskrifter för Uppsala kommuns lokala brottsförebyggande råd.
 - Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete.
 - Samverkansöverenskommelse – Uppsala kommun & lokalpolisområde Uppsala/Knivsta 2024–2027.
 - Affärsplaner.
 - Verksamhetsplaner.
 - Reglementen för nämnder.
 - Ägardirektiv för bolag.
 - Mål- och budget 2025 med plan för 2026-2027.
 - Upprättad lägesbild.

- Handlingsplaner för Gottsunda och Gränbyområdet samt uppföljningar av dessa.
- Delårsuppföljningar per april och augusti.
- Uppföljning av program och planer.
- Riskanalys och internkontrollplaner för nämnder samt bolag, med flera.
- Intervjuer har genomförts med:
 - Arbetsmarknadsförvaltningen – förvaltningsdirektör, avdelningschefer, enhetschefer och stabschef.
 - Kultur-, idrotts-, och fritidsförvaltningen – fritidsstrateg, samordnare, avdelningschefer och verksamhetsledare.
 - Socialförvaltningen - förvaltningsdirektör, avdelningschefer och stabschef.
 - Utbildningsförvaltningen - säkerhetssamordnare och biträdande förvaltningsdirektör.
 - Kommunledningskontoret - trygghets- och hållbarhetsdirektör samt enhetschefer.
 - Uppsalahem AB – hållbarhetschef, förvaltningschef och säkerhetsansvarig.
 - Uppsala kommun Arenor och Fastigheter AB - enhetschef, säkerhetssamordnare och hållbarhetsstrateg.
 - Kommunstyrelsens presidium.
 - Socialnämndens ordförande.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Samtliga som har intervjuats inom ramen för granskningen har fått möjlighet att faktakontrollera rapporten.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 LEDNING OCH ORGANISATION

6.1.1 Övergripande styrprocess

Med syfte att skapa en gemensam systematik och för att uppnå en mer likartad verksamhetsstyrning har kommunstyrelsen antagit en riktlinje⁵ som gäller för samtliga nämnder och bolag. Eftersom riktlinjen är övergripande har den därför också bäring på de styrande dokument och processer som omfattar det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet i kommunen.

Alla nämnder och bolagsstyrelser ska inom sitt verksamhetsområde, säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer. Det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet i Uppsala kommun genomsyrar flera styrande dokument och styrprocesser. I nedanstående underavsnitt beskrivs den övergripande styrkedjan i relation till granskningsområdet.

6.1.1.1 Mål- och budget 2025 med plan för 2026-2027

I fullmäktiges Mål- och budget 2025⁶ återfinns fyra övergripande fokusmål som beskriver den politiska viljeinriktningen i kommunen. Ett av målen, fokusmål 4,⁷ har relevans för granskningsområdet. Målsättningen omfattar framför allt "fysisk" trygghet men även socioekonomi, folkhälsoperspektiv samt integration inbegrips i målsättningen.

Varje fokusmål är förstärkt med tidsbegränsade uppdrag. Inom fokusmål 4, som berör trygghetsskapande åtgärder, återfinns totalt 13 uppdrag⁸ till nämnder och bolagsstyrelser. Fem av dessa berör samtliga nämnder och bolag medan resterande avser enskilda nämnders eller bolags verksamheter. Nämnder och bolagsstyrelser har i uppgift att beskriva hur de avser att genomföra uppdragen.

Fokusmål 4 har sex tillhörande underkategorier som är fördelat på totalt 30 indikatorer. Indikatorerna har målsättningar om att öka eller minska, och dessa ska vara styrande för de målsättningar som nämnder och bolag sedan antar i sina egna verksamhetsplaner respektive affärsplaner. Särskild vikt ska läggas vid att beskriva hur samverkan bedrivs i syfte att uppnå målen.

6.1.1.2 Program

I Uppsala kommun är *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete*⁹ styrande i planering, budgetering, uppföljning och genomförande av kommunens verksamhet.

Programmet innehåller sex övergripande utvecklingsområden med prioriterade inriktningsmål:

- Mål 1 – Uppsala kommun ökar tryggheten och säkerheten i barns och ungas sociala miljö.

⁵ Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll, 2023-02-17, KS.

⁶ Mål och budget 2025 med plan för 2026–2027, 2024-11-04, KF.

⁷ Fokusmål 4. Tryggheten – Uppsala ska bli tryggare med jämlika livsvillkor.

⁸ Se bilaga 1.

⁹ Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete, 2022-08-29, KF.

- Mål 2 – Uppsala kommun minskar brottsligheten och ökar tryggheten med kunskapsbaserad systematik och ändamålsenlig samverkan.
- Mål 3 – Uppsala kommuns offentliga miljö utformas, underhålls och används på ett sätt som främjar trygghet och säkerhet för alla.
- Mål 4 – Uppsala kommun samverkar lokalt och inkluderande för att förebygga brott och skapa trygga, socialt hållbara bostadsområden.
- Mål 5 – Uppsala kommun arbetar skadeförebyggande och förhindrar otillåten påverkan för en trygg och säker verksamhet.
- Mål 6 – Uppsala kommun arbetar tillsammans med näringslivet för ett starkt brottsförebyggande- och trygghetsskapande arbete.

Åtgärder som bidrar till måluppfyllnaden konkretiseras sedan i handlingsplaner som kopplas till programmet. Tillhörande programmet finns två handlingsplaner med relevans för granskningsområdet. De åtgärder som finns i handlingsplanerna lyfts in i de ansvariga nämndernas och bolagsstyrelsernas verksamhetsplaner respektive affärsplaner.

Samtliga nämnder och bolag ska årligen redovisa resultatet av arbetet med att nå de uppställda målen inom ordinarie verksamhetsuppföljning.

6.1.1.3 Verksamhetsplaner

I *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll*¹⁰ beskrivs att verksamhetsplanerna ska utgå från en kommungemensam mall och beskriva bland annat:

- Omvärld, förutsättningar och riskområden.
- Hur fokusmål och uppdrag ska uppnås.
- Hur nämnd eller bolagsstyrelse vill utveckla verksamheten inom grunduppdraget.
- Åtgärder för genomförande, hantering av risker och förändringstryck.
- Åtgärder från kommungemensamma program och handlingsplaner och åtgärder för att omhänderta program mål.
- Indikatorer som underlag för uppföljning och analys.

6.1.1.4 Uppföljning och intern kontroll

Ovan nämnd riktlinje beskriver att samtliga nämnder och bolagsstyrelser ska följa upp och analysera vad som åstadkommit i förhållande till fullmäktiges fokusmål, budget och övriga mål som fastställts av nämnd/bolag samt till kommunövergripande planer och program. Nämnder och bolagsstyrelser ska för egen del omhänderta och komplettera fullmäktiges indikatorer i den mån som behövs.

Kommunstyrelsen leder och ansvarar för uppföljning, analys och utvärdering av den samlade verksamheten vilket inkluderar nämndernas och bolagens ekonomiska resultat och indikatorer. Nämndernas verksamhetsplaner och bolagens affärsplaner är gällande i tre år men följs upp kontinuerligt där nämnder och bolag rapporterar resultat kopplat till fokusmål och uppdrag. Detta sker vid delårsbokslut i april och augusti samt vid årsbokslut. Fullmäktige erhåller motsvarande rapportering i samband med dessa tillfällen. I samband med helårsuppföljningen

¹⁰ 2023-02-17, KS.

görs även en separat analys av nämndernas enskilda måluppfyllelse och utveckling över tid. Rapporteringen av detta sker till kommunstyrelsen.

Per augusti genomförs en samlad uppföljning och aktualitetsbedömning av kommunstyrelsen vad gäller planer och program. Kopplat till program ska nämnder och bolagsstyrelser även årligen redovisa resultatet av arbetet med att nå de uppställda målen vilket sker inom den ordinarie verksamhetsuppföljningen. Kommunstyrelsen följer upp programmens måluppfyllelse och styrförmåga årligen.

Kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för handlingsplanerna. Planerna följs upp genom ordinarie programuppföljning, vilken syftar till att bedöma om styrningen är ändamålsenlig. De insatser som återfinns i handlingsplanerna följs däremot upp kontinuerligt. I denna uppföljning bidrar alla nämnder och bolagsstyrelser till uppföljningens innehåll.

Kontrollmoment i internkontrollplan följs upp i enlighet med den frekvens som framgår av beslutad plan. Uppföljningen sammanfattas årligen i en rapport som nämnd och bolagsstyrelse beslutar om senast 31 januari (eller vid nästkommande sammanträde). Inom ramen för kommunstyrelsens uppsiktsplikt anmäls uppföljningsrapporten till kommunstyrelsen efter beslut i nämnd eller bolagsstyrelse.

6.1.2 Organisation

*Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun*¹¹ föreskriver att styrelsen besitter det övergripande ansvaret för trygghetsfrågor och för kommunens brottsförebyggande arbete.

På ett övergripande plan tar det trygghetsskapande arbetet avstamp i det av fullmäktige, beslutade programmet för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete. Programmet syftar till att skapa förutsättningar för att bedriva arbetet systematiskt, långsiktigt och bidra till ökad samordning. Programmet är gällande för samtliga nämnder och bolagsstyrelser och är styrande i planering, budgetering, uppföljning och genomförande av kommunens verksamhet (se avsnitt 6.1.1.2). Samtliga nämnder, bolagsstyrelser och förvaltningar/verksamheter ingår och deltar i arbetet.

Kommunstyrelsen ansvarar för att samordna programmets genomförande och uppföljning samt ge stöd till övriga nämnder i arbetet. Varje nämnd och bolagsstyrelse ansvarar för det operativa arbetet kopplat till respektive verksamhet.

På förvaltningsnivå samordnas och leds arbetet av *Avdelningen för trygghet och hållbarhet* som är organiserad under kommunledningskontoret (KLK). Avdelningen består av underenheter där *Enheten för brottsförebyggande och säkerhet* ansvarar för att stödja och samordna kommunkoncernens arbete med att förebygga brott samt skapa trygghet.

Arbetet bedrivs genom diverse olika forum för styrning och samverkan. Uppsala kommun ingår, tillsammans med Polismyndigheten,¹² i en samverkansöverenskommelse¹³ som syftar till att skapa förutsättningar för kommunen och lokalpolisområdet att stödja varandra och prioritera resurser till det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet. Samverkansarbetet leds av

¹¹ Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun, 2023-11-06, KF.

¹² Lokalpolisområde Uppsala/Knivsta.

¹³ Samverkansöverenskommelse – Uppsala kommun & lokalpolisområde Uppsala/Knivsta 2024–2027, KSO.

Styrgrupp kommun och polis som i sin tur leds av kommunledningskontoret, som också ingår som representanter i gruppen. Utöver KLK utgörs gruppen av:

- Beredningssamordnare.
- Lokalpolisområdeschef.
- Kommunpolis.
- Representant från socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen, kultur- idrotts- och fritidsförvaltningen, stadsbyggnadsförvaltningen och miljöförvaltningen¹⁴

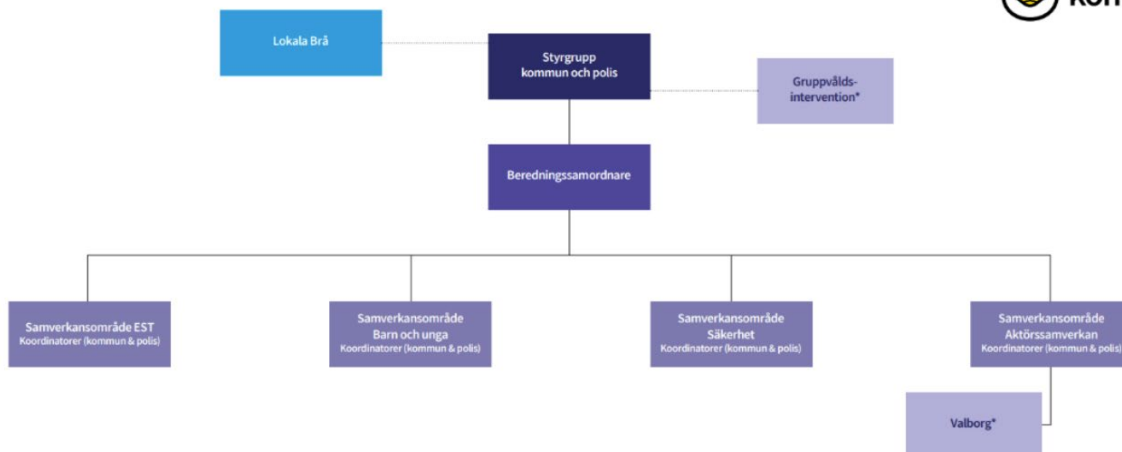
Styrgruppens representanter är beslutsfattande och ansvarar för en långsiktig och strategisk styrning. Av samverkansöverenskommelsen framgår att gruppen ska ha förutsättningar att fullfölja de inriktningar och aktiviteter som fastställs av samverkansöverenskommelsen och tillhörande åtgärdsplan. De olika representanterna ska också agera kommunikationskanal inom den organisation eller förvaltning som de företräder.

Beredningssamordnaren ansvarar för att sammanställa och förmedla information mellan koordinatorsgrupper på förvaltningarna och styrgruppen samt att kalla till möten. Vidare tillser denne att koordinatorsgrupper delges agenda, att de är informerade om styrgruppens beslut samt bereds möjlighet att föredra ärenden vid behov. Koordinatorsgrupperna ansvarar i sin tur för olika samverkansområden som identifierats. De utgör även länken mellan styrgruppen de arbetsgrupper som finns inom respektive område. Det är även dessa som ansvarar för att aktiviteter och åtaganden som framgår av åtgärdsplan förmedlas till ansvarig arbetsgrupp, att de genomförs samt följs upp årligen. En sammanställning av åtgärdsplanen presenteras årligen för styrgruppen och kommunstyrelsens arbetsutskott (KSAU).

Utöver ovanstående ansvarsområden och rollbeskrivningar har styrgruppen i uppgift att hålla *Lokala brottsförebyggande rådet*¹⁵ uppdaterade i dessa sakfrågor. Rådet utgör det strategiska råd som avses i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete. Rådet ska vara ett forum för dialog och kunskapshöjande insatser mellan dels förtroendevalda, dels tjänstepersoner, lokalpolisområdet och externa aktörer. Rådet syftar även till att öka kunskapen om brottslighetens konsekvenser och behovet av åtgärder, samordning och samverkan. I nedanstående figur redovisas styrgruppen och rådets förhållande till varandra rent organisatoriskt.

¹⁴ Representanter från andra förvaltningar och koordinatorsgrupper kan adjungeras in vid behov.

¹⁵ Omnämns ibland som Lokala (eller "Lilla") Brå.



Figur 1. Organisationsskiss. Styrgrupp och Lokala Brå.

Det strategiska rådet består av:

- Kommunstyrelsens presidium samt representant från oppositionen.
- Kommunledningskontoret; *Enheten för trygghet, brottsförebyggande* samt *Enhet Näringsliv & destination*.
- Förvaltningsdirektörer för socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen, arbetsmarknadsförvaltningen, kulturförvaltningen, stadsbyggnadsförvaltningen, vård- och omsorgsförvaltningen och Brandförsvaret, säkerhetschef samt VD för Uppsalahem AB, Uppsala kommun Skol- och omsorgsfastigheter AB och Uppsala kommun Arenor & fastigheter AB.
- Externa aktörer: Lokalpolisområde Uppsala/Knivsta, Åklagarmyndigheten, Friskolenätverken grund- och gymnasieskolan, Citysamverkan, Uppsala handelsförening, Region Uppsala och Länsstyrelsen.

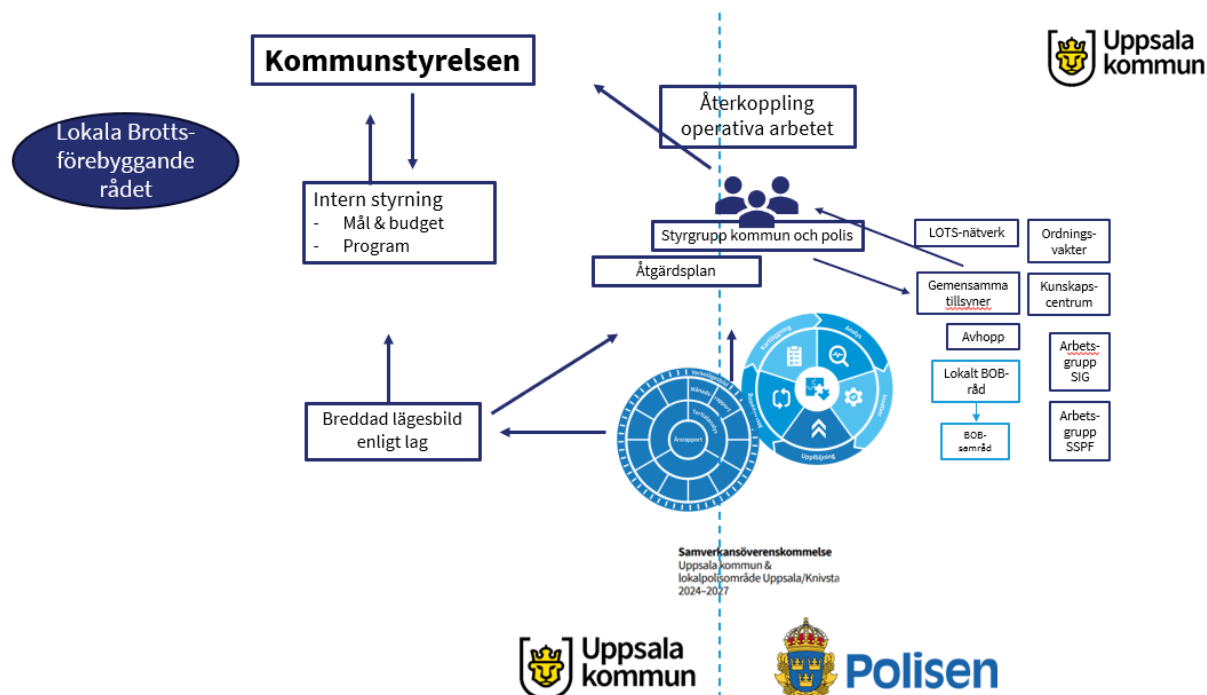
Kommunstyrelsens ordförande är även ordförande i Lokala Brå. Gruppen sammanträder fyra gånger per år där medlemmarna har dialoger och workshops kring det brottsförebyggande arbetet.

Samarbetet mellan kommunen och lokalpolisområde samt Lokala Brå har mynnat ut i flertalet satsningar och specifika samverkansgrupper inom kommunens olika förvaltningsområden. Dessa inkluderar, men är inte begränsade till:

- SSPF (Skola, socialtjänst, polis och fritid).
- LOTS-nätverk – stöd, motivation och vägledning för familjer som har olika form av funktionsnedsättningar.
- BOB-råd (Barn och unga i organiserad brottslighet).
- SIG (Sociala insatsgrupper).

Majoriteten av satsningarna syftar till att nå barn och vuxna som riskerar att hamna i kriminalitet samt att främja samverkan inom området mellan kommunen och externa aktörer.

I nedanstående figur illustreras den styrning och samverkan som sker inom Uppsala kommun kopplat till de olika satsningarna och nätverken:



Figur 2. Processbeskrivning – styrning och samverkan. Uppsala Kommun.

6.1.3 Samverkan – Intern och extern

I kommunstyrelsens respektive nämndernas verksamhetsplaner¹⁶ framgår att de ska arbeta i samverkan dels internt med övriga förvaltningar och bolag, dels externt med civilsamhälle, näringsliv och myndigheter.

Som tidigare beskrivits finns en etablerad samordningsstruktur inom kommunen. Exempelvis tar den interna samverkan avstamp i olika forum, såsom Lokala BRÅ, samt genom samverkansöverenskommelsen med lokalpolisområdet.

Sedan hösten 2021 utgår den interna samverkan från "EST" – Effektiv samordning för trygghet, som är en arbetsmetod som syftar till att samordna det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet. Arbetsmetoden kan beskrivas utifrån följande process:

1. Kartläggning av en viss problembild.
2. Analys av dess orsaker.
3. Implementering av beprövade insatser.
4. Uppföljning av dess effekter.
5. Återkoppling till berörda parter.

EST-arbetet är ett sätt för kommunen att systematiskt samverka och regelbundet träffas kring frågor som berör trygghet på en strategisk nivå. Det finns även möjlighet att etablera lokala EST-grupper. Dessa grupper bildas för särskilda händelser och jobbar lokalt under en begränsad tid med att hantera en särskild sakfråga.

¹⁶ Verksamhetsplan och budget 2025–2027, 2024-12-11, KS.

Rapportering av EST-arbetet sker veckovis, månadsvis och tertialvis. Det är trygghet- och hållbarhetsavdelningen på kommunledningskontoret som leder samverkansarbetet. De ansvarar för att sammankalla övriga förvaltningar och samordna i uppdrag som inte specifikt inryms i en annan förvaltnings verksamhetsområde. I uppdrag som inte leds av kommunledningskontoret tenderar de att drivas av den förvaltning vars verksamhet ligger närmast uppdraget.

Avseende extern samverkan så bedrivs detta inom ramen för Lokala Brå där externa aktörer är deltagare, såsom Länsstyrelsen och Region Uppsala. Andra externa aktörer ur till exempel civilsamhället finns inte med i rådet. Däremot kan rådet bjuda in enskilda aktörer.

Vilken samverkan som sker externt framgår av nämndernas verksamhetsplaner respektive bolagens affärsplaner. Övergripande beskrivs att extern samverkan sker på områdesbasis utifrån de handlingsplaner som finns upprättade i enlighet med EST-metoden. I Uppsala kommun finns två etablerade handlingsplaner för Gottsunda¹⁷ och Gränby-området¹⁸. Se även bilaga 2 för en fullständig lista över samverkansnätverk i de specifika områdena.

Handlingsplanerna innehåller flera målsättningar varav ett inbegriper att ”stärka civilsamhället och ge bättre förutsättningar för föreningsverksamhet”. Ett exempel på en åtgärd som är kopplad till extern samverkan är att kommunen fört dialog med civilsamhället och utvecklat formerna för samverkan genom tecknandet av idéburna offentliga partnerskap (IOP), som erhållit ekonomiskt stöd för olika föreningsverksamheter. En av målsättningarna med det offentliga partnerskapet är att bidra till ökad trivsel och trygghet i stadsdelen¹⁹.

6.1.4 Intervjuuppgifter

I fullmäktiges Mål- och budget 2025 framgår att flera av uppdragen som inbegrips inom granskningsområdet²⁰ ska åtgärdas av flera förvaltningar och bolag. Det framkommer i intervju att roll- och ansvarsfördelningen upplevs som otydlig. Den som har huvudansvar ska sammankalla övriga involverade, men det finns en uppfattning att förvaltningar/bolag ibland tolkar uppdraget utifrån deras eget verksamhetsområde snarare än utifrån ett övergripande perspektiv.

I intervju beskrivs även att det finns delar av samordningsfunktionen som kan utvecklas. Detta då synkroniseringen mellan de olika forumen som finns i kommunkoncernen inte sker i tillräcklig utsträckning.

Det framförs vidare att KLK utifrån sin samordnande funktion ”tvingas” styra flera forum, givet att flera förvaltningar inte alltid hinner delta. Det innebär också att samma personer deltar i flera olika forum. En tydligare koppling efterfrågas mellan forumen. De intervjuade lyfter samtidigt upp att många forum tillkommit till följd av regeringsuppdrag som i sin tur krävt ytterligare etableringar. Detta avser dock främst de operativa forumen.

Vid tidpunkten för granskningen upplever de intervjuade att det finns ett stuprörstänk där det finns en uttalad ambition om att samordna insatser men att det praktiska arbetet i mångt och mycket bedrivs på enskild förvaltnings/bolagsnivå snarare än i samverkan. De intervjuade

¹⁷ Handlingsplan för Gottsundaområdet 2021–2030, 2021-06-16, KS.

¹⁸ Handlingsplan för Gränby, Kvarngärdet och Löten 2024–2030, 2024-02-07, KS.

¹⁹ Idéburet offentligt partnerskap (IOP) 2022–2025 med Gottsunda Teater ideell förening, 2021-12-02, Tjänsteskrivelse (KN).

²⁰ Målsättningarna beskrivs mer detaljerat i avsnitt 6.1.1.1.

upplever att detta inte går i linje med vad som framgår i programmet för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete som syftar till att förutsättningar ska finnas för att arbetet ska kunna bedrivas systematiskt, långsiktigt och samordnat. Ett konkret exempel som lyfts fram är att förvaltningarna tenderar att inrätta enskilda insatser i stället för gemensamma insatser, exempelvis vid åtgärder knutna till sociala insatser mot unga som rekryteras in i kriminalitet.

6.1.5 Bedömning

Vår bedömning är att kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser **endast delvis** har säkerställt att det trygghetsskapande arbetet är organiserat på ett ändamålsenligt sätt vad gäller ansvar och roller.

Vår bedömning grundar sig i att det av befintliga styrande dokument anges att kommunstyrelsen besitter det övergripande ansvaret för trygghetsfrågor och för kommunens brottsförebyggande arbete. Samtliga nämnder och bolagsstyrelser har till uppgift att bidra till det arbetet genom att etablera nämnd- och bolagsmål med tillhörande åtgärder som verkar för att nå uppsatta målsättningar.

Kommunstyrelsen har i uppgift att samordna programmets genomförande och uppföljning, och på förvaltningsnivå samordnas frågorna operativt av *Avdelningen för trygghet och hållbarhet* som är organiserad under kommunledningskontoret.

Även om ansvars- och rollbeskrivningar framgår tydligt av de styrande dokumenten iakttar vi genom våra intervjuer att ansvar och samordning kan förtydligas. Flera förvaltnings- och bolagsrepresentanter har uppgett att förväntningarna på respektive uppdrag är tydligt utifrån dess verksamhetsområde. Det medför dock som följd att mycket av arbetet sker i "stuprör" och inte i samverkan i den utsträckning som styrdokumentet föreskriver.

Vår bedömning är att kommunstyrelsen **endast delvis** har säkerställt en aktiv dialog och samverkan med relevanta aktörer i det trygghetsfrämjande arbetet.

Det finns en etablerad samordningsstruktur i kommunen genom flera forum och nätverk. En samverkansöverenskommelse har upprättats med lokalpolisområdet Uppsala/Knivsta där representanter från flera förvaltningar deltar.

I enlighet med Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete finns ett strategiskt råd i form av det lokala brottsförebyggande rådet som syftar till att vara ett forum för dialog och kunskapshöjande insatser mellan förtroendevalda, tjänstepersoner, polisen och externa aktörer. De externa aktörerna i Lokala Brå utgörs av exempelvis myndigheter och regioner. Genom upprättade handlingsplaner som tillkommit via EST-arbetet återfinns också insatser som även involverar civilsamhället.

Trots att flera forum för samverkan är etablerade så konstaterar vi att många processer kopplat till det brottsförebyggande och trygghetsskapande arbetet sker i parallella led. I intervjuer beskrivs att det finns behov av att forumen synkroniseras ytterligare i syfte att nå en bättre

effektivitet. Det beskrivs även att det finns risk att kunskap och information blir personberoende, givet att det finns en personunion mellan forumen.

6.2 RISKOMRÅDEN

Som beskrivits i avsnitt 6.1.2 finns två etablerade handlingsplaner för de områden i Uppsala kommun som bedöms som "riskområden". Ett av dessa, Gottsunda, finns med på polisens lista över utsatta områden.

6.2.1 Riktlinje för områdesutveckling

Handlingsplanerna för Gottsunda och Gränbyområdet utgår från Uppsala kommuns *Riktlinje för områdesutveckling*²¹. Riktlinjen är tillämplig vid processer som kommunen leder och som syftar till positiv utveckling för ett definierat geografiskt område.

Riktlinjen utgör stöd och vägledning för sammanhang där kommunkoncernen ser behov av ett systematiskt och samordnat långsiktigt arbete med områdesutveckling. Principerna som beskrivs i riktlinjen syftar till att möjliggöra en systematik dels i kommunens egen organisation, dels för externa aktörer.

Principerna är enligt riktlinjen att betrakta som en helhet och agilt arbetssätt, vilket innebär att stegvis utveckla förmåga och nå effekt genom flexibla lösningar tillsammans med externa aktörer såsom civilsamhälle och näringsliv. Principerna utgörs av:

- **Delaktighet och samverkan** – Offentlig sektor, näringsliv med flera ska vara delaktiga i hela processen för områdesutveckling.
- **Prioriterade teman** – Prioriteringar som formeras löpande utifrån utmaningar, problembild och samordningsbehov.
- **Styrning mot effekter** – Det samordnade arbetet ska styras mot effekter vilket ställer krav på analys och mätning för att följa hur arbetet leder mot uppsatta mål.
- **Gemensamma resurser** – Områdesutvecklingen ska stärka förmågan att söka extern finansiering och tillgodogörande av andra resurser. Även finansiering utöver det offentliga anges nödvändigt.
- **Utforskande arbetssätt som möjliggör innovation** – Utforskande och nytänkande uppmuntras. Ökad samverkan ska möjliggöra pilotprojekt och prototyper.
- **Evidensbaserad områdesutveckling** – Utgångspunkt från lokala behov och utmaningar samt forskning och olika former av evidens.

6.2.2 Gottsundaområdet

Arbetet med områdes- och stadsutveckling i Gottsundaområdet har pågått under lång tid. Mellan 2018–2020 intensifierades arbetet genom upprättandet av en handlingsplan för området. Då utmaningarna i området har varit och förblir komplexa anger planen att det krävs en långsiktighet och ett samordnat arbete för att möta dessa utmaningar. En ny handlingsplan upprättades för åren 2021–2030 med syftet att etablera en långsiktig och bred samverkan. Detta för att öka förmågan i att hantera svåra utmaningar och bidra till att olika insatser och processer tillsammans når en bättre effekt.

²¹ Riktlinje för områdesutveckling, 202-05-18, KS.

I handlingsplanen anges målsättningar för år 2025 samt för år 2030. Målsättningarna samspelar dels med Agenda 2030, dels med kommunens fokusmål. Då handlingsplanen (i enlighet med tidigare beskriven riktlinje) ställer krav på att styra mot effekter krävs analys och mätning för att följa hur arbetet framskrider mot målen. Indikatorer och olika sätt att mäta ska tas fram för varje mål.

I nämndernas verksamhetsplaner och bolagens affärsplaner beskrivs vilka uppdrag och åtgärder inom de olika fokusmålen som har koppling till handlingsplanen. Samtliga nämnder och bolagsstyrelser deltar i arbetet mot dessa mål²² utifrån respektive ansvarsområde. Det konstateras dock att även om nämnder delar ett uppdrag (men där åtgärder skiljer sig åt) så framgår det inte enhetligt huruvida dessa är kopplade till områdena i handlingsplanen eller om dessa är att betrakta som övergripande insatser²³.

Vidare leds arbetet och samordnas av kommunstyrelsen. Kommunstyrelsen ansvarar även för att följa upp handlingsplanen. Kommunen samverkar även med aktörer inom olika sektorer i syfte att etablera partnerskap med likasinnade för områdets utveckling.

Det finns även flera samverkansnätverk i området för att koordinera insatser och förbättra det gemensamma arbetet. En fullständig lista över dessa återges i bilaga 2.

I uppföljningen av handlingsplanen²⁴ (per 2025-01-31) beskrivs att det genomförda arbetet baseras på kommunkoncernens samlade arbete men inkluderar inte alla insatser som föreningar och andra aktörer genomför i området. Uppföljningen visar att Gottsundaområdet fortsatt har stora utmaningar men att det finns indikationer på att utvecklingen har gått i positiv riktning. Arbetet med handlingsplanen har föregåtts av ett omfattande samverkansarbete där ingen nämnd eller bolag ensamt har kunnat (eller kan) uppnå något av planens övergripande mål. I intervju uppges att samverkan inte alltid är enkelt och att det tar tid att jobba utanför "stuprören". Vidare framgår att det stundtals är otydligt vad som ska uppnås och vem som har ansvar att säkerställa att arbetet ger resultat. I intervjuer beskrivs även att det är svårt att peka på en enskild insats som har möjliggjort att området har förbättrats. Flera intervjuade påpekar däremot att samordningen från kommunstyrelsen och KLK har förbättrat förutsättningarna för koordinerad samverkan mellan flera enheter och förvaltningar, mycket tack vare den upprättade handlingsplanen.

Avseende målsättningarna anges att inget av målen per 2025 uppnås men att dessa har utvecklats i positiv riktning²⁵.

Avseende målet att stärka civilsamhället och ge bättre förutsättningar för föreningsverksamhet beskrivs att målet har varit svårt att utvärdera. Bedömningen är att delaktigheten i samhället generellt är lägre bland boende i Gottsundaområdet kopplat till valdeltagande, andel aktiva i idrottsföreningar, social sammanhållning etc. Kommunen har i dialog med civilsamhället arbetat för att utveckla formerna för samverkan där ex. idéburna offentliga partnerskap har tecknats.

²² Målsättningar och prioriterade inriktningar återfinns i bilaga 2.

²³ Ett exempel är uppdrag 36 där Kulturnämndens åtgärd är knuten till handlingsplanen men där socialnämndens åtgärd inte beskrivs vara det trots att uppdraget inbegriper båda nämnder.

²⁴ Uppföljning av handlingsplan för Gottsundaområdet 2021–2030, 2025-01-31, KLK.

²⁵ Gottsunda betraktas numera som ett "utsatt område" till följd av att kategorin "riskområde" har tagits bort. Tidigare utgjordes kategoriseringen av "utsatt område", "riskområde" och "särskilt utsatt område". Utvecklingen i området är oförändrad.

Etablerandet av nya forum och nätverk beskrivs också vara medel som stärkt förutsättningarna i området. Det beskrivs även att det är ett utvecklingsområde att förbättra samordningen mellan kommunens verksamheter, föreningar och civilsamhälle. Det nämns även att uppföljningen av handlingsplanen inte har omfattat huruvida civilsamhället och föreningslivet själva har upplevt en förändring.

Samordningen genom EST-arbetet är en väsentlig faktor till trygghetsarbetets utveckling i Gottsunda. Under 2024 fanns 36 rapportörer i Gottsundaområdet, vilket innebar en ökning med fem personer sedan 2023. Rapportörerna tillhörde olika verksamheter som samlade in information till lägesbilden i ett gemensamt digitalt system. Gottsunda drabbades av en våldsvåg 2023 och från att ha varit relativt lugnt under en lång tid bedömdes att det var ett allvarligt läge i stadsdelen. Den lokala EST-gruppen träffades därefter varannan vecka under ett års tid fram till sommaren 2024 (med undantag för ett återupptagande under oktober samma år) men har pausats sedan dess.

Utifrån framtagna lägesbilder beskrivs att EST-väktare har haft området i sin väktarrutt varje vecka under hela 2024. Polisen och ungdomsjouren har också haft förstärkt närvaro. Därtill har Uppsalahem AB:s trygghetsvårdar varit extra närvarande. EST-strukturen beskrivs i intervju tillföra mycket samlad information som möjliggjort att lämpliga åtgärder har kunnat vidtas utifrån aktuella behov. Utmaningar har dock också förekommit, främst kopplat till om rapportörer blivit sjuka eller har gått på föräldraledighet.

6.2.3 Gränbyområdet

En handlingsplan för Gränby, Kvarngärdet och Löten upprättades först under 2020 för ökad trygghet²⁶. Planen avslutades 2023 och en ny handlingsplan upprättades under 2024, som följdes upp året därefter²⁷. Syftet med den nya planen var att fortsätta främja en positiv utveckling av området – men ur ett längre tidsperspektiv.

Sammanfattningsvis konstaterades att området fortsatt har utmaningar men att det finns indikationer på att utvecklingen även här utvecklats i positiv riktning. Likt för handlingsplanen i Gottsunda beskrivs att ett omfattande samverkansarbete är nödvändigt för att uppnå planens övergripande målsättningar.

Handlingsplanen har fyra övergripande inriktningar och fem prioriterade teman med målsättning om att uppnås 2030. Dessa redovisas i bilaga 2. Till skillnad mot handlingsplanen i Gottsunda innehåller planen i Gränbyområdet inga etappmål för ex. 2025. Sammanfattningsvis konstateras att de olika inriktningarna visar på positiv utveckling med undantag för inriktningen om att ”barn och unga ska ha goda tillväxtvillkor och hög framtidstro”. Inriktningen visar för närvarande blandade resultat i det avseendet.

EST-arbetet uppges ha bidragit till ett mer strukturerat arbetssätt som ökat förutsättningarna att bedriva ett systematiskt arbete med att öka tryggheten. EST som arbetssätt bygger på att rapportörer i olika verksamheter löpande rapporterar in otrygghetsskapande händelser i ett digitalt system. Dessa rapporter bidrar sedan till en gemensam lägesbild som ligger till grund för analyser och åtgärder. Gemensamma lägesbilder tas fram på veckobasis för inriktning av det

²⁶ Slutrapport Handlingsplan för ett tryggare Gränby och Kvarngärdet 2020-2023, 2023-11-03, KLK.

²⁷ Uppföljning av handlingsplan för Gränby, Kvarngärdet och Löten 2024–2030, 2025-01-31, KLK.

operativa arbetet på kort sikt samt på månads- och tertialsbasis för att kunna följa trender över tid avseende brottsförebyggande och trygghetsskapande åtgärder.

EST-arbetet i Gränby anges ha fortlöpt väl och flera rapportörer har utbildats. Under 2024 fanns 20 rapportörer inom olika verksamheter vilket motsvarar en ökning om 8 personer i jämförelse med året dessförinnan.

Vidare beskrivs att kommunen, i dialog med civilsamhället, har arbetat för att vidareutveckla formerna för samverkan. Sedan 2021 har flera idéburna offentliga partnerskap tecknats och ett antal ekonomiska stöd finns att tillgå för olika föreningsverksamheter i området. Lokalutbudet för föreningsverksamhet i Gränby har även breddats. I syfte att stärka förutsättningarna och stödja föreningsliv och civilsamhälle har även konceptet *Temafrukostar* upprättats. Andra forum som beskrivs i planen är *Stora områdesgruppen* dit föreningar och organisationer bjudits in, samt *Platssamverkan Gränby Kvarngärdet* som utgjort dels en samverkansyta (till exempel som informationskanal till boende), dels en samverkanspart i aktiviteter. (Se bilaga 2 för ytterligare beskrivning av forumen för samverkan.)

6.2.4 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** sker en ändamålsenlig samordning mellan det trygghetsskapande arbetet och arbetet med riskområden.

Bedömningen tar avstamp i att det finns upprättade handlingsplaner för riskområden som samspelar med fullmäktiges fokusmål. Nämndernas uppdrag som anges i *Mål- och budget 2025* beskrivs även vara knutna till insatser som framgår av handlingsplanens prioriterade inriktningar.

Vi konstaterar dock att det i uppdrags- och åtgärdsbeskrivningar i verksamhets- och affärsplaner inte alltid framgår enhetliga formuleringar avseende vilka insatser som har koppling till handlingsplanen. Flera uppdrag omfattar flera nämnder och bolag men enskilda åtgärder för det specifika uppdraget sker för sig snarare än i samverkan med övriga ansvariga förvaltningar. Det framgår dock samtidigt i uppföljningen av handlingsplanen att samverkansinsatser visserligen har genomförts men då det saknas konkretiserade aktiviteter i handlingsplanen medför det att spårbarheten i vilka insatser som uppdragets förvaltningarna inte alltid tydligt framgår. Det medför som konsekvens att möjligheten att följa utvecklingen mot målen i handlingsplanen försvåras då insatserna i stället följs upp inom ramen för ordinarie verksamhetsuppföljning.

Det övergripande arbetet samordnas av kommunstyrelsen som även följer upp handlingsplanerna. Till följd av handlingsplanernas upprättande har flera samverkansnätverk tillsammans med externa och interna aktörer upprättats i syfte att stärka förutsättningar för gemensam samverkan och samordning. Det beskrivs i handlingsplanerna att samordning är utmanande. I intervjuer har flera dock varit positiva avseende att det finns en handlingsplan som dessa menar på har stärkt förutsättningarna för att bedriva samverkan förvaltningar och bolag sinsemellan.

En väsentlig faktor till trygghetsarbetet i områdena utgörs av EST-arbetet som möjliggör framtagandet av lägesbilder på kort- och lång sikt. Detta medför förbättrade förutsättningar för att kunna rikta insatser där de behövs.

6.3 LAGEFTERLEVNAD

Kortfattat ställer Lag (2023:193) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete följande krav:

1. Framtagandet av en lägesbild med tillhörande åtgärdsplan.
2. Samverkansöverenskommelse – Med relevanta aktörer där syfte och områden för samverkan framgår.
3. Inrättandet av ett strategiskt råd – Rådet ska ledas av kommunen tillsammans med relevanta aktörer där strategiska brottsförebyggande frågor hanteras.
4. Upprättad samordningsfunktion – Syftar till att stödja i kommunens brottsförebyggande arbete och agerar kontaktpunkt åt externa aktörer samt sprider information till invånare och andra aktörer.

Som ett komplement till lagstiftningen trädde Förordning (2023:442) om statsbidrag till kommuner för brottsförebyggande åtgärder i kraft under 2023. Förordningen föreskriver att BRÅ har möjlighet att bevilja projektbidrag för projekt som syftar till att stärka, utveckla eller utvärdera brottsförebyggande åtgärder²⁸. Bidrag får inte lämnas för befintlig kommunal verksamhet eller för projekt som andra statliga bidrag redan lämnats för.

6.3.1 Lägesbild och åtgärdsplan

Kommunledningskontoret har upprättat en lägesbild och åtgärdsplan²⁹. Lägesbilden upprättades 2024-06-11 och ska ses över vartannat år, vilket innebär att uppföljning ska ske under år 2026.

Brottsförebyggande rådet föreskriver att en upprättad lägesbild ska inkludera typen av brottslighet, omfattning av brottslighet, konsekvenser samt en orsaksanalys³⁰.

Upprättandet av lägesbilden i Uppsala kommun är harmoniserad med andra styrande dokument och processer. *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande* anger att arbetet ska grunda sig på kunskap om problemets omfattning, struktur och utveckling. Implementeringen av EST:s metod med att kartlägga problembilder, analysera dess orsaker med mera är också förenlig med framtagandet av den breddade lägesbilden. Lägesbilsarbetet bedrivs på vecko-, månads- och tertialsbasis inom ramen för EST.

I åtgärdsplanen som även återfinns i lägesbilden beskrivs följande fokusområden:

- Offentlig miljö.
- Barn och unga.

²⁸ Förordning (2023:442) om statsbidrag till kommuner för brottsförebyggande åtgärder, 2–6§§.

²⁹ Lägesbild och åtgärdsplan enligt Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete, 2024-06-11, KLK.

³⁰ [Kommunens ansvar | Brå - Brottsförebyggande rådet](#)

- Näringsliv.
- Välfärdsbrott.
- Särskilt brottsutsatta.
- Våldsbejakande extremism.

Varje fokusområde är avgränsat till specifika inriktningar och varje inriktning innehåller en kartläggning med en tillhörande slutsats kopplat till brott och otrygghet³¹. Åtgärdsplanen är uppdelad på så vis att vissa slutsatser leder till nya åtgärder medan andra hanteras genom det befintliga uppdraget. De åtgärder som är knutna till befintliga uppdrag är fyra till antal³² och är återkommande för vissa av inriktningarna. Åtgärdsplanen beskriver fortsatt en sammanfattad problembild för varje fokusområde och ger exempel på vilka befintliga åtgärder som återfinns i nämndernas verksamhetsplaner. Även åtgärder som ryms inom samverkansöverenskommelsen tillsammans med kommunen och Polismyndigheten återges i planen.

Lägesbilden och åtgärdsplanen beskriver brottslighetens omfattning, typ och konsekvenser i stora delar. En viss orsaksbeskrivning finns angiven i lägesbilden och det beskrivs i översikten över befintliga åtgärder vilka nämnder och bolag som är ansvariga. Däremot är orsaksanalysen inte helt utformad i enlighet med BRÅ:s framtagna mallar och beskrivningar. Det saknas exempelvis konkreta operativa mål eller andra nedbrutna aktiviteter och det framgår inte heller när eller hur länge en åtgärd ska pågå eller när den ska avslutas.

6.3.2 Samverkansöverenskommelse och strategiskt råd

Lagstiftningen föreskriver att en samverkansöverenskommelse med relevanta aktörer ska vara upprättad. Som beskrivits i avsnitt 6.1.1 ingår kommunen i ett samverkansavtal tillsammans med lokalpolisområdet i Uppsala/Knivsta. Av åtgärdsplanen som är bifogad i lägesbilden framgår att denna kombinerats med samverkansöverenskommelsens lägesbild som i sin tur baseras på det kontinuerliga lägesbildsarbetet som sker inom ramen för EST-arbetet.

Lokala Brå utgör och likställs med det strategiska råd som avses i lagen (§ 10). Kommunstyrelsen är ansvarig för rådet och fastställer föreskrifter och beslutar om förändringar. Detta beskrivs mer ingående i avsnitt 6.1.1.

6.3.3 Upprättad samordningsfunktion

Kommunens upprättade samordningsfunktion består av medarbetare på *Avdelningen för trygghet och hållbarhet*. Avdelningen består i sin tur av underenheter där enheten för brottsförebyggande och säkerhet ansvarar för att stödja och samordna kommunkoncernens arbete.

Samordningsfunktionen genom kommunledningskontoret har flera samordnande roller. Exempelvis leder även KLK den styrgrupp som beskrivs i samverkansöverenskommelsen och ansvarar för den strategiska styrningen i det hänseendet.

I enlighet med 12 § i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete, ska funktionen utgöra kommunens kontaktpunkt i förhållande till externa aktörer och bidra till att

³¹ Detta innebär exempelvis förekomst av narkotika, ungdomsbrottslighet eller ojämlika uppväxtvillkor.

³² Avser uppdrag 26, 27, 29 och 33 som återfinns i mål och budget.

information om brottsförebyggande arbetet sprids till kommunens invånare eller andra som kan ha intresse av sådan information. Det framgår av samverkansöverenskommelsen att en gemensam kommunikationsplan ska tas fram. Vi har inom ramen för granskningen inte erhållit en sådan.

Informationsspridning till övriga aktörer sker i andra forum såsom Lokala BRÅ där externa aktörer är representerade. Övriga forum för samverkan med externa aktörer och invånare sker genom nätverk såsom genom "Tryggare nöjesmiljö (Krogar mot knark)" och "Nätverket företagssamverkan".

För att nå ut till invånare i kommunen genomför kommunledningskontoret och polisen medborgardialoger. Dialogerna kan genomföras via en fysisk träff, genom enkäter eller i kombination av de båda. Dialogerna syftar till att få reda på vad medborgarna anser är viktigt avseende tryggheten i kommunen och flera medborgarlöften har tagits fram som följd av detta. Dessa redovisas även på Uppsala kommuns hemsida³³.

6.3.4 Finansieringsstöd

Uppsala kommun har inte sökt eller beviljats ekonomiskt stöd för brottsförebyggande åtgärder under 2025³⁴ eller 2026³⁵ av BRÅ. Vid avstämning med tjänsteperson uppges dock att kommunen ansökte om stöd under 2024 för ett projekt som syftade till att utöka lägesbilsarbetet över kommungränserna. Stödet beviljades ej.

6.3.5 Bedömning

Vår bedömning är att kommunens arbete **i allt väsentligt** sker på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sett utifrån gällande lagstiftning.

Vi konstaterar att kommunledningskontoret har upprättat en lägesbild med tillhörande åtgärdsplan. Lägesbilden inbegriper beskrivningar avseende brottslighetens karaktär, omfattning, vilka konsekvenser den medför och en orsaksanalys. Orsaksanalysen är dock inte helt utformad i enlighet med BRÅ:s framtagna mallar och beskrivningar. Det saknas exempelvis konkreta aktiviteter till de redogjorda åtgärderna där det inte heller framgår en tidsram för när dessa ska vara färdigställda till. Det medför således påverkan på mätbarheten på effekten för de åtgärder som beskrivs.

Fortsättningsvis konstaterar vi att det i enlighet med lagstiftningen finns en samverkansöverenskommelse med relevanta aktörer, såsom lokalpolisområdet. Inrättandet av Lokala Brå utgör och likställs med det strategiska råd som lagen föreskriver där också kommunstyrelsen är ansvarig part.

Kommunens upprättade samordningsfunktion utgår från kommunledningskontorets *Avdelning för Trygghet och hållbarhet*. Avdelningen leder den styrgrupp som beskrivs i

³³ [Samverkan med polisen - Uppsala kommun](#) (2025-10-30).

³⁴ [2025 | Brå - Brottsförebyggande rådet](#) (2025-01-31).

³⁵ [50 kommuner får ekonomiskt stöd för brottsförebyggande åtgärder | Brå - Brottsförebyggande rådet](#) (2026-01-13).

samverkansöverenskommelsen och är att betrakta som kommunens kontaktpunkt gentemot externa aktörer. Vi noterar dock att det inte finns en upprättad kommunikationsplan i enlighet med i samverkansöverenskommelsen. Samtidigt bedömer vi att andra kommunikationsåtgärder såsom medborgardialoger är ändamålsenliga utefter vad lagstiftningen anger.

Slutligen konstaterar vi att Uppsala kommun inte har ansökt om det finansieringsstöd som BRÅ beslutar och beviljar om inom ramen för lagstiftningen, varken för år 2025 eller 2026. Kommunen ansökte dock om stödet under 2024 för ett projekt som syftade till att utöka lägesbilsarbetet över kommungränserna men blev ej beviljade stöd.

6.4 STYRNING, UPPFÖLJNING OCH UPPSIKT

I avsnitt 6.1.1 beskrevs att nämndernas och bolagens verksamhets- och affärsplaner ska utgå från en kommungemensam mall som redogör för dels hur fokusmål och uppdrag ska uppnås, dels hur åtgärder från kommungemensamma program och handlingsplaner omhändertas.

I delårsuppföljning per augusti³⁶ för samtliga nämnder och bolag återges hur respektive har arbetat mot fullmäktiges målsättningar och vilka åtgärder som vidtagits inom ramen för dessa mål. I bilaga 2 återfinns en tabell som redovisar antalet uppdrag, måluppfyllelse mot fokusmål 4 och antalet åtgärder som ännu inte omhändertagits.

Över lag framgår att de allra flesta uppdrag, kopplat till området, har påbörjats men ännu inte färdigställts. Samtidigt beräknas att dessa kommer att vara färdigställda till utsatt sluttid under 2026/2027. I ett fall har vi konstaterat att ett uppdrag har pausats då ett av bolagen (Arenor och fastigheter AB) bedömt att uppdraget faller utanför vad som ingår i bolagets ägardirektiv.

Tillhörande indikatorer³⁷ för samtliga nämnder och bolag (kopplat till fokusmål 4) visar generellt en god utveckling mot måluppfyllelsen. Vi konstaterar dock att rapporteringen inte är enhetlig i utformning vilket medför att exempelvis socialnämnden inte har tydliggjort åtgärdernas utfall. Exempelvis anges en kommentar där det endast konstateras att "Nämnden samverkar med andra berörda i frågan".

Utöver uppföljningen av åtgärder som redovisats utifrån fullmäktiges upprättade målsättningar framgår det av *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete* att målsättningarna ska redovisas inom ramen för nämndernas och bolagens ordinarie verksamhetsuppföljning. Det framgår inga aktiviteter eller riktade uppdrag till enskilda nämnder eller bolag i programmet. Av nämndernas och bolagens delårsuppföljning per augusti framgår inte heller hur dessa har arbetat mot programmets målsättningar explicit. Samtidigt inbegrips målbeskrivningarna i programmet i de åtgärder som nämnder och bolag har genomfört (även om det inte uttrycks vara explicit kopplat till programmålet utan fokusmålet). Exempelvis framhäver programmet att "för att öka tryggheten och säkerheten i barns och ungas sociala miljö ska det finnas tillgång till fritidsverksamhet och aktiviteter för barn och unga i syfte att främja hälsa och positiva sociala relationer". I Idrotts- och fritidsnämndens uppdrag³⁸ beskrivs

³⁶ Med undantag för Uppsala Stadshus AB där vi inte erhållit underlag i egenskap av att bolaget är moderbolag till övriga.

³⁷ Det saknas dock data i flera fall.

³⁸ Avser uppdrag 34 – "Utveckla kommunens förmåga att förebygga och bekämpa ungdomsbrottslighet och kriminalitet".

att en insats som bedrivits i idrottssvaga områden, "Sportis", har erbjudit regelbundna aktiviteter i syfte att få fler unga att få tillgång till en positiv fritidsmiljö.

Vidare äger kommunstyrelsen uppföljningsansvaret av programmet och ska årligen följa upp dess måluppfyllelse och styrförmåga för att revidera vid behov. Kommunen genomför årligen en samlad uppföljning³⁹ av flera program och kommungemensamma handlingsplaner där syftet är att bedöma behovet av styrningen och för att ge fullmäktige ett underlag för att eventuellt kunna minska styrsignaler om dessa leder till målkonflikter eller annan "trängsel" i förhållande till fokusmål.

I uppföljningen per 2025-11-24 konstaterades att handlingsplanen för Gottsunda 2021–2030 var i behov av revidering för att fungera bättre i relation till kommunens kommande översiktsplan. Kopplat till handlingsplanen beskrevs att flera viktiga verksamheter och insatser har startats upp inom arbetsmarknads-, social- och kulturnämndens respektive ansvarsområden. Exempel är satsningar på ett utvecklat utbildnings- och jobbcenter, socialarbetare i skolan och fritidsklubben *Triangeln*. I intervju uppges att det finns behov av att skapa långsiktiga förutsättningar för verksamheternas fortsatta utveckling och bidrag, i linje med handlingsplanens mål.

Vidare uppges att *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande* ska revideras, till följd av att programmet inte har några åtgärder beskrivna. I dagsläget beskriver programmet övergripande vilket arbete som ska utföras och vad målet med arbetet är. Nämnderna och bolagsstyrelser ska forma egna åtgärder för att arbeta med måluppfyllelsen men behöver göra mer eller annorlunda för att kunna bidra. Det framkommer vidare att frågan för närvarande till viss del hanteras enligt de mål som programmet pekar ut som prioriterade, men att det saknas en tydlig och enhetlig riktning på arbetet då styrningen sker i flera parallella processer.

6.4.1 Bedömning

Vår bedömning är de åtgärder som genomförts av kommunstyrelsen, granskade nämnder och bolagsstyrelser **endast delvis** är i linje med de interna mål och strategier som finns inom trygghetsarbetet.

Samtliga nämnder och bolag (med undantag för Uppsala Stadshus AB) har följt upp de uppdrag och åtgärder som bedrivits inom ramen för fokusmål 4 som framgår av fullmäktiges mål och budget. Målsättningen är kopplad specifikt till trygghetsfrämjande och brottsförebyggande åtgärder och en majoritet av dessa uppdrag är påbörjade men beräknas vara färdigställda och uppfyllda under 2026/2027.

Även om de allra flesta uppdragen och åtgärderna är tydligt förankrade i fullmäktiges målsättningar så är det inte fullt ut tydligt hur dessa förhåller sig till vad som framgår av fullmäktiges antagna *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete*. Det framgår visserligen inga riktade aktiviteter eller uppdrag på samma sätt som i Mål- och budget till nämnder och bolag. Trots det framgår det av programmet att samtliga ska redogöra för hur

³⁹ Uppföljning av program och planer 2025, 2025-11-24, KS.

dessa verkar i förhållande till dess målsättning. Vi konstaterar att ingen nämnd eller bolag har redogjort för detta på ett tillräckligt tydligt sätt.

Vår bedömning är att det **endast delvis** finns en ändamålsenlig styrning, uppföljning och uppsikt för att nå de beslutade målen.

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för det brottsförebyggande arbetet i kommunen. Därtill innehar kommunstyrelsen dels ett uppföljningsansvar, dels ett uppsiktsansvar utifrån sin uppsiktsplikt.

I Uppsala kommun återfinns flera styrande dokument som har bäring på det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet såsom fullmäktiges mål och budget, *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete*, handlingsplaner och den breddade lägesbilden som framgår av Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Styrdokumentet är till viss del harmoniserat med varandra på så sätt att målsättningarna är stämmer överens i vad som ska uppnås, dock saknas en övergripande beskrivning av inriktningen för det trygghetsskapande och brottsförebyggande arbetet. Detta innebär att även om nämnder och bolag inte explicit uttrycker att en särskild insats genomförs utifrån ett av målen i programmet så kan det ändå omfattas genom ordinarie verksamhet. Det medför som konsekvens att flera styrsignaler tangerar varandra. Oaktat detta konstaterar vi att samtliga nämnder och bolag påvisar en god måluppfyllelse mot fullmäktiges fokusmål.

Flera intervjuade har dock påpekat att samordningen kan stärkas och tydliggöras i syfte att framför allt förbättra samverkan mellan förvaltningar och bolag internt.

Kopplat till uppföljning konstaterar vi att nämndernas verksamhetsplaner och bolagens affärsplaner följs upp tre gånger per år. Vi konstaterar dock att uppföljningarna inte innehåller en beskrivning av hur nämnderna och bolagen arbetat för att uppnå programmets målsättningar. I tre fall har vi även iakttagit att åtgärdernas utfall och status inte tydligt framgår på samma sätt som för övriga.

Slutligen, avseende uppsiktsplikten, delger nämnder och bolagsstyrelser kommunstyrelsen respektives uppföljningar av verksamhets- och affärsplaner inom ramen för den ordinarie budgetprocessen som beskrivits i avsnitt 6.1. Uppföljningen inkluderar även internkontrollplanerna och omfattar de delar som berör granskningsområdet genom det som redogjorts för i verksamhets- och affärsplaner.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsens, nämnders och bolagsstyrelser samlade trygghetsskapande arbete och brottsförebyggande insatser är i linje med dels interna målsättningar och styrdokument, dels ställda lagkrav i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsens, nämndernas och bolagsstyrelsernas samlade trygghetsskapande och brottsförebyggande arbete, endast delvis, är i linje med interna målsättningar, styrdokument och ställda lagkrav i Lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Tydliggöra roller- och ansvarsområden vad gäller de forum som finns för samverkan inom det trygghetsskapande- och brottsförebyggande arbetet, för att åstadkomma ett mer effektivt resursanvändande.
- Säkerställa att orsaksanalyser i den breddade lägesbilden inbegriper konkreta aktiviteter och tidsram för när dessa ska vara färdigställda, i enlighet med Lag (2023:196) om kommuners ansvar för det brottsförebyggande arbetet.
- Säkerställa att en upprättad kommunikationsplan finns tillgänglig i enlighet med vad som framgår av samverkansöverenskommelsen.
- Verka för att fullmäktige reviderar *Program för trygghet, säkerhet och brottsförebyggande arbete* i syfte att klargöra hur förutsättningar skapas för att bedriva arbetet systematiskt, långsiktigt och med ökad samordning.
- Tydliggöra kopplingen mellan etablerade styrdokument, nämndernas uppdrag och åtgärder i förhållande till det trygghets- och brottsförebyggande arbetet. Detta med syfte att stärka och enhetliggöra kommunstyrelsens styrning kopplat till området.

För samtliga nämnder och bolagsstyrelser rekommenderar vi att:

- Säkerställa att nämnder och bolagsstyrelser återrappporterar och redogör för hur verksamheterna har arbetat för att uppnå målsättningarna som framgår av *Program för trygghet, säkerhet och det brottsförebyggande arbetet*.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Micaela Hedin

Sebastian Alderblad

BILAGA 1. UPPDRAG – FOKUSMÅL 4

- **Uppdrag 34.** Utveckla kommunens förmåga att förebygga och bekämpa ungdomsbrottslighet och kriminalitet. Berörda: Alla nämnder och bolag.
- **Uppdrag 35.** Förhindra att välfärden missbrukas genom att motverka alla former av arbetslivskriminalitet i kommunens verksamheter och hos de leverantörer som anlitas av kommunen. Berörda: Alla nämnder och bolag.
- **Uppdrag 36.** Förebygg och bryt segregationen och stärk den sociala sammanhållningen. Berörda: KS, AMN, GSN, IFN, KTN, OSN, PBN, SCN, UBN, ÄLN, Uppsalahem, Skol- och omsorgsfastigheter, Uppsala Arenor och fastigheter och Uppsala bostadsförmedling.
- **Uppdrag 37.** Skapa förutsättningar för prisrimliga bostäder med låg boendekostnad. Berörda: KS, PBN, Uppsalahem, och Uppsala bostadsförmedling.
- **Uppdrag 38.** Påskynda integrationen för en snabbare etablering av nyanlända. Berörda: Alla nämnder och bolag.
- **Uppdrag 39.** Stärka kommunens tidiga insatser genom att utveckla familjecentralernas tillgänglighet, kvalitet och samlokalisering. Berörda: KS, SCN, UBN och AMN.
- **Uppdrag 40.** Utred hur ansvaret för barn och ungas fria tid ska organiseras inom kommunen för att öka tillgången till och nyttjandet av fritidsaktiviteter. Berörda: KS, KTN, IFN, UBN, SCN, AMN, OSN, Uppsala Arenor och fastigheter och Skol- omsorgsfastigheter.
- **Uppdrag 41.** Kartlägga och utreda hur kommunen tillhandahåller och finansierar lokaler för olika delar av föreningslivet. Berörda: KS, KTN, IFN, UBN, ÄLN, OSN och Uppsala Arenor och fastigheter.
- **Uppdrag 42.** Förbättra styrning och kontroll av bidrag till föreningar och det fria kulturlivet. Berörda: KS, KTN, AMN, IFN, SCN, ÄLN och OSN.
- **Uppdrag 43.** Stärka arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga och hantera ökad psykisk ohälsa. Berörda: Alla nämnder och bolag.
- **Uppdrag 44.** Insatser mot droger i skolan och barns och ungas nära miljö ska stärkas. Berörda: SCN, UBN, KTN, IFN, KS, GSN, Uppsalahem, Skolfastigheter och Uppsala Arenor och fastigheter.
- **Uppdrag 45.** Förbättra trafiksäkerheten för barn och unga vid förskolor, skolor och platser för idrotts-, kultur- och fritidsverksamhet. Berörda: GSN, UBN, KS, Skol- och omsorgsfastigheter, Uppsala Arenor och fastigheter, KTN, IFN och PBN.
- **Uppdrag 46.** Utveckla kommunens krisberedskap och det civila försvaret i syfte att stärka samhällets motståndskraft. Berörda: Alla nämnder och bolag.

BILAGA 2. MÅL OCH NÄTVERK – GOTTSUNDA OCH GRÄNBYOMRÅDET

Gottsunda

Målsättningar 2025:

- *Gottsunda finns inte på polisens lista över utsatta områden*
- *Stärka civilsamhället och ge bättre förutsättningar för föreningsverksamhet*

Målsättningar 2030:

- *Gottsunda, Valsätra och Bäcklösa är områden som lockar till inflyttning, besökare och etableringar.*
- *Boende i Gottsundaområdet vill och kan bo kvar i området*
- *Barn och unga i Gottsundaområdet har goda uppväxtvillkor och hög framtidstro*

Samverkansnätverk:

- **Kommunkoncernens samordningsgrupp** – Bestående av representanter i form av chefer, strateger och samordnare från förvaltningar och bolag. Gruppen är strategisk funktion som samordnar den långsiktiga utvecklingen och mer kortsiktiga övergripande frågor. Ex. planering utifrån mål och budget, statsbidrag, verksamhetsutveckling, uppföljning och kommunikation. Gruppen är den primära kanalen ut till den breda kommunkoncernen och ett flertal frågor har initierats i denna grupp för att sedan hitta sin form i befintliga processer.
- **Stora områdesgruppen i Gottsunda** – Samlar verksamma i området från ett stort antal olika organisationer och professioner. Ex. civilsamhällesaktörer, kommunala verksamheter, Region Uppsala, forskningsprojekt och fastighetsägare. Gruppen syftar till att dela information och gemensamt planera aktiviteter i området.
- **Temadagarna** – Ett forum som arrangeras en gång per termin. Halvdagskonferenser som bjuder på föreläsningar, workshops, panelsamtal, dialogtorg utifrån handlingsplanens teman. Syftar till att vara en plattform för gemensamt lärande som ökar engagemang och handlingskraft i området.
- **Föreningen platssamverkan Gottsunda Valsätra** – Inrättades 2023 och består av Uppsalahem, Victoriahem, Hemmaplan AB, Rikshem och Uppsala kommun. En vidareutveckling av tidigare fastighetsförening i området. Syftar till att stärka, utveckla och förbättra områdets förutsättningar.

Gränby, Kvargärdet och Löten

Målsättningar 2030

- **Boende i Gränby, Kvargärdet och Löten trivs i sitt område och upplever det som tryggt. Människor vill och kan bo kvar.**
- **Barn och unga har goda uppväxtvillkor och en hög framtidstro.**
- **Livsvillkoren för boende i området är goda. Människor upplever välbefinnande och fler har förutsättningar för egenförsörjning samt en aktiv och meningsfull fritid.**
- **Området har ett starkt civilsamhälle där människor är delaktiga och känner gemenskap.**

Samverkansnätverk

- **Kommunkoncernens samordningsgrupp** – Bestående av representanter i form av chefer, strateger och samordnare från förvaltningar och bolag. Gruppen är strategisk funktion som samordnar den långsiktiga utvecklingen och mer kortsiktiga övergripande frågor. Ex. planering utifrån mål och budget, statsbidrag, verksamhetsutveckling, uppföljning och kommunikation. Gruppen är den primära kanalen ut till den breda kommunkoncernen och ett flertal frågor har initierats i denna grupp för att sedan hitta sin form i befintliga processer.
- **Områdesgruppen i Gränby, Kvarngärdet och Löten** – Är ett brett nätverk som samlar verksamma i området från alla möjliga organisationer. Det är föreningar, civilsamhälleaktörer, kommunala verksamheter, Region Uppsala, forskningsprojekt och fastighetsägare. Syftet är att bygga nätverk och dela information och att gemensamt planera vissa aktiviteter i området.
- **Temafrukostar** – Arrangeras av processledningen vid Kommunledningskontoret tillsammans med verksamhetsledning för Platssamverkan Gränby Kvarngärdet. Hålls en gång per termin och utgår från ett rullande schema.
- **Föreningen Platssamverkan Gränby Kvarngärdet** – Bildades 2023 och består av Atrium Ljungberg AB, Rikshem AB, Stena Fastigheter AB samt Uppsala kommunkoncern genom kommunstyrelsen, Uppsala kommun Arenor och Fastigheter AB, Skolfastigheter AB och Uppsalahem AB. Föreningens verksamhetsledning svarar för den operativa verksamheten. Kommunen och kommunala bolagen deltar i föreningens styrelse samt i två arbetsgrupper för fysisk miljö respektive social aktivering.

BILAGA 3. UPPDRAG OCH MÅLUPPFYLLELSE

Nämnd/bolag	Antal uppdrag ⁴⁰	Måluppfyllelse	Antal åtgärder som inte uppnåts
Kommunstyrelsen	13	Samtliga är pågående men beräknas kunna uppfyllas.	1 av 71 ⁴¹
Socialnämnden	10	Samtliga är pågående men beräknas kunna uppfyllas.	Framgår ej tydligt.
Arbetsmarknadsnämnden	9	Samtliga är pågående men beräknas kunna uppfyllas.	0 av 19. Samtliga åtgärder är påbörjade (förutom en som är färdig)
Idrotts- och fritidsnämnden	11	Ett är färdigställt, övriga pågående men beräknas kunna uppfyllas.	0 av 22. Samtliga åtgärder är påbörjade (förutom en som är färdig)
Kulturnämnden	10	Ett är färdigställt, övriga är pågående men beräknas kunna uppfyllas.	2 av 33 (dessa har ej påbörjats i enlighet med plan) En åtgärd är färdigställd och resterande är påbörjade.
Utbildningsnämnden	11	Samtliga är pågående men beräknas kunna uppfyllas.	0 av 23. Samtliga åtgärder är påbörjade.
Arenor och fastigheter AB	10	Fem är färdigställda, ett är pausat då bolaget anger att dessa inte har rådighet att arbeta med insatsen som avses (insats mot droger i skola). Övriga är påbörjade och beräknas kunna uppfyllas.	Framgår ej tydligt vilka åtgärder som avses.
Uppsalahem AB	8	Fyra är färdigställda och resterande är påbörjade men beräknas kunna uppfyllas.	Framgår ej tydligt vilka åtgärder som avses samt utfall.
Uppsala Stadshus AB	-	-	-

⁴⁰ Kopplat till fokusmål 4.

⁴¹ Resterande är antingen färdigställda eller pågående.

Datum:
2026-04-10Diarienummer:
KRN-2025-00050KOMMUNREVISIONEN
MissivMottagare:
Omsorgsnämnden
ÄldrenämndenFör kännedom:
Kommunfullmäktige

Revisionsskrivelse gällande granskning av Region Uppsalas och kommunernas gemensamma arbete för Effektiv och nära vård 2030 (HSVO)

Regionens revisorer, kommunrevisionen i Uppsala kommun samt kommunrevisionerna i länets kommuner har gemensamt genomfört en granskning av Region Uppsalas och kommunernas gemensamma arbete för Effektiv och nära vård 2030. Granskningen har genomförts av Helseplan Consulting Group AB. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Bakgrund

De senaste femton åren har ambitionen successivt höjts när det gäller att effektivisera arbetet som bedrivs i gränssnittet mellan regionens hälso- och sjukvårdsansvar och kommunernas dito samt social omsorg. Staten har initialt stöttat utvecklingen av samarbetsformerna med såväl ekonomiska resurser som centralt utredningsarbete och riktlinjer.

År 2015 genomfördes en gemensam granskning av närvårdsarbetet. Den omfattade flertalet kommuner i länet och landstinget. Den granskningen ledde till rekommendationer om bland annat förbättringar i grundläggande styrdokument, mer konkreta och uppföljningsbara mål samt en mer utvecklad uppföljning. Dessutom påtalades behovet att redovisa resultat av verksamheten utifrån ett brukar-/patientperspektiv. Sedan dess har närvårdsarbetet omorganiserats och förändrats i flera avseenden. På senare år har Region Uppsala och länets kommuner antagit Strategier för närvårdssamverkan, med treårig horisont. Detta har skett med utgångspunkt i gemensamma målbilder som uttryckts i "Målbild och strategi för effektiv och nära vård 2030". De senast antagna lokala verksamhetsplanerna för alla HSVO-grupper har gällt till och med 2023.

Nya lokala samverkansplaner har tagits fram i samarbete med länets kommuner. Dessa är anpassade till Strategi för närvårdssamverkan 2024 – 2026, beslutad av Region Uppsala 2024-04-23 efter samråd med kommunerna (RS § 78/24 Dnr RS2024-00135). Utvecklings- och genomförandeprojekten som förutsätter samverkan förankras inom ramen för länets samverkansstruktur Hälsa, Stöd, vård och Omsorg – HSVO. Denna struktur består av en regional och lokal organisation med kopplingar genom vissa personalunioner. Både den regionala och den lokala organisationen har en politisk nivå och en tjänsteledningsnivå. Det lokala arbetet i

respektive kommun stöds och drivs av närvårdsstrategier. Dessa är samfinansierade av regionen och respektive kommun.

Syfte

Syftet med denna granskning var att bedöma om arbetet med närvårdssamverkan bedrivs enligt de gemensamma målen och strategierna, samt om det sker på ett likvärdigt sätt över hela länet.

Granskningens resultat

Helseplan bedömer att ansvariga nämnder i Region Uppsala och i kommunerna i begränsad utsträckning säkerställer att HSVO-arbetet bedrivs effektivt enligt fastställda mål och strategier. HSVO är organiserat som en rådgivande och beredande samverkansstruktur utan formell koppling till huvudmännens styr- och beslutsprocesser. Detta påverkar möjligheterna till samlad styrning, uppföljning och politisk återkoppling.

Samtidigt konstaterar Helseplan att HSVO-strukturen skapar förutsättningar för dialog, samordning och gemensamt utvecklingsarbete mellan region och kommuner, särskilt i verksamhetsnära frågor. Dessa förutsättningar har dock i begränsad utsträckning omsetts i systematisk uppföljning av resultat och i en sammanhållen politisk styrning på länsgemensam nivå.

I den bilagda revisionsrapporten redovisas samlade iakttagelser, bedömningar och rekommendationer för omsorgsnämnden och äldre- och våldsnämnden.

Revisionen emotser yttrande från omsorgsnämnden och äldre- och våldsnämnden kring iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Ytrandet bör även innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-08-31**, till kommunrevisionen@uppsala.se.

För kommunrevisionen



Berit Danielsson
Ordförande



Kajsa Wejryd
Vice ordförande

Granskning av Region Uppsalas och kommunernas gemensamma arbete för effektiv och nära vård 2030

Februari 2026

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING	1
2. INLEDNING	3
2.1. BAKGRUND	3
2.2. SYFTE	3
2.3. REVISIONSFRÅGOR	4
2.4. METOD	4
2.5. PROJEKTORGANISATION	5
3. GRANSKNINGENS IAKTTAGELSER, BEDÖMNINGAR OCH REKOMMENDATIONER	5
3.1. STYRNING OCH POLITISK FÖRANKRING AV HSVO-ARBETET	5
3.2. ANPASSNING AV INRIKTNING OCH RESURSER TILL BEFOLKNINGENS BEHOV.....	11
3.3. UPPFÖLJNING AV HSVO-ARBETET.....	13
3.4. MÅLUPPFYLLELSE I VERKSAMHETSNÄRA FOKUSOMRÅDEN	18
3.5. POLITISK INFORMATION OCH ÅTERKOPPLING.....	22
3.6. SAMLAD BEDÖMNING.....	27
BILAGOR:	29
BILAGA 1 – GRANSKADE DOKUMENT.....	29
BILAGA 2 – INTERVJUADE FUNKTIONER	34

1. Sammanfattning

Inledning

Denna granskning har genomförts på uppdrag av Region Uppsalas revisorer. Syftet har varit att bedöma hur ansvariga nämnder i Region Uppsala och i länets kommuner säkerställer att det gemensamma arbetet inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) bedrivs effektivt enligt fastställda mål och strategier.

Granskningen omfattar styrning, uppföljning och politisk återkoppling av HSVO-arbetet samt hur samverkan mellan region och kommuner fungerar i praktiken. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med politiska företrädare, chefer och tjänstepersoner på regional och kommunal nivå.

Samlade iakttagelser

Granskningen visar att Region Uppsala och kommunerna har etablerat en gemensam struktur för samverkan inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) med regionala och lokala forum för dialog och samordning. Arbetet bedrivs inom ramen för politiskt beslutade styrdokument som anger övergripande mål och fokusområden.

HSVO är organiserat som en rådgivande och beredande samverkansstruktur. Beslut om prioriteringar, resurser och genomförande fattas inom respektive huvudmans ordinarie styr- och budgetprocesser. Kopplingen mellan HSVO-arbetet och formell politisk styrning sker därmed genom respektive huvudmans ordinarie strukturer.

Uppföljning av HSVO-arbetet sker både lokalt och regionalt och omfattar främst genomförande av aktiviteter och pågående arbete. Samlad uppföljning av resultat och måluppfyllelse förekommer i begränsad utsträckning. Information om HSVO-arbetets fortskridande förs vidare till politisk nivå genom olika former av återslag, där arbetssätt och återkoppling varierar mellan kommuner och nämnder.

Samlad bedömning

Helseplan bedömer att ansvariga nämnder i Region Uppsala och i kommunerna i begränsad utsträckning säkerställer att HSVO-arbetet bedrivs effektivt enligt fastställda mål och strategier. HSVO är organiserat som en rådgivande och beredande samverkansstruktur utan formell koppling till huvudmännens styr- och beslutsprocesser. Detta påverkar möjligheterna till samlad styrning, uppföljning och politisk återkoppling.

Samtidigt konstaterar Helseplan att HSVO-strukturen skapar förutsättningar för dialog, samordning och gemensamt utvecklingsarbete mellan region och kommuner,

särskilt i verksamhetsnära frågor. Dessa förutsättningar har dock i begränsad utsträckning omsatts i systematisk uppföljning av resultat och i en sammanhållen politisk styrning på läns gemensam nivå.

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningen **rekommenderar Helseplan Region Uppsala och kommunerna att:**

- tydliggöra hur HSVO-arbetet ska styras, följas upp och återkopplas inom respektive huvudmans politiska styrning
- stärka kopplingen mellan den läns gemensamma samverkansstrategin och huvudmännens ordinarie planerings- och uppföljningsprocesser
- utveckla en mer sammanhållen uppföljning av HSVO-arbetet som ger underlag för bedömning av resultat och måluppfyllelse
- tydliggöra former för politisk återkoppling till HSVO-strukturen

2. Inledning

2.1. Bakgrund

De senaste femton åren har ambitionen successivt höjts när det gäller att effektivisera arbetet som bedrivs i gränssnittet mellan regionens hälso- och sjukvårdsansvar och kommunernas dito samt social omsorg. Staten har initialt stöttat utvecklingen av samarbetsformerna med såväl ekonomiska resurser som centralt utredningsarbete och riktlinjer.

År 2015 genomfördes en gemensam granskning av närvårdsarbetet. Den omfattade flertalet kommuner i länet och landstinget. Den granskningen ledde till rekommendationer om bland annat förbättringar i grundläggande styrdokument, mer konkreta och uppföljningsbara mål samt en mer utvecklad uppföljning. Dessutom påtalades behovet att redovisa resultat av verksamheten utifrån ett brukar-/patientperspektiv. Sedan dess har närvårdsarbetet omorganiserats och förändrats i flera avseenden.

På senare år har Region Uppsala och länets kommuner antagit Strategier för närvårdssamverkan, med treårig horisont. Detta har skett med utgångspunkt i gemensamma målbilder som uttryckts i "Målbild och strategi för effektiv och nära vård 2030". De senast antagna lokala verksamhetsplanerna för alla HSVO-grupper har gällt till och med 2023.

Nya lokala samverkansplaner har tagits fram i samarbete med länets kommuner. Dessa är anpassade till Strategi för närvårdssamverkan 2024 – 2026, beslutad av Region Uppsala 2024-04-23 efter samråd med kommunerna (RS § 78/24 Dnr RS2024-00135).

Utvecklings- och genomförandeprojekten som förutsätter samverkan förankras inom ramen för länets samverkansstruktur Hälsa, Stöd, vård och Omsorg – HSVO. Denna struktur består av en regional och lokal organisation med kopplingar genom vissa personalunioner. Både den regionala och den lokala organisationen har en politisk nivå och en tjänsteledningsnivå. Det lokala arbetet i respektive kommun stöds och drivs av närvårdsstrategier. Dessa är samfinansierade av regionen och respektive kommun.

2.2. Syfte

Syftet med denna granskning är att bedöma om arbetet med närvårdssamverkan bedrivs enligt de gemensamma målen och strategierna, samt om det sker på ett likvärdigt sätt över hela länet.

2.3. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan lyder:

Hur säkerställer ansvariga nämnder i Region Uppsala och i kommunerna att HSVO-arbetet bedrivs effektivt enligt fastställda mål och strategier?

Den övergripande frågan besvaras med hjälp av följande delfrågor:

- Hur förankras verksamhetsplanerna i HSVO-arbetet i berörda nämnder hos de samverkande parterna?
- Hur anpassas resursfördelningen och arbetets inriktning till hälsostatus i befolkningen i länets olika delar?
- Hur följs resultatet av arbetet upp, lokalt och regionövergripande?
- I vilken utsträckning har målen och intentionen i verksamhetsplanernas fokusområde uppnåtts?
- I vilken utsträckning är berörda nämnder i kommunerna och i Region Uppsala informerade om arbetets fortskridande och dess resultat?

2.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning, intervjuer och gap-analys.

Dokumentgranskning

En genomgång har gjorts av relevanta styrande, planerande och uppföljande dokument från Region Uppsala och länets kommuner. Dokumentgranskningen har omfattat bland annat strategier, överenskommelser, samverkansplaner, uppdragsbeskrivningar, uppföljningar samt andra dokument av betydelse för styrning, organisering och uppföljning av arbetet inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO).

Syftet med dokumentgranskningen har varit att bedöma vilken information som funnits tillgänglig som underlag för ansvariga nämnders styrning, uppföljning och ansvarstagande avseende HSVO-arbetet, samt hur samverkan mellan Region Uppsala och kommunerna är reglerad och följs upp. Granskade dokument redovisas i en bilaga till rapporten.

Intervjuer

Sammanlagt har 42 personer intervjuats inom Region Uppsala och länets kommuner. Intervjuerna har omfattat politiska företrädare samt chefer och tjänstepersoner på både regional och kommunal nivå, inklusive förvaltningsledning, verksamhetsnära chefer och funktioner med ansvar för eller insyn i HSVO-arbetet.

Urvalet av intervjupersoner har skett i samråd med revisionskontoret och syftat till att säkerställa en bred representation av relevanta perspektiv, nivåer och roller i HSVO-arbetet. Intervjuerna har genomförts semistrukturerat utifrån en intervjuguide, med fokus på styrning, samverkan, uppföljning och informationsflöden kopplade till HSVO. Samtliga intervjupersoner har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten.

Gap-analys

Som ett komplement till dokumentgranskning och intervjuer har Helseplan genomfört en strukturerad gap-analys. Gap-analysen syftar till att identifiera skillnader mellan de mål, intentioner och krav som anges i styrande dokument och hur arbetet inom HSVO faktiskt bedrivs i praktiken.

Analysen har genomförts per revisionsfråga och fokuserar på att tydliggöra vad som finns i nuläget, vad som utifrån styrdokument och god praxis kan förväntas finnas samt vilka glapp som kan identifieras däremellan. Gap-analysen utgör en sammanhållande länk mellan rapportens iakttagelser, bedömningar och rekommendationer.

Resultatet av gap-analyserna redovisas i anslutning till respektive revisionsfråga och ligger till grund för Helseplans bedömningar av styrningens ändamålsenlighet och behov av utveckling.

2.5. Projektorganisation

Från Helseplan Consulting Group AB deltog Pär Ahlberg som projektledare, Robert de Meijere som seniorkonsult, Sandra Siljevik Laine som administrativ konsult samt Anna Nergårdh som expert. Niklas Källberg var kvalitetsgranskare. Granskningen genomfördes under perioden november 2025 till januari 2026.

3. Granskningens iakttagelser, bedömningar och rekommendationer

3.1. Styrning och politisk förankring av HSVO-arbetet

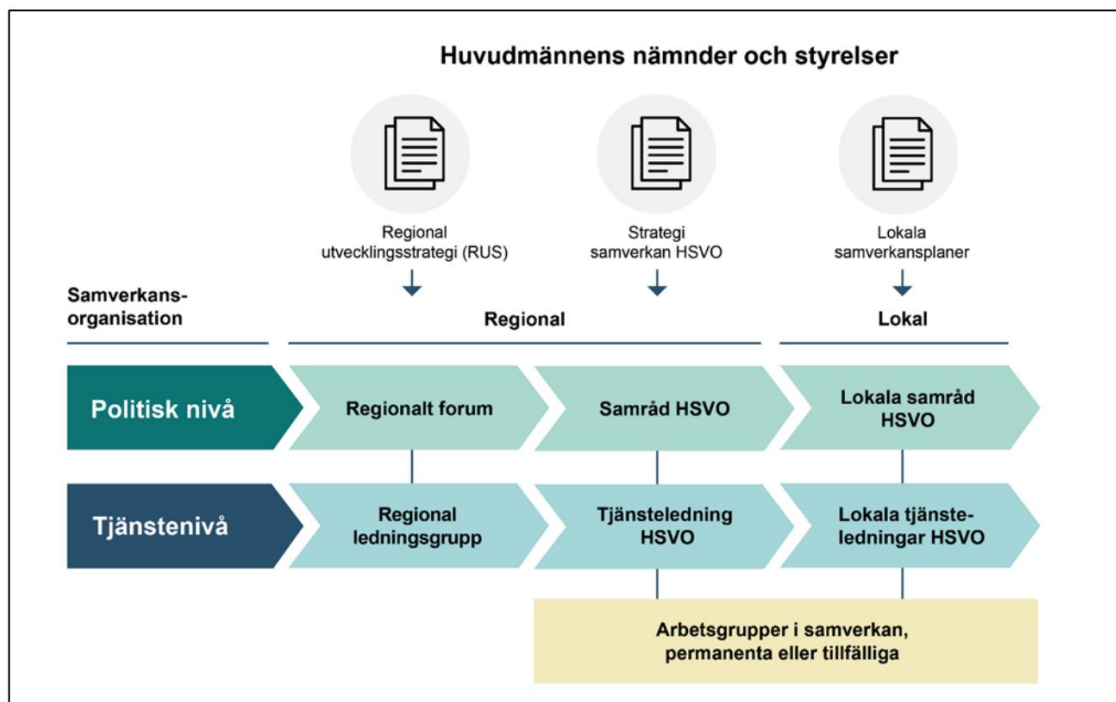
Detta kapitel besvarar följande revisionsfråga: *Hur förankras verksamhetsplanerna i HSVO-arbetet i berörda nämnder hos de samverkande parterna?*

HSVO-strukturens formella uppdrag och roll i styrkedjan

HSVO-arbetet bedrivs inom ramen för en länsgemensam samverkansstruktur med regional och lokal nivå. Strukturen omfattar regionalt samråd HSVO, regional tjänsteledning HSVO samt lokala samråd och lokala tjänsteledningar. För dessa forum finns fastställda uppdragsbeskrivningar som anger ansvar för dialog, beredning och samordning i frågor som rör hälsa, stöd, vård och omsorg.

Av uppdragsbeskrivningarna framgår att HSVO-strukturen ska användas för att skapa gemensam inriktning, samordna utvecklingsfrågor och bereda ärenden som rör samverkan mellan Region Uppsala och kommunerna. Forum inom HSVO sammanträder regelbundet och används för att lyfta gemensamma frågor, följa upp pågående aktiviteter samt utbyta erfarenheter mellan huvudmännen. Ärenden kan initieras både på regional och lokal nivå och hanteras vidare inom respektive forum utifrån sin karaktär.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats att HSVO ges ett eget beslutsmandat i frågor som rör verksamhetsplanering, resursfördelning eller genomförande. Beslut i dessa frågor fattas enligt styrande dokument inom respektive huvudmans ordinarie styr- och ledningssystem.



Figur 1: Uppsala läns samverkansstruktur, Strategi för samverkan 2024–2026.

Verksamhetsplanering och gemensam inriktning

Den länsgemensamma strategin för samverkan inom HSVO anger fokusområden, mål och prioriteringar för samverkan under planperioden. Strategin är politiskt beslutad och gäller för hela länet. Till strategin knyts aktivitetslistor som beskriver planerade aktiviteter på lokal nivå.

Av granskade lokala samverkansplaner framgår att den länsgemensamma strategin används som utgångspunkt för lokalt HSVO-arbete. I flera kommuner återkommer strategins fokusområden i lokala mål, prioriteringar och aktivitetslistor, även om graden av konkretisering varierar. Lokala samverkansplaner beskriver hur gemensamma utvecklingsområden ska hanteras utifrån lokala förutsättningar och organisatoriska förutsättningar.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats någon formell reglering som anger hur den länsgemensamma samverkansstrategin ska kopplas till respektive huvudmans ordinarie verksamhetsplanering. Det har inte identifierats styrande dokument som anger hur HSVO-relaterade prioriteringar ska integreras i nämndernas planeringsarbete eller hur avvägningar mellan gemensamma mål inom HSVO och lokala prioriteringar ska hanteras. Planering inom HSVO sker parallellt med, men åtskilt från, huvudmännens ordinarie planeringsprocesser.

Politisk förankring och informationsflöden

Återrapportering inom HSVO-strukturen sker genom regionala och lokala samråds- och tjänsteledningsforum. Uppdragsbeskrivningarna anger att återkoppling till politisk nivå ska ske inom ramen för HSVO-arbetet. Av dokumentation från HSVO-forum framgår att återrapportering ofta sker tematiskt och med fokus på genomförda aktiviteter, pågående uppdrag och identifierade utvecklingsfrågor.

Av intervjuer och dokumentation framgår att HSVO:s samrådsforum på regional nivå används som en central nod för informationsutbyte och återrapportering på länsnivå. Återrapportering sker ofta muntligt med stöd av presentationer och sammanställningar. Information från HSVO-arbetet förs vidare till politisk nivå genom olika kanaler via samverkanspolitiker och genom spridning av minnesanteckningar och underlag för kännedom.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats styrande dokument som närmare reglerar former, frekvens eller ansvarsfördelning för återrapportering från HSVO-strukturen till nämnder och styrelser. Det har inte heller identifierats dokumenterade former som anger hur information från HSVO-arbetet ska tas om hand inom den ordinarie politiska styrningen eller hur politiska ställningstaganden ska återföras till samverkansstrukturen.

Perspektiv från intervjuer

Intervjuerna beskriver att HSVO i praktiken uppfattas som en aktiv struktur för dialog, samordning och gemensam problemlösning på framför allt tjänstemannanivå. Flera intervjupersoner anger att HSVO-forumen används för att diskutera gemensamma utmaningar, dela lägesbilder och samordna arbetssätt mellan kommuner och region.

Intervjuerna beskriver vidare att politisk förankring sker genom återkommande återrapportering men att formerna för detta varierar mellan olika delar av länet. Flera intervjupersoner anger att ansvar för återkoppling till nämnder och styrelser ofta är kopplat till specifika roller eller funktioner och att arbetssätten i hög grad bygger på etablerade relationer och kontinuitet.

Kommunperspektiv på styrning och politisk förankring

Uppsala kommun

Uppsala kommun förankrar HSVO arbetet genom den lokala samverkansplanen och genom verksamhetsplanen för HSVO Uppsala. Planerna riktas till berörda nämnder och styrelser och beskriver ansvar för lokala prioriteringar och aktiviteter. Samverkansstrategerna samordnar beredningen mellan lokal nivå och läns gemensam nivå och tar fram underlag som stöd i förankringsprocessen. Intervjumaterialet visar att förankringen varierar i praktiken och att kopplingen till HSVO inte alltid är tydlig i verksamheterna när uppdrag hanteras i tjänstemannaorganisationen.

Enköpings kommun

I Enköpings kommun förankras HSVO arbetet genom den lokala samverkansplanen 2024–2026. Planen utgår från den läns gemensamma strategin och riktas till socialnämnden, utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden och vård- och omsorgsnämnden samt till regionens sjukhusstyrelse och vårdstyrelse. Tjänsteledningen HSVO Enköping ansvarar för att planerade aktiviteter organiseras, genomförs och följs upp samt för att samverkansfrågor bärs mellan lokal och regional nivå. Intervjumaterialet visar att samverkansstrategen är en central funktion i beredningen av underlag och i att hålla ihop arbetet mellan kommun och region samtidigt som förankringen mot högsta förvaltningsnivå och politisk nivå inte alltid är tydligt formaliserad.

Håbo kommun

Håbo kommun förankrar HSVO arbetet genom den lokala samverkansplanen 2024–2026 och genom verksamhetsplanen för närvårdssamverkan. Planerna beslutas i samråd HSVO Håbo och riktas till socialnämnden, vård- och omsorgsnämnden, barn- och utbildningsnämnden samt till regionens sjukhusstyrelse och vårdstyrelse. Tjänsteledningen har i uppdrag att bereda frågor, stödja samrådet och följa upp aktiviteterna i planerna. Av intervjuerna framgår att samverkansplan och aktivitetslistor presenteras i berörda nämnder men att återkommande förankring upplevs som ojämn. Företrädare beskriver också att mycket av beredningen sker i tjänstemannaorganisationen och att HSVO inte alltid uppfattas som en tydlig del av den ordinarie politiska styrningen.

Knivsta kommun

I Knivsta förankras HSVO arbetet genom samverkansplan och årlig aktivitetslista som beslutas i samråd HSVO Knivsta. Planen riktas till socialnämnden, utbildningsnämnden, sjukhusstyrelsen och vårdstyrelsen och anger fokusområden samt lokala aktiviteter. Tjänsteledningen ansvarar för att bereda frågor, följa upp aktivitetslistan och fungera som styrgrupp för bland annat familjecentralen och arbetet med skolnärvaro. Intervjuerna beskriver en relativt strukturerad process där

Samverkansplanen arbetas fram tillsammans med tjänstepersoner och politiska företrädare och där samrådsmötena används för tematiska genomgångar. Samtidigt framkommer att förankringen i praktiken är personberoende och att komplexiteten i HSVO strukturen gör det svårt att skapa en tydlig och återkommande koppling till alla berörda nämnder

Tierps kommun

I Tierp förankrar HSVO arbetet genom samverkansplan och aktivitetsplan som beslutas i samråd HSVO Tierp. Kommunen har ingen traditionell nämndstruktur. I stället ligger den politiska förankringen hos kommunstyrelsen och dess utskott. Tjänsteledningen bereder frågor, följer upp aktiviteter och lämnar underlag till samrådet. Intervjuerna visar att mycket av förankringen sker i tjänstemannaorganisationen och att politiken främst får information i senare skeden. Flera företrädare beskriver att samspelet mellan HSVO strukturen och den lokala styrkedjan är otydligt och att förankringen därför blir beroende av enskilda funktioner snarare än av fasta processer.

Älvkarleby kommun

I Älvkarleby förankras HSVO arbetet genom samverkansplanen som beslutas i samråd HSVO Älvkarleby. Samrådet är en gemensam politisk arena för omsorgsnämnden, utbildningsnämnden och regionens styrelser. Tjänsteledningen består av tjänstepersoner från båda huvudmännen och har i uppdrag att stödja samrådet samt se till att planens aktiviteter genomförs och följs upp. Intervjuerna visar att samverkansstrategen tidigare haft en nyckelroll i att ta fram underlag och presentera HSVO arbetet men att frånvaro och vakans i den rollen har försvagat den praktiska förankringen. Omsorgsnämnden får enligt intervjuerna information främst genom en årlig verksamhetsredovisning och är i övrigt i liten utsträckning involverad i arbetet med HSVO planerna.

Östhammars kommun

I Östhammar förankras HSVO arbetet genom den lokala samverkansplanen som beslutas och följs upp i samråd HSVO Östhammar. Tjänsteledningen bereder underlag inför samrådet och ansvarar för att planens aktiviteter tas vidare i den lokala organisationen. Förankringen stöds av återkommande interna beredningsmöten där ärenden går igenom före och efter HSVO möten. Kommunens nämnder styr sitt arbete genom mål och budget och följer upp samverkan inom dessa ramar. Samverkansfrågor kopplas också till etablerade lokala strukturer som närvårdsavdelningen, hemtagningsteamet och arbetet kring närvårdsplatser. Det finns ingen särskild process som binder samman HSVO planeringen med nämndernas löpande styrning och intervjumaterialet visar att denna koppling upplevs som svag.

Heby kommun

I Heby förankras HSVO arbetet genom en lokal samverkansplan som beslutas och följs upp i Samråd HSVO Heby. Samrådet omfattar kommunstyrelsen vård och omsorgsnämnden utbildningsnämnden samt regionens styrelser. Tjänsteledningen bereder underlag inför samrådet och ansvarar för att aktiviteter i planen genomförs och följs upp. Förankringen stöds av samverkansstrategen som förbereder lokala tjänsteledningsmöten och samordnar information mellan nivåerna. Intervjumaterialet visar att HSVO planeringen i hög grad hanteras i det lokala HSVO forumet. Kopplingen till kommunstyrelsen och vård och omsorgsnämnden upplevs som ojämn. Det finns ingen tydlig återkommande process som för in HSVO planeringen i nämndernas löpande styrning.

Gap-analys

Målbild	Det gemensamma samverkansarbetet bör vara tydligt förankrat i Region Uppsalas och kommunernas politiska styrning med klar ansvarsfördelning för beredning, återrapporering och återkoppling mellan samverkansstruktur och nämnder.
Nuläge	HSVO är organiserat som en rådgivande och beredande samverkansstruktur med regionala och lokala forum. Återrapporering sker inom HSVO-strukturen och genom respektive huvudmans ordinarie styr- och rapporteringsprocesser. Former, ansvar och systematik varierar mellan kommuner och nämnder.
Gap	Det saknas gemensamt tydliggjorda principer för hur HSVO-arbetet ska förankras, följas upp och återkopplas i politiska organ. Avsaknaden av principer begränsar förutsättningarna för sammanhållen politisk styrning av HSVO-arbetet på länsgemensam nivå.

Bedömning och rekommendationer

Helseplan bedömer att HSVO-arbetet är tydligt organiserat som en gemensam samverkansstruktur med fastställda forum och politiskt beslutade styrdokument som anger övergripande inriktning. Strukturen skapar förutsättningar för dialog, samordning och beredning mellan Region Uppsala och kommunerna men saknar samtidigt tydliga kopplingar till huvudmännens ordinarie styr- och uppföljningsprocesser.

Helseplan bedömer samtidigt att den politiska styrningen av HSVO-arbetet är begränsad när det gäller tydlighet och samordning. Ansvar för politisk förankring, återrapporering och återkoppling är i huvudsak hänvisat till respektive huvudmans ordinarie strukturer och hanteras på olika sätt i olika delar av organisationen. Detta innebär att HSVO-arbetet inte följs upp eller styrs som ett sammanhållet verksamhetsområde på länsgemensam nivå trots att arbetet bygger på gemensamma mål och strategier.

Sammantaget **bedömer Helseplan** att avsaknaden av gemensamma principer för politisk hantering av HSVO-arbetet försvårar möjligheterna till en långsiktigt

sammanhållen styrning och uppföljning av samverkan inom hälsa, stöd, vård och omsorg.

Helseplan rekommenderar Region Uppsala och kommunerna att gemensamt tydliggöra hur HSVO-arbetet ska förankras, följas upp och återkopplas i respektive huvudmans politiska styrning.

Detta bör ske genom att:

- klargöra ansvar och former för politisk hantering av HSVO-arbetet i relevanta styrdokument såsom uppdragsbeskrivningar eller motsvarande.
- säkerställa att den länsgemensamma samverkansstrategin för HSVO används som ett tydligt underlag i huvudmännens ordinarie planerings- och uppföljningsprocesser.
- etablera former för att politiska ställningstaganden som rör HSVO dokumenteras och återförs till samverkansstrukturen som underlag för fortsatt inriktning.

3.2. Anpassning av inriktning och resurser till befolkningens behov

Detta kapitel besvarar följande revisionsfråga: *Hur anpassas resursfördelningen och arbetets inriktning till hälsostatus i befolkningen i länets olika delar?*

Utgångspunkter för behovsanalys och planering

Region Uppsala och kommunerna har tillgång till underlag som belyser befolkningens hälsostatus, demografiska förhållanden och socioekonomiska förutsättningar. Sådana underlag förekommer i respektive huvudmans ordinarie planerings-, analys- och uppföljningsarbete och används bland annat i verksamhetsplanering, budgetarbete och i arbete kopplat till omställningen till effektiv och nära vård.

Den länsgemensamma strategin för samverkan inom HSVO anger fokusområden och mål för samverkan samt uttrycker ambitioner om att arbetet ska bidra till en jämlik och behovsanpassad vård och omsorg. Strategin gäller för hela länet och utgör en gemensam utgångspunkt för HSVO-arbetet. Strategin är generellt hållen och beskriver inte närmare hur skillnader i hälsostatus eller behov mellan olika delar av länet ska omsättas i gemensamma prioriteringar inom HSVO.

HSVO:s roll i inriktning och prioritering av arbetet

HSVO är enligt styrande dokument utformat som en struktur för dialog, samordning och beredning mellan Region Uppsala och kommunerna. Genom den länsgemensamma strategin, tillhörande fokusområden och aktivitetslistor formuleras en övergripande inriktning för HSVO-arbetet på länsnivå.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats att HSVO har ett uttalat uppdrag att väga eller prioritera mellan olika geografiska områden, verksamheter eller målgrupper utifrån variationer i hälsostatus. Den inriktning som formuleras inom

HSVO är gemensam för hela länet och tar i första hand sikte på samverkansområden och arbetssätt. Frågor om prioritering, resursanvändning och ekonomiska avvägningar hanteras enligt styrande dokument inom respektive huvudmans ordinarie styr- och budgetprocesser.

Lokal anpassning genom lokala HSVO-strukturer

Anpassning till lokala förutsättningar sker genom de lokala HSVO-strukturerna. Lokala samråd och lokala tjänsteledningar används för att omsätta den länsgemensamma inriktningen i lokala samverkansplaner, aktivitetslistor och verksamhetsnära arbetssätt som tar hänsyn till kommunernas olika demografiska, organisatoriska och strukturella förutsättningar.

Av granskade lokala samverkansplaner framgår att prioriteringar ofta rör områden såsom äldre med komplexa behov, psykisk hälsa, vård i hemmet samt samverkan vid in- och utskrivning. Graden av konkretisering och detaljeringsnivå varierar mellan kommunerna. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats gemensamma principer eller dokumenterade arbetssätt som tydliggör hur lokala prioriteringar ska bygga på strukturerade analyser av hälsoläge eller hur de ska relateras till en länsgemensam syn på resursanvändning inom HSVO.

Resursfördelning och ekonomisk styrning

Beslut om resursfördelning och ekonomiska prioriteringar fattas inom Region Uppsalas respektive kommunernas ordinarie budget- och styrsystem. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats att HSVO utgör en arena för beslut om hur resurser ska fördelas mellan olika delar av länet eller mellan huvudmännen.

Samtidigt behandlas inom HSVO frågor som kan ha resursmässiga implikationer som exempelvis förändrade arbetssätt inom vård i hemmet, samverkan kring utskrivning samt utveckling av verksamhetsnära samarbetsformer. Av dokumentation och intervjuer framgår att sådana frågor hanteras genom dialog och samordning mellan berörda aktörer. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats dokumenterade former för hur resurskonsekvenser av dessa frågor analyseras eller följs upp gemensamt inom HSVO-strukturen.

Perspektiv från intervjuer

Intervjuerna beskriver att skillnader i hälsostatus, demografi och organisatoriska förutsättningar mellan kommunerna är väl kända bland involverade aktörer. Flera intervjupersoner anger att dessa skillnader beaktas i det lokala HSVO-arbetet genom anpassning av arbetssätt, val av fokusområden och prioritering av aktiviteter.

Intervjuerna beskriver vidare att kommunernas förutsättningar att delta i utvecklingsarbete och samverkan varierar beroende på storlek, organisation och tillgång till resurser. Dessa skillnader uppges hanteras genom dialog och flexibilitet inom ramen för HSVO-arbetet snarare än genom gemensamma prioriteringar på

länsnivå. Flera intervjupersoner anger också att frågor om resursfördelning och ekonomiska avvägningar hanteras inom respektive huvudmans organisation och inte inom HSVO-strukturen.

Gap-analys

Målbild	HSVO ska bidra till att arbetets inriktning anpassas till skillnader i hälsostatus och behov i länets olika delar i linje med fastställda strategier.
Nuläge	Underlag om hälsostatus och behov finns och används inom respektive huvudmans ordinarie planeringsarbete. Inom HSVO förs dialog om övergripande inriktning.
Gap	HSVO saknar gemensamma former för att systematiskt använda behovsunderlag som grund för gemensam prioritering och inriktning av samverkansinsatser.

Bedömning och rekommendationer

Helseplan bedömer att Region Uppsala och kommunerna har god tillgång till och använder relevanta underlag om befolkningens hälsostatus och behov inom sina ordinarie planerings- och styrprocesser. HSVO bidrar till gemensam dialog om övergripande inriktning och samverkan.

Samtidigt bedömer Helseplan att HSVO i begränsad utsträckning bidrar till en samlad och behovsbaserad prioritering av samverkansarbetet på länsgemensam nivå. Avsaknaden av gemensamma former för att väga behov mellan olika delar av länet innebär att arbetets inriktning i huvudsak utgår från generella fokusområden.

Helseplan rekommenderar Region Uppsala och kommunerna att tydliggöra hur HSVO ska använda behovsunderlag som grund för gemensam inriktning av samverkansarbetet.

Detta bör ske genom att:

- identifiera vilka behovsunderlag som ska behandlas inom HSVO:s samverkansforum.
- säkerställa att dessa underlag regelbundet används som stöd för gemensam dialog om prioriterade samverkansområden.

3.3. Uppföljning av HSVO-arbetet

Detta kapitel besvarar följande revisionsfråga: *Hur följs resultatet av arbetet upp, lokalt och regionövergripande?*

Uppföljning som del av HSVO:s uppdrag

Enligt styrande dokument ingår uppföljning av HSVO-arbetet som en del av uppdraget för både regionala och lokala HSVO-forum. I uppdragsbeskrivningar för samråd och tjänsteledning anges ansvar för att följa upp genomförda aktiviteter, föra dialog om arbetets utveckling samt identifiera behov av fortsatt samverkan.

Av dokumentation från HSVO-forum framgår att uppföljningen i huvudsak är kopplad till genomförande av uppdrag och aktiviteter inom ramen för HSVO-strukturen. Uppföljning sker genom sammanställningar, presentationer och dialog i olika samverkansforum på regional och lokal nivå.

Regionövergripande uppföljning inom HSVO

På regional nivå sker uppföljning av HSVO-arbetet i flera former. Det handlar bland annat om tematiska redovisningar, sammanställningar av pågående och avslutade uppdrag samt presentationer som lyfter exempel och erfarenheter från olika delar av länet. Uppföljning behandlas återkommande i samverkansforum och tjänsteledningsforum på regional nivå.

Inom ramen för omställningen till effektiv och nära vård har det även tagits fram en länsgemensam uppföljningsrapport. Uppföljningen redovisar resultat utifrån den beslutade målbilden och bygger på ett urval indikatorer kopplade till omställningsarbetet. Uppföljningen har behandlats inom HSVO:s regionala samverkansstruktur och använts som underlag för gemensam dialog om utvecklingsbehov.

Uppföljningen är avgränsad till omställningen till effektiv och nära vård och utgör inte en återkommande uppföljning av HSVO-arbetets samlade resultat som samverkansstruktur. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats en samlad och regelbundet återkommande uppföljning som på ett strukturerat sätt redovisar HSVO-arbetets resultat på länsnivå. Det har inte heller identifierats att gemensamma indikatorer används för uppföljning av HSVO-arbetet som helhet över tid eller för systematiska jämförelser mellan olika delar av länet. Samtidigt framgår av dokumentation och intervjuer att indikatorbaserad uppföljning förekommer inom vissa avgränsade samverkansområden som exempelvis inom vård i hemmet.

Koppling mellan uppföljning, lärande och styrning

HSVO-forumen används som arenor för dialog, erfarenhetsutbyte och gemensam reflektion. Uppföljning används i dessa sammanhang främst för att redovisa genomförda aktiviteter och för att dela exempel från olika delar av organisationen.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats dokumenterade former som tydliggör hur uppföljningsresultat systematiskt ska användas för att påverka den fortsatta inriktningen av HSVO-arbetet. Det har inte heller identifierats hur uppföljning kopplas till revidering av strategier, prioritering av nya uppdrag eller till

ordinarie politiska styrprocesser. Av dokumentation och intervjuer framgår att sådana frågor i huvudsak hanteras genom dialog och gemensamma överväganden inom samverkansstrukturen.

Perspektiv från intervjuer

Intervjuerna beskriver att uppföljning av HSVO-arbetet i praktiken i huvudsak sker genom dialog i samverkansforum och genom muntlig återkoppling. Intervjuerna ger en samstämmig bild av att uppföljning i begränsad utsträckning baseras på gemensamma indikatorer på länsnivå. Detta påverkar möjligheten att följa utvecklingen över tid och att jämföra resultat mellan olika delar av länet. Flera intervjupersoner beskriver samtidigt att uppföljning används som underlag för lärande och anpassning i det löpande arbetet. Intervjuerna beskriver även att återkoppling till politisk nivå sker i varierande former och i huvudsak indirekt.

Kommunperspektiv på uppföljning

Uppsala kommun

Uppsala kommun följer HSVO arbetet genom samverkansplanens lokala prioriteringar och en årlig aktivitetslista som ska följas upp i en samverkansberättelse. Verksamhetsplanen innehåller mål och indikatorer för områden som digitala arbetssätt vårdcentrum vård i hemmet och psykisk hälsa. Flera samverkansområden har egna uppföljningsrutiner som återkommer i dokumentationen. Detta gäller till exempel arbetet med vård och stödsamordning, samverkan kring förskolebarn med autism samt den lokala rutinen för riskbruk missbruk och beroende. Intervjumaterialet visar att uppföljning ofta sker i tjänsteledningar och samverkansforum och att den praktiska överblicken främst gäller de områden som respektive verksamhet ansvarar för.

Enköpings kommun

I Enköpings kommun följs HSVO arbetet genom aktivitetslistan i den lokala samverkansplanen. Där anges ansvariga funktioner och vilka delar som ska följas upp varje år. Utöver detta finns flera lokala ViS-rutiner (Vård i Samverkan), bland annat för SUF (samverkan, utveckling och föräldraskap), rehabilitering och palliativ vård. Dessa rutiner anger egna former för avvikelshantering och samverkansuppföljning inom respektive område. Intervjuerna visar att uppföljning ofta sker inom olika projekt eller nätverk och att resultaten främst tas om hand i tjänsteledningen eller i samverkansgrupper. Det finns ingen sammanhållen lokal rapportering som samlar uppföljningen av hela HSVO arbetet.

Håbo kommun

I Håbo följs HSVO arbetet upp genom den lokala samverkansplanens aktivitetslista och genom verksamhetsplanen för närvårdssamverkan. Dessa dokument anger ansvar och vilka aktiviteter som ska följas upp. Flera områden har även egna lokala

rutiner, till exempel för boendestöd, där ansvar och avvikelser ska följas i respektive verksamhet. Intervjuerna visar att uppföljningen ofta sker i flera olika forum och att resultat behandlas per område snarare än i en samlad lokal uppföljning av HSVO som helhet. Företrädare beskriver också att det saknas gemensamma mått som visar hur omställningen påverkar vårdtyngd och resursbehov i kommunen.

Knivsta kommun

Knivsta följer upp HSVO arbetet genom en samverkansberättelse som redovisar resultatet av årets aktiviteter och uppföljningen av aktivitetslistan. I berättelsen framgår att tjänsteledningen har använt aktivitetslistan som ett levande dokument och strukturerat sina möten utifrån de fyra fokusområdena. Uppföljning sker också inom särskilda områden där lokala ViS-rutiner anger hur samverkan och ansvar ska följas över tid. Intervjuerna visar att uppföljningen ger en relativt god bild av enskilda satsningar. De beskriver också ett glapp mellan det som följs upp i HSVO-strukturen och den samlade bild som behövs för att förstå hur arbetet påverkar kommunens vårdtyngd och resursbehov.

Tierps kommun

I Tierp följs HSVO arbetet genom en aktivitetsplan som uppdateras under året och som ligger till grund för verksamhetsberättelsen. Tjänsteledningen har ansvar för att följa upp lokala samverkansfrågor och lyfta behov vidare i HSVO strukturen. Flera lokala ViS-rutiner anger också hur uppföljning ska ske inom respektive område. Intervjuerna visar att detta ger en viss struktur men att helheten upplevs som tung och svår att överblicka. Flera företrädare beskriver att det saknas gemensamma mått som visar hur arbetet påverkar kommunens vårdtyngd och resursbehov.

Älvkarleby kommun

I Älvkarleby ansvarar tjänsteledningen för att följa upp aktiviteterna i samverkansplanen. Uppföljning sker också inom lokala samverkansområden såsom SUF, familjecentralen och vårdcentrum. Rutiner för rehabilitering och habilitering beskriver ytterligare former för lokal uppföljning. Intervjuerna visar att uppföljningen är spridd över flera forum och saknar en samlad struktur. Resultatet är att kommunen får en översikt av enskilda frågor men att det saknas en helhetsbild av hur HSVO arbetet utvecklas över tid.

Östhammars kommun

I Östhammar ska tjänsteledningen följa upp aktiviteterna i HSVO arbetet och lämna underlag till samrådet. Det finns lokala rutiner för rehabilitering och habilitering samt för in och utskrivning från slutenvården med hemtagningsteam och återkommande möten. Närvårdsenheten har egna in och utskrivningskriterier som styr användningen av närvårdsplatser och anger att uppföljning ska ske årligen. Intervjuerna beskriver en omfattande lokal uppföljning av utskrivningsprocessen närvårdsplatser och andra delar av nära vård. Samtidigt framgår att HSVO strukturen

endast i begränsad utsträckning används för att samla denna uppföljning till en gemensam bild av resultat och måluppfyllelse. Materialet visar också att arbetet med vårdcentrum i Östhammar har pågått under flera år utan tydlig gemensam inriktning. Detta gör det svårt att följa vilka resultat som uppnås inom detta område.

Heby kommun

I Heby ska tjänsteledningen ta fram en aktivitetslista för HSVO arbetet. Aktivitetslistan anger aktiviteter, ansvar och uppföljning och revideras löpande. Den utgör tillsammans med samverkansplanen underlag för en årlig samverkansberättelse. Intervjumaterialet beskriver att uppföljning sker genom samverkansplaner, samverkansberättelser och olika nätverk men att uppföljningen av beslut och efterlevnad inte upplevs som samlad. Det saknas gemensamma mått och tydliga strukturer som visar hur HSVO arbetet påverkar vård i hemmet, vårdtyngd och resursbehov i kommunen. Mycket av uppföljningen bygger i stället på att enskilda funktioner söker information och för den vidare i organisationen.

Gap-analys

Målbild	Uppföljningen av HSVO-arbetet ska ge ansvariga nämnder och samverkande parter en samlad, återkommande och översiktlig bild av utveckling, resultat och måluppfyllelse på både lokal och läns-gemensam nivå. Uppföljningen ska användas som underlag för gemensamt lärande, prioritering och fortsatt inriktning av HSVO-arbetet.
Nuläge	Uppföljning sker lokalt och regionalt genom sammanställningar, presentationer och dialog i samverkansforum. Uppföljningen fokuserar främst på genomförda aktiviteter och pågående arbete. Det finns lokala uppföljningsstrukturer genom samverkansberättelser, men det saknas en sammanhållen och återkommande läns-gemensam uppföljning som visar resultat och måluppfyllelse av HSVO-arbetet som helhet.
Gap	Det saknas en sammanhållen och regelbundet återkommande uppföljning som ger en samlad bild av HSVO-arbetets resultat och utveckling samt som tydligt används för gemensamt lärande och fortsatt styrning.

Bedömning och rekommendationer

Helseplan bedömer att uppföljning av HSVO-arbetet är etablerad som en del av samverkansstrukturens uppdrag och att det finns flera former för återslag och dialog. Uppföljningen bidrar till överblick över genomförda aktiviteter och till erfarenhetsutbyte mellan samverkande parter.

Samtidigt bedömer Helseplan att uppföljningen i begränsad utsträckning ger underlag för att bedöma resultat, effekter och måluppfyllelse av HSVO-arbetet på läns-gemensam nivå. Avsaknaden av en samlad uppföljning försvårar möjligheten att använda uppföljningsinformation som ett verktyg för gemensamt lärande, prioritering och fortsatt utveckling av HSVO-arbetet.

Helseplan rekommenderar Region Uppsala och kommunerna att utveckla uppföljningen av HSVO-arbetet så att den i högre grad stödjer gemensam styrning och utveckling.

Detta bör ske genom att:

- ta fram en gemensam struktur för återkommande uppföljning av HSVO-arbetet som samverkansstruktur, med fokus på utveckling och resultat utöver genomförda aktiviteter.
- tydliggöra hur uppföljningsresultat genom nyckeltal eller KPI:er för att mäta effekt ska användas inom HSVO som underlag för gemensamt lärande, prioritering och fortsatt inriktning.

3.4. Måluppfyllelse i verksamhetsnära fokusområden

Detta kapitel besvarar följande revisionsfråga: *I vilken utsträckning har målen och intentionen i verksamhetsplanernas fokusområden uppnåtts?*

Utgångspunkter för bedömning

HSVO-arbetet bedrivs inom ramen för Strategi för samverkan 2024–2026, där mål, fokusområden och delmål anges på läns-gemensam nivå. Enligt strategin ska fokusområdena ligga till grund för lokala samverkansplaner och tillhörande aktivitetslistor. Fokusområdena används därmed som en gemensam struktur för att inrikta, organisera och följa upp det verksamhetsnära samverkansarbetet inom HSVO.

Verksamhetsplaner i strikt mening beslutas inom respektive huvudmans ordinarie styrprocesser och är inte samlade inom HSVO. Genomgången i detta kapitel avser därför hur det arbete som bedrivs inom HSVO genom samverkansplaner, aktiviteter och dokumenterad uppföljning, förhåller sig till de fokusområden och delmål som anges i strategin.

Mål och delmål i strategin är i huvudsak övergripande och i begränsad utsträckning operationaliserade i mätbara indikatorer. Strategin anger samtidigt att uppföljning ska ske genom lokala samverkansplaner och återslagrapportering inom HSVO-strukturen. Möjligheten att bedöma måluppfyllelse är därför beroende av hur aktiviteter och uppföljning har dokumenterats och sammanställts i praktiken.

Fokusområden	Delmål
A Förebyggande och hälsofrämjande	A1. Hälssystemet stödjer och möjliggör hälsosamma val och en jämlik hälsa. A2. Socialt hållbara insatser stärker arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och suicid.
B Nära vård	B1. Vården är personcentrerad, samordnad och tillgänglig. B2. Effektiva processer och flöden skapar värde för individen.
C Kompetensförsörjning	C1. Kompetensförsörjningen präglas av väl fungerande samverkan mellan huvudmännen samt med lärosäten och andra utbildningsaktörer.
D Krishantering och beredskap	D1. Samverkan har tydliggjorts och utvecklats för att hantera kris- och beredskapsfrågor i planering och styrning

Figur 2: Fokusområden och delmål HSVO, Strategi för samverkan 2024–2026.

Fokusområde A: Förebyggande och hälsofrämjande

A1 Hälssystemet stödjer hälsosamma val och jämlik hälsa

Delmålet anger en långsiktig och övergripande inriktning för samverkan inom HSVO. Av granskad dokumentation framgår att området i begränsad utsträckning förekommer som ett avgränsat och samlat fokus för verksamhetsnära aktiviteter inom HSVO-arbetet. Den granskade dokumentationen omfattar bland annat lokala samverkansplaner och uppföljningar.

Dokumentationen visar att frågor som rör jämlik hälsa och hälsofrämjande arbete i huvudsak hanteras inom respektive huvudmans ordinarie verksamhet och genom andra strategiska initiativ snarare än inom HSVO:s samverkansstruktur. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats sammanhållen dokumentation som visar hur arbetet inom HSVO har följts upp i relation till detta delmål eller hur eventuella insatser har kopplats till uppföljning på läns- eller lokal nivå.

A2 Socialt hållbara insatser för att förebygga psykisk ohälsa och suicid

Psykisk hälsa är ett återkommande och tydligt fokus i samverkansplaner, aktivitetslistor och dokumenterat HSVO-arbete. Området behandlas i flera samverkansforum och omfattar gemensamma arbetssätt, överenskommelser och samverkan mellan region och kommuner. Lokala uppföljningar visar att flera kommuner redovisar aktiviteter och utvecklingsinsatser kopplade till detta delmål.

Intervjuerna beskriver att HSVO-arbetet inom området har bidragit till samsyn kring arbetssätt, kontaktvägar och samverkan mellan aktörer. Uppföljningen avser dock i huvudsak genomförande av aktiviteter och beskrivningar av pågående arbete. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats dokumentation som redovisar effekter av insatserna för berörda målgrupper.

Fokusområde B: Nära vård*B1 Personcentrerad, samordnad och tillgänglig vård*

Dokumentationen visar att samverkan inom HSVO i flera fall är inriktad mot att stärka samordningen kring individer med behov av insatser från flera aktörer. Detta kommer till uttryck genom gemensamma arbetssätt, tydligare kontaktvägar och lokala rutiner som reglerar ansvar och samverkan mellan region och kommun.

Flera intervjupersoner uppger att HSVO-arbetet har bidragit till ökad samsyn kring individens behov samt till mer samordnade arbetssätt mellan huvudmännen. Detta gäller särskilt för personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Denna samordning beskrivs främst i termer av förbättrad samverkan mellan professioner och verksamheter snarare än som personcentrering i metodisk eller uppföljningsbar mening.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats dokumentation som visar hur personcentrering eller tillgänglighet har följts upp som egna dimensioner inom HSVO-arbetet. Uppföljningen avser i huvudsak genomförda aktiviteter och beskrivningar av arbetssätt snarare än resultat för individer eller målgrupper.

B2 Effektiva processer och flöden

Dokumentationen visar att HSVO-arbetet i stor utsträckning omfattar samverkan kring processer och flöden mellan region och kommun. Detta gäller särskilt områden som utskrivning från slutenvård, vård i hemmet samt övergångar mellan olika verksamheter och huvudmän. Dessa frågor återkommer i lokala samverkansplaner, aktivitetslistor och i dokumenterad uppföljning från lokala samråd.

Intervjuerna beskriver att arbetet inom dessa områden i flera fall har utvecklats över tid och att processer upplevs som mer sammanhållna än tidigare. Samverkan kring flöden beskrivs som mer strukturerad med tydligare roller och ansvar mellan aktörerna.

Samtidigt framgår det inte av dokumentationen hur effekter av arbetet med processer och flöden har följts upp i termer av exempelvis tillgänglighet, ledtider eller upplevd kvalitet. Uppföljningen avser i huvudsak genomförande av aktiviteter och beskrivningar av pågående utvecklingsarbete.

Fokusområde C: Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning anges som ett fokusområde i strategin för samverkan och kopplas till långsiktig hållbarhet i hälsosystemet. I granskad dokumentation förekommer området i begränsad utsträckning i lokala samverkansplaner och aktivitetslistor inom HSVO.

Av dokumentationen framgår att kompetensförsörjningsfrågor i huvudsak hanteras inom respektive huvudmans ordinarie verksamhets- och personalprocesser. Området förekommer i begränsad utsträckning som ett eget och avgränsat samverkansområde inom HSVO-arbetet.

Intervjuerna beskriver att kompetensförsörjning uppfattas som en strategiskt viktig fråga, men att den sällan behandlas som ett operativt fokusområde inom HSVO. Flera intervjupersoner anger att frågan hanteras i andra forum och strukturer som exempelvis inom linjeorganisationen eller genom särskilda kompetens- och personalfunktioner.

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats sammanhållen dokumentation eller uppföljning som avser arbete inom detta fokusområde på regional eller lokal nivå inom HSVO.

Fokusområde D: Krishantering och beredskap

Krishantering och beredskap anges som ett fokusområde i strategin med betoning på samverkan i planering och styrning vid samhällsstörningar. I granskad dokumentation förekommer området i begränsad utsträckning i lokala samverkansplaner och i den löpande dokumentationen från HSVO-arbetet.

Av dokumentationen framgår att frågor om krishantering och beredskap i huvudsak hanteras inom särskilda strukturer för krisledning och beredskap hos region och kommuner. Området framträder i begränsad utsträckning som ett verksamhetsnära fokusområde inom HSVO.

Intervjuerna beskriver att samverkan i kris och beredskap uppfattas som viktig, men att den till stor del sker utanför HSVO:s ordinarie samverkansforum. HSVO beskrivs i detta sammanhang främst som ett komplement snarare än som en central arena för operativ krishantering. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats dokumentation som visar hur genomförda insatser eller samverkansformer inom krishantering och beredskap har följts upp inom HSVO-strukturen.

Gap-analys

Målbild	HSVO-arbetet ska bidra till att uppnå mål och intentioner inom de verksamhetsnära fokusområden som fastställts i den länsgemensamma strategin. Det ska finnas underlag för att bedöma måluppfyllelse.
Nuläge	HSVO-arbetet omfattar flera fokusområden som i varierande grad har omsatts i lokala samverkansplaner och aktiviteter. För vissa områden finns dokumentation av genomförda insatser. Detta gäller exempelvis psykisk hälsa och nära vård. För andra fokusområden förekommer mer begränsad tillämpning inom HSVO. Uppföljningen avser främst genomförande av aktiviteter.

Gap

Begränsade förutsättningar att bedöma måluppfyllelse eftersom mål och delmål i strategin i liten utsträckning är kopplade till uppföljningsbara resultat och eftersom fokusområdena tillämpas olika inom HSVO.

Bedömning

Helseplan bedömer att HSVO-arbetet i flera fall har bidragit till utvecklad samverkan inom verksamhetsnära fokusområden med särskilt fokus på psykisk hälsa och nära vård. Inom dessa områden visar dokumentation och intervjuer att gemensamma arbetssätt har utvecklats och att samverkan mellan region och kommuner har stärkts.

Samtidigt **bedömer Helseplan** att möjligheten att bedöma måluppfyllelse inom fokusområdena är begränsad. Fokusområdenas mål och delmål är övergripande utformade och i begränsad utsträckning kopplade till uppföljningsbara resultat. För vissa fokusområden framstår HSVO:s roll som mer oklar eller marginell vilket ytterligare försvårar en samlad bedömning av måluppfyllelse inom ramen för HSVO-arbetet.

3.5. Politisk information och återkoppling

Detta kapitel besvarar följande revisionsfråga: *I vilken utsträckning är berörda nämnder i kommunerna och i Region Uppsala informerade om arbetets fortskridande och dess resultat?*

Utgångspunkter för genomgången

Enligt styrande dokument ska information om HSVO-arbetets fortskridande och resultat föras vidare till politisk nivå genom återrapporering inom samverkansstrukturen. Strategi för samverkan 2024–2026 anger att uppföljning av samverkansplaner och aktiviteter sker på lokal nivå och sammanställs inom HSVO:s tjänstemannastruktur, med återrapporering inom samverkansforum.

Hur information därefter ska föras vidare till respektive huvudmans nämnder och styrelser regleras i begränsad utsträckning i HSVO-relaterade dokument. Återrapporering till politisk nivå är i huvudsak hänvisad till respektive huvudmans ordinarie styr- och rapporteringsformer. Genomgången i detta kapitel avser därför hur informationsflöden från HSVO-strukturen till politisk nivå framgår av dokumentation och intervjuer.

Informationsflöden inom HSVO-strukturen

Av dokumentationen framgår att information om genomförda och pågående aktiviteter inom HSVO sammanställs och behandlas i olika samverkansforum, bland annat inom lokala samråd, lokala tjänsteledningar och regional

tjänstemannastruktur. Uppföljning sker genom sammanställningar av aktiviteter, presentationer och dialog i samverkansforum.

Den information som hanteras inom HSVO-strukturen avser i huvudsak genomförande av aktiviteter, pågående arbete och identifierade utvecklingsfrågor. Inom ramen för revisionen har det inte identifierats en gemensam struktur som anger hur information om resultat, effekter eller måluppfyllelse ska sammanställas eller särskiljas inför återrapportering till politisk nivå.

Återrapportering till politisk nivå

Inom ramen för revisionen har det inte identifierats styrande dokument som närmare reglerar hur återrapportering från HSVO-strukturen till nämnder och styrelser ska ske eller vem som ansvarar för att sådan information förs vidare till politisk nivå. Det har inte heller identifierats gemensamma riktlinjer för form, innehåll eller frekvens i återrapporteringen.

Av dokumentationen framgår att återrapportering till politisk nivå i huvudsak sker genom respektive huvudmans ordinarie styr- och rapporteringsprocesser. Hur HSVO-relaterad information tas om hand inom nämnder och styrelser framgår inte samlat av de HSVO-relaterade dokumenten.

Perspektiv från intervjuer

Intervjuerna beskriver att återrapportering om HSVO-arbetets fortskridande sker inom samverkansstrukturen genom bland annat återkommande genomgångar av arbetet kopplat till fokusområden. Återrapporteringen beskrivs i huvudsak ske muntligt med stöd av presentationer och behandlas inom regionala samverkansforum. Intervjuerna beskriver även att återkoppling från politisk nivå till HSVO-strukturen förekommer, men att sådan återkoppling i begränsad utsträckning dokumenteras eller följs upp inom samverkansstrukturen.

Innehåll i återrapportering till politisk nivå

Av dokumentation och intervjuer framgår att den information som förs vidare till politisk nivå i huvudsak avser genomförda aktiviteter, pågående arbete och övergripande lägesbilder. Informationen presenteras ofta i sammanfattande eller översiktlig form.

Information om resultat, effekter eller måluppfyllelse förekommer i mer begränsad utsträckning och är i regel inte systematiskt sammanställd inom ramen för HSVO-arbetet.

Kommunperspektiv på politisk information och återkoppling

Uppsala kommun

Information om HSVO arbetet i Uppsala kommun lämnas till berörda nämnder och styrelser via lokalt samråd tjänsteledning samt delårs och helårsuppföljningar. Samverkansplanen anger att tjänsteledningen ansvarar för återrapporering av genomförda aktiviteter och uppföljning av aktivitetslistan. Intervjumaterialet visar att information om HSVO arbetet ofta ges som lägesbilder och muntliga dragningar. Delårsrapporter och helårsrapporter innehåller skriftlig information där delar av arbetet återkommer. Den mer detaljerade hanteringen av HSVO frågor sker dock i tjänstemannaled. Detta innebär att nämnderna får viss insyn i arbetets fortskridande men att den samlade politiska överblicken över resultat och ansvar är begränsad.

Enköpings kommun

Samverkansplanen anger att samråd HSVO Enköping består av politiska företrädare från berörda nämnder och styrelser och att samrådet ska fastställa och följa upp samverkansplanen. Tjänsteledningen ska stödja samrådet och bära samverkanfrågor och information mellan lokal nivå, regional tjänsteledning och berörda verksamheter. Intervjumaterialet visar att mycket av informationen om HSVO arbetet sprids genom tjänsteledning, samverkansstrateg och olika nätverk medan formella rapporter om HSVO till funktioner utanför dessa forum är begränsade. Det framgår också att kopplingen mellan dessa forum och nämndernas löpande uppföljning i första hand sker genom protokoll och muntlig återkoppling snarare än genom återkommande samlade redovisningar av resultat.

Håbo kommun

Enligt samverkansplanen ska samråd HSVO Håbo stödja nämnder och styrelser och följa upp samverkansplanen. Verksamhetsplanen anger att information från lokalt samråd och tjänsteledning ska spridas till berörda nämnder hos båda huvudmän. Intervjuerna visar att nämnderna får viss information genom presentationer av planer och aktivitetslistor samt vid enstaka beslut om avtal och överenskommelser. Samtidigt beskrivs att mycket av HSVO arbetet hanteras i samverkansforum och att informationen i hög grad stannar hos de personer som deltar där. Företrädare uppger också att nämnderna i liten utsträckning får en samlad bild av hur HSVO utvecklas i andra delar av länet vilket innebär att den politiska nivån har en begränsad och fragmenterad överblick över resultat och fortskridande.

Knivsta kommun

Samverkansberättelsen anger att samråd HSVO Knivsta har genomförts tre gånger under 2024 och att företrädare från både kommunala nämnder och regionens styrelser deltagit. I berättelsen framgår också att en enkät genomförts för att se om frågor kopplade till effektiv och nära vård lyfts i respektive nämnd och att detta i huvudsak sker, med undantag för utbildningsnämnden. Intervjuerna beskriver att

nämnderna får information via minnesanteckningar från samråd, muntliga dragningar och behandling av specifika ärenden som avtal och lokala rutiner. Samtidigt lyfts att strukturen upplevs som komplex och att det finns ett återkommande glapp mellan de samrådande forumen och de beslutande nämnderna. Detta gör att den politiska nivån inte alltid får en sammanhållen bild av HSVO arbetets resultat.

Tierps kommun

Samverkansplanen för Tierp anger att samråd HSVO Tierp ska stödja kommunstyrelsen och regionens styrelser och följa upp samverkansplanen. I Tierp ersätter kommunstyrelsen med utskott den nämndstruktur som finns i flera andra kommuner och det påverkar hur HSVO frågar när den politiska nivån. Intervjuerna visar att den politiska nivån får information genom verksamhetsberättelser, skriftliga underlag och muntliga dragningar men att mycket av HSVO arbetet hanteras i tjänstemannaorganisationen. Företrädare beskriver att strukturen är svår att överblicka och att HSVO ofta blir informationsärenden snarare än underlag för gemensamma beslut. Det framkommer också att spridningen av information vidare ut i verksamheterna är begränsad och att medarbetare i många fall har låg kännedom om HSVO arbetet.

Älvkarleby kommun

Samråd HSVO Älvkarleby ska stödja de lokala nämnderna och följa upp samverkansplanen. Intervjuerna visar att nämnderna får begränsad återkoppling under året och att information främst ges vid enstaka tillfällen. Informationsflödet bygger i hög grad på tjänstemannaorganisationen och saknar tydliga vägar till politisk nivå. Kommunen tar del av regional information genom deltagande i HSVO strukturen men saknar en ordnad process för hur denna kunskap återförs lokalt. Sammantaget innebär detta att nämnderna inte får en samlad lägesbild av HSVO arbetet och att rapporteringen sker oregelbundet.

Östhammars kommun

Samverkansplanen anger att Samråd HSVO Östhammar ska stödja nämnder och styrelser och följa upp samverkansplanen. Intervjuerna visar att nämnderna får underlag och redovisningar men att informationsmängden upplevs som stor och svår att överblicka. Mycket av informationen rör struktur, projekt och processer medan kopplingen till konkreta beslut och resultat är mindre tydlig. På tjänstepersonnivå finns etablerade informationsvägar genom samverkansstrategi, förändringsledare och olika nätverk men spridningen vidare ut i organisationen beskrivs som ojämn. Kommunen rapporterar årligen till sina politiska organ om samverkan med regionen men det saknas en samlad bild av hur HSVO arbetet utvecklas i länet som helhet. Sammantaget innebär detta att nämnderna i Östhammar får viss information om HSVO arbetet men att den politiska nivån inte har en fullständig och sammanhållen lägesbild.

Heby kommun

Samverkansplanen anger att Samråd HSVO Heby ska stödja kommunens nämnder och regionens styrelser samt följa upp samverkansplanen. Intervjumaterialet visar att nämnderna får information genom rapporter från HSVO arbetet och genom samverkansberättelser som sprids i organisationen. Det finns ingen stående punkt för återrapportering i kommunstyrelsen och ingen samlad rutin för hur HSVO frågor återförs till nämnderna. Informationsflödet är delvis beroende av enskilda funktioner och nätverk vilket gör att viktig information ibland missas eller når nivåerna sent. Sammantaget innebär detta att nämnderna i Heby har begränsad samlad överblick över HSVO arbetets fortskridande och resultat.

Gap-analys

Målbild	Berörda nämnder och styrelser i Region Uppsala och kommunerna ska vara löpande och strukturerat informerade om HSVO-arbetets fortskridande och resultat och politiska ställningstaganden ska återföras till HSVO-strukturen.
Nuläge	Information om HSVO-arbetet förs vidare till politisk nivå genom olika former och kanaler, både via HSVO:s samverkansstruktur och genom respektive huvudmans ordinarie rapporteringsprocesser. Former, innehåll och frekvens för återrapportering varierar mellan kommuner och nämnder. Den information som förs vidare avser i huvudsak genomförda aktiviteter och pågående arbete.
Gap	Avsaknad av gemensamt tydliggjorda former och ansvar för återrapportering och återkoppling vilket begränsar möjligheten till samlad politisk överblick och systematisk återföring av politiska ställningstaganden till HSVO-arbetet.

Bedömning och rekommendationer

Helseplan bedömer att information om HSVO-arbetets fortskridande når politisk nivå i både Region Uppsala och kommunerna, men att detta sker genom varierande former och utan en gemensam struktur. Återrapportering sker främst med fokus på genomförda aktiviteter och pågående arbete, medan sammanställd information om resultat och effekter förekommer i mer begränsad utsträckning.

Vidare **bedömer Helseplan** att återkoppling från politisk nivå till HSVO-strukturen förekommer, men att den i begränsad utsträckning är dokumenterad eller systematiskt hanterad. Detta påverkar förutsättningarna för att politiska ställningstaganden ska bidra till en samlad och långsiktig utveckling av HSVO-arbetet.

Helseplan rekommenderar Region Uppsala och kommunerna att gemensamt stärka strukturen för politisk information och återkoppling av HSVO-arbetet.

Detta bör ske genom att:

- tydliggöra vilka typer av information om HSVO-arbetets fortskridande och resultat som ska prioriteras i åiterrapporteringen till nämnder och styrelser, samt i vilka former och forum detta ska ske.
- etablera former för att politiska ställningstaganden och prioriteringar som rör HSVO dokumenteras och återförs till samverkansstrukturen som underlag för fortsatt inriktning och samordning.

3.6. Samlad bedömning

Detta kapitel besvarar den övergripande revisionsfrågan: *Hur säkerställer ansvariga nämnder i Region Uppsala och i kommunerna att HSVO-arbetet bedrivs effektivt enligt fastställda mål och strategier?*

Helseplan bedömer att Region Uppsala och kommunerna har etablerat en gemensam struktur för samverkan inom hälsa, stöd, vård och omsorg. HSVO-arbetet bedrivs inom ramen för politiskt beslutade styrdokument som anger mål, fokusområden och övergripande inriktning. Strukturen skapar förutsättningar för dialog, samordning och gemensamt utvecklingsarbete mellan huvudmännen i verksamhetsnära frågor.

Samtidigt **bedömer Helseplan** att ansvariga nämnders sätt att säkerställa effektivitet i HSVO-arbetet i huvudsak sker indirekt, genom respektive huvudmans ordinarie styr- och uppföljningsprocesser. HSVO är organiserat som en rådgivande och beredande samverkansstruktur och utgör inte en del av huvudmännens formella besluts- eller styrkedjor. Detta innebär att ansvar, uppföljning och politisk återkoppling av HSVO-arbetet inte är samlat tydliggjort på länsgemensam nivå.

Vidare **bedömer Helseplan** att uppföljningen av HSVO-arbetet i huvudsak är inriktad på genomförande av aktiviteter och pågående arbete. Uppföljning av resultat, effekter och måluppfyllelse förekommer i mer begränsad utsträckning och är inte sammanhållet utformad. Detta påverkar nämndernas möjligheter att på ett systematiskt sätt följa upp om HSVO-arbetet bedrivs effektivt i relation till fastställda mål och strategier.

Sammantaget bedömer Helseplan att ansvariga nämnder har tillgång till strukturer och underlag som möjliggör samverkan och gemensam inriktning inom HSVO. Förutsättningarna för samlad styrning, uppföljning och politisk återkoppling är dock begränsade. Detta påverkar möjligheten att säkerställa att HSVO-arbetet bedrivs effektivt och ändamålsenligt som en sammanhållen samverkansstruktur på länsgemensam nivå.

Samtliga rekommendationer

Mot bakgrund av granskningen rekommenderar Helseplan Region Uppsala och kommunerna att vidta följande åtgärder för att stärka styrning, uppföljning och politisk återkoppling av HSVO-arbetet:

1. Tydliggöra politisk styrning, uppföljning och återkoppling av HSVO-arbetet

Detta bör ske genom att:

- klargöra ansvar och former för politisk hantering av HSVO-arbetet i relevanta styrdokument, såsom uppdragsbeskrivningar eller motsvarande.
- säkerställa att den länsgemensamma samverkansstrategin för HSVO används som ett tydligt underlag i huvudmännens ordinarie planerings- och uppföljningsprocesser.
- etablera former för att politiska ställningstaganden som rör HSVO dokumenteras och återförs till samverkansstrukturen som underlag för fortsatt inriktning.

2. Tydliggöra hur behovsunderlag ska användas i HSVO:s gemensamma inriktning

Detta bör ske genom att:

- identifiera vilka behovsunderlag som ska behandlas inom HSVO:s samverkansforum.
- säkerställa att dessa underlag regelbundet används som stöd för gemensam dialog om prioriterade samverkansområden.

3. Utveckla uppföljningen av HSVO-arbetet för att stödja gemensam styrning och utveckling

Detta bör ske genom att:

- ta fram en gemensam struktur för återkommande uppföljning av HSVO-arbetet som samverkansstruktur, med fokus på utveckling och resultat utöver genomförda aktiviteter.
- tydliggöra hur uppföljningsresultat ska användas inom HSVO som underlag för gemensamt lärande, prioritering och fortsatt inriktning genom användning av nyckeltal eller indikatorer.

4. Stärka strukturen för politisk information och återkoppling av HSVO-arbetet

Detta bör ske genom att:

- tydliggöra vilka typer av information om HSVO-arbetets fortskridande och resultat som ska prioriteras i återsrapporteringen till nämnder och styrelser, samt i vilka former och forum detta ska ske
- etablera former för att politiska ställningstaganden och prioriteringar som rör HSVO dokumenteras och återförs till samverkansstrukturen som underlag för fortsatt inriktning och samordning.

Bilagor:

Bilaga 1 – Granskade dokument

Gemensamma avtal och överenskommelser i Region Uppsala län

- Avtal om ersättning för utskrivningsklara
- Avtal om läkaruppdrag i kommunal hälso- och sjukvård i Uppsala län
- Överenskommelse gällande riskbruk, missbruk och beroende i Uppsala län
- Överenskommelse om samverkan kring barn och unga placerade utanför det egna hemmet
- Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Region Uppsala läns styrdokument

- **Beslut om Strategi för samverkan inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) 2024–2026 (Regionstyrelsen):** Protokollsutdrag som visar den politiska behandlingen och fastställandet av strategin. Dokumentet tydliggör regionstyrelsens ställningstagande och strategins formella status.
- **Protokollsutdrag från vårdstyrelsen – återrapportering av samråd HSVO:** Protokollsutdrag som visar hur HSVO-arbetet återrapporteras till politisk nivå, vilka frågor som behandlas samt hur ofta samverkan lyfts i vårdstyrelsen.
- **Regionplan och budget Region Uppsala 2026–2028:** Anger Region Uppsalas övergripande mål, prioriteringar och ekonomiska ramar. Dokumentet utgör grunden för nämndernas uppdrag och den ordinarie styrningen, inklusive områden som berör samverkan med kommunerna och omställningen till nära vård.
- **Strategi för samverkan inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) 2024–2026:** Strategin anger den länsgemensamma inriktningen för samverkan mellan Region Uppsala och kommunerna inom hälsa, stöd, vård och omsorg. Dokumentet beskriver mål, fokusområden, delmål samt former för uppföljning och återrapportering inom HSVO-strukturen. Strategin utgör ett centralt styrdokument för granskningen.
- **Uppdragsbeskrivning Samråd HSVO:** Dokumentet beskriver uppdrag, ansvar och arbetsformer för det regionala samrådet inom HSVO. Det utgör ett viktigt underlag för bedömningen av HSVO-strukturens roll, mandat och funktion i relation till politisk nivå och tjänsteorganisation.
- **Uppdragsbeskrivning Tjänsteledning HSVO:** Uppdragsbeskrivningen reglerar den regionala tjänsteledningens ansvar och roll inom HSVO. Dokumentet har använts för att bedöma hur styrning, samordning och uppföljning av HSVO-arbetet är tänkt att fungera på regional nivå.
- **Uppföljning av Effektiv och nära vård i Uppsala län (2023/2024):** Länsgemensam uppföljningsrapport som redovisar resultat och utveckling inom omställningen till effektiv och nära vård, utifrån den beslutade målbilden och ett urval indikatorer. Rapporten har tagits fram på uppdrag av

Tjänsteledningen HSVO och har behandlats i regional samverkansstruktur som underlag för fortsatt utvecklingsarbete.

- **Uppföljning av samverkan inom lokala HSVO 2025:** Presentation som redovisar uppföljning av HSVO-arbetet i de lokala samråden samt i det regionala samrådet under 2025. Dokumentet ger en översiktlig bild av hur den länsgemensamma strategin för samverkan omsätts lokalt genom samverkansplaner och aktiviteter, samt vilka fokusområden och utvecklingsfrågor som identifierats i kommunerna.
- **Uppföljningsplan – Avtal om ersättning för utskrivningsklara patienter:** Dokumentet beskriver hur uppföljning av avtalet om ersättning för utskrivningsklara patienter ska genomföras, inklusive ansvar, rapportering och återkoppling inom HSVO-strukturen.

Protokoll och minnesanteckningar från HSVO:s samverkansstruktur

- **Protokoll och minnesanteckningar från lokala samråd HSVO i länets kommuner:** Protokoll och minnesanteckningar från lokala samråd HSVO som visar vilka frågor som behandlas lokalt, hur samverkansplaner och aktiviteter följs upp samt hur gemensamma utvecklingsfrågor hanteras mellan kommun och region.
- **Protokoll och minnesanteckningar från lokala tjänsteledningar HSVO:** Dokumentation från lokala tjänsteledningar HSVO som belyser hur operativa frågor, genomförande av samverkansplaner och behov av vidare hantering inom HSVO-strukturen behandlas på tjänstemannanivå.
- **Protokoll och minnesanteckningar från regional tjänsteledning HSVO:** Underlag som belyser hur frågor om inriktning, samordning och uppföljning av HSVO-arbetet behandlas på regional tjänstemannanivå. Dokumentationen har använts för att bedöma hur samverkan följs upp och återrapporteras inom HSVO-strukturen.

Uppsala kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Uppsala inklusive aktivitetslista 2025:** Samverkansplan som beskriver hur den länsgemensamma strategin för HSVO omsätts lokalt i Uppsala kommun. Planen omfattar flera fokusområden och innehåller både övergripande inriktning och en relativt detaljerad aktivitetslista för 2025. Dokumentet anger ansvar, samverkansformer och uppföljning, vilket ger planen en hög grad av konkretisering jämfört med flera andra kommuner.
- **Verksamhetsplan HSVO Uppsala 2023:** Verksamhetsplan fastställd av lokalt samråd HSVO Uppsala som beskriver mål, prioriteringar och arbetsformer för HSVO-arbetet under 2023. Dokumentet ger en bild av hur samverkan organiserades lokalt före nuvarande planperiod och har använts som bakgrundsmaterial i granskningen.
- **Samverkan enligt metoden vård- och stödsamordning (VoSS):** Dokument som beskriver tillämpningen av metoden vård- och stödsamordning i samverkan mellan Region Uppsala och Uppsala kommun. Dokumentet fungerar som metodstöd och kompletterar den övergripande

samverkansplanen genom att beskriva hur samordnade insatser kan genomföras i praktiken.

- **Lokal rutin gällande riskbruk, missbruk och beroende – Uppsala kommun:** Lokalt dokument som beskriver hur den länsgemensamma överenskommelsen om riskbruk, missbruk och beroende tillämpas i Uppsala kommun. Dokumentet anger ansvarsfördelning, samverkansformer och uppföljning på lokal nivå.
- **Lokal samverkan kring förskolebarn med autism:** Tematiskt samverkansdokument som beskriver samverkan mellan region och kommun för förskolebarn med autism. Dokumentet visar hur HSVO-arbetet omsätts i praktiken inom ett specifikt målgruppsområde.

Enköpings kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Enköping:** Samverkansplan som konkretiserar den länsgemensamma HSVO-strategin för Enköpings kommun. Planen anger lokala fokusområden, prioriteringar och former för samverkan mellan kommun och region samt hur arbetet ska följas upp inom ramen för lokalt samråd HSVO. Planen är i huvudsak övergripande i sin utformning.
- **Rehabilitering och habilitering i samverkan med Enköping och Håbo:** Gemensamt dokument som beskriver samverkan mellan Region Uppsala samt Enköpings och Håbo kommuner inom rehabilitering och habilitering. Dokumentet tydliggör ansvarsfördelning och arbetssätt i gränssnittet mellan huvudmännen.
- **Palliativ vård i samverkan för LAH och Enköpings kommun:** Samverkansdokument som reglerar ansvar och arbetssätt mellan Region Uppsala och Enköpings kommun för patienter som är inskrivna i LAH och samtidigt har kommunala insatser. Dokumentet beskriver samordning, informationsöverföring och uppföljning inom palliativ vård.
- **Samverkan, utveckling och föräldraskap (SUF) mellan Enköpings kommun och Region Uppsala:** Tematiskt samverkansdokument som beskriver samverkan kring stöd till barn och familjer där föräldrar har behov av samordnade insatser. SUF utgör ett avgränsat samverkansområde inom ramen för HSVO.

Håbo kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Håbo:** Samverkansplan som beskriver hur den länsgemensamma HSVO-strategin ska tillämpas lokalt i Håbo kommun. Planen innehåller lokala fokusområden, aktiviteter och former för uppföljning och visar en tydligare koppling till HSVO-strukturen än tidigare lokala planer.
- **Verksamhetsplan närvårdssamverkan Håbo 2023:** Verksamhetsplan fastställd av lokalt samråd HSVO Håbo som beskriver mål och planerade aktiviteter inom närvårdssamverkan. Dokumentet ger en bild av hur samverkan bedrevs lokalt före införandet av nuvarande samverkansplan.
- **Samverkan vid boendestöd i Håbo:** Lokal riktlinje som beskriver samverkan mellan kommunens verksamheter och regionens psykiatri kopplat

till boendestöd. Dokumentet reglerar ansvar och praktiska rutiner i samverkan för målgruppen.

Knivsta kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Knivsta med aktivitetslista 2025:** Samverkansplan som konkretiserar HSVO-strategin för Knivsta kommun. Planen innehåller, utöver övergripande inriktning, en detaljerad aktivitetslista för 2025, vilket ger en relativt hög grad av konkretisering.
- **Samverkansberättelse HSVO Knivsta 2024:** Sammanställning som redovisar genomförda aktiviteter och erfarenheter från HSVO-arbetet under 2024. Dokumentet har karaktär av uppföljning och kompletterar samverkansplanen.
- **Samverkan avseende rehabilitering och hjälpmedel vid palliativ vård:** Dokument som beskriver samverkan mellan avancerad sjukvård i hemmet och kommunala verksamheter. Dokumentet utgör ett tematiskt samverkansområde inom HSVO.
- **Samverkan, utveckling och föräldraskap (SUF), Knivsta kommun:** Tematiskt samverkansdokument som beskriver samverkan inom barn- och familjeområdet.

Tierps kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Tierp:** Samverkansplan som anger lokala prioriteringar, samverkansformer och aktiviteter inom HSVO i Tierps kommun. Planen följer i stor utsträckning strukturen i den länsgemensamma strategin och är relativt övergripande till sin karaktär.
- **Rehabilitering och habilitering i samverkan, Tierp:** Tematiskt samverkansdokument som reglerar samverkan mellan Region Uppsala och Tierps kommun inom rehabilitering och habilitering.
- **Barnhälsoteam Tierp:** Dokument som beskriver organisering och arbetssätt för barnhälsoteam i Tierps kommun samt hur samverkan sker mellan berörda aktörer.
- **Samverkan, utveckling och föräldraskap (SUF), Tierps kommun:** Lokalt samverkansdokument inom SUF-området som beskriver ansvar, arbetssätt och samordning mellan region och kommun.
- **Samverkan kring patienter med diabetesdiagnostik, Tierps kommun:** Tematiskt samverkansdokument som beskriver hur samverkan mellan Region Uppsala och Tierps kommun sker kring patienter med diabetesdiagnostik. Dokumentet visar hur HSVO omsätts i praktiken inom ett specifikt vårdområde.

Älvkarleby kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Älvkarleby:** Samverkansplan som beskriver hur den länsgemensamma HSVO-strategin ska tillämpas lokalt i Älvkarleby kommun. Planen är relativt översiktlig och anger fokusområden och former för samverkan.

- **Rehabilitering och habilitering i samverkan, Älvkarleby:** Dokument som reglerar samverkan mellan Region Uppsala och Älvkarleby kommun inom rehabilitering och habilitering.

Östhammars kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Östhammar:** Samverkansplan som beskriver hur HSVO-strategin ska omsättas lokalt i Östhammars kommun. Planen anger fokusområden, samverkansformer och ansvar inom HSVO samt former för uppföljning.
- **Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården, lokal rutin i Östhammars kommun:** Lokal rutin som reglerar samverkan mellan region och kommun vid in- och utskrivning från slutenvården.
- **Rehabilitering och habilitering i samverkan, Östhammar:** Tematiskt samverkansdokument inom rehabilitering och habilitering.
- **In- och utskrivningskriterier Närvårdsplatser Östhammar:** Dokument som anger kriterier för in- och utskrivning på närvårdsplatser. Dokumentet är kopplat till omställningen till nära vård men är mer verksamhetsnära än övriga dokument.

Heby kommun

- **Samverkansplan 2024–2026 HSVO Heby:** Samverkansplan som beskriver hur den länsgemensamma HSVO-strategin ska tillämpas lokalt i Heby kommun. Planen är relativt övergripande i sin utformning och anger fokusområden och samverkansformer.

Bilaga 2 – Intervjuade funktioner

- 1:e vice ordförande Regionstyrelsen
- Ordförande respektive 2:e vice ordförande Vårdstyrelsen
- Ordförande respektive 2:e vice ordförande Lokala samråden HSVÖ
- Ordförande Kommunstyrelsen
- Ordförande Vård- och omsorgsnämnden (eller motsvarande)
- Samverkanstrateg
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Enhetschef
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Biträdande Förvaltningsdirektör
- Verksamhetschef

Datum:
2025-04-10Diarienummer:
KRN-2025-00031KOMMUNREVISIONEN
Missiv**Mottagare:**

Kommunstyrelsen
Arbetsmarknadsnämnden
Gatu- och samhällsmiljönämnden
Idrotts- och fritidsnämnden
Kulturnämnden
Miljö- och hälsoskyddsnämnden
Omsorgsnämnden
Plan- och byggnadsnämnden
Socialnämnden
Utbildningsnämnden
Äldrenämnden
Valnämnden
Räddningsnämnden
Överförmyndarnämnden

För kännedom:

Kommunfullmäktige

Grundläggande granskning av nämnder och styrelse 2025

Vi som förtroendevalda revisorer i Uppsala kommun har genomfört en årlig grundläggande granskning av kommunens nämnder och styrelse. I vår granskning har vi haft stöd av Azets Revision & Rådgivning.

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om styrelse och nämnder har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. De bedömningar som avlämnas ska utgöra en grund för säkerställande att nämnder och styrelse lever upp till de mål och beslut som fullmäktige fastställt.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen och granskade nämnder *i allt väsentligt* skapat förutsättningar för tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Granskningen visar att samtliga nämnder och kommunstyrelsen har antagit en verksamhetsplan för 2025, där fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige, tillsammans med nämndernas egna mål, utgör centrala styrsignaler. Vi konstaterar vidare att kommunfullmäktige har beslutat om kommungemensamma indikatorer för fokusmålen, och att flera nämnder har kompletterat dessa med egna indikatorer för uppföljningsändamål.

I kommunrevisionens grundläggande granskning från 2024 konstaterades att det fanns ett utvecklingsbehov avseende mätbarheten i indikatorer, nämndmål och fokusmål. Den aktuella granskningen visar att det fortsatt finns utrymme för förbättring inom detta område. Detta beror främst på att det inte tydligt framgår vilka indikatorer som kopplar till respektive nämndmål, uppdrag eller åtgärd. Avsaknaden av en sådan tydlig koppling innebär att det är svårt att följa upp måluppfyllelsen systematiskt och spåra utvecklingen över tid.

Vi bedömer att nämnderna i huvudsak har följt kommunstyrelsens riktlinjer för styrning och uppföljning. Samtidigt bedömer vi att det skulle vara fördelaktigt om riktlinjerna tydligare angav att uppföljningen bör baseras på både kvalitativa analyser (exempelvis beskriva vad som faktiskt har förändrats och varför) och kvantitativa indikatorer (med definierade målnivåer för vart verksamheten ska nå under året). Enligt vår mening behöver dessa delar komplettera och stödja varandra för att kunna bedöma målets utveckling och riktning. Granskningen visar att det i flera fall saknas en tydlig och samlad beskrivning av vad bedömningen av måluppfyllelse grundas på. Exempelvis anges ibland att ett fokusmål är ”i hög grad uppfyllt” enbart med stöd i att ett visst antal uppdrag är genomförda eller påbörjade. I andra fall bedöms ett fokusmål som i hög grad uppfyllt trots att samtliga uppdrag fortfarande pågår och inte förväntas vara färdigställda förrän 2027. Ett sådant bedömningssätt riskerar att överbetona aktiviteter snarare än faktiska resultat. Vi noterar även variation i hur indikatorer redovisas, bland annat beträffande om de har tydliga målnivåer för året, och om de har startvärden eller jämförelsedata från tidigare år. Avsaknad av dessa element försvårar bedömningen av utvecklingen mot målen. Ett exempel är indikatorer som anger ”andel X” utan att ange vad andelen var vid årets början, eller vad målnivån ska vara vid årets slut. I sådana fall går det inte att avgöra om verksamheten utvecklats i önskad riktning. Detta ökar risken för subjektiva bedömningar vid uppföljning av mål och uppdrag.

Avseende ekonomistyrning konstaterar vi att löpande ekonomisk uppföljning skett genom månatliga rapporter och delårsuppföljningar. Samtliga nämnder, med undantag för socialnämnden samt miljö- och hälsoskyddsnämnden, redovisar positiva avvikelser gentemot budget. Vi bedömer att nämnderna och styrelsen har fått underlag som tydliggör orsakerna till eventuella avvikelser och att nämnder med negativa avvikelser har vidtagit relevanta åtgärder för att återgå till budget i balans.

Styrelsen och majoriteten av nämnderna har i allt väsentligt säkerställt att det finns en tillräcklig struktur för intern kontroll och uppföljning. Samtliga har antagit internkontrollplaner som har utgjort styrande dokument för verksamheten under 2025, och dessa planers utformning följer i huvudsak kommunens riktlinjer med några få undantag. I andra, mer fördjupade granskningsinsatser som revisionen genomfört under 2025 har ytterligare utvecklingsbehov avseende intern kontroll identifierats, vilka ligger utanför den grundläggande granskningens övergripande omfattning.

I den bilagda övergripande revisionsrapporten redovisas samlad bedömning och rekommendationer för kommunstyrelsen och granskade nämnder.

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar per styrelse och nämnd, se separata bilagor (bilaga 1 – 14).

Revisionen emotser yttrande från samtliga granskade nämnder och kommunstyrelsen kring våra iakttagelser och bedömningar. I de fall rekommendationer avlämnats önskas även att dessa kommenteras av de som erhållit dessa. I dessa fall bör yttrandet innehålla en plan för hur åtgärder avses vidtas i enlighet med rekommendationerna.

Vänligen inkom med yttrande **senast 2026-06-30**, till kommunrevisionen@uppsala.se samt till de sakkunniga biträdena mikael.lind@azets.com och hannah.klarkner@azets.com.

För kommunrevisionen



Berit Danielsson
Ordförande



Kajsa Wejryd
Vice ordförande

A decorative graphic on the left side of the page. It consists of a large blue triangle pointing right, followed by a series of smaller triangles in light grey, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2025

Revisionsrapport

Uppsala kommun

2026-03-31

Antal sidor: 130

Antal bilagor: 0

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning och samlad bedömning	3
1.1	<i>Rekommendationer</i>	5
2	Bakgrund	7
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	7
4	Revisionskriterier	9
5	Metod	9
6	Styrande förutsättningar	11
7	Inledande kommentarer	17
8	Granskningsresultat - kommunstyrelsen	19
9	Granskningsresultat - Arbetsmarknadsnämnden	28
10	Granskningsresultat - gatu-och samhällsmiljönämnden	36
11	Granskningsresultat - idrotts-och fritidsnämnden	43
12	Granskningsresultat - Kulturnämnden	51
13	Granskningsresultat - miljö-och hälsoskyddsnämnden	59
14	Granskningsresultat - omsorgsnämnden	67
15	Granskningsresultat - Plan-och byggnadsnämnden	75
16	Granskningsresultat - socialnämnden	83
17	Granskningsresultat - utbildningsnämnden	92
18	Granskningsresultat - äldre-och våldsnämnden	99
19	Granskningsresultat - valnämnden	108
20	Granskningsresultat - räddningsnämnden	115
21	Resultat överförmyndarnämnden	123

1 SAMMANFATTNING OCH SAMLAD BEDÖMNING

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att göra en grundläggande granskning av kommunens nämnder och styrelse. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om styrelse och nämnder har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. De bedömningar som avlämnas ska utgöra en grund för säkerställande att nämnder och styrelse lever upp till de mål och beslut som fullmäktige fastställt.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen och granskade nämnder i allt väsentligt skapat förutsättningar för en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Resultatet baseras på de underlag som vi har mottagit under året, de dialoger som genomförts med nämnder och styrelse samt protokollsgranskning. Under granskningens gång har ett antal kontrollfrågor besvarats som också utgör en grund för vår bedömning.

Granskningen visar att samtliga nämnder och kommunstyrelsen har antagit en verksamhetsplan för 2025, där fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige, tillsammans med nämndernas egna mål, utgör centrala styrsignaler. Vi konstaterar vidare att kommunfullmäktige har beslutat om kommungemensamma indikatorer för fokusmålen, och att flera nämnder har kompletterat dessa med egna indikatorer för uppföljningsändamål.

I kommunrevisionens grundläggande granskning från 2024 konstaterades att det fanns ett utvecklingsbehov avseende mätbarheten i indikatorer, nämndmål och fokusmål. Den aktuella granskningen visar att det fortsatt finns utrymme för förbättring inom detta område. Detta beror främst på att det inte tydligt framgår vilka indikatorer som kopplar till respektive nämndmål, uppdrag eller åtgärd. Avsaknaden av en sådan tydlig koppling innebär att det är svårt att följa upp måluppfyllelsen systematiskt och spåra utvecklingen över tid.

Vi bedömer att nämnderna i huvudsak har följt kommunstyrelsens riktlinjer för styrning och uppföljning. Samtidigt bedömer vi att det skulle vara fördelaktigt om riktlinjerna tydligare angav att uppföljningen bör baseras på både kvalitativa analyser (exempelvis beskriva vad som faktiskt har förändrats och varför) och kvantitativa indikatorer (med definierade målnivåer för vart verksamheten ska nå under året). Enligt vår mening behöver dessa delar komplettera och stödja varandra för att kunna bedöma målets utveckling och riktning. Granskningen visar att det i flera fall saknas en tydlig och samlad beskrivning av vad bedömningen av måluppfyllelse grundas på. Exempelvis anges ibland att ett fokusmål är ”i hög grad uppfyllt” enbart med stöd i att ett visst antal uppdrag är genomförda eller

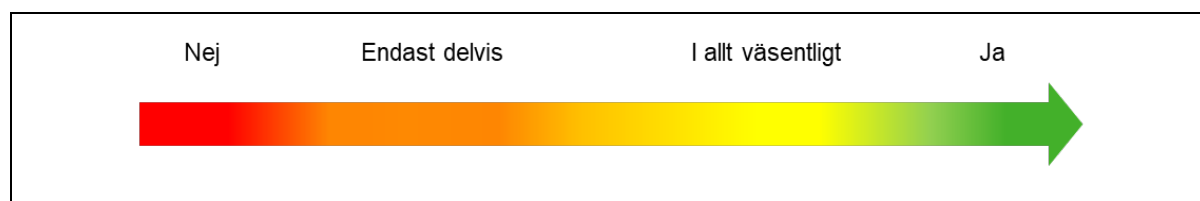
påbörjade. I andra fall bedöms ett fokusmål som i hög grad uppfyllt trots att samtliga uppdrag fortfarande pågår och inte förväntas vara färdigställda förrän 2027. Ett sådant bedömningssätt riskerar att överbetona aktiviteter snarare än faktiska resultat. Vi noterar även variation i hur indikatorer redovisas, bland annat beträffande om de har tydliga målnivåer för året, och om de har startvärden eller jämförelsedata från tidigare år. Avsaknad av dessa element försvårar bedömningen av utvecklingen mot målen. Ett exempel är indikatorer som anger "andel X" utan att ange vad andelen var vid årets början, eller vad målnivån ska vara vid årets slut. I sådana fall går det inte att avgöra om verksamheten utvecklats i önskad riktning. Detta ökar risken för subjektiva bedömningar vid uppföljning av mål och uppdrag.

Vi bedömer att majoriteten av nämnderna i allt väsentligt har följt upp sina mål och uppdrag enligt beslutade riktlinjer och uppföljningsplaner. Samtidigt kvarstår utvecklingsbehov avseende efterlevnad av rutiner, exempelvis att alla nämnder behöver säkerställa att verksamhetsplanen tillställs kommunstyrelsen inom föreskriven tid.

Avseende ekonomistyrning konstaterar vi att löpande ekonomisk uppföljning skett genom månatliga rapporter och delårsuppföljningar. Samtliga nämnder, med undantag för socialnämnden samt miljö- och hälsoskyddsnämnden, redovisar positiva avvikelser gentemot budget. Vi bedömer att nämnderna och styrelsen har fått underlag som tydliggör orsakerna till eventuella avvikelser och att nämnder med negativa avvikelser har vidtagit relevanta åtgärder för att återgå till budget i balans.

Styrelsen och majoriteten av nämnderna har i allt väsentligt säkerställt att det finns en tillräcklig struktur för intern kontroll och uppföljning. Samtliga har antagit internkontrollplaner som har utgjort styrande dokument för verksamheten under 2025, och dessa planers utformning följer i huvudsak kommunens riktlinjer med några få undantag. I andra, mer fördjupade granskningsinsatser som revisionen genomfört under 2025 har ytterligare utvecklingsbehov avseende intern kontroll identifierats, vilka ligger utanför den grundläggande granskningens övergripande omfattning.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar per revisionsobjekt inom revisionsområdena verksamhetsstyrning-, ekonomistyrning-, och intern kontroll och uppföljning. För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten. I kapitel 8-21 redovisas granskningsiakttagelser per respektive nämnd och styrelse som omfattas av granskningen.



Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Kommunstyrelsen och samtliga granskade nämnder	I allt väsentligt
Ekonomistyrning och uppföljning	
Kommunstyrelsen och samtliga granskade nämnder	Ja
Intern kontroll och uppföljning	
Kommunstyrelsen, gatu- och samhällsmiljönämnden, plan- och byggnadsnämnden, miljö- och hälsoskyddsnämnden, kulturnämnden	Ja
Arbetsmarknadsnämnden, idrotts- och fritidsnämnden, utbildningsnämnden, omsorgsnämnden, äldre- och socialnämnden, räddningsnämnden, överförmyndarnämnden, valnämnden	I allt väsentligt

1.1 REKOMMENDATIONER

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Överväga att förtydliga riktlinjerna för styrning och uppföljning med att en samlad bedömning utifrån både kvalitativa och kvantitativa underlag ska göras vid uppföljning.

Vi rekommenderar kommunstyrelsen och samtliga granskade nämnder att:

- Tillse att det av uppföljning framgår vilka indikatorer som hör till respektive nämndmål och uppdrag i relation till verksamhetsplanen.

Vi rekommenderar socialnämnden att:

- Tillse att beslutade indikatorer för fokusmål och uppdrag följs upp i relation till verksamhetsplan.

Vi rekommenderar räddningsnämnden och överförmyndarnämnden att:

- Tillse att beslutade internkontrollplaner utformas i enlighet med riktlinjer och mallar.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Uppsala kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att göra en grundläggande granskning av kommunens nämnder och styrelse. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Revisorerna är kommunfullmäktiges organ för kontroll och ansvarsprövning av styrelser och nämnder. Revisionens arbete ska även ses som ett stöd till nämnderna och styrelsen.

Kommunallagen (2017:725) 12 kap, 1 §, ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområde. Verksamhetsområdena ska granskas i den omfattning som följer av *God revisionssed*. Revisorerna har till uppgift att pröva om:

- Verksamheten sköts på ett ändamålsenligt, och från ekonomisk synpunkt, tillfredställande sätt.
- Räkenenskaperna är rättvisande.
- Den interna kontrollen är tillräcklig.

Revisorernas årliga granskning består av tre delar; grundläggande granskning, fördjupad granskning samt granskning av delårs - och helårsbokslut.

Den grundläggande granskningen omfattar en översiktlig granskning av måluppfyllelse, styrning och intern kontroll. Granskningen baseras generellt sett på revisorernas riskanalys och omfattar samtliga nämnder och styrelser, och ger även underlag till uppdatering av riskanalysen under året. Enligt *God revisionssed* ska den grundläggande granskningen utgöra ett så pass omfattande underlag att den ger grund till bedömningar som revisorerna avlämnar i sin årliga revisionsberättelse.

Revisorerna genomför fördjupade granskningar som ett komplement till den grundläggande granskningen.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om styrelse och nämnder har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

De bedömningar som avlämnas ska utgöra en grund för säkerställande att nämnder och styrelse lever upp till de mål och beslut som fullmäktige fastställt.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor, vilka delas in i tre revisionsområden:

Verksamhetsstyrning och uppföljning

- Har styrelsen/nämnden säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och uppdrag?
- Följer styrelsen/ nämnden upp verksamhetens måluppfyllelse?
- Uppnår styrelsen/nämnden målen för sin verksamhet?
- Vidtar styrelsen/ nämnden åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende måluppföljning under året?

Ekonomistyrning och uppföljning

- Har styrelsen/nämnden säkerställt att verksamheten bedrivs på ett ekonomiskt tillfredställande sätt?
- Följer styrelsen/ nämnden upp verksamhetens ekonomiska resultat under året?
- Bedriver styrelsen/nämnden verksamheten inom sina ekonomiska budgetramar?
- Vidtar styrelsen/ nämnden åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende ekonomiska resultat under året?

Intern kontroll

- Har styrelsen/nämnden skapat förutsättningar att bedriva sin interna kontroll på ett systematiskt och ändamålsenligt sätt under året?
- Följer styrelsen/ nämnden upp verksamhetens interna kontroll under året?
- Vidtar styrelsen/ nämnden åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende intern kontroll under året?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

Granskningen har följt årlig process, varpå granskningen avsett hela granskningsåret 2025. Granskningen har omfattat såväl granskning som bedömning utifrån styr- och uppföljningsdokument. Granskningen har färdigställts och avslutats först efter respektive nämnd och styrelse behandlat sina årsbokslut och verksamhetsuppföljningar för 2025.

Granskningen har omfattat kommunstyrelsen och samtliga nämnder exklusive namngivningsnämnden och krisledningsnämnden.

4 REVISIONSKRITERIER

Granskningen har utgått ifrån nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725).
- Kommunfullmäktiges beslut och uppdrag till styrelse/nämnder.
- Reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder i Uppsala kommun (KF 2025-11-03).
- Reglemente för intern kontroll inom Uppsala kommun och dess helägda bolag (KF 2022-02-28).
- Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll (KS 2023-02-17).
- Mål- och budget 2025 med plan för 2026–2027 (KF 2024-11-04).

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, dialogmöten med kommunstyrelsen och granskade nämnder samt genom protokollsgranskning.

Nedan följer en sammanfattning av metoden, inklusive information om bedömningsnivåer och kvalitetssäkring av rapporten.

5.1 DOKUMENTSTUDIER OCH PROTOKOLLSGRANSKNING

Dokumentstudier har genomförts av övergripande dokument såsom *Mål- och budget 2025*, reglementen för kommunstyrelsen och granskade nämnder, reglemente för intern kontroll, riktlinje för nämndernas planering, uppföljning, och intern kontroll samt riktlinje för riskhantering. Därtill har nämnd/styrelsespecifika dokument såsom verksamhetsplaner, internkontrollplaner, delårsuppföljning per mars/april, per augusti samt verksamhetsberättelser och årsredovisning granskats.

Löpande under året har vi inom ramen för granskningen tagit del av kommunstyrelsens och granskade nämnders protokoll. En protokollsgranskning för respektive nämnd och styrelsen har genomförts under perioden december 2024 – mars 2026.

Löpande i revisionsrapporten hänvisas till styrande dokument som avser hela kommunkoncernen och därmed kommunala bolag. I rapporten redogörs dock enbart det som avser kommunstyrelsen och nämnderna.

5.2 DIALOGMÖTEN MED NÄMNDER OCH STYRELSE

Som ett komplement till dokumentstudierna har dialogmöten med nämnde styrelsens presidium genomförts. Dialogmötena har genomförts inom ramen för revisionens ordinarie sammanträden. På dessa dialogmöten har nämnderna / styrelsen erhållit kompletterande frågor från revisorerna och de sakkunniga.

5.3 BEDÖMNINGSNIVÅER

Respektive nämnds och styrelses verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och interna kontroll bedöms utifrån följande bedömningsnivåer.



5.4 KVALITETSSÄKRING OCH FAKTAKONTROLL

Kvalitetssäkring av granskningen och rubricerad revisionsrapport har skett enligt Azets Revision & Rådgivnings gängse rutiner. Kundens ansvar har ansvarat för kvalitetssäkringen.

Respektive kontaktperson för granskningen har givits möjlighet att sakgranska revisionsrapporten inför dess färdigställande, i syfte att verifiera dess uppgifter.

6 STYRANDE FÖRUTSÄTTNINGAR

6.1 UPPSALA KOMMUNS STYRMODELL UTIFRÅN MÅL- OCH BUDGET

Den politiska viljeinriktningen för Uppsala kommun manifesteras i kommunens dokument *Mål- och budget 2025 med plan för 2026 – 2027*, vilket antogs av kommunfullmäktige den 4 november 2024. Den politiska inriktningen för mandatperioden är utformad i fyra gemensamma fokusmål, som omfattar hela kommunkoncernen. Varje fokusmål inleds med en text som beskriver den övergripande politiska ambitionen. För att förstärka dessa mål har tidsbegränsade uppdrag formulerats, vilka riktar sig både till hela koncernen och till specifika nämnder och styrelser. Fokusmålen, som fastställs av kommunfullmäktige är långsiktiga och sträcker sig över en mandatperiod, men de omprövas inför varje nytt budgetår. Politiken prioriterar olika områden utifrån de förutsättningar som finns i omvärlden. Följande fyra fokusmål gäller för den aktuella mandatperioden:

Fokusmål 1: Ekonomi

- Uppsala ska säkra en stark ekonomi och värna välfärden. Inom detta fokusmål finns elva uppdrag (uppdrag 1–11).

Fokusmål 3: jobben

- Uppsala ska ha ett välmående näringsliv och skapa fler jobb. Inom detta fokusmål finns 14 uppdrag (uppdrag 12–26).

Fokusmål 3: Klimatet

- Uppsala ska leda klimatomställningen. Inom detta fokusmål finns sex uppdrag (uppdrag 27 – 33).

Fokusmål 4: Tryggheten.

- Uppsala ska bli tryggare med jämlika livsvillkor. Inom detta fokusmål finns tolv uppdrag (uppdrag 34–46).

6.1.1 Uppsala kommuns styrmodell, styrelsen och nämnderna

Kommunstyrelsen och nämnderna har det övergripande ansvarar för att bidra till uppfyllandet av fokusmålen genom att anpassa sig till de mål och uppdrag som kommunfullmäktige har fastställt, baserat på de specifika förutsättningarna inom deras respektive verksamhetsområden. Kommunstyrelsen och nämnderna uppdras att utforma och besluta om verksamhetsplaner senast den 31 december, och nämndernas planer ska även överlämnas till kommunstyrelsen.

Verksamhetsplanerna för styrelsen och nämnderna ska tydligt ange hur fokusmålen och uppdragen ska uppnås, samt beskriva hur de arbetar för att utveckla verksamheten inom sitt grunduppdrag. Dessutom ska planerna innehålla detaljerade åtgärder för genomförande och beskriva hur dessa åtgärder ska följas upp. Verksamhetsplanerna omfattar en treårsperiod och revideras årligen. Utöver de fokusmål och uppdrag som kommer från kommunfullmäktige, har nämnderna möjlighet att formulera egna mål med tillhörande strategier och åtgärder. Inom fokusmål 1 finns ett obligatoriskt nämndmål relaterat till arbetsmiljö.

Verksamhetsplanerna ska även innehålla indikatorer som utgör ett underlag för uppföljning och analys. Nämnderna är vidare ansvariga för att besluta om en uppföljningsplan, vilken ska beskriva vad som ska följas upp, samt när och hur detta ska göras.

Förutom dokumentet "Mål- och budget" finns det flera kommunala styrdokument, inklusive planer, program och policyer. Dessa dokument är underställda de fokusmål som fastställts av kommunfullmäktige. De åtgärder som framgår av dessa planer och program ska integreras i kommunstyrelsens och nämndernas årliga verksamhetsplaner.

6.1.2 Uppföljning inom ramen för styrmodellen

Måloppfyllelse bedöms både genom en övergripande uppföljning av målen i sin helhet och genom utvärdering av genomförda uppdrag och åtgärder. Utöver detta utgör övriga verksamhetsresultat och indikatorer underlag för uppföljningen.

Utöver fokusmålen fastställer kommunfullmäktige kommunövergripande indikatorer. Dessa indikatorer ska användas som styrmedel vid utformningen av kommunstyrelsens och nämndernas mål för verksamheten. Kommunstyrelsen och nämnderna är ansvariga för att följa upp och analysera resultaten i relation till både kommunfullmäktiges fokusmål och de egna verksamhetsmålen. Kommunstyrelsen ska månatligen övervaka nämndernas ekonomiska resultat samt utvalda indikatorer.

Uppföljningen av resultat kopplat till fokusmål och uppdrag rapporteras till kommunfullmäktige tre gånger per år: vid delårsrapporten per den 30 april och ekonomisk uppföljning per den 31 mars, i delårsbokslutet för mål och ekonomi per den 31 augusti samt i samband med årsredovisningen.

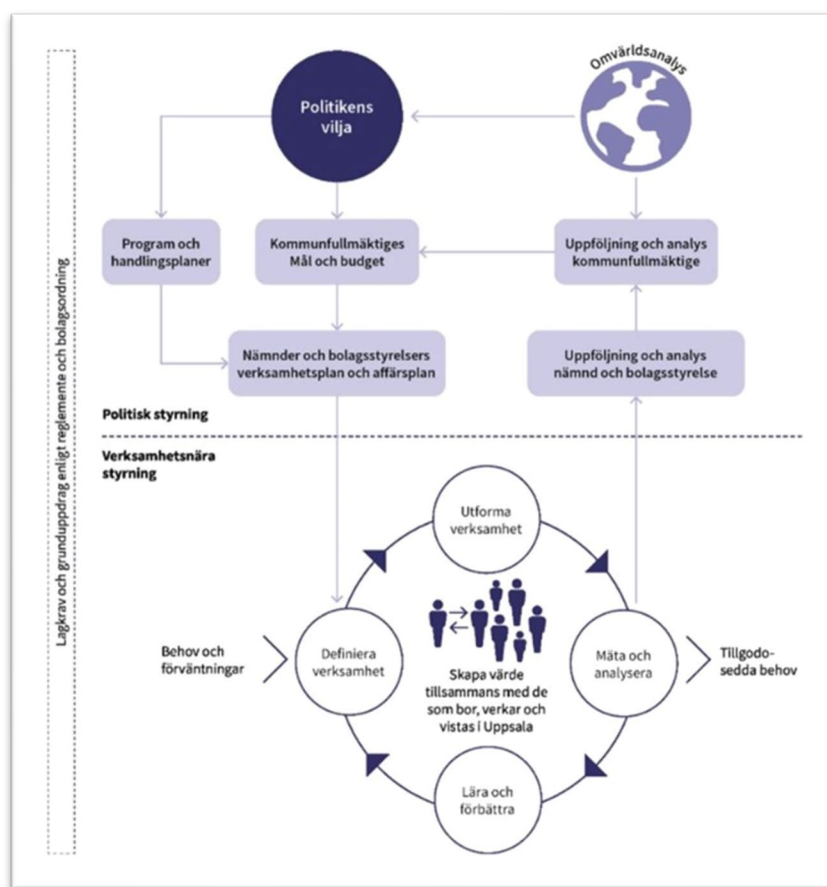
Vid delårsuppföljningen som sker i mars och april genomförs en uppföljning med särskild tonvikt på eventuella avvikelser i uppdrag och nämndmål.

Vid delårsuppföljningen i augusti samt vid årsbokslutet genomförs en fördjupad uppföljning där varje nämnds bidrag till förverkligandet av kommunfullmäktiges fokusmål och uppdrag,

gemensamma nämndmål samt ytterligare uppdrag från kommunfullmäktige, kommunstyrelsen och kommunstyrelsens egna mål och åtgärder bedöms.

Den ekonomiska uppföljningen redovisas fortlöpande till respektive nämnd. Om uppföljningen visar avvikelser från det förväntade resultatet, ska nämnden besluta om lämpliga åtgärder.

Därtill genomförs en samlad uppföljning och aktualitetsbedömning av program och gemensamma handlingsplaner för kommunen.



Figur 1: Uppsala kommuns styrmodell.

6.1.3 Kommunens definitioner vid uppföljning

Vid uppföljning används följande definitioner.

BEDÖMNING	VAD BEDÖMNINGEN AVSER	VAD SOM SKA KOMMENTERAS
Påbörjad 	Uppdraget/kommungemensamma nämnd-/bolagsmålet är påbörjat och går enligt plan.	Beskriv kortfattat vad som görs. Är det ett nytt uppdrag skriv när det förväntas vara färdigt (vilket år).
Väntar 	Uppdraget/kommungemensamma nämnd-/bolagsmålet är inte påbörjat, men det är i enlighet med plan.	Skriv när det förväntas vara färdigt (vilket år).
Klar 	Uppdraget/kommungemensamma nämnd-/bolagsmålet är färdigt. Det gäller även när det som började som ett uppdrag fortsättningsvis hanteras i ordinarie verksamhet.	Beskriv kortfattat vad som har gjorts, vilka resultat och effekter som uppnåtts och motivera varför det bedöms vara färdigt. Beskriv hur hanteringen i ordinarie verksamhet ser ut om något som började som ett uppdrag fortsättningsvis hanteras i ordinarie verksamhet.
Stoppad 	Uppdraget/kommungemensamma nämnd-/bolagsmålet kommer inte att genomföras.	Beskriv varför nämnden/styrelsen avstår från att genomföra det, trots att kommunfullmäktige delat ut det till den.
Försenad 	Uppdraget/kommungemensamma nämnd-/bolagsmålet är påbörjat, men flyter inte på enligt plan.	Beskriv varför det inte går enligt plan. Skriv om tidplanen ändrats och när uppdraget nu förväntas vara färdigt (vilket år).

Figur 2: Statusbedömning av uppdrag.

Bedömning	Innebörd
	Granskning genomförd utan anmärkning.
	Granskning genomförd med mindre anmärkning
	Granskning genomförd med anmärkning

Figur 3: Bedömning av granskningsutfall vid uppföljning av internkontrollplan.

6.1.4 Styrande förutsättningar avseende intern kontroll

Reglemente för intern kontroll inom Uppsala kommun

Den 28 februari 2022 fattade kommunfullmäktige i Uppsala kommun beslut om *Reglemente för intern kontroll som omfattar både kommunen och dess helägda bolag*. Reglementets syfte är att säkerställa att kommunen i sin helhet, inklusive kommunstyrelsen och nämnderna, upprätthåller en adekvat nivå av intern kontroll.

Reglementet stipulerar att samtliga nämnder ska upprätthålla en tillfredsställande intern kontroll för att bidra till att både säkerställa utförandet av kommunens grundläggande uppdrag och uppnå de mål som har fastställts för verksamheten. Den interna kontrollen ska även bidra till att:

- Verksamheten är ändamålsenlig och resurseffektiv.
- Informationen och rapporteringen och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande.

- Verksamheten efterlever lagar, regler och avtal.

Ansvarsfördelning

Kommunstyrelsen har uppsikt över samtliga nämnders verksamhet och innehar det övergripande ansvaret för att skapa förutsättningar för en effektiv intern kontroll inom kommunen. Detta ansvar innefattar att upprätta, förvalta, följa upp och utveckla kommunkoncernens arbetssätt och styrdokument för intern kontroll samt att stödja nämnderna i deras arbete med intern kontroll. Vidare ska styrelsen övervaka den interna kontrollen inom nämnderna, i enlighet med styrelsens uppsiktsplikt.

Styrelsen har befogenhet att rekommendera eller besluta om obligatoriska kontrollmoment som nämnderna ska inkludera i sina internkontrollplaner. Styrelsen kan även besluta om kommunövergripande kontrollmoment i sin egen internkontrollplan. Dessa kontrollmoment innebär att kontroller genomförs inom nämndernas ansvarsområden, särskilt i relation till övergripande och tvärfunktionella processer.

Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sina respektive ansvarsområden, i enlighet med kommunallagen kapitel 6, paragraf 6. Nämnderna ska ha gedigen kunskap om intern kontroll, säkerställa att tillräckliga styrdokument och arbetssätt finns, samt kontinuerligt följa upp och utveckla den interna kontrollen inom sina områden.

Genomförande och uppföljning av den interna kontrollen

Enligt reglementet, § 10, ska kommunstyrelsen och nämnderna årligen besluta om en internkontrollplan. Utformningen av internkontrollplanen, inklusive underlaget i form av riskanalys, ska ske i samband med framtagandet av verksamhetsplanen. Kontrollmomenten som ingår i internkontrollplanen ska följas upp enligt de specifikationer som framgår av planen.

Minst en gång per år ska en samlad uppföljning och rapportering av den interna kontrollen genomföras. Denna rapportering ska ske till ansvarig nämnd, som ska fatta beslut om uppföljningen senast den 31 januari eller vid det närmast efterföljande sammanträdet. Rapporten ska innehålla information om vad som har kontrollerats, hur kontrollen genomfördes, resultatet av kontrollen, eventuella åtgärder, samt tidsramen för när åtgärderna ska vara genomförda.

Vid årsbokslutet ska nämnderna rapportera uppföljningen av den interna kontrollen samt dess funktionalitet till kommunstyrelsen. Därefter ska kommunstyrelsen analysera och utvärdera den samlade interna kontrollen och presentera resultaten för kommunfullmäktige.

Genomförandet under verksamhetsåret ska följa de beslutade riktlinjerna för planering, uppföljning och intern kontroll.

Riktlinjer för den interna kontrollen

Den 17 februari 2023 beslutade kommunstyrelsen om *Riktlinjer för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll*. Enligt dessa riktlinjer ska varje verksamhet säkerställa att det finns rutiner och arbetssätt som förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister, vilket i sin tur garanterar en effektiv intern kontroll.

Nämndernas internkontrollplaner ska tydligt ange vad som ska kontrolleras, samt när och hur kontrollen ska genomföras, inklusive tidpunkten för rapportering.

Riktlinjerna stipulerar att ett antal kontrollområden alltid ska inkluderas i internkontrollplanerna. Dessa områden är:

- Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner.
- Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut.
- Finansiell kontroll.
- Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

7 INLEDANDE KOMMENTARER

Kommunrevisionen genomförde även år 2024 en grundläggande granskning av nämnder och styrelse där resultatet visade på vissa förbättringsområden:

- Det var inte fullt ut tydligt vilka indikatorer som hör till respektive nämndmål och uppdrag i styrelsens respektive nämndernas verksamhetsplaner, varpå det fanns utvecklingsbehov vad gäller mätbarheten av indikatorerna och målen.
- För några nämnder fanns utvecklingsbehov vad gäller följsamhet till beslutade riktlinjer och rutiner, såsom att tillställa kommunstyrelsen verksamhetsplan respektive redovisa en samlad bedömning av fokusmålen vid uppföljning.
- Det fanns vissa utmaningar inom verksamhetsstyrning och uppföljning respektive intern kontroll vad gäller äldrenämndens verksamhet.

Den samlade bedömningen var att nämnderna och kommunstyrelsen i allt väsentligt hade tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

I kommunstyrelsens respektive nämndernas yttranden framgår sammanfattningsvis att styrelsen och nämnderna avser att genomföra ett utvecklingsarbete för att stärka styrning, uppföljning och mätbarhet kopplat till indikatorer och målnivåer. Det övergripande målet är att skapa en mer tydlig, jämförbar och ändamålsenlig uppföljningsstruktur som bättre stödjer bedömningen av måluppfyllelse. Ett centralt utvecklingsområde är att tydliggöra vilka indikatorer som hör till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärd. Flera nämnder uppger att arbete pågår med att omstrukturera sina verksamhetsplaner så att kopplingarna blir mer logiska och transparenta. Revisionen har även lyft att vissa indikatorer saknar startvärden eller tidigare års resultat. Flera av nämnderna avser därför att tydliggöra när indikatorer är nya, när statistik blir tillgänglig och vilket system som används, samt att stärka kvalitet, spårbarhet och datakällor. Flera nämnder arbetar också med att utveckla tydligare målnivåer, där det är möjligt och lämpligt.

Det framförs även i yttranden att mätbarheten i indikatorerna, dvs målnivåerna för kommunens fokusmål är kommunstyrelsens ansvar, eftersom fokusmålen är gemensamma för hela kommunkoncernen. Kommunstyrelsen avser att se över nämndmål och indikatorer i sin verksamhetsplan för att underlätta bedömning per verksamhetsår, och en kommungemensam översyn inför *Mål och budget 2026* kan påverka indikatorstrukturen framåt.

Ett gemensamt fokus är att indikatorerna ska mäta rätt saker, vara hållbara över tid och bidra till analys av resultat, inte bara fungera som administrativa mått. Flera nämnder, bland

annat gatu- och samhällsmiljönämnden, idrotts- och fritidsnämnden och kulturnämnden, arbetar därför med att förbättra mätbarheten och ta fram mer relevanta nyckeltal.

Slutligen avser nämnderna att säkerställa att verksamhetsplaner och internkontrollplaner delges och återspeglar enligt gällande rutiner, något som revisionen särskilt uppmärksammat. Räddningsnämnden och andra nämnder planerar att ta med rekommendationerna i arbetet med kommande verksamhetsplaner.

Av aktuell granskning kan vi konstatera att utvecklingsbehov i synnerhet vad gäller målens mätbarhet och vad måluppfyllelse baseras på kvarstår. Revisionen har förståelse för att åtgärder till fullo inte ännu genomförts med anledning av att granskningen från 2024 avrapporterades efter verksamhetsplaner för 2025 redan beslutats. Revisionen har för avsikt att följa utvecklingsarbetet under år 2026.

8 GRANSKNINGSRESULTAT - KOMMUNSTYRELSEN

8.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-11
Antal mål	7 nämndmål, 40 uppdrag
Har styrelsen brutit ner fullmäktiges egna mål?	Ja
Styrelsen följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen får styrelsen en analys av orsaker till avvikelsen	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Styrelsens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Kommunstyrelsen har beslutat om en verksamhetsplan för 2025 – 2027. I verksamhetsplanen återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 – Fem uppdrag, fyra nämndmål.
- Fokusmål 2 - Femton uppdrag (varav ett uppdrag som är kvarvarande från 2019), ett nämndmål.
- Fokusmål 3 – Sju uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 4 - Tretton uppdrag, ett nämndmål.

I en bilaga till verksamhetsplanen finns även tillkommande uppdrag. Uppdragen har antingen tilldelats av fullmäktige eller kommunstyrelsen.

I en bilaga till verksamhetsplanen, bilaga 5, presenteras åtgärder för hur kommunstyrelsen ska genomföra uppdragen. Tillhörande mål och uppdrag i verksamhetsplanen redovisas ett antal indikatorer. Det framgår dock inte indikatorer för samtliga uppdrag och nämndmål. Det finns dock tillhörande indikatorer under samtliga fokusmål. De målnivåer som återfinns anger ett önskat tillstånd, exempelvis öka, behålla nivån eller minska, eller genom en specifik målnivå. I likhet med 2024 finns det indikatorer där startvärde inte specificeras, likväl som att det saknas resultat från föregående år för flera av indikatorerna.

Uppföljning av måluppfyllelsen sker tre gånger per år, vid uppföljning per april, per augusti samt per helår. Enligt kommunstyrelsens uppföljningsplan sker även fördjupad uppföljning för utvalda ämnesområden löpande under verksamhetsåret.

I verksamhetsuppföljningen per april ingår en uppföljning av uppdrag från såväl kommunfullmäktige som kommunstyrelsen. Det framgår att nämnden utöver de uppdrag som tilldelats i Mål- och budget 2025–2027 hanterar de uppdrag som kommunfullmäktige och kommunstyrelsen beslutar om under året (tillkommande uppdrag). Dessa uppdrag följs upp med ett tertials eftersläpning för att ta hänsyn till att det behöver gå en viss tid för att uppdraget ska kunna verkställas.

Totalt redovisas uppföljning för 46 uppdrag (inklusive nämndmål) inom mål och budget 2025 – 2027. Till fokusmål 1 finns ett gemensamt nämnd-/bolagsmål. Det följs upp vid delår men ingår inte i statistiken som redovisas under delårsuppföljningen per april. Av uppdragen som redovisas är ett uppdrag färdigt och övriga 45 pågår enligt plan. Uppföljningen innehåller ingen samlad helårsprognos vad gäller måluppfyllelse för nämndmål respektive uppdrag. Av det uppdrag som är aktuellt från tidigare *Mål och budget* är uppdraget försenat. Av de 28 uppdrag som fullmäktige beslutat om vid sidan av Mål och budget är tre färdiga, 22 pågår enligt plan, ett är försenat och två är stoppade. Av verksamhetsuppföljningen framgår att indikatorer för fokusmålen inte följs upp per april.

Per augusti framgår att 37 av 40 uppdrag som riktats till kommunstyrelsen i Mål-och budget 2025–2027 pågår enligt plan. Ett uppdrag är färdigt, ett försenat och ett väntar enligt plan. Av nämndmålen pågår sex enligt plan och ett är färdigt. Av de 27 tillkommande uppdrag som kommunfullmäktige riktat till kommunstyrelsen är fem färdiga, två stoppade, två försenade, 16 pågår enligt plan och två väntar enligt plan. Av de 75 tillkommande uppdrag som kommunstyrelsen beslutat om till förvaltningen är 26 färdiga, fyra försenade och 45 pågår enligt plan. Vid delårsuppföljningen per augusti sker en helårsprognos för respektive fokusmål. Av uppföljningen framkommer att två fokusmål bedöms uppfyllas i hög grad under året och två delvis.

Vid årsbokslutet framgår att kommunstyrelsen under 2025 har i hög grad bidrag till uppfyllnad av två fokusmål, och delvis bidragit till uppfyllnad av två fokusmål. Av de 40 uppdragen från Mål och budget framgår att 32 pågår enligt plan och sju är färdiga. Det kvarvarande uppdrag från tidigare Mål och budget är också färdigt. Av de sju nämndmål är tre färdiga och fyra pågår enligt plan. Vidare har det tillkommit ytterligare tillkommande uppdrag. Av de 28 tillkommande uppdrag som kommunfullmäktige riktat till kommunstyrelsen är 16 färdiga, två genomförs inte, fyra är försenade, fem pågår enligt plan och ett väntar enligt plan. Av de 90 tillkommande uppdrag som kommunstyrelsen beslutat om för egen del är 50 uppdrag färdiga, 27 uppdrag pågår enligt plan och 13 uppdrag är försenade.

Årsredovisningen innehåller även en uppföljning av indikatorer i relation till uppdrag och nämndmål. Vissa uppdrag har dock inte tillhörande indikatorer varpå uppföljning ej skett.

8.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024 – 12–11
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Inga särskilda åtgärder, positiv avvikelse och prognos.

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+137 mnkr	+259 mnkr	+111 mnkr

Generella iakttagelser

Kommunstyrelsens budget 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt kommunstyrelsens uppföljningsplan ska styrelsen följa upp det ekonomiska utfallet löpande, genom månatliga rapporter (februari – november exklusive juni) samt vid tre fasta uppföljningspunkter under

året. I månadsrapporterna sker redovisning av månads- och avvikelserapportering från fastställd budget. Månadsrapporterna innehåller även en helårsprognos.

Månadsrapporterna sker som anmälningsärenden i kommunstyrelsen. Utifrån granskade protokoll framgår att kommunstyrelsens löpande får ta del av månadsrapporter.

I delårsbokslutet per mars framgår att kommunstyrelsen redovisar ett överskott om 55 miljoner kronor för perioden, varav 23 miljoner kronor för kommunledningen och 31 miljoner kronor för stadsbyggnadsförvaltningen. Kommunstyrelsen prognostiserar ett överskott om sammanlagt 137 miljoner kronor för helåret, varav ett överskott om 10 miljoner kronor för kommunledningskontoret och ett överskott om 127 miljoner kronor för stadsbyggnadsförvaltningen. Överskottet för stadsbyggnadsförvaltningen förklaras huvudsakligen av att ledningsflyttsarbeten inte kommer utföras enligt plan utan förskjuts till nästa år. Prognostiserat överskott för kommunledningskontoret förklaras framför allt av budgeterade rekryteringar som tillsätts senare år samt förfogandemedel för kommunstyrelsen som inte förväntas nyttjas.

Kommunstyrelsens delårsbokslut per augusti visar en helårsprognos med ett överskott på 259 miljoner kronor. Överskottet beror främst på att medel för ledningsflyttsarbeten inte väntas utnyttjas under året samt på lägre markförsäljningsintäkter än budgeterat.

I årsbokslutet framgår att årets resultat för kommunstyrelsen var ett överskott om 111 mnkr. Överskottet återfinns främst inom verksamhetsområdet infrastruktur, skydd med mera och förklaras av att ledningsflyttar inför spårvägsutbyggnaden inte har utförts i den takt som var planerat. Detta beror till stor del på att detaljplaner överklagats och planerade arbeten därmed ej kunnat genomföras enligt plan. Överskottet möts av lägre intäkter för markförsäljning än budgeterat samt en avsättning som gjorts avseende saneringskostnader av övningsfältet vid Viktoria brandstation.

8.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, men redovisas i särskild bilaga
Antal kontrollmoment 2025	23, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	9
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	6

Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	3
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	2
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Kommunstyrelsen har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med internkontroll 2024 enligt reglemente, för kommunstyrelsen*.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av styrelsens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av styrelsen. Styrelsens ansvarsområde, såväl avseende intern kontroll inom kommunstyrelsens verksamhetsområde som kommunövergripande arbete, beskrivs av internkontrollplanen.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Av planen framgår att kommunstyrelsen uppdrar åt förvaltningen att utse ansvarig för respektive kontrollmoment. I en bilaga till internkontrollplanen, bilaga 3, framgår *"Riskanalys kommunstyrelsens internkontrollplan 2025"* där det framgår riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens.

Uppföljningen per april omfattar tre kontrollmoment. Ett kontrollmoment har genomförts med mindre anmärkning och två kontrollmoment har genomförts utan anmärkning. Det fjärde kontrollmomentet har flyttats till uppföljningen i augusti.

Uppföljningen per augusti omfattar fem kontrollmoment från kommunstyrelsens internkontrollplan för 2025. Fyra kontrollmoment har genomförts med mindre anmärkning och ett med anmärkning. Kontrollmomentet som resulterat i anmärkning avser *"Kontroll av att KS-ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd"*. För samtliga kontrollmoment där mindre anmärkning eller anmärkning förekommit redovisas förslag på åtgärder samt tidplan för genomförandet.

Vid årsbokslutet framgår att samtliga 23 kontrollmoment har genomförts. Sju granskningar har genomförts utan anmärkning, fem med mindre anmärkning och elva med anmärkning. För de kontrollmoment där mindre anmärkning eller anmärkning förekommit redovisas åtgärder med angivet slutdatum.

8.4 KOMMUNSTYRELSENS UPPSIKTPLIKT ÖVER VERKSAMHET, EKONOMI OCH INTERNKONTROLL

Styrelsen följer upp att nämnderna fastställt mål och uppdrag i sina verksamheter	I allt väsentligt
Kommunstyrelsen får regelbundet uppföljningar över nämndernas ekonomi i förhållande till budget	I allt väsentligt
Kommunstyrelsen har följt upp om nämnderna beslutat om internkontrollplan	I allt väsentligt
Kommunstyrelsen har följt upp om nämnderna genomfört uppföljning av internkontrollplan	I allt väsentligt

Generella iakttagelser

Kommunfullmäktiges *Mål- och budget 2025* fastställer såväl mål som uppdrag för kommunens nämnder. Därtill beslutar respektive nämnd om egna mål för sin verksamhet för att konkretisera fullmäktiges fokusmål. I bilaga 13 tillhörande Mål- och budget 2025 framgår att månads- och avvikelserapportering från fastställd budget ska anmälas i kommunstyrelsen för såväl styrelsen som nämnderna. Detta redovisas genom informationsärenden. Nämndernas verksamhetsplaner och internkontrollplaner ska även tillställas styrelsen.

Utifrån protokollsgranskning konstateras att majoriteten av nämndernas verksamhetsplaner tillställts styrelsen. Det går av protokoll ej att utläsa huruvida gatu- och samhällsmiljönämnden, räddningsnämnden och utbildningsnämnden tillställt planerna till kommunstyrelsen. I faktakontroll framförs att utbildningsnämnden tillställt styrelsen verksamhetsplanen men att detta ej framgår av protokoll. Vi har vid faktakontroll erhållit dokumentation som styrker detta. Överförmyndarnämnden har tillställt kommunledningskontoret sin verksamhetsplan. Vad gäller internkontrollplanerna har samtliga nämnder tillställts styrelsen, exklusive räddningsnämnden. Överförmyndarnämnden har tillställt internkontrollplanen till kommunledningskontoret.

Kommunstyrelsen har tagit del av delårsuppföljningen från samtliga nämnder. Det går dock inte av protokoll att utläsa om plan och byggnadsnämnden har tillställt kommunstyrelsen.

Utifrån granskade protokoll framkommer att nämnderna överlämnat uppföljning av internkontrollplanerna 2025 till kommunstyrelsen. Det går dock inte att utläsa att kulturnämnden har tillställt uppföljningen till kommunstyrelsen.

8.5 IAKTTAGELSER FRÅN STYRELSEDIALOG

Dialog med kommunstyrelsens presidium genomfördes 10 oktober 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

8.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från styrelse med förvaltning framför vid dialogmötet att arbete pågår enligt plan med mål och uppdrag. Per augusti är det 37 av 40 uppdrag som riktats till kommunstyrelsen i Mål-och budget 2025–2027 som pågår enligt plan. Ett uppdrag är färdigt, ett försenat och ett väntar enligt plan. Av nämndmålen pågår sex enligt plan och ett är färdigt. Av de 27 tillkommande uppdrag som kommunfullmäktige riktat till kommunstyrelsen är fem färdiga, två stoppade, två försenade, 16 pågår enligt plan och två väntar enligt plan. Av de 75 tillkommande uppdrag som kommunstyrelsen beslutat om till förvaltningen är 26 färdiga, fyra försenade och 45 pågår enligt plan. Vidare framförs att två fokusmål bedöms uppfyllas i hög grad under året och två delvis.

8.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

I samband med dialogen framförs att det styrelsens helårsprognos per augusti var ett överskott om 259 miljoner kronor. Överskottet för perioden återfinns främst inom verksamhetsområdet infrastruktur, skydd m.m och förklaras av att ledningsflyttar inför spårvägsutbyggnaden inte har utförts i den takt som var planerat. Detta beror till stor del på att detaljplaner överklagats och planerade arbeten därmed ej kunnat genomföras enligt plan. Avvikelsen för perioden förklaras även av att markförsäljningsintäkterna är lägre än budgeterat för perioden.

8.5.3 Intern kontroll

Vid dialogen uppges att kommunstyrelsens internkontrollarbete bedrivs enligt fastställd internkontrollplan som utgår från styrdokument, mallar och rutiner. Risker har prioriterats genom workshops med ledamöter och ytterligare synpunkter har inhämtats i beredningsprocessen. Uppföljningen sker tre gånger per år och syftar till att säkerställa en systematisk riskhantering samt ordning och reda i styrningen.

8.6 BEDÖMNING PER OMRÅDE

8.6.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att styrelsen har antagit en verksamhetsplan för 2025 där fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige, tillsammans med styrelsens egna mål, utgör övergripande styrsignaler för verksamheten. Vi konstaterar att det finns indikatorer kopplade till samtliga fokusmål. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive styrelsemål, uppdrag och åtgärder. För flera indikatorer saknas dessutom startvärden och/eller historiska resultat, vilket begränsar möjligheten att göra en ändamålsenlig bedömning av måluppfyllelse över tid. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och styrelsemål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp vid fastställda tidpunkter, såsom delårs- och helårsredovisningar. Styrelsen gör sammantaget bedömningen att mål och uppdrag i hög grad uppfylls. För vissa uppdrag och styrelsemål har indikatorer följts upp i relation till dessa. Styrelsens uppföljningar innehåller även omfattande information om genomförda aktiviteter under året. Vi bedömer dock att det finns en risk att bedömningen av måluppfyllelse i för stor utsträckning bygger på redovisade aktiviteter eller genomförda uppdrag, snarare än på en kombination av kvantitativa mätvärden och kvalitativ analys. Enligt vår mening finns därigenom en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att styrelsen i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

8.6.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att styrelsen följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har styrelsen erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Styrelsen redovisar ett överskott om 111 mnkr 2025. Styrelsen har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att styrelsen kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att styrelsen har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

8.6.3 Internkontroll

Granskningen visar att styrelsen antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Styrelsen har fått ta del av återrapportering vid delårsuppföljning per april och sista augusti samt vid årsredovisning i enlighet med uppföljningsplan. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Styrelsens internkontrollplan är utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att styrelsen under verksamhetsåret 2025 har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

9 GRANSKNINGSRESULTAT - ARBETSMARKNADSNÄMNDEN

9.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-20
Antal mål	22 uppdrag, 3 nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelserna	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Arbetsmarknadsnämnden har i sin beslutade verksamhetsplan för 2025–2027 gjort följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 - Sju uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 2 - Fyra uppdrag, två nämndmål.
- Fokusmål 3 - Två uppdrag.
- Fokusmål 4 - Nio uppdrag.

För samtliga nämndmål respektive uppdrag finns ett antal åtgärder som syftar till att uppnå målet eller uppdraget.

I verksamhetsplanen återfinns nämndens indikatorer. Indikatorerna ligger till grund för bedömningen av status på uppdrag och åtgärder inom respektive fokusmål, vilket även framgår av nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 till verksamhetsplanen. Det finns indikatorer för respektive fokusmål. Det framgår dock inte hur indikatorerna kopplas till nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder. De målnivåerna som finns kopplade till indikatorerna anger ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska, eller en specifik målnivå. För vissa indikatorer specificeras dock inte startvärde, likväl saknas även resultat från föregående år för flera av indikatorerna.

Uppföljning av måluppfyllelsen sker tre gånger per år, vid uppföljning per april, per augusti samt per helår. Enligt nämndens uppföljningsplan sker även tematisk fördjupad uppföljning av olika verksamhetsområden löpande på nämndsammanträden i enlighet med ett fastställt årshjul.

I delårsuppföljningen per april framgår att nämndens arbete med tilldelade uppdrag samt beslutade åtgärder pågår enligt plan. Av totalt 22 uppdrag bedöms samtliga vara påbörjade. Fem uppdrag bedöms bli färdiga under 2025, sju under 2026 och tio under 2027. Av nämndens 42 åtgärder är samtliga åtgärder påbörjade. Ett nämndmål bedöms bli färdigt 2025 och två nämndmål bedöms bli färdiga 2026 vid mandatperiodens slut. Uppföljning har även skett på beslutade indikatorer. Resultat från föregående år, 2024, utgör utgångsläge i uppföljningen. För vissa indikatorer saknas dock värde, både för 2024 och för 2025.

I nämndens uppföljning per sista augusti framgår en samlad bedömning av nämndens bidrag till fokusmålen. Av uppföljningen framkommer att samtliga fokusmål uppfylls i hög grad, och att nämndens arbete för att genomföra tilldelade uppdrag och beslutade åtgärder till stor del pågår enligt plan.

Vid uppföljningen per december framkommer att nämnden bidrar i hög grad till att uppfylla kommunens fyra fokusmål. Av totalt 22 uppdrag bedöms 21 som påbörjade och ett uppdrag som färdigt. De två nämndmålen bedöms pågå enligt plan och bli färdiga vid mandatperiodens slut 2026. Det gemensamma nämnd-/bolagsmålet bedöms som påbörjat och två av de tre tillkommande uppdragen bedöms som färdiga och ett beräknas vara färdigt 2026. I årsbokslutet redovisas även resultat för indikatorerna. I många fall har värden tillkommit under 2024 och följts upp löpande under år 2025.

9.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024 – 12–20
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Inga särskilda åtgärder, positiv avvikelse och prognos.

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+ 10 mnkr	+ 37 mnkr	+ 59 mnkr

Generella iakttagelser

Arbetsmarknadsnämndens budget 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska nämnden följa upp det ekonomiska utfallet löpande, genom månatliga rapporter (februari – november exklusive juni) samt vid tre fasta uppföljningspunkter under året. I de månadsrapporter som avlämnas ska en redovisning av eventuella avvikelser från fastställd budget ske samt innehålla en helårsprognos.

Utifrån granskade protokoll för perioden 2024-12-20 till 2026-02-13 framgår att nämnden har tagit del av den ekonomiska månadsuppföljningen för februari, april, maj, juli, september, oktober och november, i likhet med vad som framgår i uppföljningsplanen. Delårsbokslutet per mars/april 2025 hanterades den 29 april 2025 och delårsbokslutet per augusti hanterades den 26 september 2025. Årsbokslutet behandlades den 13 februari 2026.

I delårsbokslutet per mars framgår att nämnden redovisar ett överskott om 5 mnkr jämfört med periodens nollbudget. Överskottet kan främst hänföras till högre statsbidrag för yrkesutbildningarna samt även något högre intäkter för nämndens olika projekt jämfört med budget. Nämnden prognosticerar en positiv avvikelse mot budget om 10 mnkr för helåret.

Prognosspannet är dock satt till 0 – 20 mnkr, med anledning på osäkerheten kring hur schablonintäkterna kommer att utvecklas under året.

I delårsbokslutet per augusti framgår att arbetsmarknadsnämnden visar ett överskott uppgående till 27 miljoner kronor, vilket främst beror på dels lägre försörjningsstödskostnader än budgeterat, dels på högre statsbidrag från Skolverket. Nämndens helårsprognos är ett överskott om 37 miljoner kronor. Helårsprognosen per augusti pekar på ett överskott för verksamheterna ekonomiskt bistånd/flykting om 14 miljoner kronor och ett överskott om 20 miljoner kronor för vuxenutbildningen. Arbetsmarknadsåtgärder beräknas få ett överskott om 3 miljoner kronor.

Vid årsbokslut framgår att arbetsmarknadsnämnden visar ett överskott om 59 miljoner kronor jämfört med budget. Det beror dels på högre statsbidrag än budgeterat, dels på lägre försörjningsstödskostnader jämfört med budget.

9.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-20
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, men finns redovisade i separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	27, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	14
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	5
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	3
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	5
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Arbetsmarknadsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för arbetsmarknadsnämnden*.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente likväl som enligt de riktlinjer för intern kontroll som kommunstyrelsen beslutat om. Internkontrollplanen för 2025 baseras på en omvärlds- och riskanalys från 2024. Analysen är genomförd i två steg, dels en övergripande analys av kommunens omvärldstrender, dels genom avdelningsvisa riskbedömningar. Vid nämndsammanträdet i september 2024 diskuterade de förtroendevalda förvaltningens förslag till prioriterade risker.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tid för uppföljning. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Det finns 11 risker, med tillhörande 27 kontrollmoment. Internkontrollplanen saknar en beskrivning av riskernas riskvärde utifrån sannolikhet och konsekvens. Vi har dock tagit del av ett underlag med prioriterade risker för nämnden 2025, som framhäver sex risker. Utifrån dessa risker finns riskvärde specificerat. Dessa risker finns dock inte specifikt redovisade i internkontrollplanen. Dokumentet är inte beslutat av nämnden. Uppföljning av internkontrollplanen sker till nämnden vid delårsbokslut per sista augusti samt i samband med årsbokslut. Det ska även ske en intern delrapportering vid delårsbokslutet per mars.

Deluppföljningen per augusti omfattar resultat av granskning för åtta av 11 risker och omfattar 11 av 27 kontrollmoment. Tre av kontrollmoment redovisas med liten anmärkning, två med anmärkning och resterande utan anmärkning. De två kontrollmoment med anmärkning är "*Kontrollera att rutiner är kända och används genom en enkätundersökning riktad till slumpmässigt utvalda medarbetare*" samt "*Kontrollera att samtliga rutiner är inlagda i kvalitetsledningssystemet*". För samtliga kontrollmoment med anmärkning eller liten anmärkning framgår åtgärder med slutdatum. Resultat för de återstående 16 kontrollmomenten redovisas i samband med den samlade uppföljningen av internkontrollplanen i december 2025.

Vid årsbokslutet framgår att granskningen inför avrapporteringen av internkontrollplanen för helåret 2025 har resulterat i mindre anmärkningar för 5 av 27 kontrollmoment. Anmärkningarna återfinns inom det kontrollområde som avser verksamhetens arbetssätt, system och rutiner. Två kontrollmoment har bedömts med anmärkning (resultatet från delårsuppföljningen), medan resterande kontrollmoment är utan anmärkning.

Av uppföljning av internkontrollplanen framgår att vid avrapporteringen av internkontrollplanen 2025 har granskning i flera fall genomförts på ett förenklat sätt, eftersom angivna kontrollmetoder har visat sig svåra att genomföra. I några fall har det varit

svårt att göra bedömningar av granskningens resultat, eftersom kontrollmoment och kontrollmetoder inte harmonierat. När så varit fallet har bedömning av i vilken mån förvaltningen uppfyllt kontrollmomentet skett utifrån delvis andra kontrollmetoder.

9.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med arbetsmarknadsnämndens presidium genomfördes 16 maj 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

9.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd med förvaltning framför att förvaltningen genomfört flera betydelsefulla förändringar under 2025, bland annat övertagande av verksamheter från vård- och omsorgsförvaltningen samt uppdelning av återbruket i två separata enheter. Ett starkt fokus har legat på digitalisering och effektivisering av arbetssätt. Förvaltningen har också upprättat ett nytt avtal för yrkesutbildningar. Efter Örebro rådet har trygghetsskapande åtgärder blivit en tydligare prioritet, där nämnden både gett förvaltningen i uppdrag att identifiera egna åtgärder samt gjort en hemställan till kommunstyrelsen om skalskydd. Utöver detta har verksamheten fått en ny förvaltningsdirektör den 1 april, och all SFI-undervisning har samlats i egen regi, vilket lett till en översyn av vuxenutbildningens interna organisation.

9.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogen framförs att kommunen har tilldelats ett kommunbidrag på 865 miljoner kronor, vilket innebär en minskning jämfört med tidigare år. Delårsbokslutet per april visar ett överskott på 5 miljoner kronor, med en prognos om totalt 10 miljoner kronor för året. Ekonomin utmanas dock av ökade kostnader inom ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsåtgärder, delvis till följd av inflation och höjd riksnorm. Statsbidrag har mottagits för nyanlända, men brister i underlagen från Migrationsverket har skapat osäkerhet kring förutsättningarna. Trots osäkerheterna visar ekonomin i stort ett kontrollerat läge med fokus på anpassning och prioritering.

9.4.3 Intern kontroll

Arbetsmarknadsnämnden har haft ett aktivt och strukturerat arbete med intern kontroll. Uppföljningar har genomförts i september 2024 och februari 2025, där nämnden informerats om internkontrollplanen och hanteringen av identifierade risker. En särskild funktion inom nämnden har drivit utvecklingen av internkontrollarbetet och genomfört riskanalyser som lett till sex prioriterade riskområden, bland annat matchningsproblematik och välfärdsbrottslighet. Nämnden har även arbetat i gruppdiskussioner där förvaltningens sekreterare deltagit, för att förankra och konkretisera riskhanteringen. Arbetet har

resulterat i ett gediget riskregister som säkerställer att riskerna integreras i verksamhets- och internkontrollplanerna.

9.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

9.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Nämnden har även beslutat om ett antal indikatorer som används för mätning av måluppfyllelse av fokusmålen. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

9.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 59 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

9.5.3 Internkontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp i samband med årsredovisningen. Nämnden har fått ta del av återrapportering vid årsredovisningen avseende avvikelser i kontrollmomenten. För de avvikelser som uppmärksammats har förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är utformad i enlighet med denna riktlinje. Vi noterar dock att granskningar i flera fall genomförts på ett förenklat sätt, eftersom angivna kontrollmetoder har visat sig svåra att genomföra.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

10 GRANSKNINGSRESULTAT - GATU- OCH SAMHÄLLSMILJÖNÄMNDEN

10.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-11
Antal mål	1 nämndmål, 25 uppdrag
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av verksamhetsuppföljning per april
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Gatu- och samhällsmiljönämnden har beslutat om en verksamhetsplan för 2025-2027. I verksamhetsplanen återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål;

- Fokusmål 1 - Fem uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 2 - Fem uppdrag.
- Fokusmål 3 - Sju uppdrag.
- Fokusmål 4 - Åtta uppdrag.

För samtliga uppdrag respektive nämndmålet beskrivs ett antal åtgärder samt vilka effekter åtgärderna förväntas ge. Inom ramen för respektive fokusmål finns även en beskrivning av nämndens grunduppdrag. För respektive fokusmål finns ett antal indikatorer med koppling till nämndens grunduppdrag, dock inte för samtliga uppdrag. Respektive indikator har en målnivå som anger ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska, eller ett specifikt värde. För några indikatorer specificeras inte startvärde, och det saknas resultat från föregående år för vissa av indikatorerna.

I nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 tillhörande verksamhetsplanen, framgår att bedömningen av nämndens mål och uppdrag i relation till fullmäktiges fokusmål baseras på uppföljningen av nämndens åtgärder, och där det är möjligt och lämpligt, även med stöd av indikatorer. Uppföljning av måluppfyllelsen sker tre gånger per år, vid uppföljning per april, per augusti samt per helår.

I bilagan *Uppföljning av ekonomi per mars och verksamhet per april 2025*, som behandlats av nämnden 2025-04-23 § 36, framgår en redovisning av uppdragens och målens status. Apriluppföljningen är mindre omfattande än vid delår per augusti och har särskilt fokus på avvikelserapportering. Av uppföljningen framgår att 24 uppdrag från verksamhetsplanen påbörjats medan ett väntar. Nämndmålet prognosticeras uppfyllas 2027.

Uppföljningen innehåller även en uppföljning av nio tillkommande uppdrag som nämnden fått av kommunfullmäktige respektive kommunstyrelsen. Av dessa har fem påbörjats, ett väntar, två är klara och ett är försenat. Uppföljningen per april innefattar ej någon redovisning av utfall på beslutade indikatorer.

I uppföljning av verksamhet per augusti framgår en redovisning av bedömning av mål, uppdrag och åtgärder. Av redovisningen framgår att verksamheten genomförts enligt plan och att tre av fyra fokusmål förväntas bli hög grad uppfyllda vid årets slut. Nämnden bedömer att fokusmål 1 kommer uppfyllas helt. Under respektive fokusmål redovisas indikatorer med resultatutfall på några för perioden januari-augusti.

I bilaga 3 till årsredovisningen återfinns en beskrivning av status för uppdrag, nämndmål och åtgärder. Nämndens bedömning är att fokusmål 1 och fokusmål 4 är helt uppfyllda medan fokusmål 2 och 3 i hög grad är uppfyllda. I likhet med uppföljning per augusti finns indikatorer tillhörande respektive fokusmål. Resultatutfall saknas på några indikatorer, men flera målnivåer för indikatorerna uppnås. Nämndmålet har status påbörjad med förväntad leverans 2027.

10.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-11
Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Positiv avvikelse, framgår inga särskilda åtgärder av erhållen dokumentation

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+18 mnkr	+ 34 mnkr	+60 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska det ekonomiska utfallet följas upp löpande under året (exklusive juni). Ett periodiserat resultat ska redovisas månatligen. I samband med detta ska även en helårsprognos upprättas. Vid eventuella avvikelser mot förväntat resultat ska nämnden besluta om åtgärder.

Utifrån granskade protokoll har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning månatligen under perioden januari-december 2025.

I delårsbokslutet per mars, som behandlats av nämnden 2025-04-23, framgår att nämnden redovisar ett överskott om 30 mnkr för perioden. Avvikelser uppges finnas inom område *gata och trafik* respektive *projekt och entreprenad*. Orsaken till överskottet är främst lägre kostnader vad gäller vinterväghållning samt för drift- och underhåll. Nämndens helårsprognos är en positiv avvikelse om + 18 mnkr, vilket hänförs till lägre kostnader för vinterväghållning.

Vid delårsbokslut augusti 2025 redovisar nämnden en positiv avvikelse om 56 mnkr gentemot budget. Avvikelsen är främst hänförlig till lägre vinterväghållningskostnader samt

lägre drift- och underhållskostnader. Nämndens helårsprognos är ett överskott om 34 mnkr, vilket baseras på lägre kostnader för vinterväghållning.

Vid årsbokslutet redovisas nämnden en positiv avvikelse gentemot budget om 60 mnkr. Den största avvikelsen är vinterväghållningskostnaderna som är 33 mnkr lägre än budget.

10.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-11
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej
Antal kontrollmoment 2025	7, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	3
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	2
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollmoment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Gatu- och samhällsmiljönämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för gatu- och samhällsmiljönämnden*.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen. Nämndens arbete med internkontroll utgår från bland annat den kommunövergripande omvärldsanalysen och mål och budget. Av planen framgår att nämnden, i juni 2024, genomförde ett arbete att prioritera de risker som förvaltningen identifierat. Nämnden fick även möjlighet att justera riskerna. Förvaltningen har sedan omhändertagit riskerna och styrt var risken ska omhändertas, det vill säga i internkontrollplan, verksamhetsplan eller inom ramen för löpande kvalitetsarbete. Vidare framgår att nämnden under år 2025 kommer att förstärka arbetet med systematisk omvärldsbevakning och analys. Förvaltningen har även ett riskregister där samtliga identifierade risker återfinns.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för uppföljning. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Riskbeskrivningen per område innehåller inte en riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens. Av planen framgår att nämnden uppdragit åt förvaltningen att utse kontrollansvarig för respektive kontrollmoment. Tre kontrollmoment följs upp per augusti och fem per december.

Nämnden har tagit del av uppföljning av kontrollmomenten i enlighet med ovan uppföljningsfrekvens. I augusti har två kontrollmoment följts upp varav en visar på mindre anmärkning. En kontroll har flyttats fram till hösten och redovisas i helårsrapporten. Åtgärdsförslag framgår av redovisningen. Per 2026-02-11 § 4 har nämnden tagit del av en avrapportering av internkontrollplanen i sin helhet. Utöver de två kontrollmoment som avrapporterats i augusti har fem ytterligare kontroller genomförts. Två av fem kontroller har visat på mindre anmärkning. För båda framgår åtgärdsförslag.

10.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med gatu- och samhällsmiljönämndens presidium genomfördes 11 juni 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

10.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vid dialogen per juni uppges att nämndens arbete präglats av en bred verksamhet och flera parallella utvecklingsinsatser. Förberedelserna inför den kommande spårvägsentreprenaden har varit särskilt omfattande, samtidigt som upprustningen av Seminarieparken färdigställts och en utvecklingsplan för Gottsundagipen tagits fram. Hållbarhetsarbetet har intensifierats, med fokus på klimatanpassning och ökad krontäckning i staden, där målet är 30 procent till 2035. Sommargator och sommartorg färdigställdes tidigare än tidigare år, vilket bidrog till en mer levande stadsmiljö redan vid Valborg. Frågor om framkomlighet och stadsutveckling

är ständigt närvarande och påverkar många medborgare, vilket gör nämndens arbete särskilt publikt. En större verksamhetsförändring är att den särskilda kollektivtrafiken ska övergå till Region Uppsala 2027, och förvaltningen arbetar aktivt för en smidig överlämning. Uppföljningen av fokusmålen visar att arbetet fortskrider enligt plan, med utveckling av AI-verktyg för underhållsbehov, förbättrad service och tillgänglighet, samt fortsatta satsningar på miljö- och klimatarbete, bland annat genom bilfria zoner vid skolor och utvecklad cykelinfrastruktur. Trygghet och trivsel stärks genom trygghetsvandringar, samverkan med olika aktörer och utveckling av tekniska lösningar för att öka säkerheten i offentliga miljöer.

10.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogmötet uppges att det ekonomiska utfallet visar ett överskott på 46,3 miljoner kronor i maj, medan helårsprognosen ligger på 18,1 miljoner kronor. Förvaltningen beskriver budgetarbetet som utmanande, bland annat eftersom stora delar av kostnaderna avser intern väghållning och andra svårprognostiserade poster. Inga särskilda åtgärder för budget i balans har behövt vidtas.

10.4.3 Intern kontroll

Det uppges att internkontrollprocessen är omfattande och väl integrerad i styrningen. Den inleds med omvärlds- och invärldsanalys, följt av riskanalys där nämnden deltar aktivt. Risker bedöms utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad och sammanställs i ett riskregister som revideras årligen. Arbetet leder till åtgärder kopplade till verksamhetsplanen och beslut om internkontrollplan. Processen fungerar väl, även om nämndledamöternas varierande expertis kan ge spridning i bedömningarna. Löpande riskbedömning sker i samband med planering och projekt. Bland årets utmaningar lyfts klimatomställningen och ökade behov inom färdtjänsten. Riskprioriteringen för 2025 visar att antalet risker minskat från 22 till 14, med fyra nya risker kopplade till klimatförändringar, framkomlighet, skärpta EU-krav och demografiska förändringar.

10.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

10.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Vi har av protokoll ej kunnat verifiera om verksamhetsplanen tillställts kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Tillhörande respektive fokusmål finns ett antal indikatorer som används för mätning av måluppfyllelse av fokusmålen. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. För vissa indikatorer saknas även startvärde

och tidigare års resultat, vilket gör det svårt att bedöma framsteg över tid. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delårs- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

10.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 60 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

10.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Nämnden har fått ta del av återrapportering i enlighet med nämndens uppföljningsplan. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

11 GRANSKNINGSRESULTAT - IDROTTS- OCH FRITIDSNÄMNDEN

11.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-16
Antal mål	23 uppdrag, 4 nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

I idrotts- och fritidsnämndens verksamhetsplan återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål;

- Fokusmål 1 – Sju uppdrag, två nämndmål.
- Fokusmål 2 - Tre uppdrag.
- Fokusmål 3 – Två uppdrag.
- Fokusmål 4 - Elva uppdrag, två nämndmål.

Nämnden har även fyra tillkommande uppdrag från kommunfullmäktige respektive kommunstyrelsen. Vidare framgår även en kvarvarande riktad satsning från mål och budget

2016. Denna återfinns inte i verksamhetsplanen men är föremål för uppföljning i delårsuppföljningen per april.

Det redogörs för ett antal åtgärder (49 stycken) som syftar till att uppnå målet / uppdraget för respektive mål och uppdrag. Det finns även tillhörande indikatorer och målnivåer för uppföljning till samtliga fokusmål. De målnivåer som återfinns anger ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska, eller genom en specifik målnivå. För några indikatorer specificeras inte startvärde, och det saknas resultat från föregående år för vissa av indikatorerna.

I nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 till verksamhetsplanen, framgår att bedömningen av nämndens mål och uppdrag i relation till fullmäktiges fokusmål baseras på uppföljningen av nämndens åtgärder, och där det är möjligt och lämpligt, även med stöd av indikatorer.

Uppföljning av måluppfyllelsen ska ske tre gånger per år, vid uppföljning per april, per augusti samt per helår. Vid delårsuppföljning per april görs en mindre omfattande uppföljning av avvikelser av uppdrag och nämndmål. Därtill redovisas status för grunduppdragen.

Av delårsuppföljningen per april framgår att 32 uppdrag, inklusive nämndmål, följs upp. I dessa ingår även tillkommande uppdrag från kommunfullmäktige och kommunstyrelsen. Av uppdragen är två klara, arton påbörjade, fem väntande och två försenade. När det gäller nämndmålen är ett påbörjat och ett väntande, medan status inte redovisas för de resterande två. Vidare framgår att den kvarvarande satsningen är försenad. Därutöver redovisas även status för åtgärderna: tre är klara, tjugotvå är påbörjade, tjugotre väntar och en har ännu inte startats. Någon uppföljning av beslutade indikatorer per april har inte genomförts.

I nämndens uppföljning per sista augusti redovisas en samlad bedömning av nämndens bidrag till fokusmålen. Uppföljningen visar att nämndens insatser i hög grad bedöms leda till de resultat som eftersträvas inom samtliga fyra fokusmål. I delårsuppföljningen per augusti är prognosen att nämnden arbetar enligt plan och att åtgärder inom de tilldelade uppdragen leder till önskat resultat. Av delårsuppföljningen framgår vidare att idrotts- och fritidsnämnden arbetar med totalt 33 uppdrag, varav sex är tillkommande från kommunstyrelsen och/eller kommunfullmäktige samt fyra utgör nämndmål

I samband med årsredovisningen för 2025 framgår att nämnden bedöms bidra fullt ut eller i hög grad till måluppfyllelse inom samtliga fokusmål. Per sista december redovisar nämnden en måluppfyllelse där två fokusmål är helt uppfyllda och två i hög grad uppfyllda. Av de 33 uppdragen, inklusive nämndmål, är 13 slutförda och ett har avslutats i förtid. Övriga uppdrag fortskrider enligt plan. För samtliga uppdrag redovisas kommentarer som beskriver

vad som har genomförts eller påbörjats samt hur arbetet fortskrider. Av de 49 åtgärderna är 25 genomförda, två försenade och resterande genomförs enligt plan.

Vidare presenteras resultat för indikatorerna. Det framgår dock inte tydligt vilka indikatorer som används för att mäta respektive mål eller uppdrag. För vissa indikatorer saknas även värde för 2025, och även vilka målnivåer som avses.

11.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024 – 12–16
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Inga särskilda åtgärder, positiv avvikelse och prognos.

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
Ekonomi i balans	+ 2 mnkr	+ 4 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för 2025 är en del av verksamhetsplanen. Nämnden ska enligt uppföljningsplanen följa upp det ekonomiska utfallet löpande, genom månatliga rapporter (februari – november exklusive juni) samt vid tre fasta uppföljningspunkter under året där en fördjupad uppföljning sker. I månadsrapporterna ska en redovisning av eventuella avvikelser från fastställd budget ske. En helårsprognos ska även upprättas.

Utifrån granskade protokoll under perioden 2024-12-16– 2026-02-12 har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av årsredovisningen från 2025. Delårsbokslut per mars 2025 har även hanterats och delårsbokslutet från augusti har hanterats. Av protokollen framgår även att månadsrapporter för respektive månad har översänts till nämnden.

I delårsuppföljningen per mars framgår att nämnden redovisar ett överskott om 4 mnkr för perioden. Avvikelsen uppges bero på lägre driftskostnader för skötsel av anläggningar, samt lägre lokalhyror. Nämndens helårsprognos är en ekonomi i balans.

I delårsuppföljningen per augusti framgår att Idrotts- och fritidsnämnden redovisade ett överskott på 6 miljoner kronor jämfört med periodens budget. Intäkterna översteg budget med 3 miljoner kronor, främst till följd av högre markeringsavgifter. Kostnaderna var samtidigt 3 miljoner kronor lägre än budget, vilket framför allt beror på lägre lokalhyror kopplade till tidsförskjutna lokalprojekt samt minskade kostnader för köp av tjänster. Föreningsbidragen översteg budget till följd av en extra utbetalning till Studieförbundet. Helårsprognosen per augusti visade ett beräknat överskott på 2 miljoner kronor, med ett spann mellan 0 och 5 miljoner kronor.

Årsbokslutet visar att nämnden redovisar ett överskott på 5 miljoner kronor. Detta förklaras främst av en högre uthyrningsgrad av idrottsanläggningar till utbildningsnämnden, ideella föreningar och andra aktörer.

11.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-16
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, återfinns i separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	14, varav 3 obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	5
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	5
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	3
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, 3 obligatoriska moment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja

Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Idrotts- och fritidsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för idrotts- och fritidsnämnden*.

Internkontrollplanen innehåller en övergripande beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll och huruvida arbetet sker i enlighet med fullmäktiges reglemente och kommunstyrelsens riktlinjer för intern kontroll.

Planen beskriver kontrollåtgärder som arbetats fram utifrån de risker som identifierats i samband med riskidentifiering som skett under hösten 2024. Samtliga risker har värderats och prioriterats. Vi har tagit del av en riskhanteringsrapport som framställdes 2024-11-10. I denna framgår risker, riskvärde och åtgärder. Den riskbeskrivning som återfinns i internkontrollplanen är dock inte densamma som beskrivs i riskhanteringsrapporten.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs till stor del av de kommunövergripande områdena. Uppföljning av fyra kontrollmoment sker per augusti och resterande följs upp i samband med årsredovisning.

Nämnden valde att den 2025-04-10 revidera internkontrollplanen genom att lägga till en kontroll i delåruppföljningen per augusti samt i åruppföljningen, inom området *"Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut"*.

Vid uppföljningen per augusti framgår att granskning har genomförts av fem kontrollmoment. Två av dessa bedömdes utan anmärkning och tre med mindre anmärkning. För de kontrollmoment som fått mindre anmärkning redovisas åtgärder med angivna slutdatum.

Vid uppföljningen per december framgår att granskningen omfattar nio kontrollmoment. Av dessa bedöms åtta utan anmärkning och ett med mindre anmärkning. Samtliga kontrollmoment har genomförts, och för de moment som resulterat i mindre anmärkning finns åtgärder framtagna.

11.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med idrotts- och fritidsnämndens presidium genomfördes 16 maj 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

11.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd och förvaltning framför att idrotten, under 2025, fått en stärkt position i kommunen, med större engagemang från både allmänhet och externa aktörer än förväntat. En tillsatsbaserad arbetsgrupp med hög handlingsfrihet har varit central för utvecklingsarbetet och har enligt representanterna arbetat innovativt och kompetent. Nämndens verksamhet präglas fortsatt av omfattande samverkan och ett grunduppdrag som främjar jämställdhet, inkludering, livslångt idrottande och utvecklingen av moderna föreningar. Inom fokusmål 1 har lokaler och anläggningar tillhandahållits för att möta ett växande föreningsliv i takt med att kommunen expanderar, även om behovet av ytterligare utveckling av ändamålsenliga lokaler kvarstår. Inom fokusmål 4 har åtgärder genomförts för ökad trygghet och inkludering, exempelvis activity zones i områden med lägre föreningsnärvärde och genomförandet av Uppsala idrottsdagar som erbjuder mötesplatser för olika målgrupper.

11.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogmötet framförs att årsresultatet för 2024 visade ett överskott på 5 mnkr, huvudsakligen till följd av högre intäkter än budgeterat, delvis kopplade till skolverksamhet och nyetablerade anläggningar. Kostnaderna låg sammantaget i nivå med budget, och flera investeringar genomfördes enligt plan – däribland utbyte av låssystem i idrottshallar samt satsningar på elljusspår och utegym. Inför 2025 har nämnden äskat medel genom mål- och budgetprocessen för att möta förändrade förutsättningar. Ekonomin bedöms som stabil även för 2025 med ett prognostiserat överskott, och intäkter följs noggrant vid delårs- och helårsrapportering.

11.4.3 Intern kontroll

Representanterna på dialogmötet framför att nämnden årligen beslutar om internkontrollplanen, och att 2025 års arbete har haft särskilt fokus på mutor, jäv och oegentligheter. Riskarbetet genomförs bland annat genom årliga workshops där förtroendevalda prioriterar risker baserat på omvärldsanalys. Kontrollerna under året har omfattat rutiner för avbrott i analogt arbete, nyttjandegrad av lokaler och anläggningar, efterlevnad av delegations- och arbetsordning samt kontroll av att föreningsbidrag används korrekt. Mindre avvikelser har identifierats, bland annat kring nyttjandegrad i vissa projekt där ökad samverkan med gatu- och samhällsmiljönämnden bedöms nödvändig. Ett särskilt ärende gäller BMX-banan, där brister i genomförande visat behov av tydligare styrkedja, ansvarsfördelning och uppföljning – en analys ska vara klar första kvartalet 2026. Dessutom har nya digitala bokningsrutiner införts för studenternas användning av lokaler för att stärka kontrollen. Samverkansutmaningar kvarstår gentemot skolfastigheter och arenabolaget, där ett behov av stärkt samverkansfunktion har identifierats.

11.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

11.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där både fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige samt nämndens egna mål utgör centrala styrsignaler för verksamheten. Verksamhetsplanen har även överlämnats till kommunstyrelsen i enlighet med gällande riktlinjer. Till samtliga fokusmål finns indikatorer kopplade. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. För vissa indikatorer saknas även startvärde och tidigare års resultat, vilket gör det svårt att bedöma framsteg över tid. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

11.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 4 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

11.5.3 Internkontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Nämnden har fått ta del av återrapportering vid delåruppföljning per sista augusti samt vid årsredovisning i enlighet

med nämndens uppföljningsplan. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Vi kan av aktuell granskning konstatera att nämndens internkontrollplan reviderats under 2025, för att i enlighet med denna riktlinje ha kontrollmoment inom området ”kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut”, vilket saknades när internkontrollplanen antogs i slutet på 2024. I övrigt är internkontrollplanen utformad i enlighet med riktlinjerna.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

12 GRANSKNINGSRESULTAT - KULTURNÄMNDEN

12.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-17
Antal mål	27 uppdrag, tre nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelserna	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Ja

Generella iakttagelser

Kulturnämndens verksamhetsplan för 2025–2027 innehåller följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål;

- Fokusmål 1-Nio uppdrag, tre nämndmål.
- Fokusmål 2-Fem uppdrag.
- Fokusmål 3-Två uppdrag.
- Fokusmål 4-Elva uppdrag.

Utöver ovanstående har nämnden tre uppdrag som följer av beslut i kommunfullmäktige eller kommunstyrelsen, varav ett inom fokusmål 1 och två inom fokusmål 4. Dessa uppdrag återfinns inte i verksamhetsplanen, men har följts upp inom ramen för verksamhetsuppföljningen per april. Vid verksamhetsuppföljningen per december framgår dessutom att ytterligare ett uppdrag från kommunstyrelsen har tillkommit.

Verksamhetsplanen innehåller ett antal åtgärder och förväntade effekter för dessa per respektive uppdrag och nämndmål. Vidare beskrivs nämndens indikatorer i bilaga 4 till verksamhetsplanen. Det framgår dock inte hur indikatorerna kopplas till fokusmålen, nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder. Majoriteten av indikatorerna har en målnivå, antingen som beskriver ett önskat tillstånd såsom att öka, minska eller bibehålla nivån, alternativt en specifik målnivå för 2025. För några indikatorer specificeras dock inte startvärde, och det saknas resultat från föregående år för samtliga indikatorerna.

Nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 till verksamhetsplanen, gör gällande att bedömningen av nämndens mål och uppdrag i relation till fullmäktiges fokusmål baseras på uppföljningen av nämndens åtgärder, och där det är möjligt och lämpligt, även med stöd av indikatorer. Uppföljning av måluppfyllelsen ska ske tre gånger per år, vid uppföljning per april, per augusti samt per helår.

I delårsuppföljningen per april framgår att av de 30 uppdrag som följs upp är 27 uppdrag pågående och följer planen, medan ett uppdrag är slutförd och två väntar på att påbörjas. Av de påbörjade uppdragen bedöms fem bli klara 2026 och 22 bli klara 2027. Samtliga tre nämndmål är påbörjade och prognosticeras att uppfyllas senast 2027. I nämndens uppföljning per april finns totalt 75 åtgärder kopplade till nämndmål och uppdrag. En åtgärd är klar, 68 går enligt plan och sex väntar. Det sker ingen uppföljning av beslutade indikatorer per april.

I delårsbokslut per augusti framgår att av de 30 uppdragen har ett blivit klart och arbete med ett uppdrag väntar. Resterande pågår enligt plan. Prognosen är att samtliga uppdrag kommer bli färdiga senast 2027. Samtliga tre nämndmål pågår även enligt plan. Vidare redovisas totalt 74 åtgärder kopplade till nämndmål och uppdrag. Majoriteten av åtgärderna återfinns under fokusmål 1 och 4. Av dessa är två åtgärder genomförda, 68 löper enligt plan och fyra inväntar start.

I årsredovisningen framgår att nämnden under året har arbetat med totalt 34 uppdrag (inklusive nämndmål och tillkommande uppdrag). Av dessa pågår 29 enligt plan och fem är slutförda. Under 2025 har det funnits 74 åtgärder kopplade till nämndmål och uppdrag. Åtta åtgärder är genomförda, 64 följer plan och två inväntar start. I årsredovisningen framgår även uppföljning av indikatorer. Här framgår resultat för både 2023, 2024, och 2025. I vissa fall saknas resultat för 2025. Det är dock inte tydligt vilka indikatorer som tillhör vilka fokusmål, nämndmål eller uppdrag.

Kulturnämndens samlade bedömning är att verksamheten under 2025 i hög grad har bidragit till att uppfylla kommunfullmäktiges fokusmål, särskilt avseende trygghet, jämlika livsvillkor samt tillgång till meningsfull fritid och kultur i hela kommunen.

12.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024-12-17
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Inga särskilda åtgärder, positiv avvikelse.

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
Ekonomi i balans	+ 3 mnkr	+ 5 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för år 2025 är en del av verksamhetsplanen. Nämnden ska i enlighet med uppföljningsplanen följa upp det ekonomiska utfallet löpande, genom månatliga rapporter (exklusive juni) samt genomföra fördjupade uppföljningar vid delår per mars, augusti och helår. Månadsrapporterna ska innehålla en redovisning av eventuella avvikelser från fastställd budget ske samt en helårsprognos. Utifrån granskade protokoll under perioden 2024-12-17–2026-02-12 har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i enlighet med uppföljningsplanen.

I delårsuppföljningen per mars framgår att nämnden redovisar ett överskott om 3 mnkr för perioden i jämförelse med budget. Den positiva avvikelsen är främst hänförlig till att tillträde till en lokal har flyttats fram och att inköp av biblioteksmedier kommer att genomföras senare än planerat. Nämndens helårsprognos är en ekonomi i balans.

Vid delårsbokslutet per augusti redovisade Kulturnämnden ett överskott på 13 miljoner kronor jämfört med periodens budget. Överskottet förklaras främst av lägre personalkostnader, bland annat till följd av vakanta tjänster och svårigheter i rekryteringen. Satsningen Kulturlyftet har dessutom ändrat inriktning sedan budgetarbetet, vilket innebär att tjänster upphandlas och levereras senare under året i stället för att en intern projektorganisation byggts upp genom nyanställningar. Helårsprognosen per augusti visade ett beräknat överskott på 3 miljoner kronor, med ett prognosintervall mellan 2 och 5 miljoner kronor.

I årsredovisningen framgår att Kulturnämndens resultat för 2025 uppgick till ett överskott om 5 miljoner kronor. Överskottet återfinns främst inom verksamhetsområdena fritid och öppen fritidsverksamhet. Resultatet hänförs främst, likt i delårsuppföljningen per augusti, till personalkostnader.

12.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-17
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, återfinns i separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	10, varav 3 obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	5
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	3
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, 3 obligatoriska moment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Kulturnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för kulturnämnden*.

Det finns en övergripande beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente och kommunstyrelsens riktlinjer för intern kontroll i internkontrollplanen. En förvaltningsövergripande riskanalys har genomförts som underlag till internkontrollplanen, vilken sammanställs i ett riskregister. Arbetsutskottet bistår förvaltningen att prioritera vilka risker som är väsentliga att ha med i internkontrollplanen.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Planen innehåller inte en beskrivning av riskvärdet utifrån sannolikhet och konsekvens. Vi har dock tagit del av riskregistret som sammanställts inför 2025, där riskvärdering beskrivs.

Uppföljning av internkontrollplanen ska ske i samband med delårsbokslut per april samt vid årsredovisning. En avrapportering av internkontrollplanen per april 2025 har avlämnats 2025-05-08 §43. Samtliga kontrollmoment har följts upp. Fem av kontrollerna har granskats utan anmärkning, medan fem visat på mindre anmärkningar. Ett åtgärdsförslag har presenterats. I årsrapporteringen framgår samma resultat.

12.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDIALOG

Dialog med kulturnämndens presidium genomfördes 12 december 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

12.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd och förvaltning framför att kulturnämndens verksamhet, under 2025, har präglats av flera viktiga händelser och strategiska satsningar. Bland annat har Uppsala slottshistoriska invigts och ett nytt magasin för konstsamlingar etablerats. Projektet Kulturliftet har lanserats, liksom en ny mötesplats för kultur och ett råd för det fria kulturlivet. Flera IOP-samarbeten har utvecklats med aktörer som Gottsunda Teater, Studieförbundet Mälardalen och RF-SISU Uppland. Förvaltningen har också inlett arbetet med att implementera biblioteksplanen 2025–2029. Under året har vissa verksamhetsförändringar genomförts, bland annat minskad verksamhet i Stenhagens kulturhus, avslut av statsbidragsprojektet "Kulturskolan kommer" och etablering av en gemensam driftorganisation för Uppsala konstmuseum och Uppsala slottshistoriska. Nya roller inom trygghet, säkerhet och inkludering har tillsatts inom Fritid Uppsala. Av nämndens

uppdrag pågår nästan samtliga enligt plan: ett är slutfört, 28 fortskrider och endast ett väntar på start, vilket innebär att 95 procent av åtgärderna är i fas.

12.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogmötet framförs att kulturnämnden har haft ekonomi i balans under flera år och arbetar långsiktigt genom mål- och budgetprocessen samt lokalförsörjningsplanen. Per sista augusti redovisas ett överskott på 13 mnkr, drivet av högre intäkter än budgeterat, lägre personalkostnader, ökad försäljning, tillkomna bidrag och senarelagda tillträden.

Helårsprognosen visar ett överskott på 3 mnkr. Förvaltningen arbetar löpande med att stärka bemanning, kompetensförsörjning, digitalisering och effektiv lokalanvändning, samt genomföra utvecklingssatsningar som Kulturlyftet, trygghetsinsatser, införandet av krishanteringssystem och förbättring av lärmiljöer. HR-stödet har tillfälligt förstärkts för att möta ökade behov, särskilt kopplat till barn och unga med begränsad fritidstillgång.

12.4.3 Intern kontroll

Representanterna uppger vid dialogmötet att internkontrollarbetet bedrivs systematiskt och baseras på verksamhetsnära omvärldsanalys, som ligger till grund för riskregistret.

Riskvärdering genomförs i samverkan med nämndens arbetsutskott, och kontrollmoment placeras i internkontrollplanen, verksamhetsplanen eller andra styrdokument. Processen utmanas dock av att resultatet från 2025 rapporteras först 2026, vilket gör att internkontrollplan och återrapportering ibland är osynkroniserade. Representanterna beskriver också att nämnden inte får särskild återrapportering om effekterna av genomförda åtgärder, vilket försvårar uppföljningen av resultat och måluppfyllelse. Arbetet fortsätter med att stärka kvalitet, struktur och kopplingen mellan riskhantering och verksamhetsplanering.

12.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

12.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Nämnden har även beslutat om indikatorer. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. För vissa indikatorer saknas även tidigare

årsresultat, vilket gör det svårt att bedöma framsteg över tid. I årsbokslutet framgår dock resultat för både 2024 och 2025 till de flesta indikatorer.

En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

12.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 5 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

12.5.3 Internkontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp. Nämnden har fått ta del av återrapportering vid delåruppföljning per sista april samt vid årsredovisning i enlighet med nämndens uppföljningsplan. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill

ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

13 GRANSKNINGSRESULTAT - MILJÖ- OCH HÄLSOSKYDDSNÄMNDEN

13.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-18
Antal mål	8 nämndmål, 15 uppdrag
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Miljö- och hälsoskyddsnämnden har beslutat om en verksamhetsplan för 2025–2027. I verksamhetsplanen återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 – Tre uppdrag, tre nämndmål.
- Fokusmål 2 – Fyra uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 3 – Tre uppdrag, tre nämndmål.
- Fokusmål 4 - Fem uppdrag, ett nämndmål.

För samtliga uppdrag och nämndmål beskrivs ett antal åtgärder samt vilka effekter åtgärderna förväntas ge. Inom ramen för respektive fokusmål finns även en beskrivning av nämndens grunduppdrag.

Det finns tillhörande indikatorer inom respektive fokusmål, där vissa av indikatorerna kopplas direkt till ett särskilt uppdrag eller område. Majoriteten av indikatorerna har en specifik målnivå för 2025 alternativt ett önskat tillstånd, exempelvis minska eller öka. För majoriteten av dessa indikatorer framgår ett jämförelsevärde.

I nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 tillhörande verksamhetsplanen, framgår att bedömningen av nämndens mål och uppdrag i relation till fullmäktiges fokusmål baseras på uppföljningen av nämndens åtgärder och grunduppdrag, och där det är möjligt och lämpligt, även med stöd av indikatorer.

I bilagan *Uppföljning per mars/april och helårsprognos 2025 för miljö- och hälsoskyddsnämnden*, som behandlats av nämnden 2025-05-14, framgår en redovisning av uppdragens och målens status. Av uppföljningen framgår att samtliga uppdrag respektive nämndmål pågår enligt plan. Uppföljningen per april innefattar ej någon redovisning av utfall på beslutade indikatorer. I uppföljningen per sista augusti redovisas resultat vad gäller nämndmål, uppdrag och åtgärder. Av uppföljningen framkommer att nämnden bedömer att fokusmål 1, 2 och 4 uppfylls helt medan fokusmål 3 uppfylls i hög grad. Vad gäller uppdragen är samtliga påbörjade. Redovisningen innehåller en uppföljning av indikatorer som härleds till de olika fokusmålen. För flera av indikatorerna finns inget resultatutfall.

I samband med årsbokslut 2025 framgår att fokusmål 1 och 2 uppfylls helt, medan fokusmål 3 och 4 uppfylls i hög grad. Vad gäller uppdragen är fem färdiga och ett försenat medan övriga pågår enligt plan. Även arbete med nämndmålen pågår enligt plan. Under respektive fokusmål framgår nämndens indikatorer för fokusmålet. Resultatutfall saknas dock på en indikator. Övriga indikatorer redovisas utfall för antingen 2025 eller 2024.

13.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-18
Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja

Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Framgår av delårsbokslut per augusti 2025

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
Ekonomi i balans	-0,6 mnkr	-0,5 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska nämnden följa upp ekonomin löpande under året och redovisa ett periodiserat utfall månadsvis (exklusive juni). I samband med detta ska även en helårsprognos upprättas. En fördjupad uppföljning sker per mars, per augusti och vid årsbokslut. Vid eventuella avvikelser mot förväntat resultat ska nämnden besluta om åtgärder. Utifrån granskade protokoll har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i enlighet med uppföljningsplanen.

I delårsbokslutet per mars, som behandlats av nämnden 2025-05-14, framgår att nämnden redovisar ett underskott på 0,7 mnkr för perioden. Avvikelsen uppges bero på lägre intäkter för förrättningsavgifter och timavgiftsfinansierad tillsyn. Avvikelsen beror även på lägre personalkostnader och kostnader för övriga tjänster. Uppföljningen saknar en beskrivning av beslutade åtgärder med anledning av avvikelsen. Nämndens helårsprognos är ett resultat i balans med budget.

Per augusti 2025 redovisar nämnden ett negativt resultat gentemot budget om -0,2 mnkr. Avvikelsen uppges bero på lägre intäkter för förrättningsavgifter och timavgiftsfinansierad tillsyn. Nämndens helårsprognos är ett underskott om -0,6 mnkr. Redovisningen innehåller en beskrivning av åtgärder för en ekonomi i balans.

Av årsbokslutet framgår att nämnden redovisar en negativ avvikelse om -0,5 mnkr. Likt delårsuppföljningen beror detta lägre intäkter än budgeterat.

13.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-18

Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, återfinns i ett separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	8, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	5
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	2
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	2
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollmoment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Miljö- och hälsoskyddsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för miljö- och hälsoskyddsnämnden*.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen. Det framgår att förvaltningens ledningsgrupp genomfört två riskworkshopar under höst 2024 där 37 risker identifierades, analyserades och prioriterades. Riskerna har bedömts utifrån sannolikhet, konsekvens och hanterbarhet. Av 37 risker har 13 risker åtgärder som följs upp i internkontrollplanen. Vad gäller nämndens delaktighet i riskanalysarbetet beskrivs att nämnden involveras genom löpande information och rapportering från förvaltning.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för uppföljning. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Av planen framgår att nämnden uppdragit förvaltningen att utse kontrollansvarig per kontrollmoment. Internkontrollplanen innehåller även en riskmatris utifrån sannolikhet och konsekvens, men det saknas ett uträknat riskvärde per risk. Detta framgår av riskregistret, som ej är beslutat av nämnd. Samtliga kontrollmoment ska följas upp per helår. Två av kontrollmomenten följs också upp vid uppföljning per april, och ett följs även upp per augusti.

Nämnden har tagit del av uppföljning av internkontrollplanen i enlighet med uppföljningsfrekvensen ovan. Samtliga åtta kontrollmoment har följts upp per helår. Av redovisningen per helår framgår att tre kontroller genomförts med mindre anmärkning. För de kontrollmoment som visat på anmärkning framgår åtgärd. Gemensamt för kontrollerna är att de kvarstår till nämndens plan 2026.

13.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDIALOG

Dialog med miljö- och hälsoskyddsnämndens presidium genomfördes 23 januari 2026 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

13.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Nämnden lyfter flera viktiga händelser under året. Inom fokusmål 1 har arbetet med att upphandla ett nytt verksamhetssystem fortsatt, vilket ska öka automatiseringen. Förvaltningens servicetelefon har flyttats till kontaktcenter för att ge mer samlad service. Nya Power BI-rapporter har utvecklats för livsmedelskontrollen och förvaltningen har deltagit i AI-projektet SVEA. En utebliven återaktivering av digital åtkomst ledde dock till längre handläggningstider. Under fokusmål 2 har förvaltningen medverkat i projektet Digital företagsservice och varit medarrangör till den nationella konferensen Vatten, avlopp och kretslopp på Fyrishov. Inom fokusmål 3 betonas arbetet med PFAS, där en ny arbetsgrupp bildats och provtagning av fisk utökats. Tillsyn av solskydd på förskolor och temperaturer på äldreboenden har genomförts och flera brister noterats. Nya avfallsföreskrifter har ökat antalet ärenden, och markanvisning lyfts som en utmaning. Även ärenden om enskilda avlopp har ökat. För fokusmål 4 framhålls arbetet mot illegal verksamhet och förberedelser inför ny lagstiftning om gårdsförsäljning av alkohol. Informationsmöten inför tillsyn i förskolor och skolor har förbättrats, och livsmedelskontrollen har börjat använda digitala verktyg vid kontrollbesök, vilket gett effektivare hantering

Det framförs att fokusmål 1 och 2 uppfylls helt under året. Fokusmål 3 bedöms uppfyllt i hög grad, även om miljöskyddsavdelningen ligger efter sin planerade tillsyn. Fokusmål 4 uppfylldes också i hög grad, men ledningsplanen för höjd beredskap är försenad.

13.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Nämnden rapporterar ett underskott om cirka -0,5 mnkr för år 2025, vilket dock är en förbättring jämfört med augusti då underskottet låg på -0,6 mnkr. Under våren fick nämnden signaler om att miljöskyddsavdelningen hade svårigheter med intäktsnivåerna. Förvaltningen har därför infört stödroller, utvecklade arbetssätt och tydligare rutiner för ärendehantering. En särskild grupp har även tillsatts för att analysera bakomliggande faktorer, och en handlingsplan har presenterats för nämnden.

13.4.3 Intern kontroll

Det framförs att riskinventering och riskvärdering genomförs systematiskt i förvaltningens ledningsgrupp. Under hösten 2025 genomfördes tre riskworkshopar för att identifiera och analysera risker. I oktober gavs nämnden möjlighet att granska, diskutera och prioritera dessa risker inför 2026. Det noteras att processen skiljde sig från året innan; 2024 behandlades riskregistret mer översiktligt och nämnden var inte lika involverade, medan arbetet inför 2026 varit betydligt mer omfattande.

Representanter från nämnden betonar att dialogen mellan nämnd och förvaltning fungerar väl. Nämnden fick ett riskunderlag inför workshop, och ordföranden framhåller att dialogen underlättar uppföljningen av kontrollmoment. Det poängteras att diskussionerna fortsätter löpande under året i samband med uppföljningen av internkontrollplanen.

Bland nämndens mer betydande risker och utmaningar nämns risken för cyberangrepp mot IT-miljön och konsekvenserna av flera statliga utredningar som varit ute på remiss.

Nämnden involveras främst genom informationspunkter om identifierade risker och riskåtgärder, men också genom beslutspunkter kopplade till internkontrollplanen. I processen diskuteras först riskregistret, därefter beslutar nämnden om internkontrollplan för kommande år. Uppföljning sker tre gånger per år och brister rapporteras tillbaka. Representanter från nämnden betonar vikten av att ta upp rätt ärenden i nämnd och konstaterar att majoriteten av beslut, 5470 delegationsbeslut av totalt 8470 ärenden, hanteras på delegation för att säkerställa snabb och effektiv service.

13.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

13.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. I verksamhetsplanen finns indikatorer som är mätbara.

Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

13.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden till stor del erhållit ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett underskott om -0,5 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till underskottet, dock har vi ej kunnat verifiera att några åtgärder vidtagits med anledning av avvikelsen. Vi bedömer att det finns utrymme för förbättring vad gäller tydlighet i spårbarhet av beslut vid eventuella avvikelser.

Vår bedömning är således att nämnden har haft en tillräcklig struktur för ekonomistyrning och uppföljning.

13.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Nämnden har fått ta del av återsrapportering i enlighet med nämndens uppföljningsplan. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

14 GRANSKNINGSRESULTAT - OMSORGSNÄMNDEN

14.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-16
Antal mål	23 uppdrag, 1 nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Omsorgsnämndens verksamhetsplan för 2025-2027 innehåller följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 – Nio uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 2 – Tre uppdrag.
- Fokusmål 3 – Två uppdrag.
- Fokusmål 4 - Nio uppdrag.

Det finns ett antal åtgärder för samtliga nämndmål respektive uppdrag. Förväntade effekter för åtgärderna redovisas också.

Det finns tillhörande indikatorer och målnivåer för uppföljning till fokusmål 1 och 3. Det framgår dock inte hur indikatorerna kopplas till nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder.

Målnivåerna anger framför allt ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska. I vissa fall finns även en specifik målnivå. För några indikatorer specificeras inte startvärde, och det saknas resultat från föregående år för vissa av indikatorerna.

Uppföljningsplanen, bilaga 2 till verksamhetsplanen, gör gällande att planen ska följas upp tre gånger per år i enlighet med de kommungemensamma riktlinjerna. Vid delårsuppföljningen april genomförs en förenklad uppföljning, medan nämnden i augusti och vid helår gör en fördjupad bedömning om förverkligandet av fokusmålen. Nämnden ska enligt uppföljningsplanen även tematiskt följa upp särskilda verksamhetsområden vid olika tidpunkter under året.

I delårsuppföljningen per april framgår att arbetet pågår enligt plan för samtliga uppdrag och åtgärder, med undantaget att fyra åtgärder är försenade. Av uppföljningen framgår att 5 uppdrag förväntas vara klar 2026 och 18 uppdrag förväntas vara klar 2027. Nämndmålet förväntas vara klart 2027. Det sker ingen uppföljning av beslutade indikatorer per april.

Vid delårsuppföljningen per augusti framkommer att nämnden arbetar med 23 uppdrag, ett kommungemensamt nämndmål och 36 åtgärder. Nämndens bedömning per augusti är att tre av fyra fokusmål uppfylls i hög grad medan fokusmål 3 delvis uppfylls. Inom fokusmål 3 bedöms några av åtgärderna vara försenade. Arbete pågår i övrigt enligt plan med undantag för två försenade uppdrag/åtgärder.

Årsredovisningen innehåller en beskrivning av respektive uppdrag och åtgärder inom respektive fokusmål. Av redovisningen framgår att nämnden bedömer att samtliga fokusmål uppfylls i hög grad. I omsorgsnämndens sammanställda analys inför Uppsala kommuns årsredovisning återfinns indikatorer under fokusmål 1, 3 och 4 där samtliga har ett resultatutfall för 2025. Det är dock inte fullt ut möjligt att utläsa vilka indikatorer som hör till nämndmål eller uppdrag inom fokusmålen.

14.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-16
Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja

Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+ 4 mnkr	+5 mnkr	+3 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för 2025 är en del av verksamhetsplanen. Nämnden ska följa upp det ekonomiska utfallet löpande, genom månadsbokslut, i enlighet med uppföljningsplanen. Vid månadsboksluten ska en indikation till avvikelse i relation till helårsprognos göras. Månadsboksluten redovisas som informationsärenden, medan delårsbokslut och helårsbokslut hanteras som beslutsärenden.

Utifrån granskade protokoll har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av delåruppföljning per mars och augusti, ekonomiskt bokslut per september, oktober och november samt vid årsredovisning 2025.

Delårsbokslut och verksamhetsuppföljning per mars 2025 har även hanterats 2025-05-05. Av uppföljningen framkommer att nämnden redovisar en negativ avvikelse mot budget för perioden om – 1 mnkr. Avvikelsen beror främst på högre personalkostnader, för såväl egenanställd personal som inhyrd legitimerad personal. Ett antal planerade resultatförstärkande åtgärder arbetas med som förväntas ge resultatmässig positiv effekt under året tillsammans med ekonomiska handlingsplaner för verksamheter med underskott och/eller negativ årsprognos. Vidare information återfinns inte i delårsbokslut. Nämndens helårsprognos är ett positivt resultat om 4 mnkr.

Per augusti 2025 redovisar nämnden en positiv avvikelse om 8 mnkr gentemot budget. Störst överskott finns inom avdelningen myndighet, stab och ledning på grund av lägre volym än budgeterat. Även daglig verksamhet redovisade ett överskott, då kostnader för arbetskraft reducerats det senaste året och åren vid ökad samplanering av personal mellan verksamheter. Redovisningen innehåller en beskrivning av resultatförstärkande åtgärder och handlingsplaner inom de verksamheter som redovisar negativa avvikelser.

Vid årsbokslut redovisar nämnden en positiv avvikelse om 3 mnkr för helåret. En analys av orsaker framgår av rapporteringen.

14.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-09
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, återfinns i separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	9, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	6
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	1
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska moment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Omsorgsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för omsorgsnämnden*. Planen beskriver nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente och kommunstyrelsens beslutade riktlinjer.

Under 2024 genomfördes en omvärlds- och riskanalys. Förvaltningen presenterade prioriterade riskområden och hur de hanterades varpå nämnden gavs tillfälle att komma med inspel. De delar av omvärldsanalysen som utgör risker har sedan av förvaltningen förts

in i nämndens riskregister. Vissa risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen och löpande arbete medan vissa hanteras inom ramen för internkontrollplanen.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Planen innehåller ingen information om riskvärdering. Vi har dock tagit del av riskregistret för 2025, där riskvärde framgår. De risker som återfinns i riskregistret är dock inte identiska med de risker som återfinns i internkontrollplanen. Det noteras även att vissa kontroller snarare är verksamhetsaktiviteter än uppföljande kontroller.

Uppföljning av kontrollmomenten sker i oktober. År 2025 har nämnden beslutat om att vissa kontrollmoment även kan följas upp vid årsbokslutet om det finns särskild anledning till detta, med anledning av identifierade avvikelser och anmärkningar.

Nämnden har erhållit uppföljning av internkontrollplanen i oktober 2025 i enlighet med uppföljningsfrekvensen. Nämnden har även erhållit en separat uppföljning av kontrollmomentet hot och våld (kontrollmoment 5) 17 mars 2025. I samband med uppföljningen i oktober har nio kontroller följts upp varav en genomförts med anmärkning och fem med mindre anmärkning. Kontrollen med anmärkning är *uppföljning av arbetet med ökad frisknärvaro*. Redovisningen innehåller en beskrivning av genomförd kontroll, resultat av kontroll samt åtgärder för de som visat på mindre anmärkning eller anmärkning.

14.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med omsorgsnämndens presidium genomfördes 17 oktober 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

14.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd och förvaltning uppger att det under 2025 pågått och pågår flera initiativ för att stärka vård och omsorg, bland annat förbättrat stöd i rekryteringsprocesser, ett fortsatt fokus på trygg och säker vård samt kompetensutveckling genom SKR:s satsning Yrkesresan. Arbetet mot välfärdsbrott har intensifierats och den nya socialtjänstlagen har lett till att en ny avdelning för öppna och tidiga insatser etablerats för att arbeta mer förebyggande. Nämnden har beslutat att avveckla LOV inom ledsagning, vilket innebär att brukare successivt övergår till egen regi under 2026. Under året har kommunen tagit tillbaka tolv gruppbofästigheter i egen regi, med ytterligare övertaganden och nyetableringar planerade för 2025. En ny organisation har införts där vissa avdelningar arbetar gemensamt för omsorgs- och äldreomsorgen. IPS-arbetscoacher har flyttats till arbetsmarknadsnämnden och ett projekt har avslutats, med insatser integrerade i ordinarie verksamhet. Framåt lyfts möjligheter kopplade till förlängningen av Äldreomsorgslyftet och

fortsatt utveckling inom Yrkesresan, samtidigt som utmaningar kvarstår kring nya målgrupper, kompetensförsörjning och behovet av stärkt språkutveckling bland medarbetare. Uppföljningen för augusti 2025 visar att de flesta fokusmål följer plan, även om klimatomställningen och vissa samverkansområden utvecklas långsammare än önskat.

14.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid tidpunkten för dialogmötet uppges att nämnden redovisar ett överskott på cirka 8 miljoner kronor, främst kopplat till lägre personalkostnader på grund av vakanser och samordning av roller. Helårsprognosen pekar mot ett överskott på 5 miljoner kronor, något bättre än tidigare bedömningar. Eftersom nämnden visar ett positivt resultat har inga särskilda åtgärder för budget i balans behövt vidtas, även om vissa verksamheter arbetar med egna handlingsplaner. Resultatet för 2024 landade på plus 4 miljoner kronor, i linje med prognosen, och budgetarbetet inför 2025 har tagit höjd för förändringar i statsbidrag för att säkerställa att planerade aktiviteter kan genomföras.

14.4.3 Intern kontroll

Det framförs att internkontrollarbetet utgår från en årlig strategidag där nämndledamöter och intresseorganisationer identifierar risker och utvecklingsområden som ligger till grund för internkontrollplanen. Under året har nämnden följt upp kontrollmoment kopplade till bland annat hot och våld, kompetensförsörjning, digitalisering och kvalitet. Arbetet med internkontrollplanen inför 2026 pågår vid per oktober 2025 och nämnden för återkommande diskussioner om vilka områden som ska prioriteras framåt. Ett särskilt fokus riktas mot psykologisk trygghet och att motverka tystnadskultur, där förvaltningen tagit fram utbildningsmaterial och planerar en ny enkät under våren 2026.

14.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

14.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Det finns tillhörande indikatorer till fokusmål 1 och 3. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delårs- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

14.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden till stor del erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 3 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

14.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där ett kontrollmoment följts upp per november 2025 och resterande i oktober. Nämnden har fått ta del av återrapportering i enlighet med nämndens uppföljningsplan. Vi noterar att det i nämndens kontroller till stor del uppmärksammats avvikelser med anmärkning. För dessa har förslag på åtgärder presenterats.

Enligt kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* ska internkontrollplanen innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Uppföljning ska även ske minst en gång per år. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje. Vi bedömer således att nämndens arbetssätt vad gäller uppföljning av intern kontroll har genomförts i enlighet med ovan nämnd riktlinje.

Däremot bedömer vi att det finns en risk i att enbart följa upp den interna kontrollen en gång årligen, då det enligt vår mening begränsar nämndens ansvarstagande vad gäller att agera och besluta om åtgärder vid uppmärksammade avvikelser. Således är vår bedömning

att nämnden under verksamhetsåret *i allt väsentligt* tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt, men att arbetet skulle kunna förbättras genom mer löpande rapporteringar.

15 GRANSKNINGSRESULTAT - PLAN- OCH BYGGNADSNÄMNDEN

15.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-12
Antal mål	25 uppdrag, 7 tillkommande uppdrag, två nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Plan- och byggnadsnämndens verksamhetsplan för 2025–2027 återger följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1-Fyra uppdrag, två nämndmål.
- Fokusmål 2-Sex uppdrag.
- Fokusmål 3-Sju uppdrag.
- Fokusmål 4-Åtta uppdrag.

Av delårsbokslutet per april framgår att sju nya uppdrag tillkommit vid sidan av mål och budget, beslutade av kommunstyrelsen. Fem är kopplade till fokusmål 3, och två är kopplade till fokusmål 4.

För samtliga nämndmål respektive uppdrag finns ett antal åtgärder som syftar till att uppnå målet / uppdraget. Det finns tillhörande indikatorer för samtliga fokusmål. Det framgår inte hur indikatorerna kopplas till nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder. Indikatorerna saknar specifika målnivåer för 2025, och är därmed inte fullt ut mätbara.

Av nämndensuppföljningsplan framgår att nämnden, vid varje delårsuppföljning och vid årsredovisning, bedömer i vilken mån nämnden bidragit till att dels förverkliga fullmäktiges fokusmål och uppdrag, dels egna nämndmål. Bedömningen baseras framför allt på uppföljningen av nämndens åtgärder, men till viss del med stöd av indikatorer.

I delårsuppföljningen per april framgår att arbetet pågår enligt plan för samtliga uppdrag, åtgärder och nämndmål. Av uppföljningen framgår att tre uppdrag förväntas vara klar 2026 och tre uppdrag förväntas vara klar 2027. Det framgår ingen tidsaspekt för nämndmålen. Det sker ingen uppföljning av beslutade indikatorer per april.

Vid delårsbokslut framgår en prognos på fokusmålen, där prognosen för samtliga fokusmål är i hög grad uppfyllt. Samtliga uppdrag och nämndmål pågår enligt plan, med undantag för två som är klara. Gällande tillkommande uppdrag vid sidan av mål och budget är samtliga påbörjade enligt plan, förutom två som är försenade

I årsredovisningen återfinns en beskrivning av nämndens arbete inom respektive fokusmål och med de olika uppdragen. Av rapporteringen framkommer att nämnden bedömer att ett av ett fokusmål är helt uppfyllt medan två i hög grad är uppfyllda och ett är delvis uppfyllt. Redovisningen gör gällande att samtliga nämndmål är påbörjade. Av uppdragen som ingår i mål och budget framgår att tre är klara. Fem av uppdragen återfår ingen status, då det framgår att två av uppdragen kommer att ingå i andra uppdrag framöver och tre av uppdragen kommer ersättas av klimatbudgeten. Resterande uppdrag pågår enligt plan. Av de tillkommande uppdrag från kommunfullmäktige och kommunstyrelsen framgår att fyra uppdrag är påbörjade och tre är försenade. Värden utifrån indikatorer redovisas under vardera fokusmål.

15.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024-12-12

Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Ja

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
Ekonomi i balans	- 6 mnkr	Ekonomi i balans

Generella iakttagelser

Plan-och byggnadsnämndensbudget 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt uppföljningsplanen ska nämnden följa upp det ekonomiska utfallet löpande. Redovisning av periodiserat resultat sker månadsvis, och rapporteringen ska innehålla en helårsprognos.

Under 2025 har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av årsredovisningen från 2024, delårsuppföljning per april, delsårsuppföljning per augusti och årsredovisningen 2025. Av protokoll framgår även att nämnden har mottagit månatliga ekonomiska rapporter.

Av uppföljningen per mars/april framkommer att nämnden redovisar en negativ avvikelse mot budget för perioden om -4 mnkr. Avvikelsen beror främst på att detaljplanintäkterna avviker jämfört med budget, vilket beror på att pågående ärenden inte kommit upp för beslut enligt plan. För att möta de lägre planavgifterna har åtgärder vidtagits vilka är inräknade i helårsprognosen. Det handlar bland annat om minskade personalkostnader genom vakanshållning och ej tillsatta tjänster. Det handlar även om att minska de externa kostnaderna där så är möjligt. Genom åtgärderna bedöms nämnden kunna redovisa ett resultat i nivå med budget. För helåret prognostiserar nämnden ett nollresultat.

Plan och byggnadsnämndens resultat per augusti är ett underskott på 5 miljoner kronor. Detaljplaneintäkterna avviker med 8 miljoner kronor per augusti jämfört med budget. Avvikelsen förklaras av att pågående ärenden inte har kommit upp för beslut enligt plan samt förskjutningar av tidplaner i ärenden där den timbaserade taxan tillämpas. På helåret prognostiserar detaljplaneintäkterna minska med 9 miljoner kronor jämfört

med budget. Byggkonjunkturen påverkar intäkterna för bygglov och nybyggnadskartor. Antal inkomna och beslutade ärenden för bygglovsverksamheten är i nivå med föregående år. Bygglovsavgifterna för perioden är i nivå med budget. Övriga intäkter är lägre än budget vilket beror på lägre byggsanktionsavgifter och lägre bidrag för energi-och klimatrådgivning. Kostnaderna per augusti är 5 miljoner lägre än budget vilket till stor del beror på lägre personalkostnader inom detaljplaneverksamheten. Bostadsanpassningsbidragen avviker positivt med 1 miljon kronor jämfört med budget. På helåret prognostiseras bidragen vara något lägre än budget. För helåret prognostiserar nämnden ett underskott på 6 miljoner kronor. Det beror främst på förskjutning av tidplaner inom detaljplaneverksamheten.

Av delårsrapporten framgår att för att hantera underskottet och stärka ekonomin genomförs flera åtgärder, bland annat prioritering av planer och omförhandling av avtal för att snabbare kunna tillämpa timtaxa. Verksamheten har även vidtagit organisatoriska förändringar för att förbättra ekonomistyrningen. Planverksamheten leds nu som ett avdelningsområde med mindre och mer överblickbara enheter, vilket möjliggör tätare ekonomiska uppföljningar och ett tydligare projektledaransvar. Detta ska bidra till mer realistiska prognoser och bättre anpassning till effektiviseringskraven i timtaxan. Under 2025 fortsätter arbetet med att anpassa bemanningen efter både lägre efterfrågan och kommande större kommunala projekt. Även användningen av konsulter ses över. Inför 2026 pågår förberedelser för att stärka kopplingen mellan planläggning och de kommunala projektens behov. Inom Geodataenheten pågår samtidigt en revidering av taxan för att nå en ekonomi i balans.

Vid årsbokslut framgår att plan-och byggnadsnämndens resultat 2025 var ett nollresultat.

15.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-06
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej
Antal kontrollmoment 2025	8, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	5
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	1

Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, 3 obligatoriska moment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Plan-och byggnadsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för plan-och byggnadsnämnden*.

Det finns en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen planen. En riskidentifiering inom verksamheten, där riskerna värderats och prioriterats, genomfördes under 2024. Internkontrollplanen beskriver kontrollåtgärder utifrån de identifierade riskerna. Det framgår ej vidare hur förtroendevalda deltagit i riskanalysarbetet.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens specificeras inte i internkontrollplanen.

Två av kontrollmomenten följs upp i april och sex i december. En sammanfattande rapport för helåret vidare rapporteras till kommunstyrelsen. Nämnden har tagit del av en uppföljning av vissa utvalda kontrollmoment 2025-04-24.

Vid april följdes två kontrollmoment upp. Ett av dessa fick en mindre anmärkning och det andra bedömdes utan anmärkning. Det kontrollmoment som fick en mindre anmärkning följdes upp på nytt i augusti och bedömdes då utan anmärkning. Av uppföljningen i december framgår att sex kontrollmoment har följts upp. Av dessa bedömdes tre utan anmärkning, två med mindre anmärkning och ett med anmärkning. De kontrollmoment som

fått mindre anmärkning eller anmärkning kvarstår därför som riskområden. För dessa föreslås att kontrollmomenten förs över och kvarstår även i internkontrollplanen för 2026.

15.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med plan- och byggnadsnämndens presidium genomfördes 13 februari 2026 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

15.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd och förvaltning uppger att nämnden, år 2025, drivit ett omfattande och komplext stadsutvecklingsarbete, med stora projekt som Gottsunda simhall, spårvägen, Flustret, gymnastiksatsningar och utveckling av grönstruktur, bland annat genom samråd om norra stadsdelsparken. Ett stort bostadsuppdrag har genomförts med cirka 900 beviljade bygglov och 550 bostäder i antagna detaljplaner. Förvaltningen har arbetat aktivt med att stärka kundnöjdheten i kontakten med näringslivet, vilket lett till ett ökat NKI. Nämnden har också lagt större fokus på att inkludera hela Uppsala i planeringsprocesserna via medborgardialoger och breddad delaktighet. Under året har förvaltningen arbetat mer systematiskt med att avsluta äldre planärenden där handläggningen inte längre fortskrider, för att skapa bättre överblick och mer rättvisande statistik. Landsbygdsutvecklingen balanseras mot begränsningar i vatten- och avloppskapacitet samt översiktsplanens riktlinjer, med exempel som Kiplinge berg (2026) och bygglovsvolymer i bland annat Storvreta.

Samtidigt har förvaltningen genomfört verksamhetsförändringar i syfte att frigöra resurser och öka flexibilitet, bland annat genom ett omställningsarbete i den taxefinansierade verksamheten. Digitalisering har varit ett prioriterat område, bland annat genom en automatiserad beslutsfunktion för OVK och ambition att införa fler liknande lösningar.

15.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogmötet uppges att nämnden redovisar ett budgeterat nollresultat med en aktuell prognos på +0,1 mnkr, efter att förvaltningen länge legat flera miljoner back. Ekonomin har stabiliserats genom omförhandlade avtal med byggaktörer och övergång till timtaxa, vakanthållning av tjänster samt omfattande effektivisering av interna processer och digitalisering. Ett särskilt projekt har startats för att effektivisera handläggningen av enklare detaljplaner och förkorta tiden mellan samråd och antagande. Ekonomistyrningen utmanas av verksamhetens taxefinansiering, historiska systembyten och att byggaktörer ofta lämnar in bristfälliga handlingar, vilket förlänger processerna och påverkar intäktsflöden. Stadsantikvariefunktionen har vakanthållits av budgetskäl, men rekrytering planeras inför 2026.

15.4.3 Intern kontroll

Vid dialogen framförs att nämnden arbetar enligt kommunens standardiserade internkontrollprocess med riskprioritering i september, framtagande av kontrollmoment och beslut om internkontrollplan och verksamhetsplan i december. Nämnden är aktiv i processen och arbetar löpande med riskfrågor vid sammanträden. Risker integreras i internkontrollplanen när de identifieras, och kontrollmoment som inte tillför värde tas bort. Representanterna beskriver att processen ibland upplevs som tung och styrd av kommunövergripande krav, men att förvaltningen strävar efter att föra in verksamhetsnära risker och skapa en mer ändamålsenlig kontrollmiljö. Arbetet och samverkan kring intern kontroll beskrivs som välfungerande.

15.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

15.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Det finns tillhörande indikatorer för samtliga fokusmål. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. Indikatorerna saknar dessutom specifika målnivåer för 2025, vilket innebär att de inte är fullt ut mätbara.

En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delårs- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att mål och uppdrag uppfylls i hög grad. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden *i allt väsentligt* har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

15.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per april, augusti samt vid årsredovisning. Nämnden redovisar en ekonomi i balans. Under året har dock nämnden prognosticerat underskott. Nämnden har erhållit en redogörelse och analys av orsaker till det prognosticerade underskottet, samt vidtagit åtgärder för en budget i balans i samband med prognosticerade avvikelser.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredställande sätt.

15.5.3 Internkontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Nämnden har fått ta del av återrapporering vid delåruppföljning per sista april och augusti samt vid årsredovisning i enlighet med nämndens uppföljningsplan. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser presenteras. I de fall där avvikelser förekommer ska kontrollmomenten följa med till internkontrollplanen 2026.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

16 GRANSKNINGSRESULTAT - SOCIALNÄMNDEN

16.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-18
Antal mål	18 uppdrag, två nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av dokumentationen
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

I socialnämndens verksamhetsplan återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1-Fyra uppdrag, två nämndmål.
- Fokusmål 2-Två uppdrag.
- Fokusmål 3-Två uppdrag.
- Fokusmål 4-Tio uppdrag.

I verksamhetsplanen återfinns ett antal åtgärder för respektive mål och uppdrag samt vilka effekter dessa förväntas ge. Det finns tillhörande indikatorer och målnivåer för uppföljning

till fokusmål 1,3 och 4. Det framgår dock inte hur indikatorerna kopplas till nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder.

Målnivåerna anger till stor del ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska. För några indikatorer specificeras inte startvärde och resultat från föregående år i relation till målnivån. I de flesta fall finns dock värde från 2023.

I nämndens uppföljningsplan framgår att nämndens verksamhetsplan följs upp tre gånger per år. Vid delårsuppföljningen per april genomförs en förenklad uppföljning. Vid samtliga delårsuppföljningar och vid årsredovisningen bedömer nämnden i vilken mån den bidrar till dels förverkligandet av fullmäktiges fokusmål och uppdrag, dels egna nämndmål och grunduppdrag. I uppföljningsplanen framgår att nämnden, vid behov, vidtar åtgärder för att uppnå önskat resultat.

Av delårsbokslut per april framgår att samtliga uppdrag och nämndmål är påbörjade och löper enligt planerade tidsramar. Vid uppföljning per mars ligger tonvikten på att säkerställa att arbetet med uppdrag och åtgärder har påbörjats och löper enligt plan. Det sker ingen uppföljning av beslutade indikatorer per april.

Vid delårsbokslutet per augusti framgår att samtliga uppdrag i socialnämndens verksamhetsplan är påbörjade och löper enligt de planerade tidsramarna. Kopplat till fokusmålen bedöms nämndens arbete inom två av målen leda till de resultat som eftersträvas. Ett mål bedöms delvis leda till önskade resultat, och för det fjärde målet anges att nämndens insatser sammantaget bidrar till måluppfyllelsen, även om graden av rådighet inom vissa frågor är begränsad. Indikatorerna följs inte upp i delårsbokslutet.

I likhet med delårsbokslutet per augusti framgår i årsbokslutet att nämndens arbete inom två av fokusmålen bedöms leda till de resultat som eftersträvas. För ett mål anges att nämndens insatser delvis leder till önskade resultat, och för det fjärde målet anges att nämndens insatser sammantaget bidrar till måluppfyllelsen, även om graden av rådighet inom vissa frågor är begränsad.

Vidare framgår att socialnämnden under året har tilldelats tre tillkommande uppdrag, utöver de uppdrag och nämndmål som redan ingår i verksamhetsplanen. Av årsbokslutet framgår att arbetet enligt verksamhetsplanen i stort har löpt enligt förväntan. Med undantag för ett av de tillkommande uppdragen visar uppföljningen att samtliga uppdrag som tilldelats nämnden har fullföljts och att de åtgärder nämnden åtagit sig också har genomförts. Det uppdrag som inte har slutförts avser genomförandet av en särskild och fördjupad kartläggning av kvinnor i hemlöshet före den 31 december 2025. Nämnden planerar att genomföra en bredare kartläggning av hemlöshet i februari 2026.

Vid årsbokslutet redovisas ingen uppföljning av de indikatorer som återfinns i verksamhetsplanen.

16.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024-12-18
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Ja

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
-11 mnkr	-21 mnkr	-17 mnkr

Generella iakttagelser

Socialnämndens budget 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska nämnden följa upp det ekonomiska utfallet löpande i form av ett månadsbokslut. En helårsprognos fastställs vid delårsuppföljning per mars och augusti. I månadsboksluten ges dock en indikation på avvikelse till helårsprognosen. Kostnader inom nämndens verksamheter jämförs också med andra kommuner.

Utifrån granskade protokoll under perioden 2024-12-18–2026-02-13 har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av årsredovisningen från 2024 samt ekonomisk månadsuppföljning per februari, april, oktober och november. Vidare har nämnden även tagit del av delåruppföljning per mars och augusti samt årsbokslut per december. Under sammanträdet i juni och oktober har nämnden presenterat åtgärder för ekonomi i balans.

Delårsbokslut och verksamhetsuppföljning per mars/april 2025 har även hanterats 2025-04-28. Av uppföljningen framkommer att socialnämnden redovisar ett negativt resultat för

perioden om –4 mnkr. Avvikelsen uppges framför allt bero på att kostnaden för vårdinsatser för barn och ungdomsvård samt missbrukarvård är högre än budgeterat.

Vidare framgår ett antal åtgärder för ekonomi i balans. För att få ökad tydlighet i arbetet med att nå ekonomi i balans kommer förvaltningen att ta fram en åtgärdsplan med förslag på åtgärder. Planen kommer att innehålla såväl pågående åtgärder som förslag på nya åtgärder. Åtgärdsplanen kommer att presenteras på nämndens sammanträde i juni.

Nämnden prognosticerar ett underskott om –11 mnkr för helåret med ett prognosspann på +/-10 mnkr.

Vid sammanträdet i juni beslutade socialnämnden om en åtgärdsplan med nio åtgärder för att stärka arbetet mot en ekonomi i balans. Bland åtgärderna ingår att utreda möjligheten till stödboenden i egen regi, höja kompetensen på Rosenhill HVB för att bättre möta målgruppens behov, öka nätverksinvolveringen, minska vikariekostnader samt förstärka bemanningen inom öppenvård och vuxenverksamhet.

Vid delårsbokslutet redovisar socialnämnden ett negativt resultat om –16 miljoner kronor per augusti. Helårsprognosen pekar mot ett underskott om –21 miljoner kronor, med en osäkerhetsmarginal på +5 / –7 miljoner kronor. Underskottet förklaras huvudsakligen av högre än budgeterade kostnader för vårdinsatser inom barn- och ungdomsvård samt missbrukarvård, där både antalet klienter och vårdtyngden varit högre än förväntat.

Uppföljning av åtgärdsplanen genomfördes vid sammanträdet i oktober. Samtliga åtgärder följdes då upp, och uppföljningen visar att arbetet med åtgärderna pågår.

Vid årsbokslutet redovisar socialnämnden ett negativt resultat om –17 miljoner kronor för helår 2025. Av redovisningen framgår att åtgärder har vidtagits för att nå en ekonomi i balans, men att deras fulla effekt bedöms få genomslag först kommande år. Åtgärderna syftar bland annat till att stärka kapacitet och kompetens inom egenregiverksamhet på HVB och inom öppenvården, utveckla samarbeten för att minska antalet vårddygn utanför det egna hemmet samt reducera administrativa kostnader.

16.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja,
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja, se generella iakttagelser
Antal kontrollmoment 2025	18

Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	9
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	1
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	7
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, 3 obligatoriska moment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Socialnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys enligt reglemente 2024, för socialnämnden*. Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen.

Internkontrollplanen beskriver kontroller som prioriterats utifrån en bedömning av de risker som identifierats. Socialnämndens internkontrollplan har tagits fram i samförstånd och samråd mellan nämnd och förvaltning.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena samt ett eget kontrollområde. Av internkontrollplanen framgår socialnämndens riskregister, där konsekvens, sannolikhet och riskvärde identifieras. Det saknas information om kontrollansvarig.

Resultatet av kontrolltillfällena redovisas per april och per augusti, och i samband med årsbokslutet redovisas utfallet av samtliga kontrollmoment till nämnden. Detta vidare-rapporteras därefter till kommunstyrelsen. Av protokollsgranskningen framgår att nämnden tog del av en uppföljning den 28 april 2025. Uppföljningen per mars omfattade sju

kontrollmoment, varav fyra genomfördes utan anmärkning. Ett kontrollmoment bedömdes föranleda en mindre anmärkning, och två kontrollmoment kunde av tekniska skäl inte genomföras i den omfattning som internkontrollplanen anger.

Av uppföljningen i augusti framgår att nio kontrollmoment omfattades av granskningen. Sex av dessa genomfördes utan anmärkning, ett kontrollmoment bedömdes föranleda en mindre anmärkning och två kontrollmoment kunde inte genomföras fullt ut på grund av tekniska begränsningar.

I uppföljningen i december framgår att vissa kontrollmoment har genomförts på nytt. Resultatet visar att samtliga kontrollmoment då genomförts utan anmärkning. Tre kontrollmoment hade tidigare lett till mindre anmärkning (i april respektive augusti), men dessa har åtgärdats och bedömningen är förbättrad vid årets slut. I uppföljningen i augusti framgår inte tydligt vilka åtgärder som skulle vidtas med anledning av de mindre anmärkningarna, men vid årets slut redovisas att samtliga kontrollmoment är utan anmärkning.

16.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med socialnämndens presidium genomfördes 19 september 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

16.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd och förvaltning uppger att år 2025 har präglats av flera viktiga utvecklingsinsatser inom socialtjänstens område. Nexus resurscentrum mot hedersrelaterat våld har etablerats i samverkan med Länsstyrelsen och länets kommuner, vilket stärker det regionala arbetet. Samverkan med civilsamhället har också fördjupats, bland annat genom ett nytt avtal med Röda Korset kring krisstöd och genom att fler aktörer kopplas in. Förvaltningen har även övergått till att använda Addas ramavtal för HVB-placeringar, vilket ger större samordningsfördelar jämfört med tidigare egen upphandling. En allvarlig händelse – skjutningen vid Vaksala torg – hanterades med gott stöd på plats, vilket visar att beredskap och förmåga förbättrats.

Vidare har utvärderingar visat mycket goda resultat för samhällsväglare och kulturtolkar, även om tillgången på samhällsväglare är otillräcklig. Lex Sarah-processen har setts över för att förbättra informationsflödet till IVO. En ny familjecentral har öppnats vid Liljeforstorg, och arbetet med att införa den nya socialtjänstlagen har krävt omfattande administrativ anpassning eftersom lagen innebär en höjd ambitionsnivå. Socialtjänstområdet har präglats av hög förändringstakt med många nya lagförslag och regelverk som hanterats löpande.

En betydande verksamhetsförändring gäller placeringsenheten, som delats upp i tre mindre enheter för att chefer ska komma närmare verksamheten. Syftet har varit att öka andelen placeringar i egen regi – ett nämndmål som nu har uppnåtts.

16.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogmötet framförs att socialnämnden avslutade 2024 med ett underskott på –24 mnkr, framför allt kopplat till kostnader inom barn och unga. Övriga delar av verksamheten visade överskott. Under 2025 har förvaltningen fortsatt arbetet med att analysera volymer, utveckla nya arbetssätt och stärka förebyggande insatser för att undvika placeringar. Särskilda satsningar har gjorts på hemflytt och på att skapa långsiktiga boendelösningar, exempelvis för våldsutsatta kvinnor.

Resultatet per mars 2025 visade –4 mnkr och utfallet följde prognosen fram till juli. Den senaste prognosen pekar dock på ett ökande underskott, främst drivet av ett fåtal mycket kostsamma och komplexa ärenden som ofta ligger nära LSS-gräns och som är svåra att förutse. Förvaltningen följer detaljerad statistik över HVB-, SiS- och orosanmälningstrender, men konstaterar att variationer i exempelvis orosanmälningar inte alltid ger ökad placering.

Nämnden efterfrågade tidigt ett tydligare åtgärdsarbete och i juni 2025 presenterades en åtgärdsplan. Arbetet omfattar bland annat förstärkning av kompetensen på Rosenhill HVB för att möta förändrade behov och öka beläggningen, utredning av om stödboenden kan drivas i egen regi för att minska kostnader samt ett strukturerat hemflyttsråd för kortare placeringstider. Ökad nätverksinvolvering och bättre öppettider i öppenvården ska bidra till mer hållbara lösningar. Förvaltningen arbetar också med att minska vikariekostnader, stärka öppenvården och använda Addas ramavtal mer systematiskt. AI lyfts som ett framtida verktyg för att effektivisera administration och dokumentation.

16.4.3 Intern kontroll

Vid dialogmötet framförs att internkontrollarbetet bygger på en årlig process där riskregistret uppdateras och nämnden deltar i en workshop. Erfarenheter från 2024 visar att tiden inför nämndmöten varit för kort för att möjliggöra fördjupade diskussioner, vilket tagits med som lärdom inför kommande år. Förvaltningen arbetar aktivt för att involvera nämnden på ett mer tidseffektivt sätt och öka det politiska inflytandet över prioriteringarna.

Internkontrollplanen följs upp kontinuerligt i ledningsgruppen och arbetet bedrivs strukturerat, även om vissa arbetssätt kan upplevas som svåra att överblicka utan fördjupad inläsning. Fokus ligger på att skapa tydliga processer, stärka riskhantering och säkerställa att kontrollmoment är relevanta och hanterbara.

16.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

16.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Det finns tillhörande indikatorer till vissa fokusmål. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att fokusmålen i hög grad är uppfyllda, med undantag för ett mål som bedöms vara delvis uppfyllt. Däremot saknas en uppföljning av indikatorerna till fokusmålen. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

16.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett underskott om -17 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till underskottet, och har även beslutat om åtgärder för att nå en budget i balans.

Vår bedömning är således att nämnden har haft en tillräcklig struktur för ekonomistyrning och uppföljning.

16.5.3 Internkontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025 där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Nämnden har fått ta del av återrapportering vid delårsuppföljning per mars och augusti samt vid årsredovisning. I dessa redovisningar har även identifierade avvikelser presenterats men det saknas information om åtgärder. För helåret redovisas att inga kontroller genomförts med någon form av anmärkning.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

17 GRANSKNINGSRESULTAT - UTBILDNINGSNÄMNDEN

17.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-12
Antal mål	26 uppdrag, 1 nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

I utbildningsnämndens verksamhetsplan för år 2025-2027 återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 – Nio uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 2 – Tre uppdrag.
- Fokusmål 3 – Tre uppdrag.
- Fokusmål 4 - Elva uppdrag.

Verksamhetsplanen innehåller en beskrivning av vilka åtgärder som ska genomföras per mål och uppdrag samt förväntad effekt. Därtill återfinns indikatorer för samtliga fokusmål, dock är det ej fullt ut tydligt vilka uppdrag eller nämndmål indikatorerna är kopplade till.

Målnivåerna anger framför allt ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska. Vissa indikatorer saknar ett specificerat startvärde och resultat från föregående år. I vissa fall återfinns inte heller resultat från 2023.

Av verksamhetsplanen framgår ingen plan för uppföljning. Detta kompletterades vid sammanträdet 2025-02-06. Av nämndens uppföljningsplan framgår att nämnden följer upp verksamhetsplanen tre gånger per år, vid uppföljning per april, per augusti samt per helår.

Vid delårsuppföljningen per mars/april sammanfattas en förenklad uppföljning av avvikelser inom mål och uppdrag. Vid delår per augusti samt vid årsredovisningen bedömer nämnden i vilken mån den bidrar till dels förverkligandet av fullmäktiges fokusmål och uppdrag, dels egna nämndmål och direktiv. Av delårsrapport per mars framgår en kort föredragning av verksamhetsuppföljningen. Det framgår att samtliga uppdrag och åtgärder i verksamhetsplanen utom ett är påbörjade och löper som planerat.

I delårsuppföljningen per augusti framgår att nämndens verksamhet till övervägande del tycks leda till de resultat den vill se inom målet på samtliga fokusmål. Arbete med uppdrag pågår enligt plan. Under respektive fokusmål finns en redovisning av indikatorer. Resultatutfall saknas i stort för 2025. I faktakontroll uppges att anledningen till att värden för indikatorer saknas är att några indikatorers utfall tillgängliggörs med eftersläpning. Till exempel unga som varken studerar eller arbetar där siffror för 2024 publiceras först under våren 2026. Flertalet kunskapsresultat finns inte som säkerställda resultat i augusti utan kan redovisas och kommenteras först vid bokslutsuppföljningen.

I årsbokslutet 2025 framgår att nämndens verksamhet till övervägande del lett till de resultat som den vill se inom målet för samtliga fokusmål. Arbete med uppdrag pågår enligt plan. Under respektive fokusmål finns en redovisning av indikatorer. Resultat finns för majoriteten av indikatorerna vad gäller 2025.

17.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-12
Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja

Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Framgår ej av erhållen dokumentation, nämnden har en positiv avvikelse

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+25 mnkr	+45 mnkr	+54 mnkr

Generella iakttagelser

Utbildningsnämndens budget 2025 är en del av verksamhetsplanen. Nämnden ska följa upp det ekonomiska utfallet löpande, genom månatliga rapporter (exklusive juni). En jämförelse mellan ackumulerat resultat och budget ska göras tillsammans med en prognos för helåret. Vidare ska fördjupade uppföljningar ske tre gånger per år, per mars, per augusti och i årsbokslutet.

Utifrån granskade protokoll har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av delårsbokslut per mars och augusti, ekonomisk månadsuppföljning per februari, september, oktober och november. Nämnden har även tagit del av årsbokslutet 2025.

Delårsbokslutet per mars redovisar att nämnden har ett underskott på -79 miljoner kronor, vilket är en negativ budgetavvikelse med 16 miljoner kronor. En stor del av underskottet är hänförligt till kostnader för semesterskultsförändring och tillkommande kostnader för hyreshallar. Nämnden prognosticerar ett överskott om 25 mnkr för helåret. Avvikelsen uppges bero att statsbidrag kommer öka och lägre ersättningar till fristående huvudmän. Detta till följd av färre barn inom såväl förskola som färre elever i grundskolan och anpassad skola. Intäkterna förväntas även bli högre.

Per sista augusti redovisar nämnden en positiv budgetavvikelse om 62 mnkr, vilket förklaras av högre intäkter samt ökade statsbidrag för bland annat läxhjälp, digitala prov och inköp av litteratur. Nämndens helårsprognos är en positiv avvikelse om 45 mnkr. Det framgår inga åtgärder för budget i balans av rapporteringen.

Nämndens årsbokslut gör gällande att nämnden redovisar ett överskott om 54 mnkr. Den främsta förklaringen till överskottet är färre barn och elever än budget samt återbokning av en reserv. Avvikelsen beror även på högre intäkter i form av statsbidrag än budgeterat.

17.3 INTERN KONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-12
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, återfinns i separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	8, varav 3 obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	4
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	2
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, två obligatoriska moment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Utbildningsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för utbildningsnämnden*. Det finns en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente och riktlinjerna för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen, i internkontrollplanen.

Inför 2025 har riksinventering genomförts i samtliga avdelningar inom utbildningsförvaltningen. Riskerna har sammanställt till förvaltningens ledningsgrupp som med ledning av direktören har beslutat om hur respektive identifierad risk ska omhändertas. En workshop med riskinventering genomfördes även i oktober 2024 tillsammans med nämnden.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Planen innehåller ingen beskrivning av riskvärdering, men riskvärde framgår av riskregistret. Dock är risker som beskrivs i riskregistret inte identiska med de risker som återfinns i internkontrollplanen.

Ett av kontrollmomenten följs upp vid delårsbokslut i april, ett vid delårsbokslut augusti. Resterande kontrollmoment följs upp vid årsredovisning. En redovisning utifrån internkontrollplanen genomfördes i augusti. Två kontroller följdes upp i augusti varav en visade på mindre anmärkning.

Nämnden har erhållit en uppföljning av internkontrollplanen 2026-02-12 § 6. Samtliga åtta kontrollmoment har följts upp, varav fem genomförts med mindre anmärkningar och en med anmärkning. Kontrollen som genomförts med anmärkning är *kontroll att det finns en fungerande upphandlingsprocess som är förankrad*. Redovisningen innehåller en beskrivning av genomförd kontroll, resultat av kontroll samt beskrivning av åtgärd för de kontroller som genomförts med någon form av avvikelse.

17.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med utbildningsnämndens presidium genomfördes 17 oktober 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

17.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vid dialogen uppges att kunskapsresultaten visar att den kommunala skolan generellt presterar bättre än de fristående, med omkring 80 procent måluppfyllelse i grundskolan jämfört med cirka 70 procent på huvudmannanivå. Resultaten i årskurs 6 är stabila och matematik har förbättrats något, medan behörigheten i årskurs 9 ligger strax under rikssnittet. Ett prioriterat område är att öka närvaron i förskolan, eftersom barn som inte deltagit i förskoleverksamhet ofta uppvisar lägre skolresultat. Den reviderade strategin för höjda kunskapsresultat betonar undervisningens kvalitet och innebär att varje skola ska redovisa sina resultat för nämnden för att möjliggöra riktade insatser och resursfördelning.

17.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Per oktober 2025 uppges att ekonomin bedöms som stabil, även om årets prognos ligger nära ett nollresultat. Färre elever än budgeterat har lett till att kommunen haft en större budgetram än elevantalet motiverar, vilket påverkar utfallet. Det största överskottet finns inom hemkommunersättningen för grundskolan, där prognosen uppgår till cirka 40 miljoner kronor. En del av överskottet har omfördelats till resursenheter och förskolor, och nämnden har blivit bättre på att tidigt identifiera ekonomiska avvikelser. Trots överskottet är årets resultat det lägsta på sex år, vilket tyder på en mer balanserad ekonomi. Inga särskilda åtgärder för budget i balans har behövt vidtas.

17.4.3 Intern kontroll

Internkontrollarbetet uppges vara integrerat i det systematiska kvalitetsarbetet och bygger på riskinventeringar både på avdelningsnivå och tillsammans med nämnden. Identifierade risker hanteras antingen inom internkontrollplanen, verksamhetsplanen eller uppföljningsplanen, och arbetet följer kommunens årshjul med redovisning vid delår och bokslut. En återkommande och central risk är att verksamheten inte når de resultat som eftersträvas. Rutiner som registerkontroller kopplas även till arbetsmiljö och kompetensförsörjning, och målet är att riskerna ska ses i ett helhetsperspektiv snarare än isolerat inom internkontrollplanen.

17.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

17.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt kommunstyrelsen verksamhetsplanen. Indikatorer återfinns i en bilaga där det framgår ett antal indikatorer som används i nämndens uppföljning av kvaliteten i den kommunalt drivna verksamheten, dessa saknar dock målnivåer eller önskat värde för 2025. Det framgår även, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att fokusmålen i hög grad är uppfyllda. Vi poängterar att nämndens uppföljning innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att en bedömning av

måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

17.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden till stor del erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 54 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

17.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp med regelbundenhet. Nämnden har fått ta del av återrapportering i augusti samt vid årsredovisning. Enligt nämndens uppföljningsplan ska även uppföljning ske per sista april. I återrapporteringen i samband med årsredovisningen har även identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

18 GRANSKNINGSRESULTAT - ÄLDRENÄMNDEN

18.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2024 är antagen	Ja, 2024-12-18
Antal mål	1 nämndmål, 22 uppdrag
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelsen	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Äldrenämnden har beslutat om en verksamhetsplan för 2025-2027. I verksamhetsplanen återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 – Nio uppdrag, ett nämndmål.
- Fokusmål 2 – Tre uppdrag.
- Fokusmål 3 – Två uppdrag.
- Fokusmål 4 - Åtta uppdrag.

För samtliga uppdrag och nämndmål beskrivs ett antal åtgärder samt vilka effekter åtgärderna förväntas ge. Inom ramen för respektive fokusmål finns även en beskrivning av

nämndens grunduppdrag. Det finns tillhörande indikatorer för uppföljning till fokusmål 1 och 3. Flera av indikatorerna saknar dock ett målvärde för 2025. För de indikatorer som har en målnivå gäller att dessa har ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska. För flera indikatorer specificeras inte startvärde, och det saknas resultat från föregående år för vissa av indikatorerna. Det framgår inte hur indikatorerna kopplas till de olika uppdragen.

I nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 tillhörande verksamhetsplanen, framgår att verksamhetsplanen följs upp vid tre tillfällen under året. Per april görs en förenklad delårsuppföljning medan nämnden per augusti och vid årsbokslut bedömer i vilken mån den bidragit till att förverkliga fullmäktiges fokusmål.

I bilagan *Förenklad delårsrapportering per april 2025*, som behandlats av nämnden 2025-05-08, framgår en redovisning av uppdragens och målens status. Samtliga uppdrag är påbörjade. Det uppges finnas förseningar vad gäller åtgärder inom ett av dessa uppdrag samt vad gäller nämndmålet. Uppföljningen per april innefattar ej någon redovisning av utfall på beslutade indikatorer.

Vid delårsuppföljningen per sista augusti framgår att nämndens prognos för utfallet i slutet av 2025 är att nämnden i hög grad uppfyller fokusmål 1, 2 och 4 medan fokusmål 3 delvis uppfylls. Arbete pågår enligt plan för samtliga uppdrag och åtgärder inom fokusmål 1, 2 och 4 med undantag för uppdrag 10¹. Inom fokusmål 3 bedöms uppdraget och några av åtgärderna som försenade. Redovisningen innehåller ingen uppföljning av beslutade indikatorer.

Av nämndens årsbokslut framgår att nämnden i hög grad bidrar till måluppfyllelse för tre av fokusmålen, och delvis inom fokusmål 3. Uppföljningen beskriver att två av nämndens uppdrag är färdigställda och att ett är försenat. Två åtgärder är även försenade. I övrigt pågår uppdrag och åtgärder enligt plan / färdigställda. Av redovisningen framgår även resultat på beslutade indikatorer.

18.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-18
Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja

¹ Öka samnyttjandet av kommunens lokaler och anläggningar och tillgängliggöra lokalerna för andra verksamheter när de inte nyttjas.

Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Nämnden redovisar en positiv avvikelse för året, åtgärder framgår av delår- och årsredovisning

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+ 40 mnkr	+44 mnkr	+22 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska nämnden följa upp ekonomin löpande under året och redovisa ett månadsbokslut. Dessa redovisas som informationsärenden medan delårsboksluten hanteras som beslutsärenden. I dessa ärenden ska även en helårsprognos fastställas.

Utifrån granskade protokoll under perioden 2024-12-18 - 2025-05-08 har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av årsredovisningen från år 2024 samt delårsbokslut per mars.

I delårsbokslutet per mars, som behandlats av nämnden 2025-05-08, framgår att nämnden redovisar en positiv avvikelse gentemot budget om + 4 mnkr. Avvikelsen uppges bero på att volymen för extern regi, främst inom särskilt boende, var 4 miljoner lägre än budgeterat. Även volymen inom egen regi var lägre under perioden vilket medfört lägre kostnader. Nämndens helårsprognos är ett överskott om 40 mnkr, med ett prognosspann på 30-60 mnkr med anledning av osäkerheter kring volymutvecklingen framåt.

Vid delårsuppföljningen per sista augusti framgår att nämnden redovisar ett positivt resultat gentemot budget om 27 mnkr. Uppföljningen innehåller en analys av orsaker till avvikelsen. Avvikelsen uppges främst härledas till verksamheten särskilt boende. Uppföljningen innehåller även en beskrivning av resultatförstärkande åtgärder och handlingsplan där det finns negativa avvikelser inom verksamheten. Nämndens helårsprognos är en positiv avvikelse om 44 mnkr.

Nämndens årsbokslut gör gällande att nämnden redovisar en positiv avvikelse mot budget om 22 mnkr. Avvikelsen härleds i huvudsak till området särskilt boende, vilket förklaras av lägre kostnader för arbetskraft än i budget samt en lägre volym än förväntat. Redovisningen innehåller en beskrivning av resultatförstärkande åtgärder.

18.3 INTERN KONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-18 (samt reviderad 2025-09-15)
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, återfinns i separat dokument
Antal kontrollmoment 2025	9 (10)
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	7
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	1
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollmoment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Se generella iakttagelser
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Äldrenämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för äldrenämnden*. Nämnden beslutade i september om en revidering av internkontrollplanen, där kontrollmomentet "Uppföljning av arbetet med åtgärderna för ökad trygghet inom äldreomsorgen" lagts till.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen. Av planen framgår att en omvärlds- och riskanalys genomförts och att nämnden hållit en workshop kring risker. På workshopen presenterade förvaltningen prioriterade riskområden och hur dessa avsåg hanteras, och nämnden fick möjlighet att komma med inspel. Under 2025 planeras en översyn av hur nämnden involveras i arbetet med prioritering av risker.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för uppföljning. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Planen innehåller inte en värdering av riskerna utifrån sannolikhet och konsekvens, men detta framgår av ett särskilt riskregister. Riskregistret är ej beslutat av nämnden. Av planen framgår att nämnden uppdragit åt förvaltningen att utse kontrollansvarig för respektive kontrollmoment. Det noteras att vissa kontroller snarare är verksamhetsaktiviteter än uppföljande kontroller.

Kontrollmomenten ska följas upp i oktober samt i samband vid årsbokslut om kontrollmomentet resulterat i en anmärkning. Ett kontrollmoment ska följas upp i mars, och det tillagda kontrollmomentet ska följas upp i november.

Vi har inom ramen för granskningen mottagit uppföljning av äldrenämndens internkontrollplan avseende kontrollmoment om hot och våld², vilket enligt planen ska följas upp per mars. Nämnden erhöll en uppföljning av kontrollmomentet 2025-03-27. Av uppföljningen framgår att granskningen är genomförd med mindre anmärkning. Kontrollen visar på brister i kunskaper inom området bland nämndens medarbetare. I uppföljningen framgår att andelen som har kännedom om rutiner för hot och våld är mellan 40-58 procent inom särskilt boende och inom hälso- och sjukvård. Det framgår att åtgärder behöver genomföras för att stärka medarbetarnas kunskaper inom området, vilket ska genomföras senast 31 december 2025. Äldrenämnden beslutade 2025-03-27 § 24 om att godkänna avrapporteringen av internkontrollplanen. Nämnden gav även i uppdrag till förvaltningen att genomföra åtgärder för att stärka medarbetares kunskaper om hot och våld likväl som att utveckla och stärka den interna kontrollen inom området inom ramen för framtagande av riskregister och internkontrollplan år 2026. Åtgärder som presenteras i uppföljningen är att säkerställa kännedom om relevanta rutiner, upprättelse av utbildningsplaner samt säkerställa att det finns våldsombud i tillräcklig omfattning.

I nämndens uppföljning per oktober (2025-10-23 § 119) har nio kontrollmoment genomförts. Av rapporteringen konstateras att fem kontroller genomförts med mindre

² Kontrollera att personalen upplever att de har tillräckliga kunskaper om hot, våld, hedersrelaterat våld, våld och våld i nära relationer.

anmärkning. Åtgärder för kontrollmomenten med mindre anmärkning framgår av rapporteringen. Nämnden beslutade att godkänna avrapportering samt att kontrollmoment 4³ ska kvarstå till kontrollplanen 2026.

I uppföljningen per november (2025-11-13 § 136) har det tillagda kontrollmomentet följts upp i enlighet med plan. Kontrollen är genomförd utan anmärkning. Av redovisningen framgår en beskrivning av pågående åtgärder för ökad trygghet inom äldreomsorgen.

18.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med äldrenämndens presidium genomfördes 21 november 2025 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

18.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Representanter från nämnd och förvaltning beskriver att flera betydelsefulla händelser präglat äldrenämndens verksamhet under 2025. Trygghetsskapande åtgärder har prioriterats, bland annat genom satsningar på chefers arbetsförutsättningar och införandet av bakgrundskontroller, där förvaltningen byggt upp nya stödstrukturer. Kompetensförsörjningen har stärkts genom bland annat språktester. Inom upphandlingsområdet har stora förändringar genomförts, där övergången från LOV till LOU beslutats och en reserverad upphandling riktad till idéburna organisationer genomförts. Arbetet med att förebygga välfärdsbrott och att stärka kontinuitetsplaneringen har varit centralt, med övningar för att hantera exempelvis IT-störningar och påverkan på vattenförsörjningen. Verksamhetsförändringar har också präglat året, bland annat genom starten av en ny avdelning för öppna och tidiga insatser samt omfattande upphandlingar av vård- och omsorgsboenden, hemtjänst och kommunal primärvård. Erfarenheter från tidigare nedstängningar av utförare har lett till stärkt beredskap och ett omfattande utvecklingsarbete. Vid delår uppnås tre av fyra fokusmål, men klimatomställningen och målen för ekologiska livsmedel och återvunnen plast nås inte, bland annat på grund av hygienkrav och brist på infrastruktur för hållbara alternativ.

Utifrån händelserna 2024 kopplat till sexuellt våld inom hemtjänsten har en återrapportering skett genom flera nämndbeslut och en rapportering till kommunfullmäktige i september. Nya rutiner har införts kring informationsöverföring och uppföljning inom lex Sarah och lex Maria. Rutinerna tydliggör bland annat att avvikelser ska rapporteras även när brukare inte själva vill berätta, och att allvarliga händelser ska föras vidare till politiken genom tydliga eskaleringsvägar.

³ Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.

En genomgång av eventuell tystnadskultur har genomförts, utan att några avvikande mönster identifierats. Nya eskaleringsrutiner testades i somras i samband med två avvikelser, och bedömdes fungera väl. Frågor om psykologisk trygghet och tystnadskultur följs fortsatt upp genom verksamhetsbesök och dialog med fackliga parter.

Sekretessfrågor har också hanterats. Ordförande uppges ha fått full information hela tiden, men hela nämnden kan inte alltid informeras om individärenden i sin helhet. Dessa hanteras i individutskott, som nu möts oftare och återrapporterar skriftligt till nämnden.

Ett nytt utskott för trygghet och säkerhet har inrättats för att stärka den politiska uppföljningen och stötta genomförandet av åtgärder. Arbetet fokuserar också på att säkerställa genomförandet av åtgärder i hela organisationen, minska rädslan för att göra fel och samtidigt möjliggöra fortsatt utveckling. Förvaltningen har fått i uppdrag att stärka uppföljningsplanen och att tydliggöra när, var och hur uppföljning ska ske. Extra kontroller införs och nämnden involveras mer än tidigare.

Flera åtgärder har syftat till att minska upplevelsen av skillnader mellan förvaltningens och nämndens vilja och i stället skapa en mer samlad inriktning framåt.

18.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Det ekonomiska utfallet till och med oktober visar ett överskott på 26 miljoner kronor, varav 24 miljoner kommer från särskilt boende. Överskottet motsvarar knappt en procent av nämndens ram och förklaras främst av lägre personalkostnader, renoveringar, lägre volymer och högre intäkter, särskilt från brukaravgifter. Statsbidragen är cirka 50 miljoner lägre än 2024, vilket följs noggrant inför 2026. Årsprognosen uppgår till +44 miljoner kronor. Handlingsplaner finns på verksamhetsnivå för enheter med underskott, men ingen plan krävs på nämndnivå givet det positiva resultatet.

18.4.3 Intern kontroll

Det uppges att internkontrollprocessen inleds med en strategidag där nämnd, fackliga företrädare och externa leverantörer deltar, vilket utgör grunden för verksamhetsplanen. Utifrån detta tas verksamhetsplan, internkontrollplan och uppföljningsplan fram och utvecklas löpande för att stärka kvalitet och delaktighet. Nämnden har lagt särskilt fokus på att stärka den interna kontrollen och öka den löpande uppföljningen till förtroendevalda. Kompetensförsörjning är fortsatt prioriterad, och en plan tas fram för att minska andelen timavlönade och öka andelen tillsvidareanställda. Arbetet med intensiv hemrehabilitering fortsätter som en del av kvalitets- och utvecklingsarbetet.

18.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

18.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Det finns tillhörande indikatorer till fokusmål 1 och 3. Däremot framgår det, liksom i föregående års granskning, inte tydligt hur indikatorerna är relaterade till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att fokusmålen i hög grad är uppfyllda, med undantag för ett mål som bedöms vara delvis uppfyllt. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

18.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Därtill har nämnden till stor del erhållit månatliga ekonomiska rapporter i enlighet med uppföljningsplan. Nämnden redovisar ett överskott om 22 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet. Vi bedömer att nämnden kan beakta dessa orsaker till överskottet i framtida budgetarbete.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

18.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där kontrollmoment följts upp i mars, oktober och november i enlighet med nämndens uppföljningsplan. Vi

noterar att det i nämndens kontroller uppmärksammats avvikelser med mindre anmärkningar. För dessa har förslag på åtgärder presenterats. Nämnden har även erhållit en redovisning av genomförda åtgärder givet föregående års uppmärksammade avvikelser kopplat till sexuellt våld inom hemtjänsten.

Enligt kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* ska internkontrollplanen innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och områden. Uppföljning ska även ske minst en gång per år. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

19 GRANSKNINGSRESULTAT - VALNÄMNDEN

19.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Antagen verksamhetsplan 2025	2024-12-03
Antal mål	Två uppdrag, två nämndmål
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelserna	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av dokumentationen
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

I valnämndens verksamhetsplan återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål;

- Fokusmål 1 – två uppdrag, två nämndmål,

Nämnden har ett avgränsat uppdrag, och därmed begränsad möjlighet att bidra till samtliga av fullmäktiges fokusmål. I Mål- och budget riktas ett antal uppdrag till samtliga nämnder och bolag i kommunkoncernen. Därtill finns ett kommungemensamt nämndmål inom fokusmål 1. Nämnden har bedömt att det ej finns möjlighet att genomföra uppdragen inom sitt ansvarsområde.

För de nämndmål och uppdrag som finns inom valnämndens ansvarsområde finns ett antal åtgärder som syftar till att uppnå målet / uppdraget. Det saknas indikatorer och målnivåer för önskat värde 2025. Nämndmålen och uppdragen är därmed inte fullt ut mätbara.

Av nämndens uppföljningsplan framgår att uppföljningen av verksamhetsplanen utgår från resultat kopplade till genomförd verksamhet. Vid delårsuppföljningen per augusti och i årsredovisningen gör nämnden en bedömning av i vilken utsträckning verksamheten bidrar till att förverkliga kommunfullmäktiges fokusmål och uppdrag samt nämndens egna mål och direktiv.

Bedömningen baseras i huvudsak på genomförda åtgärder. I delårsuppföljningen per mars/april görs ingen bedömning av måluppfyllelse kopplat till fokusmålen; fokus ligger i stället på avvikelserapportering. Av delårsuppföljningen per augusti framgår att samtliga uppdrag och nämndmål pågår enligt plan. Vidare redovisas status för åtgärderna, där sju åtgärder bedöms pågå enligt plan och tre är genomförda.

I årsbokslutet redovisas uppföljning av resultaten kopplade till fokusmålen. Fokusmålen bedöms vara delvis uppfyllda vid årets slut. Två uppdrag pågår enligt plan och två nämndmål pågår enligt plan. Till fokusmålen presenteras även indikatorer, men det saknas uppgifter om startvärden och målvärden, vilket försvårar möjligheten att bedöma utvecklingen över tid och om det är ett värde man vill komma åt.

19.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 antagen	Ja, 2024-12-03
Styrelsen följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Styrelsen får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Styrelsen beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Inga avvikelser

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025

Ekonomi i balans	Ekonomi i balans	Ekonomi i balans

Generella iakttagelser

Av delårsuppföljningen per mars framgår att periodens resultat för valnämnden uppgick till 0 miljoner kronor, vilket var i linje med budget. Helårsprognosen vid samma tidpunkt visade också ett nollresultat. Verksamheten för året bedömdes till största del genomföras under hösten, i enlighet med plan.

Av delårsuppföljningen per augusti framgår att periodens resultat var ett överskott om 0,2 miljoner kronor, vilket innebar en positiv avvikelse jämfört med budget. Helårsprognosen kvarstod dock på ett nollresultat. Avvikelsen förklaras av att två tjänster till valkansliet tillsattes något senare än planerat, vilket medförde lägre personalkostnader under perioden.

Av årsbokslutet framgår att årets resultat för valnämnden uppgick till 0 miljoner kronor, i nivå med budget. Kostnaderna avsåg löpande nämndarbete, fasta kostnader för valkansliet samt förberedande arbete inför valet 2026.

19.3 INTERNKONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-03
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Nej, men finns separat bilaga.
Antal kontrollmoment 2025	8
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	5
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	1
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	1
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Kommunövergripande kontrollområden/moment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, 3 obligatoriska moment

Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Valnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys enligt reglemente 2024, för valnämnden*. Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen.

En riskidentifiering och riskanalys har genomförts av kanslichef, valsamordnare och processledare. Riskerna är sammanställda i ett riskregister, där även nämnden givits möjlighet att värdera och komplettera riskerna.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av de kommunövergripande områdena. Planen innehåller även en bilaga med en riskanalys, med riskvärden utifrån sannolikhet och konsekvens. Det saknas information om kontrollansvarig.

Samtliga kontrollmoment ska följas upp vid delårsuppföljningen per sista augusti. Av uppföljningen per augusti framgår att tre granskningar är genomförda men mindre anmärkning, och fem är genomföra utan anmärkning. För samtliga kontrollmoment framgår åtgärder med slutdatum.

19.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDDIALOG

Dialog med valnämndens presidium genomfördes 13 februari 2026 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen.

19.4.1 Iakttagelser från genomförd dialog

Vid dialogen framförs att valnämnden beskriver att de under perioden haft möjlighet att bygga upp ett fullskaligt valkansli, vilket varit nödvändigt för att kunna hantera uppdragets omfattning och krav. Verksamheten är relativt begränsad och arbetar inte aktivt med välfärdsbrottslighet, men frågor om korruption, jäv och mutor ligger nära verksamhetens kärna eftersom cirka 2 000 uppdrag i vallokalerna behöver bemannas på ett korrekt och rättssäkert sätt. Detta följs också upp som en särskild kontrollpunkt i internkontrollplanen. En enkät visade att ungefär hälften av ledamöterna upplever att de har god kunskap om jäv, och inför valår betonas behovet av stärkt kompetens inom dessa områden.

Valår innebär mycket verksamhet och omfattande förberedelser. Det finns tydliga riktlinjer att utgå ifrån, men utmaningar uppstår exempelvis i samband med ogiltiga röster när väljare inte fått tillräckliga instruktioner — något som främst noterats vid kyrkovalet, som kommunens valnämnd inte ansvarar för. Organisationen kring valet består av valnämnden som beslutsfattande organ, följt av en valchef med delegation att fatta beslut, samt en valsamordnare och två biträdande samordnare med olika ansvarsområden. Organisationen har utformats efter jämförelser med storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö.

Valprocessen sträcker sig över flera veckor. Under valdagen sker nattmottagning och uppsamlingsräkning, och information lämnas löpande till ordföranden i distrikten. Den preliminära räkningen görs av valnämnden, medan sluträkningen utförs av Länsstyrelsen. Kommunen och Länsstyrelsen sitter i samma lokaler för att undvika transporter och upprätthålla säkerheten.

När det gäller valdistrikt får inget distrikt överstiga 2 000 röstberättigade, och endast åtta distrikt har dispens för att ha under 1 000 väljare — främst i områden där exploatering pågår. De största distrikten ligger runt 1 700 personer, vilket anses vara gränsen för vad som är hanterbart. Kommunen har totalt 149 valdistrikt, efter vissa sammanslagningar inför kommande befolkningsökning.

Andelen förtidsröster ökar för varje val, och detta kräver anpassning både av lokaler och logistiken kring rösthantering. Kommunen planerar aktiva insatser för att ytterligare uppmuntra förtidsröstning, särskilt eftersom köbildning förekom vid valet 2022. Samtidigt behöver alla typer av röster kunna hanteras i varje vallokal, vilket är en resursmässig utmaning. Valnämndens ansvar är framför allt att möjliggöra att val kan genomföras och att vallokaler finns — frågor om valdeltagande sorterar däremot under kommunstyrelsen.

Inför valet 2026 introduceras digitala röstkort, vilket innebär nya utmaningar. Systemet kommer att administreras genom Valid, och vid nedkopplat läge måste man kunna registrera personuppgifter manuellt på papper, särskilt vid förtidsröstning. De som inte använder tjänster som Kivra kommer fortfarande att få pappersröstkort. Under valdagen hålls vissa förtidsröstningslokaler öppna för att underlätta för väljare som är osäkra på var de ska rösta. Valnämnden arbetar också med språkstöd och tillgänglighet, exempelvis genom att anlita röstmottagare med flera språkkunskaper och ha dialog med organisationer som företräder personer med funktionsvariationer och förstagångsväljare med annan språkbakgrund.

Riskhanteringen inför valet 2026 är central. Nämnden arbetar med kontinuitetsplanering, verksamhetsskyddsanalyser och löpande riskanalyser i samarbete med kommunens trygghets- och hållbarhetsfunktion. Veckovisa avstämningar sker, och arbetet bygger vidare på tidigare års analyser. Riskerna omfattar bland annat påverkansförsök, hot, våld och

störningar som översvämning eller tekniska avbrott. Arbetet är i uppstart, men planeringen är tydlig och strukturerad.

19.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

19.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025 där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Målen är dock inte fullt ut mätbara, med anledning till avsaknad av indikatorer med målnivåer för 2025 som inte återfinns i verksamhetsplanen. Vid årsbokslut framgår indikatorer, men det framgår inte önskat värde eller värden som kan mätas över tid.

En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delår- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att fokusmålen i hög grad är uppfyllda, med undantag för ett mål som bedöms vara delvis uppfyllt. Vi poängterar att nämndens uppföljningar innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

19.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Nämnden redovisar en ekonomi i balans 2025.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

19.5.3 Internkontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp i samband med årsredovisningen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska även uppföljning ske per sista augusti, vilket ej skett. I återrapporteringen i samband med årsredovisningen har identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 *i allt väsentligt* har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt.

20 GRANSKNINGSRESULTAT - RÄDDNINGSNÄMNDEN

20.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-11
Antal mål	6 verksamhetsmål / inriktningsmål i handlingsprogram, 11 uppdrag och 1 nämndmål (Uppsala)
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelserna	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Räddningsnämnden har beslutat om en verksamhetsplan för 2025-2027. I och med att räddningsnämnden är en gemensam nämnd med Tierps och Östhammars kommun utgår därmed verksamhetsplanen från det uppdrag som nämnden har från medlemskommunerna.

Nämnden har i enlighet med *Kommunernas handlingsprogram 2025 för förebyggande verksamhet och räddningstjänst* sex verksamhetsmål. Tillhörande målen finns en beskrivning av åtgärder och förväntade effekter samt indikatorer för uppföljning. Samtliga indikatorer har en målnivå med önskat tillstånd, exempelvis öka eller minska. Jämförelseåret är 2023.

Nämndens verksamhet utgår utöver ovan nämnda mål även från fokusmål / inriktningar från samtliga medlemskommuner:

Uppsala kommun: Tre uppdrag och ett nämndmål inom fokusmål 1, två uppdrag inom fokusmål 2, två uppdrag inom fokusmål 3 och fem uppdrag inom fokusmål 4.

Tierps kommun: Fyra strategiska utvecklingsområden.

Östhammars kommun: Fyra mål.

Det finns tillhörande indikatorer inom fokusmål 1 och 3. För dessa gäller att målnivån avser ett önskat tillstånd. Jämförelse saknas för samtliga.

Av nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 tillhörande verksamhetsplanen, framgår att nämnden vid varje delårsuppföljning och vid årsredovisning, bedömer i vilken mån den bidrar till dels förverkligandet av kommunernas mål och uppdrag, dels nämndens egna mål. Bedömningen baseras framför allt på genomförda åtgärder och i tillämpliga fall även genom indikatorer.

I *Delårsuppföljning per mars 2025* framgår att nämnden bedömer att *Handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst 2025* i hög grad uppfylls under 2025 och således även nämndens sex verksamhetsmål/inriktningsmål. Vad gäller uppdragen inom fokusmålen är samtliga uppdrag är påbörjade.

Motsvarande bedömning görs även i delårsuppföljningen per sista augusti. Vad gäller fokusmålen bedömer nämnden att samtliga i hög grad uppfylls.

I årsredovisningen finns en sammanställd redovisning av målen i ovan nämnt handlingsprogram. I handlingsprogrammet finns sex verksamhetsmål/inriktningsmål. Av dessa bedömer nämnden att fem uppfylls medan ett delvis uppfylls. Med anledning av detta bedömer nämnden att målet kopplat till handlingsprogrammet är i hög grad uppfyllt. När det gäller inriktningsmål från Uppsala kommun och medlemskommunerna framgår att samtliga mål uppfylls i hög grad. I en bilaga till årsredovisningen finns en historisk överblick av resultat på indikatorerna med koppling till verksamhetsmålen / inriktningsmålen. Därtill framgår målsättning för innevarande år och trend över de senaste åren. Även indikatorer för mål och inriktningar för medlemskommunerna framgår. Även här framgår målnivå (i form av minska eller öka) och resultatutfall på de senaste åren.

20.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-11

Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Nämndens bedömning under året är en ekonomi i balans, inga särskilda åtgärder har vidtagits

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+ 1,7 mnkr	+ 3,1 mnkr	+0,3 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för 2025 är en del av verksamhetsplanen. Enligt nämndens uppföljningsplan ska det ekonomiska utfallet följas upp månatligen i form av månadsrapporter innehållande en redovisning av ackumulerat resultat i jämförelse med budget. Samtliga kommuner ska delges månadsrapporterna.

Utifrån granskade protokoll under perioden 2024-12-11 – 2025-04-23 har nämnden tagit del av ekonomisk uppföljning i form av månadsuppföljning per januari-december 2024, årsredovisning från 2024, månadsuppföljning februari och mars 2025 samt delårsbokslut per mars 2025.

I delårsbokslutet per mars, som behandlats av nämnden 2025-04-23, framgår att nämnden redovisar ett positivt resultat om 2 mnkr. Resultatet beror till största del på att nämnden haft lägre lönekostnader under perioden. Nämndens helårsprognos är ett positivt utfall på 1,7 mnkr.

Vid delårsbokslutet per augusti, som behandlats av nämnden 2025-09-24, framgår att nämnden redovisar en positiv avvikelse om 7,1 mnkr, och 5 mnkr vad gäller Uppsala kommun. Det positiva resultatet uppges bero på ökade kommunbidrag för ökade hyreskostnader för nya brandstationer. Helårsprognosen är ett överskott om 3,1 mnkr för nämnden totalt (2 mnkr Uppsala kommun).

I årsbokslutet, som behandlats av nämnden 2026-02-11, framgår att hela nämnden redovisar en positiv avvikelse gentemot budget om 0,3 mnkr.

20.3 INTERN KONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-18
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Delvis, se generella iakttagelser
Antal kontrollmoment 2025	7, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	7
Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	0
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	0
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	0
Kommunövergripande kontrollmoment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Räddningsnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2025 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för räddningsnämnden*.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen. Vidare framgår att riskinventering och bedömning har tagits fram med bredförankring i verksamheten genom workshops. Riskerna har sedan i första hand presenterats för nämndens presidium och representanter från medlemskommunernas förtroendevalda. Förtroendevalda har i samband med detta haft möjlighet att ge inspel på förslaget.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Kontrollområdena utgörs av Uppsala kommuns kommunövergripande områden. Det noteras att det saknas kontroller inom kontrollområdena *finansiell kontroll, kontroll av efterlevnad av regelverk samt kontroll av oegentligheter*.

Planen innehåller inte en värdering av riskerna utifrån sannolikhet och konsekvens. Vi har dock erhållit förvaltningens riskregister där denna värdering framgår. Dokumentet är ej beslutat av nämnden. Av planen framgår att nämnden uppdragit åt förvaltningen att utse kontrollansvarig för respektive kontrollmoment.

Uppföljning sker enligt nedan;

- Ett kontrollmoment per mars.
- Ett kontrollmoment per april.
- Ett kontrollmoment per juni.
- Ett kontrollmoment per augusti.
- Ett kontrollmoment per september.
- Ett kontrollmoment per december.

Nämnden har tagit del av uppföljning av samtliga sju kontrollmoment i enlighet med ovanstående uppföljningsfrekvens. Därtill har nämnden per 2026-02-11 tagit del av en avrapportering av hela internkontrollplanen där det framgår en beskrivning av genomförd kontroll, resultat av kontroll samt åtgärder. Två kontroller har visat på viss anmärkning medan en kontroll genomförts med anmärkning. Den kontroll som visat på anmärkning är *kontroll av att de arbetssätt och rutiner som finns för hanteringen av register för brandfarliga och explosiva ämnen är uppdaterade och efterlevs*. Resultatet visar att vägledning och rutin inte följts fullt ut i 65 procent av de granskade fallen. Åtgärdsförslag presenteras vid avvikelser.

20.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDIALOG

Dialog med räddningsnämndens presidium genomfördes 20 mars 2026 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

20.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vid dialogen per mars 2026 framförs att det under 2025 varit två större räddningsinsatser som dominerat verksamheten - en omfattande vindsbrand i Tunabackar och, senare under sommaren, fem geografiskt spridda skogsbränder som anlagts av en person den 26 augusti. Dessa krävde insatser från hela räddningsregionen och hanterades genom den gemensamma ledningscentralen. Händelserna har lett till en utredning som genomförts av Umeå brandförsvär och redovisats till nämnden.

Under 2025 har organisationen utvecklats genom en omstrukturering av ledningsgruppen för att möjliggöra mer strategiska beslut och ökad effektivitet. Gruppen har smalnats av och en ny roll som biträdande avdelningschef för räddningsavdelningen har införts. Vidare har tidigare stabsfunktioner samlats under en stabschef, vilket möjliggör mer systematiskt arbete med processer, utredningar och kvalitetsutveckling. Organisationen omfattar cirka 450 medarbetare.

Arbetet med handlingsprogrammets sex mål har resulterat i att fem mål är uppfyllda och ett delvis uppfyllt. Stora utmaningar framåt är kopplade till totalförsvaret, bland annat RHUB-uppgifter vid krig, hantering av farliga områden och ammunitionsrisker samt uppbyggnad av krigsorganisation. Även kompetensförsörjningen är en utmaning, särskilt behovet av att öka jämställdhet och mångfald inom både RIB och heltidsstyrkan. Byggreglerna har också ändrats och förbundet har arbetat proaktivt med utbildning, anpassning och vidareutveckling av tillsynen. Rekryteringsarbetet stärks genom riktade insatser såsom prova-på-dagar för kvinnor, skolbesök och kampanjfilmer för att bredda bilden av yrket. Fokus ligger både på att rekrytera och att behålla personal genom god arbetsmiljö, moderna stationer och kvalitetssäkrad utbildning. Trähusbyggnation och ökad brandrisk har identifierats som ett område för oro efter att en brandutredning visade snabb brandspridning i ett nybyggt hus.

Placeringen av brandstationer bedöms över lag som ändamålsenlig, även om behovet av station i sydöstra Uppsala kan aktualiseras framöver. Lokalbehov hanteras enligt nämndens lokalförsörjningsplan och nya moderna stationer har färdigställts.

20.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogmötet framförs att ekonomin följs upp månadsvis och för 2025 uppgick avvikelsen till +319 tkr. Förbundet saknar eget kapital och eventuella överskott återförs till medlemskommunerna. Budgetdisciplinen är god och endast ett underskott har noterats sedan 2018.

20.4.3 Intern kontroll

Under 2025 har sju kontrollmoment genomförts och rapporterats till nämnden. Riskregistret följs upp två gånger per år och ligger till grund för nödvändiga justeringar. Arbetet med intern kontroll har reviderats med stärkt fokus på att säkerställa att planerade övningar faktiskt genomförs, där synpunkter från revisionens tidigare granskningar beaktats.

En workshop har genomförts med representanter från samtliga enheter för att identifiera risker och skapa ett gemensamt underlag för nämndens beslut om riskhantering. Den politiska delaktigheten har stärkts inför 2026 och nämndens presidium involveras aktivt i framtagandet av nya kontrollmoment. Nämnden beslutar årligen om plan och följer upp riskregistret i april.

20.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

20.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Vi har ej kunnat verifiera om nämnden tillställt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i enlighet med beslutade riktlinjer. Nämndens sex verksamhetsmål från handlingsprogrammet är mätbara då dessa har indikatorer med målnivå för 2025. För fokusmålen från Uppsala kommun kan dock mätbarheten i mål och uppdrag förbättras, detta givet att det inte är tydligt vilka indikatorer som hör till respektive nämndmål, uppdrag och åtgärd.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delårs- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att fokusmålen i hög grad är uppfyllda. Vad gäller målen i handlingsprogrammet är bedömningen att majoriteten av dessa uppnås. Vi poängterar att nämndens uppföljning innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning. Vi bedömer samtidigt att uppföljning av handlingsprogrammet sker på ett ändamålsenligt sätt.

20.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Nämnden redovisar ett överskott om 0,3 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

20.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp i enlighet med nämndens uppföljningsplan. I återrapporteringen i samband med årsredovisningen har identifierade avvikelser samt förslag på åtgärder presenterats.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i allt väsentligt utformad i enlighet med denna riktlinje, men saknar kontrollmoment inom ett obligatoriskt kontrollområde.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt och som i allt väsentligt går i linje med kommunens riktlinjer.

21 RESULTAT ÖVERFÖRMYNDARNÄMNDEN

21.1 VERKSAMHETSSTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Verksamhetsplan 2025 är antagen	Ja, 2025-12-02
Antal mål	Sex nämndmål, 11 uppdrag
Nämndens mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	Se generella iakttagelser
Nämnden följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Ja
Vid avvikelser från måluppfyllelsen följer nämnden upp eller efterfrågar orsaker till avvikelserna	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Inga särskilda åtgärder framgår av erhållen dokumentation
Nämndens mål för verksamheten uppnås	Se generella iakttagelser

Generella iakttagelser

Överförmyndarnämnden har beslutat om en verksamhetsplan för 2025-2027. Nämnden är gemensam med samtliga kommuner i Uppsala län. I nämndens verksamhetsplan återfinns följande uppdelning mellan uppdrag och nämndmål under respektive fokusmål:

- Fokusmål 1 - Tre uppdrag, två nämndmål.
- Fokusmål 2 - Två uppdrag.
- Fokusmål 3 - Ett uppdrag.
- Fokusmål 4 - Fem uppdrag, fyra nämndmål.

För samtliga uppdrag och nämndmål beskrivs ett antal åtgärder samt vilka effekter åtgärderna förväntas ge. Det finns tillhörande indikatorer och målnivåer 2025 för uppföljning till fokusmål 1 och 4. Det framgår inte hur indikatorerna kopplas till nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder.

De målnivåer som återfinns anger övervägande ett önskat tillstånd, exempelvis öka, bibehålla nivån eller minska, men utgörs i vissa fall av specifika målnivåer. Av nämndens uppföljningsplan, bilaga 2 tillhörande verksamhetsplanen, framgår att nämnden vid varje delårsuppföljning och vid årsredovisning, bedömer i vilken mån den bidrar till dels förverkligandet av kommunernas mål och uppdrag, dels nämndens egna mål. Bedömningen baseras på nämndens åtgärder med stöd av indikatorer.

En uppföljning per april vad gäller verksamhetsplanen har genomförts, vilken behandlats av nämnden 2025-04-22. Uppföljningen inkluderar både de kommunövergripande inriktningsmålen och de nämndspecifika målen från verksamhetsplanen. Av uppföljningen framgår att nämnden bedömer att samtliga fokusmål är delvis uppfyllda. Vad gäller uppdragen pågår majoriteten enligt plan, ett uppdrag är stoppat.

Nämnden har även erhållit verksamhetsstatistik för augusti 2025 där det framgår att förvaltningen har nått sitt granskningsmål och är klara med årsräkningar för 2024. Därtill redovisas att antalet nya gode män uppgår till 68. Redovisningen innehåller ingen bedömning av nämndens måluppfyllelse i relation till fokusmål, nämndmål eller uppdrag.

I årsredovisningen framgår att tre fokusmål uppfylls i hög grad. Nämnden bedömer att fokusmål 3 är uppfyllt. Vad gäller nämndmålen ges ingen samlad bedömning om målet uppnås. Däremot återfinns resultat på nämndindikatorerna. På ett av nämndmålen uppnås indikatorernas målvärde medan indikatorerna på det andra är nära målvärdet.

21.2 EKONOMISTYRNING OCH UPPFÖLJNING

Budget för 2025 är antagen	Ja, 2024-12-02
Nämnden följer upp det ekonomiska utfallet och prognoser under året	Ja
Nämnden får en analys av orsaker vid eventuella avvikelser från budget	Ja
Nämnden beslutar om åtgärder vid eventuella budgetavvikelser	Framgår av dokumentation att detta ej varit aktuellt.

Helårsprognos vid delår per sista mars	Helårsprognos vid delår per sista augusti	Resultat helår 2025
+ 0,8 mnkr	+1,7 mnkr	+4,1 mnkr

Generella iakttagelser

Nämndens budget för år 2025 är en del av verksamhetsplanen. Det ekonomiska utfallet ska följas upp månadsvis. I samband med detta ska en helårsprognos upprättas. En fördjupad uppföljning sker per mars, augusti och vid årsbokslut. Vid eventuella avvikelser mot förväntat resultat ska nämnden besluta om åtgärder.

Utifrån granskade protokoll under perioden 2024-12-02– 2025-05-94 har nämnden tagit del av redovisning av årsbokslut 2024 samt ekonomiska månadsrapporter för perioden januari - april 2025. Delårsbokslut per mars 2025 har även hanterats 2024-04-22. Av uppföljningen framkommer att nämndens resultat per mars är ett överskott om 0,5 mnkr. Avvikelsen är hänförlig till lägre personal- och verksamhetskostnader. Nämnden prognosticerar ett överskott om 0,8 mnkr för helåret med ett prognosspann mellan 0,6 - 1 mnkr.

Vid delårsbokslut per augusti framgår att nämnden redovisar en positiv avvikelse gentemot budget om 1,5 mnkr, vilket uppges bero på att kansliet har haft lägre personal- och verksamhetskostnader. Helårsprognosen är 1,7 mnkr.

Av protokoll 2026-02-23 § 55 framgår att nämnden för år 2025 redovisar en positiv avvikelse gentemot budget om 4,1 mnkr. Likt uppföljning per april och augusti beror detta på lägre kostnader.

21.3 INTERN KONTROLL

Internkontrollplan 2025 är antagen	Ja, 2024-12-02
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Delvis, se generella iakttagelser
Antal kontrollmoment 2025	12, varav tre obligatoriska
Antal kontrollmoment inom kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	6

Antal kontrollmoment inom kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	0
Antal kontrollmoment inom finansiell kontroll	2
Antal kontrollmoment inom kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	1
Antal kontrollmoment inom verksamhetskontroller	3
Kommunövergripande kontrollmoment är inkluderade i internkontrollplanen 2025	Ja, tre obligatoriska kontrollmoment
Uppföljning av internkontrollplan 2025 har genomförts	
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	

Generella iakttagelser

Överförmyndarnämnden har för 2025 beslutat om *Internkontrollplan 2024 och analys av arbetet med intern kontroll 2024 enligt reglemente, för överförmyndarnämnden*.

Internkontrollplanen innehåller en generell beskrivning av nämndens arbete med intern kontroll enligt fullmäktiges reglemente samt enligt de riktlinjer för intern kontroll som beslutats av kommunstyrelsen. Förvaltningen upprättar årligen ett förslag till plan som nämnden beslutar om. Det framgår ej huruvida nämnden är delaktig i riskanalysarbetet utöver beslut om planen.

Internkontrollplanen innehåller kontrollområden, riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetod och tidpunkt för rapportering. Planen innehåller inte en värdering av riskerna utifrån sannolikhet och konsekvens. Av planen framgår att nämnden uppdragit åt förvaltningen att utse kontrollansvarig för respektive kontrollmoment. Det konstateras att kontrollmoment inom området *kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut* saknas. I faktakontroll uppges att alla obligatoriska moment tagits med i planen men att gamla rubriker använts. Innehåller uppges dock stämma överens med att kontroll sker av regler, policyer och beslut.

Åtta kontroller följs upp i samband med årsbokslut, en kontroll genomförs månatligen och tre följs upp kvartalsvis.

Nämnden har tagit del av en uppföljning av internkontrollplanen för kvartal 1 per 2025-04-22, i enlighet med ovanstående uppföljningsfrekvens. De områden som kontrollerats visar på vissa anmärkningar, framför allt avseende kontroll av arvodesbeslut och uttagstillstånd.

Nämnden har per 2026-01-26 § 30 tagit avrapportering av hela internkontrollplanen. Det framgår ej explicit om resultatet visat på anmärkning eller ej, men det framgår en beskrivning av vilken kontroll som skett och resultat av kontroll. Det framkommer även en beskrivning av vidtagna åtgärder / åtgärdsförslag framgent.

21.4 IAKTTAGELSER FRÅN NÄMNDIALOG

Dialog med överförmyndarnämndens presidium genomfördes 20 mars 2026 inom ramen för revisionens ordinarie sammanträde. Nedan sammanfattas iakttagelser från dialogen avseende verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och intern kontroll.

21.4.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vid dialogmötet per mars 2026 framförs att det under 2025 gjordes få större verksamhetsförändringar, men flera betydande förändringar väntas under 2026. Ett omfattande arbete har genomförts kring införandet av ett nytt verksamhetssystem, som gav fler digitala funktioner utan ökade kostnader. Systemet kravställdes utifrån en digital färdplan som förvaltningen tagit fram, och resultatet har även delats med andra förvaltningar. Årligen granskas omkring 3 000 årsredovisningar, vilket kräver mycket resurser. Under 2025 nåddes Länsstyrelsens mål om att avsluta granskningen senast 1 september. Rekryteringen av gode män har förbättrats kraftigt, med 123 nya rekryterade jämfört med målet om 80, även om det fortsatt finns brist på gode män för mer komplexa uppdrag och väntetiderna ännu inte nått målet.

En central utmaning är komplexa ärenden där uppdragen berör psykisk ohälsa, missbruk och press från anhöriga. Förvaltningen arbetar för att hålla nere väntetiderna, stärkta av en rekryteringsfunktion och gott samarbete med gode män-föreningen. Vissa uppdrag ersätts per timme för att undvika att anlita professionella bolag, vilket nämnden inte vill återinföra.

Under 2026 väntas större förändringar genom ny lagstiftning. Den innebär högre kvalitetskrav, fler tvister som överlämnas till tingsrätt, och att cirka 700 ärenden flyttas över till myndigheten. Nya delegationer och begrepp ska införas, vilket medför en omställning. En ny expertmyndighet, MFOF, ska utveckla utbildning, introduktion och nationellt register, men registret beräknas först vara klart 2028.

Bemanningen består främst av jurister, med vissa socionomer och statsvetare. De flesta arbetar på plats. Fördelningen av arvoden följer föräldrabalken: 70 % av huvudmännen betalar arvode själva, medan kommunen täcker cirka 30 %.

Nämnden följer Uppsala kommuns organisation och arbetar mot kommunens fokusmål. Vissa mål, särskilt de kopplade till näringsliv och klimat, är svårare att påverka med det kansli som finns, men övriga mål bedöms som genomförda eller påbörjade under 2025.

21.4.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Vid dialogen framförs att ett det ekonomiska resultatet resulterade i ett överskott för 2025. Överskotten har återkommit över tid, huvudsakligen på grund av att arvodeskostnader budgeterats för högt. Arvodesutfall blir synligt först året efter, vilket gjort det svårt att göra tillförlitliga prognoser. Bristen på avstämning mot tidigare utfall har bidragit till felbedömningarna, och överskottet återbetalas sedan till samverkanskommunerna. Prognoserna för arvoden beskrivs som svårhanterliga och oförutsägbara.

21.4.3 Intern kontroll

Vid dialogen framförs att internkontrollarbetet under 2025 fokuserat på utbetalningar, ärendemängd och beslut fattade på delegation. Särskild kontroll görs av uttag från spärrade konton, arvoden samt orsaker till ärenden som drar ut på tiden. Inför 2026 har ett nytt moment tillkommit: uppföljning av åtgärder för att minska antalet anmärkningar.

Internkontrollen följs upp kvartalsvis i nämnden. Upptäckta brister har lett till förstärkta kontroller under året. Nämnden involveras vanligtvis inte i riskanalysprocessen, men har möjlighet att påverka internkontrollplanen vid kvartalsvisa uppföljningar. Presidiet upplever att diskussionerna numera är mer utförliga och att förvaltningen är lyhörd. Större förändringar i internkontrollplanen beslutas av nämnden, men mindre justeringar hanteras av ordförande och vice ordförande.

21.5 BEDÖMNING PER OMRÅDE

21.5.1 Verksamhetsstyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden har antagit en verksamhetsplan för 2025, där såväl fokusmål och uppdrag från kommunfullmäktige som egna nämndmål utgör styrsignaler för verksamheten. Nämnden har även tillsänt verksamhetsplanen till kommunstyrelsen i linje med riktlinjer. Det finns tillhörande indikatorer och målnivåer 2025 för uppföljning till fokusmål 1 och 4. Det framgår dock inte hur indikatorerna kopplas till nämndmålen eller till uppdrag och åtgärder. En mer strukturerad uppställning av målen, tillsammans med en samlad bedömning av utvecklingen inom både fokusmål och nämndmål, skulle enligt vår bedömning stärka styrningen. En sådan uppställning skulle med fördel kombinera kvalitativa analyser med kvantitativa indikatorer som har angivna målnivåer för innevarande år.

Mål, uppdrag och åtgärder har följts upp utifrån fasta uppföljningspunkter, såsom vid delårs- och helårsredovisning och nämndens egen bedömning är att fokusmålen i hög grad är

uppfyllda. Vi poängterar att nämndens uppföljning innehåller gedigen information om vilka aktiviteter som genomförts under året. Däremot bedömer vi att det finns risk att en bedömning av måluppfyllelse utifrån genomförda uppdrag snarare än kvantitativa mätverktyg kan innebära en risk för att bedömningen blir subjektiv.

Mot bakgrund av ovan är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbetssätt och en systematisk struktur för verksamhetsstyrning och uppföljning.

21.5.2 Ekonomistyrning och uppföljning

Granskningen visar att nämnden följt upp verksamhetens ekonomi vid delår per mars, augusti samt vid årsredovisning. Nämnden redovisar ett överskott om 4,1 mnkr 2025. Nämnden har även erhållit en redogörelse och analys av orsaker till överskottet.

Vår bedömning är således att nämnden har säkerställt att verksamheten bedrivits på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

21.5.3 Intern kontroll

Granskningen visar att nämnden antagit en internkontrollplan för 2025, där alla kontrollmoment har följts upp i enlighet med nämndens uppföljningsplan. Vid eventuella avvikelser har åtgärdsförslag presenterats. Vi noterar dock att uppföljningen inte innehåller information om kontrollen visat på någon form av anmärkning, men att åtgärdsförslag framförs på vissa av genomförda kontroller.

Vi konstaterar att kommunens *Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll* föreskriver att internkontrollplanen ska innehålla vad som ska kontrolleras, när och hur kontrollen ska göras samt när rapporteringen ska ske. Därtill ska planen innehålla ett antal obligatoriska kontrollmoment och obligatoriska områden. Nämndens internkontrollplan är i allt väsentligt utformad i enlighet med denna riktlinje.

Vår bedömning är således att nämnden under verksamhetsåret 2025 i allt väsentligt har tillsett att det finns system för att följa upp den interna kontrollen på ett ändamålsenligt sätt och som i allt väsentligt går i linje med kommunens riktlinjer.

Denna revisionsrapport har upprättats av Azets Revision & Rådgivning på uppdrag av Uppsala kommuns kommunrevision i enlighet med antagen projektplan, 2025-02-28.

2026-03-23

Azets Revision & Rådgivning AB

Mikael Lind

Certifierad kommunal revisor

Hannah Klarkner

Verksamhetsrevisor

Amalie Christensen

Verksamhetsrevisor



Styrelsemöte

Via Teams

2026-03-27

Sid 1 (5)

10 bilagor

PROTOKOLL

Närvarande

Fredrik Ahlstedt	ordförande
Johan Nikula	vice ordförande
Karl-Ove Andersson	ledamot
Håkan Gunnarsson	ledamot
Olaf Løberg	ledamot
Angelica Lundgren-Bielinski	ledamot
Per-Åke Fredriksson	ledamot
Anders Lundkvist	ledamot
Linda Ekström	ledamot
Tore Neverdal	tjänstgörande ersättare
Mikael Svegland	tjänstgörande ersättare
Lars Backteman	ersättare
Pekka Seitola	ersättare

Frånvarande

Peter Engström	ledamot
Hans Lindberg	ledamot
Erik Pelling	ersättare

Övriga deltagare

Lina Haglund	VD, Svenska Kommun Försäkrings AB
Ulrika Skoglund	Ekonomiansvarig, Svenska Kommun Försäkrings AB
Roger Nyman	Compliance officer, Svenska Kommun Försäkrings AB
Morgan Sandström	Externrevision, Öhrlings Pricewaterhousecoopers, § 5
Emma Skarfors	Externrevision, Öhrlings Pricewaterhousecoopers, § 5

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB

Svenska Kommun Försäkrings AB, Drottninggatan 35, 803 11 Gävle

Tfn 026-17 80 60 (vx) E-post info@skfab.se

www.skfab.se

§ 1 Mötets öppnande, godkännande av dagordning samt val av justeringsperson och sekreterare

Mötet öppnas av styrelsens ordförande Fredrik Ahlstedt som hälsar de närvarande välkomna.

Styrelsen beslutar att godkänna den föreslagna dagordningen. För att jämte ordförande justera dagens protokoll utses Anders Lundkvist medan Roger Nyman utses att upprätta protokollet.

§ 2 Föregående styrelseprotokoll

Ordförande går igenom föregående styrelseprotokoll från mötet 2026-02-13, **bilaga 1**.

Styrelsen beslutar att lägga det justerade protokollet till handlingarna.

§ 3 Logg över punkter för vidare åtgärd utefter tidigare styrelsemöten

Ordförande presenterar logg över punkter för vidare åtgärd utefter tidigare styrelsemöten:

- Nedan §§ 4, 6

Avrapportering och muntlig information

§ 4 Anmälan om potentiella intressekonflikter

Ordförande meddelar att inga intressekonflikter anmälts till dagens möte.

§ 5 Externrevision 2025 - Bokslutsrapport

Bolagets externrevision Öhrlings Pricewaterhousecoopers (PwC) med påskrivande revisor Morgan Sandström samt granskningsledare Emma Skarfors framlägger bokslutsrapport RevR 100 för styrelsen, **bilaga 2**. En signerad rapport tillställs styrelsen samt ägarombud till bolagsstämman.

Externrevisionen granskar dels bolagets redovisning utifrån de regler som gäller dels hur verksamheten bedrivits under 2025. I rapporten sammanfattar externrevisionen sin syn på bolagets tillämpning av redovisningsprinciper och hur verksamheten sköts i relation till gällande regler. Avsättning för oreglerade skador utgör en väsentlig balanspost i bolaget, varför avsättningens värdering bedöms som ett bolagsspecifikt och särskilt betydelsefullt granskningsområde 2025. Management Override, som utgör ett allmänt riskbedömningsområde relaterat materialitet, har kontrollerats och konstateras som icke befintligt i bolaget. Även försäkringstekniska avsättningar (FTA), återförsäkrares andel av oreglerade skador samt utbetalda skador (stickprov) har granskats. Inga väsentliga icke korrigerade felaktig-

heter har identifierats under revisionen, **bilaga 3**. Noteras till protokollet att styrelsen tagit del av dokument från PwC avseende externrevisionens oberoendebekräftelse, det vill säga försäkrans om opartiskhet och självständighet enligt europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 537/2014.

Externrevisionen betonar även de centrala nyckelfunktionernas betydelse för att upprätthålla en god intern kontroll i ett försäkringsbolag.

Ordförande tackar PwC med Morgan Sandström och Emma Skarfors för utförda insatser under den fyraårsperiod som företaget innehaft uppdraget att utföra extern revision i bolaget.

§ 6 Granskningsåtgärder 2025–2026

Compliance officer Roger Nyman delger status i genomförda granskningar 2025–2026.

Ärenden för beslut

§ 7 Årsredovisning 2025 att framläggas årsstämman

Styrelsen beslutar:

- **att** rekommendera bolagsstämman fastställa årsredovisning 2025 med bokslut enligt förslag, samt
- **att** redovisad vinst, efter premieåterbäring till berörda delägarkommuner, rekommenderas bolagsstämman att föras över i ny räkning.

Ärende och beslutsunderlag

Ekonomiansvarig Ulrika Skoglund går övergripande igenom årsredovisningen för 2025, vilken styrelsen tidigare erhållit för påsyn, **bilagor 4–5**. Bolaget gör ett sammantaget resultat 2025 på 2,5 MSEK före bokslutsdispositioner och skatt baserat på utfallet i försäkringsrörelse och kapitalförvaltning. Det tekniska resultatet i försäkringsrörelsen uppgår till - 36,2 MSEK efter uppbokad premieåterbäring på 13,3 MSEK medan kapitalförvaltningen redovisar 8,7 MSEK i realiserat resultat samt 30,1 MSEK i orealiserat resultat. Valutakursdifferensen uppgår till - 3,0 MSEK. Revisionsutskottet har föreslagit styrelsen att rekommendera bolagsstämman fastställa årsredovisningen enligt förslag. Ordinarie styrelseledamöter, VD samt Morgan Sandström signerar årsredovisningen 2025 elektroniskt dag som denna.

§ 8 Årsrapporter 2025 till Finansinspektionen

Styrelsen beslutar:

- **att** godkänna den kvantitativa Solvens II-rapporten Quantitative Reporting Templates (QRT) 2025

- **att** godkänna de kvalitativa Solvens II-rapporterna Solvency and Financial Condition Report (SFCR) samt Regulatory Supervisory Report (fullständig RSR) 2025, samt
- **att** publicera den publika SFCR-rapporten med QRT-bilaga på SKFAB:s hemsida.

Ärende och beslutsunderlag

Ekonomiansvarig samt Compliance officer sammanfattar bolagets årsrapporter 2025 utifrån Solvens II-regelverket vilka styrelsen har att fastställa efter sedvanligt remissförfarande. Rapporterna tillsänds Finansinspektionen samtidigt som SFCR med sammanfattande QRT-bilaga även läggs ut på bolagets hemsida, **bilagor 6–9**.

§ 9 Ansökan om koncession för Rättsskyddsförsäkring

Styrelsen beslutar:

- **att** bordlägga frågan avseende en eventuell ansökan om koncession för Rättsskyddsförsäkring till styrelsemötet den 10 april.

Ärende och beslutsunderlag

Bolaget har uppfattat ett önskemål och behov hos sina försäkringstagare, framför allt inom bostadssektorn, att teckna Rättsskyddsförsäkring (direktförsäkring - försäkringsklass 17). Styrelseledamot Karl-Ove Andersson går igenom och beskriver försäkringen, vilken huvudsakligen täcker rättegångskostnader samt kostnader för juridiskt ombud vid tvister, **bilaga 10**. Rättsliga tvister är ofta tidskrävande och kostsamma vilket gör att försäkringen kan anses vara befogad. Bolaget måste i sin ansökan om utökad koncession till Finansinspektionen påvisa solvensberäkningar med den nya försäkringsklassen, vilka bedöms vara marginella. Till ansökan ska även biläggas justerat stämmoprotokoll med uppgift om röstfördelning samt en ändringsmarkerad bolagsordning. Styrelsen diskuterar frågan och beslutar att Rättsskyddsförsäkring påförs mötesagendan den 10 april för vidare samtal och tydliggöranden.

§ 10 Övriga frågor

Inga övriga frågor finns anmälda till dagens möte.

§ 11 Nästa mötesdatum

Ordförande går igenom kommande mötesdatum:

- **9–10 april 2026** Strategi- och styrelsemöte i Uppsala kl. 09.00 dag 1-13.00 dag 2 med bolagsstämma kl. 13.00-14.00 dag 1

- **29 maj 2026** Extra styrelsemöte via Teams kl. 09.00-10.00
- **12 juni 2026** Styrelsemöte via Teams kl. 09.00-12.00

§ 12 Avslutning av dagens möte

Ordförande avslutar dagens styrelsemöte, tackar för visat intresse och tillönskar styrelseledamöter och tjänstepersoner en Glad Påsk.

Vid protokollet:

Justeras:

Justeras:

Roger Nyman

Fredrik Ahlstedt
Ordförande

Anders Lundkvist
Ledamot



SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB

BOLAGSSTÄMMA 2026-04-09

Stämman hålls via Teams samt med möjlighet att medverka från Elite Hotel Academia Uppsala

2026-04-09

Sid 1 (6)

Närvarande ägarombud

Åsa Ulander	Sundsvalls kommun, ägarombud samt valberedning
Julia Brozin	Gävle kommun, ägarombud
Linda Eskilsson	Uppsala kommun, ägarombud
Marcus Nilsson	Helsingborgs stad, ägarombud
Camilla Brodin	Örnsköldsviks kommun, ägarombud
Thomas Wennström	Umeå kommun, ägarombud
Lars Magnussen	Trondheim kommune, ägarombud
Tony Georgiou	Trollhättans Stad, ägarombud
Anton Nilsson	Piteå kommun, ägarombud
Mats Taaveniku	Kiruna kommun, ägarombud

Stämмоordförande

Fredrik Ahlstedt	Uppsala kommun, stämмоordförande samt styrelseordförande

Valberedning och revisorer

Paul Åkerlund	Trollhättans Stad, valberedningens sammankallande
Jörgen Edsvik	Gävle kommun, valberedning
Morgan Sandström	Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB, påskrivande revisor
Rodney Engström	Sundsvalls kommun, lekmannarevisor

Övriga stämmodeltagare

Johan Nikula	Sundsvalls kommun, vice ordförande
Per-Åke Fredriksson	Gävle kommun, ledamot
Håkan Gunnarsson	Örnsköldsviks kommun, ledamot
Linda Ekström	Helsingborgs stad, ledamot

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB

Drottninggatan 35, 803 11 Gävle
Tfn 026-17 80 60 (vx) E-post info@skfab.se
www.skfab.se

Karl-Ove Andersson	Försäkringssakkunnig, ledamot
Lars Backteman	Sundsvalls kommun, ersättare
Mikael Sveglund	Helsingborgs stad, ersättare
Tore Neverdal	Trondheim kommune, ersättare
David Arnell	Uppsala kommun
Lina Haglund	VD, Svenska Kommun Försäkrings AB
Ulrika Skoglund	Ekonomiansvarig, Svenska Kommun Försäkrings AB
Roger Nyman	Sekreterare och Compliance officer, Svenska Kommun Försäkrings AB

§ 1 Val av ordförande

Stämman beslutar att utse bolagets styrelseordförande Fredrik Ahlstedt till ordförande för mötet efter förslag från valberedningens sammankallande Paul Åkerlund. Ordförande tackar för förtroendet, inleder stämman och föreslår att VD Lina Haglund informerar om verksamhetsåret 2025 samt aktuella händelser i bolaget i anslutning efter § 5, vilket antas av stämman.

§ 2 Val av två justeringspersoner samt sekreterare

Stämman beslutar att jämte ordförande utse Marcus Nilsson, Helsingborgs stad, och Tony Georgiou, Trollhättans Stad, till justeringspersoner samt att utse Roger Nyman att upprätta protokollet.

§ 3 Upprättande och godkännande av röstlängd

Ordförande uppdrar till sekreterare att genomföra ett upprop av stämmodeltagare samt med representanter att företräda delägarkommunerna i form av:

Åsa Ulander	Sundsvalls kommun
Julia Brozin	Gävle kommun
Linda Eskilsson	Uppsala kommun
Marcus Nilsson	Helsingborgs stad
Camilla Brodin	Örnsköldsviks kommun
Thomas Wennström	Umeå kommun
Lars Magnussen	Trondheim kommune
Tony Georgiou	Trollhättans Stad
Anton Nilsson	Piteå kommun
Mats Taaveniku	Kiruna kommun

samt därefter att redovisa röstlängd för:

Gävle kommun	7 520 aktier
Sundsvalls kommun	7 595 aktier
Kiruna kommun	1 922 aktier

Uppsala kommun	15 936 aktier
Piteå kommun	3 525 aktier
Trollhättans Stad	4 760 aktier
Helsingborgs stad	10 604 aktier
Trondheim kommune	14 972 aktier
Örnsköldsviks kommun	4 256 aktier
Umeå kommun	<u>9 944 aktier</u>
	81 034 aktier

Stämman beslutar att godkänna röstlängden.

§ 4 Stämman behörigen sammankallad

Stämman beslutar att stämman sammankallats i behörig ordning avseende utskickad kallelse, föredragningslista samt övriga handlingar.

§ 5 Godkännande av dagordningen

Stämman beslutar att godkänna den föreslagna dagordningen varpå VD informerar om verksamhetsåret 2025 samt aktuella händelser i bolaget.

§ 6 Framläggande av årsredovisning, revisionsberättelse samt lekmannarevisionens granskningsrapport

Ekonomiansvarige Ulrika Skoglund sammanfattar årsredovisningen för stämman där ägarombuden sedan tidigare tagit del av resultat- och balansräkning 2025 med förslag till disponering av vinst.

Externrevisor Morgan Sandström, Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB, föredrar bolagets revisionsberättelse för 2025 med tillstyrkande av årsredovisning och vinstdisposition. Revisionsberättelsen rekommenderar stämman att bevilja ansvarsfrihet för styrelsen samt för VD.

Rodney Engström föredrar Lekmannarevisionens granskningsrapport 2025 och konstaterar att bolagets verksamhet skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen varit tillräcklig. Någon grund för anmärkning mot styrelsens och VD:s förvaltning av bolaget föreligger inte.

§ 7 Beslutsärenden

Stämman beslutar:

att fastställa framlagd resultaträkning och balansräkning,

att fastställa disposition om 1 334 tkr (efter skatt) beträffande bolagets vinst enligt den presenterade förvaltningsberättelsen,

att ta lekmannarevisionens granskningsrapport till protokollet, samt

att bevilja ansvarsfrihet för styrelseledamöter och VD avseende verksamhetsåret 2025.

Åsa Ulander anmäler att Sundsvalls kommun inte deltar i beslutet då årsredovisningen inte hanterats av Kommunfullmäktige på grund av otillräcklig tidsdräkt.

§ 8 Beslut om antalet styrelseledamöter och ersättare

Stämman beslutar att styrelsen skall bestå av 11 ordinarie ledamöter samt 5 ersättare.

§ 9 Fastställande av arvoden till styrelseledamöter, ersättare, revisor, lekmannarevisorer och valberedning.

Ägarombuden har sedan tidigare tagit del av valberedningens förslag till justerade arvoden för styrelseledamöter, ersättare, extern revisor, lekmannarevisorer samt valberedning.

Stämman beslutar:

att fastställa arvode enligt upphandlat avtal för externrevision i regi Ernst & Young för verksamhetsåret 2026, samt

att fastställa arvodet från och med den **1 januari 2026** för:

- Ordförande 10 175 kr/månad (under 2025 var ersättningen 9 813) 12,5 % av riksdagsarvodet
- Vice ordförande 7 733 kr/månad (7 458) 9,5 % av riksdagsarvodet
- Sakkunnig ledamot 7 733 kr/månad (7 458) 9,5 % av riksdagsarvodet
- Ledamöter och ersättare 3 093 kr/månad (2 983) 3,8 % av riksdagsarvodet
- Lekmannarevisorer 18 547 kr/år (17 887) 1,9 % av riksdagsarvodet
- Valberedning 9 279 kr/år (8 949) 0,95 % av riksdagsarvodet

Arvodet har uppräknats med 3,69 procent utifrån de ersättningar som tillämpas av Riksdagen enligt GRB. Inom parentes anges ersättningsnivåer för 2025. Åsa Ulander som ägarombud deltar inte i beslutet

om arvode för valberedningen på grund av jäv. Även Paul Åkerlund och Jörgen Edsvik anmäler jäv avseende valberedningens arvodering.

§ 10 Val av ordförande och vice ordförande i styrelsen

Stämman beslutar att genom omval utse Fredrik Ahlstedt Uppsala kommun till ordförande och Johan Nikula Sundsvalls kommun till vice ordförande.

§ 11 Val av övriga ledamöter i styrelsen

Stämman beslutar att genom omval utse Peter Engström Kiruna kommun, Anders Lundkvist Piteå kommun, Linda Ekström Helsingborgs stad, Olaf Løberg Trondheim kommune, Hans Lindberg Umeå kommun, Per-Åke Fredriksson Gävle kommun, Angelica Lundgren-Bielinski Trollhättans Stad, Håkan Gunnarsson Örnsköldsviks kommun samt Karl-Ove Andersson försäkringssakkunnig till ledamöter i styrelsen.

§ 12 Val av ersättare till styrelsen

Stämman beslutar att genom omval utse Tore Neverdal Trondheim kommune, Mikael Svegländ Helsingborgs stad, Erik Pelling Uppsala kommun, Pekka Seitola Gävle kommun samt Lars Backteman Sundsvalls kommun till ersättare i styrelsen.

§ 13 Fastställande av ordningen för ersättarnas inträde som tjänstgörande i styrelsen

Stämman beslutar att fastställa ordningen för ersättarnas inträde som tjänstgörande i styrelsen. Ledamöterna från Gävle kommun samt Sundsvalls kommun har personliga ersättare. För övriga valda ersättare gäller i första hand att de ersätter sin egen ordinarie ledamot. I andra hand i nedan angiven turordning:

- Trondheim kommune
- Helsingborgs stad
- Uppsala kommun
- Sundsvalls kommun
- Gävle kommun

§ 14 Val av revisor och lekmannarevisor

Stämman beslutar

att utse Ernst & Young som ny externrevisor med Carl Rudin som påskrivande revisor till och med bolagsstämman 2027, samt

att genom omval utse Rodney Engström Sundsvalls kommun samt Gert-Inge Andersson Trollhättans Stad som lekmannarevisorer till och med bolagsstämman 2027.

§ 15 Val av ledamöter och sammankallande i valberedningen

Stämman beslutar att genom omval utse Paul Åkerlund Trollhättans Stad (sammankallande), Åsa Ulander Sundsvalls kommun samt Jörgen Edsvik Gävle kommun till att ingå i valberedningen. Åsa Ulander deltar inte i beslutet om valberedningens bemanning på grund av jäv.

§ 16 Avslutning

Ordförande tackar för visat intresse och avslutar årets bolagsstämma.

Vid protokollet

Ordförande

Roger Nyman

Fredrik Ahlstedt

Justeras

Justeras

Marcus Nilsson

Tony Georgiou

Certification

Reference: cmo00ufm809a1gtgrg6g71d7t



Document

Filename: Protokoll_Bolagsstämma_SKFAB_2026-04-09.pdf

Fingerprint: QIJFhKMetcSs6138LCR18/hypjuzV1LEkL8dZE4UdRM=



Tony Georgiou

Signer

Personal number

19790806-****

Signed with

Swedish Mobile BankID (AES)

Signed at

2026-04-15 14:40:34



Stig Roger Anders Nyman

Signer

Personal number

19660424-****

Signed with

Swedish Mobile BankID (AES)

Signed at

2026-04-15 15:19:36



Marcus Tobias Nilsson

Signer

Personal number

19700409-****

Signed with

Swedish Mobile BankID (AES)

Signed at

2026-04-15 19:39:17



Sven Fredrik Arnold Ahlstedt

Signer

Personal number

19680217-****

Signed with

Swedish Mobile BankID (AES)

Signed at

2026-04-16 11:11:39

The complete audit trail and signature data is embedded within this PDF file. Please handle with care, as it contains sensitive and Personal Identifiable Information (PII).

Save Evidence Package



Zigned



Styrelsemöte i Svenska Kommun Försäkrings AB
Elite Hotel Academia Uppsala den 10 april 2026 kl. 09.10-12.00

2026-04-10
Sid 1 (7)

16 bilagor

PROTOKOLL

Närvarande

Fredrik Ahlstedt	ordförande
Johan Nikula	vice ordförande
Karl-Ove Andersson	ledamot
Håkan Gunnarsson	ledamot
Olaf Løberg	ledamot §§ 1–15
Angelica Lundgren-Bielinski	ledamot
Per-Åke Fredriksson	ledamot
Anders Lundkvist	ledamot
Linda Ekström	ledamot
Tore Neverdal	Tjänstgörande ersättare §§ 1–15
Mikael Svegländ	Tjänstgörande ersättare
Lars Backteman	ersättare (Tjänstgörande §§ 16–21)

Frånvarande

Peter Engström	ledamot
Hans Lindberg	ledamot
Erik Pelling	ersättare
Pekka Seitola	ersättare

Övriga deltagare

Lina Haglund	VD, Svenska Kommun Försäkrings AB
Ulrika Skoglund	Ekonomiansvarig, Svenska Kommun Försäkrings AB
Roger Nyman	Compliance officer, Svenska Kommun Försäkrings AB
Örjan Mårtensson	Internrevisionsfunktionen, Moneo, § 12

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB

Svenska Kommun Försäkrings AB, Drottninggatan 35, 803 11 Gävle
Tfn 026-17 80 60 (vx) E-post info@skfab.se
www.skfab.se



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B

§ 1 Mötets öppnande, godkännande av dagordning samt val av justeringsperson och sekreterare

Mötet öppnas av styrelsens ordförande Fredrik Ahlstedt som hälsar de närvarande välkomna.

Styrelsen beslutar att godkänna den föreslagna dagordningen. För att jämte ordförande justera dagens protokoll utses Anders Lundkvist medan Roger Nyman utses att upprätta protokollet.

§ 2 Föregående styrelseprotokoll

Ordförande går igenom föregående styrelseprotokoll från mötet 2026-03-27, **bilaga 1**.

Styrelsen beslutar att lägga det justerade protokollet till handlingarna.

§ 3 Logg över punkter för vidare åtgärd utefter tidigare styrelsemöten

Ordförande presenterar logg över punkter för vidare åtgärd utefter tidigare styrelsemöten:

- Nedan §§ 4–6

Avrapportering och muntlig information

§ 4 Anmälan om potentiella intressekonflikter

Ordförande meddelar att inga intressekonflikter anmälts till dagens möte.

§ 5 Granskningsåtgärder 2025–2026

VD Lina Haglund delger status i genomförda granskningar 2025–2026.

§ 6 Kommunförsäkringsföreningen

VD informerar om aktuellt inom Kommunförsäkringsföreningen (KFF) i form av projekt för en gemensam utbildningsplattform med prioritering av modul för IDD (Insurance Distribution Directive) och årligt kunskapstest. Vidare återges aktuell status avseende projekt *Forskningsplattform brand i trähus* som leds av samlingsstiftelsen Brandforsk. Ett möte har genomförts, i vilket även kommersiella försäkringsbolag deltog, med diskussioner om bland annat projektrepresentation från beställarsidan samt fokusfråga om konsekvens av inträffad brand i trähus.

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B

§ 7 Sammanfattning av strategimötet den 9 april

Ordförande samt VD sammanfattar strategidagen den 9 april med föreläsning/utbildning inom cyberrisker genom bolagets CISO (Chief Information Security Officer) Peter Bayer, fokusområde strategisk Risk Management under ledning av Ewa Söderberg, aktuellt inom Uppsala kommun från KSO Erik Pelling samt busstur och rundvandring i Uppsala med försäkringsobjekt och kulturhistoriska byggnader under guidning av Fredrik Ahlstedt. Strategisk Risk Management omfattade årsuppföljning av det skadeförebyggande arbetet 2025, årligt avstämningsmöte mellan ledamot och säkerhetsansvarig, RM-arbetet 2025 med plan för 2026 samt workshop med prioritering på bolagets skadeförebyggande arbete i ett framåtblickande perspektiv. En återkoppling av resultatet från workshopen ges på ett kommande styrelsemöte.

§ 8 Möte i revisionsutskottet den 13 mars

VD redogör för genomfört möte i revisionsutskottet den 13 mars med behandling av årsredovisningen 2025, uppföljning av bolagets arbete med internkontroll och riskhantering 2025, rapportering från centrala nyckelfunktioner respektive beställaransvariga samt finansiell rapportering till styrelsen och Finansinspektionen.

§ 9 Styrdokument som VD fastställer 2026

VD redogör för de styrdokument som antas av VD där arbetstider omfördelats i enlighet med lokalt avtal, och där förtydliganden skett avseende prioriteringsordning av arbetsuppgifter vid krigshändelse samt ansvar och uppgifter vid inträffad incident kopplad till DORA eller GDPR.

§ 10 Status prospects

VD går igenom aktuell status gällande en eventuellt utökad ägarkrets med tillhörande tidsplan.

§ 11 Ägarsamråd

Ordförande och VD informerar om planerat ägarsamråd med kallelse och preliminär agenda där styrelsen diskuterar representation från delägarkommunerna.

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B

Ärenden för beslut

§ 12 Granskningsrapport Q1 2026 från internrevisionsfunktionen

Förslag beslutar:

- att notera internrevisionsfunktionens granskning avseende Q1 2026 till protokollet, samt
- att uppdra till VD att åtgärda i rapporten lämnade rekommendationer med löpande avrapportering till styrelsen.

Ärende och beslutsunderlag

Bolagets internrevisionsfunktion i regi Moneo och granskningsansvarige Örjan Mårtensson presenterar granskningsrapport Q1 2026 och som avser den externa regelefterlevnadsfunktionens riskanalys, granskningsplan samt granskningsrapporter under 2025. Internrevisionen noterar en viss utvecklingspotential men betonar samtidigt att bolaget inte löper några omedelbara regelefterlevnadsrisker och att regelefterlevnadsfunktionens faktiska arbete inte brister. **Bilagor 2–3.**

§ 13 Granskningsrapport Q1 2026 från riskhanteringsfunktionen

Förslag beslutar:

- att notera riskhanteringsfunktionens granskning avseende Q1 2026 till protokollet.

Ärende och beslutsunderlag

Bolagets riskhanteringsfunktion med granskningsansvarige Karl-Ove Andersson presenterar organisationens och verksamhetens sammantagna riskbild för Q1 2026. Noteras att rapporten skrevs innan resultat- och balansräkning för Q1-2026 var färdigställda, varför ekonomiska kommentarer om det första kvartalet 2026 återges i nästkommande rapport. Genomgången har i övrigt inte medfört någon förändring av vilka risker som bedöms vara de största för bolaget, där riskhanteringsfunktionen konstaterar att bolaget har fortsatt god kontroll på sina risker, **bilagor 4–5.**

§ 14 Uppföljning av intern kontroll och riskhantering 2025

Förslag beslutar:

- att notera uppföljning av intern kontroll och riskhantering 2025 till protokollet.

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B

Ärende och beslutsunderlag

VD redovisar den interna och årliga granskningen av bolagets arbete med intern kontroll (**struktur** av riktlinjer, processer och rutiner för en **ändamålsenlig och effektiv verksamhet**) samt riskhantering (**system** av riktlinjer, processer och rutiner som bidrar till **styrning och optimering av bolagets riskexponering**). Bolaget och riskhanteringsfunktionen konstaterar efter utförd granskning att systemen för intern kontroll och riskhantering 2025 är heltäckande och fungerar effektivt, relaterat bolagets organisation och verksamhet. **Bilagor 6–7.**

§ 15 Årsrapport DORA 2025

Förslag beslutar:

- att godkänna årsrapport för DORA 2025.

Ärende och beslutsunderlag

VD presenterar DORA-rapport 2025 som redovisar en samlad och strukturerad bild av bolagets arbete med att etablera, tillämpa och vidareutveckla riskhanteringsramen för informations- och kommunikationsteknik (IKT) i enlighet med kraven i DORA-förordningen. Ansvarig för översynen och rapportens innehåll är bolagets CISO i dialog med bolagets systemansvarige. Vidare klargör rapporten i vilken utsträckning organisationens arbetssätt, styrning och genomförda aktiviteter uppfyller gällande regelverkskrav samt hur dessa omsatts i praktiken under rapportperioden. Vid genomförd översyn har **inga väsentliga GAP** (nuläge jämfört med målläge) **eller brister** identifierats som bedöms påverka bolagets förmåga att hantera IKT-risker eller upprätthålla digital operativ motståndskraft. Arbetet med att etablera, förvalta och vidareutveckla IKT-riskhanteringsramen har under perioden bedrivits **inom beslutade budgetramar**. Framåtblickande kommer fokus fortsatt ligga på **kontinuerlig förbättring** av IKT-riskhanteringsramen, i enlighet med DORA:s krav.

Sammantaget bedöms bolaget ha en **stabil grund** för att även framgent uppfylla kraven på digital operativ motståndskraft, **bilagor 8–9.**

§ 16 Verkställande direktörens rapporter

Styrelsen beslutar:

- att godkänna VD-rapport avseende 31 mars 2026.

Ärende och beslutsunderlag

VD och ekonomiansvarig presenterar det ekonomiska resultatet för bolaget per 2026-03-31, **bilaga 10.**

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B

Under **aktuellt** redovisas skolbesiktningar i Helsingborg, Umeå och Gävle, uppföljning med Trondheim Eiendom inför delägarkommunens organisationsförändring, genomförd kundkonferens med tema årsuppföljning, nya byggregler samt erfarenhetsutbyte delägarkommunerna emellan, status i rekryteringsärende Risk Management, projekt genomlysning av TSI-värden med premiesättningsanalys, inledd OSA (organisatorisk och social arbetsmiljö) i extern regi samt hantering av skyddsvärd information i affärssystemet INSMAN.

Under **status större skador** redogörs för slutbetalningar och aktuella skadereserver perioden 2022–2025.

Ekonomisk rapportering per den 31 mars 2026 ger ett resultat på - 4,1 MSEK innan bokslutsdispositioner baserat på utfallet i bolagets försäkringsrörelse och kapitalförvaltning. Det tekniska resultatet i försäkringsrörelsen uppgår till - 1,2 MSEK medan kapitalförvaltningen redovisar - 3,3 MSEK i realiserat resultat, med en valutakursdifferans på - 0,3 MSEK.

Aktuella nyckeltal 31 mars 2026 redogörs för i form av SCR solvenskvot 2,10/210 % (per 2025-12-31), FTA täckningsgrad 257 %, skadekostnadsprocent 82 (117), driftkostnadsprocent inkluderat Risk Management 21 (21), totalkostnadsprocent 103 (138) samt Value at Risk (VaR) 8,6 %. Det aktuella VaR-värdet innebär att bolaget med ett 95-procentigt konfidensintervall riskerar att tappa maximalt 8,6 % procent av sina tillgångar över en rullande period om 360 dagar.

Avstämning i solvenskapital per 31 december 2025 redovisas uppdelat per delägarkommun och totalt.

Kapitalförvaltningen 31 mars 2026 presenteras med ett marknadsvärde i bolagets kapital- och fondinnehav som uppgår till 841 MSEK fördelat på 46 procent aktier, 48 procent räntor samt 6 procent alternativa placeringar. 180 MSEK har placerats under mars.

Hållbarhet i bolagets fonder redovisas utefter fastställda hållbarhetskriterier tillsammans med uppslag på attraktiva placeringar såsom råvaror i allmänhet och skogsprodukter i synnerhet.

§ 17 Fastställande av strategiska styrdokument 2026

Styrelsen beslutar:

- att fastställa bolagets strategiska styrdokument 2026 enligt föredragning, **bilagor 11–15**.

Ärende och beslutsunderlag

Styrelsen ansvarar för bolagets strategiska styrdokument vilka ska ses över och fastställas minst årligen. En genomgång har gjorts med förslag på revidering i olika omfattning där de styrdokument som följer av Aktiebolagslagen (ABL 2005:551); *Arbetsordning för styrelsen*, *VD-instruktion* samt *Firmateckning* fastställts i konstituerande styrelsemöte. Övriga strategiska styrdokument som omfattas av substantiella förändringar är *Riktlinje för uppdragsavtal*, *Riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd* samt *Riktlinje för intern kontroll och riskhanteringssystem* där justerat innehåll går igenom.

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B

§ 18 18 Rättsskyddsförsäkring

Styrelsen beslutar:

- att rekommendera bolagstämman att fatta beslut om ändring av bolagsordningen och utökad koncession avseende rättsskyddsförsäkring (direktförsäkring - försäkringsklass 17), **bilaga 16**.

Ärende och beslutsunderlag

Bolaget har uppfattat ett önskemål och behov hos sina försäkringstagare, framför allt inom bostadssektorn, att teckna Rättsskyddsförsäkring (direktförsäkring - försäkringsklass 17). Ärendet fanns med på mötesagendan den 27 mars men blev då bordlagt på grund av styrelsens önskemål om kompletterande beslutsunderlag. VD samt försäkringssakkunnig går igenom försäkringen, som huvudsakligen täcker rättegångskostnader och kostnader för juridiskt ombud vid tvister, utefter behov och riskanalys, framtagna statistik samt ekonomisk kalkyl inbegripet återförsäkringspremie. Ansökan utställs till Finansinspektionen och ska innehålla solvensberäkningar med ny försäkring, justerat stämmoprotokoll med uppgift om röstfördelning samt en ändringsmarkerad bolagsordning. Efter ett godkännande från tillsynsmyndigheten anmäls ny bolagsordning till Bolagsverket för registrering.

§ 19 Övriga frågor

Inga övriga frågor finns anmälda till dagens möte.

§ 20 Nästa mötesdatum

Ordförande går igenom kommande mötesdatum:

- **29 maj 2026** Extra styrelsemöte via Teams kl. 09.00-10.00
- **12 juni 2026** Styrelsemöte via Teams kl. 09.00-12.00

§ 21 Avslutning av dagens möte

Ordförande avslutar dagens styrelsemöte och tackar för visat intresse.

Vid protokollet:

Justeras:

Justeras:

Roger Nyman

Fredrik Ahlstedt
Ordförande

Anders Lundkvist
Ledamot

SVENSKA KOMMUN FÖRSÄKRINGS AB



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
BAF5D412DCE94C69B3AB03E00CC7067B