



Översikt över kommunrevisionens granskningar 2025

Översikt

Samtliga granskningar har översänts till och delgivits respektive nämnd och bolag.

Grundläggande granskningar	Revisionsobjekt	Notering
Grundläggande granskning - PwC:s granskning - Azets Revision & Rådgivning AB:s granskningar	Samtliga nämnder och bolag	
Fördjupade granskningar	Revisionsobjekt	
Granskning av pensionshantering och redovisning	Kommunstyrelsen	Anmäldes för kännedom till fullmäktige 2026-03-30 Dokumentet bifogas inte på nytt i denna sammanställning.
Granskning av kommunens arbete med att beakta barnkonventionen	Kultur- och fritidsnämnden och samhällsbyggnadsnämnden	Anmäldes för kännedom till fullmäktige 2026-03-30 Dokumentet bifogas inte på nytt i denna sammanställning.
Granskning av uppsiktsplikt	Kommunstyrelsen	
Granskning av överförmyndarnämnden	Överförmyndarnämnden	
Granskning av tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg	Utbildningsnämnden	
Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare	Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och omvårdnadsnämnden	
Granskning av investeringsprocessen	Gavlefastigheter Gävle kommun AB	
Granskning av investeringsprocessen	Gästrike Vatten AB-koncernen	
Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet	Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme A	
Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet	Gävle Hamn AB	
Uppföljande granskningar	Revisionsobjekt	
Uppföljande granskning av löneprocessen	Kommunstyrelsen och ett antal nämnder	
Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst	Omvårdnadsnämnden	Anmäldes för kännedom till fullmäktige 2026-03-30 Dokumentet bifogas inte på nytt i denna sammanställning.



Till: Kommunstyrelsen

Missiv

2026-04-23

Dnr:25REK33

Missiv - Granskning av kommunstyrelsens uppsiktsplikt

PwC har på uppdrag av revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Granskningens syfte har varit att bedöma om kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna och de helägda bolagens verksamhet är ändamålsenlig och tillräcklig.

Revisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 23 april 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna och de helägda bolagens verksamhet inte helt är ändamålsenlig och tillräcklig.

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

- Säkerställ att det tydligt framgår vilka dialoger som bedöms ingå i kommunstyrelsens utövande av uppsiktsplikten och att det finns en spårbarhet till dessa.
- Säkerställ att det finns en tydlig spårbarhet till hur kommunstyrelsen har utövat sin uppsiktsplikt över nämnderna och de kommunala bolagen under året.

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

- Säkerställ att rutinerna kompletteras med tillräckliga underlag till grund för när kommunstyrelsen ska utöva sin förstärkta uppsiktsplikt och pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna (KL 10 kap 3 §).
- Överväg att upprätta ett årshjul eller dylikt för att tydliggöra när under året som de olika delarna i uppsiktsplikten utövas, exempelvis beslutet utifrån den förstärkta uppsiktsplikten.
- Se över och analysera enkätresultatet i syfte att identifiera eventuella förbättringsområden kopplat till kommunstyrelsens uppsiktsplikt.
- Se över möjligheterna att komplettera arbetssättet med en rapportering till kommunfullmäktige om hur uppsiktsplikten har utövats under året. En sådan rapportering kan med fördel även omfatta en utvärdering om huruvida uppsiktsplikten varit tillräcklig under året eller om den bör förändras till kommande år.
- Säkerställ att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med en beskrivning av hur rapportering sker till kommunfullmäktige för att även fortsatt säkerställa att denna är tillräcklig.

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

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Bilaga:

- Granskning av kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Granskning av kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Gävle kommun

April 2026



Sammanfattning

Sid 2(31)

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna och de helägda bolagens verksamhet är ändamålsenlig och tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna och de helägda bolagens verksamhet *inte helt* är ändamålsenlig och tillräcklig.

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

Revisionsfrågor	Bedömning	
Är kommunstyrelsens former för uppsikten ändamålsenliga och fungerar de tillfredsställande?	Delvis	
Är omfattningen av och innehållet i kommunstyrelsens uppsikt tillräcklig?	Delvis	
Begär kommunstyrelsen upplysningar från nämnderna och bolagen samt kontrollerar vidtagna åtgärder i tillräcklig utsträckning?	Delvis	
Rapporterar kommunstyrelsen till fullmäktige i tillräcklig utsträckning?	Ja	

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Säkerställ att det tydligt framgår vilka dialoger som bedöms ingå i kommunstyrelsens utövande av uppsiktsplikten och att det finns en spårbarhet till dessa.
- Säkerställ att det finns en tydlig spårbarhet till hur kommunstyrelsen har utövat sin uppsiktsplikt över nämnderna och de kommunala bolagen under året.

- Säkerställ att rutinerna kompletteras med tillräckliga underlag till grund för när kommunstyrelsen ska utöva sin förstärkta uppsiktsplikt och pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna (KL 10 kap 3 §).
- Överväg att upprätta ett årshjul eller dylikt för att tydliggöra när under året som de olika delarna i uppsiktsplikten utövas, exempelvis beslutet utifrån den förstärkta uppsiktsplikten.
- Se över och analysera enkätresultatet i syfte att identifiera eventuella förbättringsområden kopplat till kommunstyrelsens uppsiktsplikt.
- Se över möjligheterna att komplettera arbetssättet med en rapportering till kommunfullmäktige om hur uppsiktsplikten har utövats under året. En sådan rapportering kan med fördel även omfatta en utvärdering om huruvida uppsiktsplikten varit tillräcklig under året eller om den bör förändras till kommande år.
- Säkerställ att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med en beskrivning av hur rapportering sker till kommunfullmäktige för att även fortsatt säkerställa att denna är tillräcklig.

Innehållsförteckning

Sid 4(31)

Sammanfattning.....	2
Inledning	5
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	6
Revisionskriterier	6
Avgränsning	6
Metod	7
Granskningsresultat	8
Former för uppsikten	9
Omfattning och innehåll	14
Upplysningar och åtgärder.....	18
Rapportering till kommunfullmäktige	22
Samlad bedömning.....	25
Rekommendationer.....	25
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	26

Bakgrund

Enligt kommunallagen 6 kap § 1 och 10 kap §§ 3-6 ska kommunstyrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas och bolagens verksamhet. Styrelsen ska uppmärksamt följa de frågor som kan ha inverkan på kommunens ekonomiska ställning samt hos fullmäktige göra de framställningar som behövs. Därutöver har kommunstyrelsen också en rad egna verksamheter och processer som de direkt ansvarar för som t ex IT, hållbarhet, intern kontroll osv.

Med anledning av detta är det av vikt att kommunstyrelsen nogsamt följer de verksamheter som bedrivs inom kommunen. Särskilt tydlig och viktig blir kommunstyrelsens uppsiktsplikt då någon nämnd går med större och ihållande underskott. I en allt mer ansträngd ekonomi för landets kommuner blir det extra viktigt för kommunen att utöva sin uppsiktsplikt för att på så vis kunna leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter.

Styrelsen får från övriga nämnder och beredningar begära in de upplysningar som de behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

Av kommunplanen för år 2025 framgår att Gävle kommun ska tillämpa en tillitsbaserad styrning och ledning på alla nivåer. Det tydliggörs att den tillitsbaserade styrningen och ledningen som definieras är en utveckling av den värdegrund Gävle kommunkoncern sedan tidigare tagit fram som fokuserar på uppdraget, kvalitet, bemötande och samarbete. Vidare framgår att kommunkoncernen står inför stora utmaningar utifrån den demografiska utvecklingen, stora investeringsbehov m.m. som innebär att kommunen behöver arbeta med en omställning till förändrade förutsättningar. En viktig aspekt i detta blir kommunstyrelsens arbete med att säkerställa att uppsiktsplikten utövas systematiskt och att den omfattar samtliga verksamheter, även den verksamhet som bedrivs i de kommunala bolagen.

Gävles kommunkoncern består av ett moderbolag och ett flertal helägda samt delägda bolag. Revisorerna har under tidigare år genomfört granskningsinsatser kopplat till personsamband och hur kommunen säkerställer att jäv inte uppstår när personer har dubbla engagemang. Kommunstyrelsen behöver säkerställa att det finns former för uppsikten över bolagen som är tydliga och som tar hänsyn till organisationens utformning.

Med utgångspunkt i ovanstående bakgrund och riskanalysen för år 2025 har de förtroendevalda revisorerna beslutat att genomföra en granskning av kommunstyrelsens ansvarstagande för uppsiktsplikten.

Syfte och revisionsfrågor

Sid 6(31)

Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsens uppsikt över nämndernas och de helägda bolagens verksamhet är ändamålsenlig och tillräcklig.

Revisionsfrågor:

- Är kommunstyrelsens former för uppsikten ändamålsenliga och fungerar de tillfredsställande?
- Är omfattningen av och innehållet i kommunstyrelsens uppsikt tillräcklig?
- Begär kommunstyrelsen upplysningar från nämnderna och bolagen samt kontrollerar vidtagna åtgärder i tillräcklig utsträckning?
- Rapporterar kommunstyrelsen till fullmäktige i tillräcklig utsträckning?

Revisionskriterier

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

- Kommunallagen 6 kap 1 § och 6 §.
- Kommunallagen 6 kap, § 9
- Reglemente för kommunstyrelsen och berörda nämnder
- Kommuninterna styrande dokument som exempelvis reglementen, bolagsordning, ägardirektiv för berörda bolag, verksamhetsstyrningspolicy, ekonomistyrningspolicy m.m.
- SKRs skrift Förstärkta uppsiktsregler över kommun- och landstingsägda bolag från år 2018

Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta kommunstyrelsens uppsikt över nämnder, de helägda bolagen Gävle Stadshus AB, Gävle Energi AB, AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter Gävle kommun AB, Gävle Hamn AB, Gävle Parkeringsservice AB samt det delägda bolaget Gästrike Vatten AB.

Granskningen avgränsas till att omfatta år 2025.

Metod

Sid 7(31)

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier samt en enkät. Intervjutillfällena har erbjudits till samtliga nämndsordföranden, bolagsordföranden samt kommunstyrelsens presidium.

Intervjuar har genomförts med följande funktioner:

- Nämndsordföranden i Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, omvårdnadsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden, socialnämnden, utbildningsnämnden, jävsnämnden och valnämnden
- Ordföranden i bolagsstyrelserna i Gävle stadshus AB, AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter AB, Gävle Hamn AB, Gävle Parkeringsservice AB
- Kommunstyrelsens ordförande
- Kommunstyrelsens vice ordförande
- Biträdande kommundirektör
- Ekonomidirektör
- Kommunjurist

Inom ramen för granskningen har en enkät skickats ut till ledamöter och ersättare i kommunstyrelsen.

Enkäten var tillgänglig från 28 november till 10 januari. Totalt har fem påminnelser skickats.

Svarsfrekvensen på enkäten var 67 %.

Enkätfrågorna är ställda som påståenden med följande svarsalternativ; Instämmer helt, instämmer till stor del, instämmer till viss del, instämmer inte alls och vet ej. Möjligheter att lämna kommentarer har funnits.

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

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Granskningsresultat

Sid 8(31)

Allmänt om kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 10 kap 3-6 §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller regionen är medlem i.

Kommunallagen är en ramlag och förarbetena ger inga tydliga anvisningar om innehållet i uppsiktsplikten. Detta innebär att det är upp till respektive kommun att utforma uppsiktspliktens innehåll och hur den ska genomföras i praktiken. Kommunallagen betonar vikten av styrningen av den kommunala verksamheten oavsett juridisk form. Det ska således inte ha någon betydelse om verksamheten bedrivs i förvaltnings- eller förbundsform eller annan form. Det förekommer ofta att det finns personunion mellan ledamöter i kommunstyrelsen och nämnderna men detta frántar inte kommunstyrelsen skyldigheten att utöva uppsikt över nämnderna och förbunden.

Av författningskommentarerna framgår att styrelsen har en särskild ställning bland nämnderna i och med att man har en ledande och samordnande roll. Uppsikten är dock i praktiken begränsad till att lämna råd och anvisningar och påpekanden samt i de fall det anses nödvändigt se till att fullmäktige i egenskap av högsta beslutande organ ingriper. Kommunstyrelsen har därmed en långtgående uppsiktsplikt över nämnderna.

I samband med den nya kommunallagen (2017:725) gavs utökade möjligheter för kommuner att stärka styrelsens rättsliga ställning i förhållande till de övriga nämnderna. Styrelsen gavs lagliga möjligheter att inom tydliga ramar påverka andra nämnders verksamhet. Syftet var att ge utökade möjligheter att styra verksamheten i kommunen. Ändringen innebär endast en möjlighet för fullmäktige att ge styrelsen utökade befogenheter och omfattar inte rätt att fatta beslut som rör andra nämnders myndighetsutövning, tillämpningen av lag eller ärenden som i övrigt rör enskilda.

Det ligger hos nämnderna att följa fullmäktiges beslut om budget, mål och riktlinjer. I det fall detta inte är möjligt ligger det på såväl nämnden, men särskilt kommunstyrelsen, att agera. Det kan i så fall handla om att begära åtgärdsplaner från nämnden eller att via fullmäktige hitta ett sätt att hantera frågan. Det kan handla om att politiskt hantera prioriteringar och ambitionsnivå i verksamheten samt att hantera de övergripande ekonomiska förutsättningarna. Inaktivitet eller på annat sätt bristande följsamhet kan bli en del i den övergripande ansvarsprövningen för såväl kommunstyrelsen som berörd nämnd.

Av KL 6 kap 8 § framgår att 8 § fullmäktige får besluta att styrelsen får fatta beslut om särskilt angivna förhållanden som rör andra nämnders verksamhet. Styrelsen får dock inte ges rätt att fatta beslut som rör andra nämnders myndighetsutövning, tillämpningen av lag eller ärenden som i övrigt rör enskilda.

Av KL 6 kap 9 § framgår att styrelsen ska i årliga beslut för varje sådant aktiebolag som avses i 10 kap. 2 § pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår har varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Former för uppsikten

Revisionsfråga 1: *Är kommunstyrelsens former för uppsikten ändamålsenliga och fungerar de tillfredsställande?*

Iakttagelser

Gävle kommun består av, förutom kommunstyrelsen, 10 nämnder varav en nämnd är gemensam. Kommunen består av en förvaltning som är indelad i fyra sektorer. Sektorerna har olika uppdrag och ansvarar för att praktiskt genomföra det som den nämnd de är kopplade till beslutar om. Sektor Styrning och stöd hör till kommunstyrelsen, överförmyndarnämnden, jävsnämnden, valnämnden samt gemensam nämnd för verksamhetsstöd. Sektor Livsmiljö hör till samhällsbyggnadsnämnden samt kultur- och fritidsnämnden. Sektor Velfärd hör till omvårdnadsnämnden, socialnämnden samt arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden. Sektor utbildning hör till utbildningsnämnden.

Kommunen äger även fyra helägda och flera delägda bolag. Bolagen är indelade i en koncern där Gävle Stadshus AB är moderbolag. Kommunens helägda bolag är Gävle Energi AB, AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter Gävle kommun AB, Gävle hamn AB och Gävle Parkeringsservice AB. Kommunen är även delägare i Gästrike Vatten AB (60 %).

Utöver bolagen finns två kommunalförbund - Gästrike Räddningstjänst samt Gästrike Återvinnare.

Enligt *kommunstyrelsens reglemente* (beslutat av kommunfullmäktige 2024-06-17 § 12) är kommunstyrelsen kommunens ledande organ. I kommunstyrelsens uppgifter ingår att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet och ekonomi. Styrelsen ska också ha fortlöpande uppsikt över verksamheten i de företag och stiftelser som kommunen helt eller delvis äger eller annars har intresse i, främst vad gäller ändamål, ekonomi och efterlevnad av uppställda direktiv, men också i

avseende på övriga förhållanden av betydelse för kommunen. Av reglementet framgår även att styrelsen inom ramen för sin uppsiktsplikt ska övervaka att verksamheter som bedrivs av privata utförare (Sida 1031) kontrolleras och följs upp i enlighet med lag, avtal och av fullmäktige fastställda program och direktiv.

Fortsatt beskrivs i kommunstyrelsens reglemente att kommunstyrelsen ska leda kommunens verksamhet genom att utöva en samordnad styrning och därvid också leda arbetet med att ta fram styrdokument för kommunen. Kommunstyrelsen ska övervaka att av fullmäktiges fastställda kvalitetskrav, mål, riktlinjer och program för verksamheten samt ekonomi följs upp i nämnderna samt följa hur den interna kontrollen sköts i nämnderna. Styrelsen ska även övervaka att kommunens löpande förvaltning i övrigt sköts lagligt och ekonomiskt.

Av reglementet framgår även att kommunstyrelsens ordförande utöver det som gäller för övriga nämnders ordförande även ska ha uppsikt över kommunens hela nämndsförvaltning.

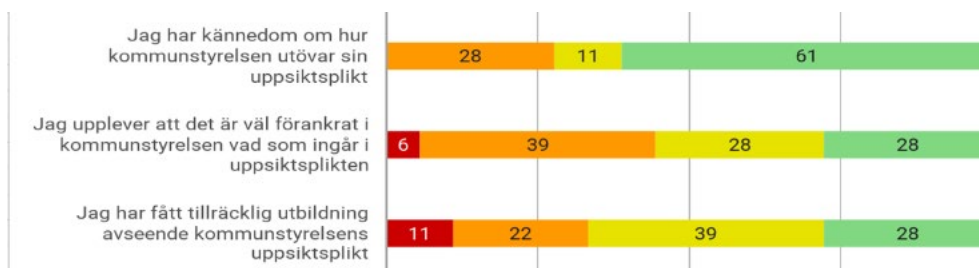
Kommunfullmäktige antog 2022-12-12 § dokumentet *Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag*. I dokumentet framgår att kommunstyrelsen i och med sin uppsiktsplikt har ansvar för det övergripande arbetet med intern styrning och kontroll vilket bland annat innebär att säkerställa att det finns övergripande riktlinjer för intern styrning och kontroll. Kommunstyrelsen ska även bistå nämnder och bolag med hjälp vad gäller frågor kring intern styrning och kontroll samt ansvarar för att det ska finnas en organisation kring interkontroll inom kommunkoncernen. Kommunstyrelsens tjänstemannaorganisation har rätt att utfärda närmare instruktioner och anvisningar för arbetet med intern styrning och kontroll.

Gävle kommuns styrmodell beskrivs i kommunplanen för år 2025. I denna framgår att styrmodellen ska bidra till att skapa en helhetsbild och en röd tråd från kommunfullmäktiges mål ner till det dagliga arbetet i verksamheterna. Fullmäktige beslutar om fem kommunövergripande mål med tillhörande målnedbrytningar som gäller för nämnder och bolag. Fullmäktige beslutar även om indikatorer kopplade till målnedbrytningarna där någon av kommunens nämnder/bolag ansvarar för att det följs upp och analyseras. Uppföljning av målnedbrytningarna och indikatorerna sker sedan via verksamhetsrapporter och delårsrapporter.

Kommunstyrelsen beslutade 2026-02-03 om *Riktlinjer för kommunstyrelsens uppsiktsplikt* vilka tydliggör hur uppsikten utövas över nämnder, kommunala bolag, stiftelser och kommunalförbund. Riktlinjer för uppsiktsplingen har inte funnits under år 2025. Av riktlinjerna framgår även att styrelsen inte har några särskilda befogenheter inom ramen för uppsikten men att styrelsen kan agera om den anser att en nämnd behöver agera på olika sätt genom att göra framställningar hos fullmäktige, nämnder eller andra myndigheter i enlighet med 6 kap. 11 § KL. Det tydliggörs även att kommunstyrelsens uppsikt, utifrån berörda regler i kommunallagen, hänförs till tre kategorier; mål, verksamhet och ekonomi.

Inom ramen för granskningen har en enkät genomförts till ledamöter och ersättare i kommunstyrelsen. Av bilden nedan framgår en del av enkätresultatet.

Sid 11(31)



Vi kan utifrån enkätresultatet konstatera att ungefär 45 % av respondenterna har svarat att de instämmer inte alls eller tills viss del i att det är väl förankrat vad som ingår i uppsiktsplikten.

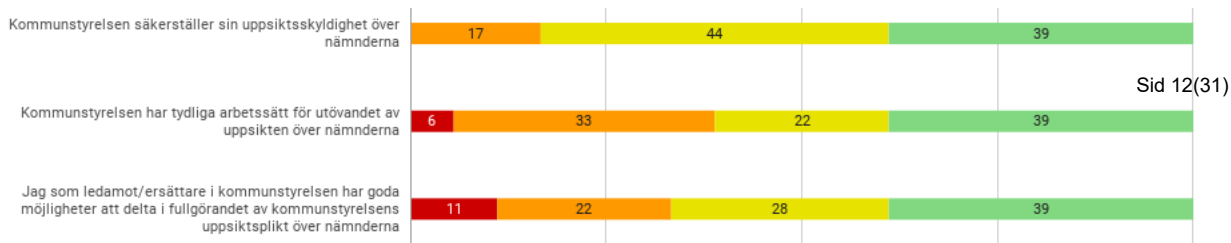
Uppsiktsplikt över nämnderna

I riktlinjerna för uppsiktsplikten som gäller fr o m februari 2026 framgår att kommunstyrelsens uppsikt över nämnderna i första hand utövas genom följande:

- Nämndernas månads-, delårsrapporter, årsredovisningar samt övrig ekonomisk uppföljning
- Handlingar och protokoll från nämndernas sammanträden
- Nämndernas budgetunderlag och verksamhetsplaner
- Nämndernas arbete med intern kontroll

Vid intervjuer med verksamhetsföreträdare framgår att kommunstyrelsen har arbetat med att definiera innehållet i uppsiktsplikten under år 2025. Uppsiktsplikten utövas inom ramen för det ordinarie uppföljnings- och rapporteringsarbetet men begreppet uppsikt används i låg utsträckning varför riktlinjerna utarbetades för att skapa en tydlig och enad bild om hur uppsikten utövas samt tydliggöra innehållet i den. Vid intervjuerna lyfts även att kommunstyrelsen kan göra insatser utifrån information i rapporteringen och initiera dialoger eller dylikt för att få fördjupad kunskap om frågor. Det framgår även att presidiet och majoriteten har dialoger med ordföranden under året men att detta inte protokollförs. Vid intervjuer lyfts även att nämndernas protokoll inte finns med som anmälningsärenden till KS men att samtliga ledamöter har tillgång till protokoll och handlingar (ej sekretessbelagda).

Av enkätresultatet framgår att 39 % instämmer helt i att kommunstyrelsen säkerställer sin uppsiktsskyldighet över nämnderna men lika många (39 %) anser att kommunstyrelsen inte har tydliga arbetssätt för utövandet av uppsikten över nämnderna.



Vi kan även av enkätresultatet utläsa att ungefär en tredjedel av ledamöterna/ersättarna anser att de inte har goda möjligheter att delta i fullgörandet av kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna.

Uppsiktsplikt över de kommunala bolagen

Upsikten över kommunala bolag tydliggörs också i riktlinjerna för uppsiktsplikten. Här framgår att kommunstyrelsen utövar uppsikten genom följande:

- Bolagens månads-, delårsrapporter, årsredovisningar samt övrig ekonomisk uppföljning
- Bolagens budget
- Uppföljning av fullmäktiges avkastningskrav, soliditetskrav, upplåningsramar osv.
- Eventuella granskningsrapporter från revisorerna
- Uppföljning av bolagens arbete med intern kontroll

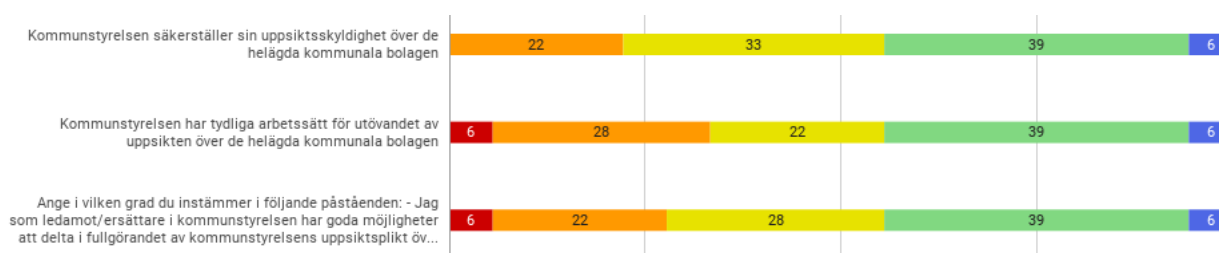
Enligt kommunallagen 6 kap 9 §, ska styrelsen i årliga beslut för varje sådant aktiebolag (som avses i KL 10 kap 2 §), pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna (KL 10 kap 3 §). Det framgår i riktlinjerna att kommunstyrelsen har en förstärkt uppsiktsplikt över hel- och delägda aktiebolag vilket innebär enligt riktlinjerna att styrelsen prövar om verksamheten i bolaget har varit förenlig med det kommunala ändamålet och om verksamheten har utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna. Den förstärkta uppsiktsplikten utövas genom att styrelsen tar in ytterligare dokumentation från bolagen i form av årsredovisningar, revisionsberättelser, revisionsrapporter och granskningsrapporter från lekmannarevisorerna. Ärendet behandlas av styrelsen när samtliga årsstämmor i bolagen är genomförda.

Vi har tagit del av bolagsordningar för Gävle Stadshus AB, Gävle Energi AB, AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter Gävle kommun AB, Gävle Hamn AB, Gävle Parkeringsservice AB samt Gästrike Vatten AB. I samtliga bolagsordningar är det inskrivet att kommunstyrelsen äger rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet.

I ägardirektivet till Gävle stadshus AB för 2025-2028 framgår att bolaget ska följa de av kommunstyrelsen utfärdade anvisningarna för budget, verksamhetsplanering och årsredovisning. Det framgår inget kring ägardialog eller uppsiktsplikt.

Vid intervjuer framhålls att det inom ramen för framtagande av riktlinjerna för uppsikten även har tydliggjorts hur uppsikten utövas över bolagen. Det framgår att det utöver ordinarie rapporteringen även sker dialoger med bolagen, främst via Gävle stadshus kring specifika frågor, men att detta inte protokollförs eller dokumenteras. Dialogerna sker årligen och vid träffen deltar kommunalråden.

Av respondenterna anser, i likhet med nämnderna, 39 % att kommunstyrelsen säkerställer sin uppsiktsplikt över de helägda kommunala bolagen. 34 % anser att arbetssättet för utövandet av uppsikten över bolagen inte alls eller till viss del är tydliga.



Enkätresultatet visar även att 28 % av respondenterna inte upplever att de har goda möjligheter för att delta i fullgörandet av uppsiktsplikten över de helägda bolagen.

Övrigt

Granskningen visar även att *Riktlinjerna för uppsiktsplikten* omfattar även ett kort avsnitt avseende uppsiktsplikt över avtalssamverkan. Styrelsen skall årligen rapportera till kommunfullmäktige om kommunens avtalssamverkan. Nämnderna har anmälningsplikt avseende avtalssamverkan. Det framgår inte i riktlinjerna hur detta dokumenteras eller hur uppsiktsplikten utövas.

I *mål och riktlinjer för privata utförare* framgår att när en kommunal angelägenhet överläts till en privat utförare är kommunen skyldig att aktivt kontrollera och följa upp verksamheten. Uppföljningen är obligatorisk. Det framgår att varje nämnd ansvarar för att säkerställa verksamheten bedrivs enligt fullmäktiges mål och gällande lagstiftning samt för att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta gäller oavsett om verksamheten utförs av kommunen själv eller av en privat aktör. Kommunstyrelsen följer upp nämndernas arbete och deras uppföljning av privata utförare på två sätt; dels i samband med kommunens årsredovisning, dels genom årlig uppföljning av nämndernas internkontrollplaner.

Bedömning

Delvis.

Vi bedömer att kommunstyrelsens former för uppsiktsplikten delvis är ändamålsenliga och fungerar tillfredsställande. Genomförd granskning visar att kommunstyrelsen har säkerställt att det finns en tydlig process och struktur som stödjer utövandet av uppsiktsplikten över nämnderna och delvis över bolagen. Processen framgår av styrande dokument och framtagna anvisningar. Kommunstyrelsen har även beslutat om särskilda riktlinjer som översiktligt beskriver hur kommunstyrelsen utövar sin uppsiktsplikt över nämnderna och bolagen. Riktlinjerna fokuserar endast på de dokument som bedöms ingå och beskriver inte hur kommunstyrelsen arbetar med dialoger etc. vilket vi anser bör kompletteras i riktlinjerna. I granskningen indikeras att uppsikten till stor del sker muntligt och att viss uppföljning, särskilt gentemot bolag via Gävle Stadshus AB, inte alltid återrapporteras på ett tillräckligt strukturerat och formaliserat sätt till kommunstyrelsen som helhet. Detta innebär att kommunstyrelsens former för uppsikten inte fullt ut säkerställer att all väsentlig information systematiskt når hela kommunstyrelsen. Vi ser det som väsentligt att dialogerna som förs och bedöms ingå i utövandet av uppsiktsplikten kommuniceras med hela kommunstyrelsen.

Riktlinjerna beskriver vilka dokument som kommunstyrelsen tar del av för att säkerställa efterlevnaden till kommunallagen kap 6 § 9 kring förstärkt uppsikt över de kommunala bolagen. Vi bedömer att kommunstyrelsen bör säkerställa ett tillräckligt underlag sitt beslut för om bolaget har bedrivit verksamheten i enlighet med det kommunala ändamålet och inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Vi rekommenderar att kommunstyrelsen med fördel kan komplettera styrande dokument med ett årshjul eller dylikt för att tydliggöra när aktiviteterna som ingår i uppsiktsplikten utövas under året, exempelvis beslutet utifrån den förstärkta uppsiktsplikten.

Omfattning och innehåll

Revisionsfråga 2: *Är omfattningen av och innehållet i kommunstyrelsens uppsikt tillräcklig?*

Iakttagelser

I *Reglemente för Kommunstyrelsen*¹ finns beskrivet att kommunstyrelsen ska ha uppsikt över övriga nämnders, och eventuella gemensamma nämnders, verksamhet. Det beskrivs även att Sid 15(31) kommunstyrelsen ska ha uppsikt över kommunal verksamhet som beskrivs i kommunala företag, stiftelser och kommunalförbund. Det gäller de företag och stiftelser som helt eller delvis ägs av kommunen eller som kommunen annars har intresse i. Fokus på uppsikten ska vara ändamål, ekonomi och efterlevnad av uppställda direktiv, men även i avseende på övriga förhållanden av betydelse för kommunen:

- ansvara för att beslut om ägardirektiv till företagen fattas och kontinuerlig hålls uppdaterade,
- ansvara för regelbundna möten mellan styrelsen och företagsledningarna/ stiftelseledningarna,
- löpande vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att de krav som anges i kommunallagen är uppfyllda beträffande de företag och stiftelser kommunen äger eller har intresse i,
- svara för att tillvarata kommunens intressen vid bolags- och föreningsstämmor och andra likartade sammanträden i de företag som kommunen helt eller delvis äger eller annars har intresse i.

Fortsatt beskrivs att styrelsen ska följa de frågor som kan ha inverkan på kommunens utveckling och ekonomiska ställning samt fortlöpande, i samråd med nämnderna, följa upp de fastställda målen och återrapporera dessa till fullmäktige. Detta ska enligt kommunstyrelsens reglemente ske tre gånger per år.

Omfattning och innehåll i uppsiktsplikten gentemot nämnderna

Av riktlinjerna för kommunstyrelsens uppsiktsplikt framgår att kommunstyrelsen ska ta del av ett antal dokument kopplat till nämnderna, exempelvis månadsrapportering, delårsrapportering, årsredovisning, protokoll från nämndernas sammanträden, budgetunderlag och verksamhetsplaner samt nämndernas arbete med intern kontroll.

Vi har inom ramen för granskningen genomfört en protokollsgenomgång kopplat till kommunstyrelsens uppsiktsplikt för perioden januari 2025 till december 2025. Av protokollen framgår att kommunstyrelsen har tagit del av nämndernas ekonomiska månadsrapporter, delårsrapport för Gävle kommun per augusti 2025 samt årsredovisning för Gävle kommun per december 2024. Genomgången visar att styrelsen i samband med hanteringen av delårsrapport 1 bland annat beslutat om att uppdra till alla nämnder och bolag ytterligare fokuserar på de områden där måluppfyllelsen är låg. Vi kan inte spåra att kommunstyrelsen har fattat några beslut med anledning av övrig rapportering under året.

I vår genomgång av protokollen har vi inte noterat några ärenden där kommunstyrelsen utövar uppsiktsplikt över jävsnämnden, valnämnden eller överförmyndarnämnden på samma sätt som för de

stora verksamhetsnämnderna. Nämnderna nämns i samband med omfördelning av kommunbidrag (exempelvis vid sammanträde 2025-02-04 § 15), där det står att vissa beslut inte gäller dessa nämnder, men det finns inga egna ärenden där kommunstyrelsen behandlar deras verksamhetsuppföljning, årsredovisning, internkontrollplan eller liknande.

Vi kan inte styrka i protokollsgenomgången att kommunstyrelsen tagit del av nämndernas protokoll under år 2025. Verksamhetsföreträdare lyfter vid intervjuerna att det framgår att samtliga ledamöter i kommunstyrelsen har tillgång till nämndernas protokoll och handlingar (ej sekretessbelagda) i systemen men att protokollen inte finns med som anmälningsärenden i protokollen. Riktlinjerna för uppsiktsplikten anger att nämndernas protokoll är en del av utövandet av uppsiktsplikten men formerna eller kontinuiteten framgår ej.

Kommunstyrelsen har behandlat interkontrollrapporten för den egna verksamheten för år 2024 vid mötet den 11 mars 2025 § 48. Vid mötet den 3 juni § 107 hanterades internkontrollrapporten för nämnderna för verksamhetsåret 2024.

Av enkätresultatet framgår att majoriteten av ledamöterna/ersättarna i kommunstyrelsen har svarat att de anser att uppsikten över nämnderna är tillräcklig medan 28 % svarat att den inte upplevs tillräcklig.



Vid intervjuer med verksamhetsföreträdare framhålls att det även förs dialoger med nämnderna under året men vi har inte kunnat spåra detta via protokollen. Vid genomförda intervjuer med nämndsordföranden framhålls att det till stor del upplevs tydligt hur uppsikten utövas men att begreppet används i låg utsträckning. Uppsiktsplikten bedöms utövas inom ramen för den ordinarie rapporteringen enligt verksamhetsföreträdare.

Omfattning och innehåll i uppsiktsplikten gentemot bolagen

Av riktlinjerna för kommunstyrelsens uppsiktsplikt framgår att kommunstyrelsen ska ta del av ett antal dokument kopplat till bolagen, exempelvis delårsrapportering, årsredovisning, revisionsberättelse, protokoll från styrelsen. I protokollsgenomgången framgår att kommunstyrelsen har tagit del av ekonomisk uppföljning för kommunkoncernen i samband med delårsrapport 1 per april, delårsrapport 2 per augusti 2025 samt i årsredovisning december 2024 för kommunkoncernen.

Genomförd protokollsgenomgång visar även att kommunstyrelsen har tagit del av månadsrapporter från bolagen under året. Månadsrapporter har hanterats per september och oktober. Kommunstyrelsen har i samband med månadsrapportering eller delårsrapportering inte fattat några särskilda beslut kopplat till bolagen. Vid intervjuer lyfts att kommunstyrelsen hittills inte löpande tagit del av protokoll från Stadshusbolaget eller de övriga bolagen i koncernen. Genomförd protokollsgenomgång visar att kommunstyrelsen har tagit del av protokoll från bolagen under året men inte från samtliga bolag och vid ett fåtal tillfällen. Enligt riktlinjerna för uppsikt utövas denna delvis via protokollen från bolagen.

Enligt kommunallagens 6 kap 9 § ska kommunstyrelsen i årliga beslut för varje ägt aktiebolag, pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår har varit förenligt med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna. Av kommunstyrelsens protokoll från den 9 september 2025 § 153 framgår att kommunstyrelsen har beslutat att verksamheten i bolagen Gävle Stadshus AB, Gävle Energi AB, Gävle Kraftvärme AB, Gävle Energisystem AB, Bionär Närvärme AB, Gävle Energi Elnät AB, AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter Gävle kommun AB, Gävle Hamn AB, Gävle Parkeringsservice AB, Gästrike Vatten AB och Gävle Vatten AB har varit förenlig med det kommunala ändamålet och de kommunala befogenheterna i enlighet med respektive bolags bolagsordningar. Som underlag till ställningstagandet återfinns årsredovisningen år 2024 från bolagen, granskningsrapporter från lekmannarevisorerna och revisionsberättelser.

Av enkätresultatet framgår att majoriteten av ledamöterna/ersättarna i kommunstyrelsen har svarat att de anser att uppsikten över bolagen är tillräcklig.

Jag anser att kommunstyrelsens arbete med uppsiktsplikten gentemot de helägda bolagen är tillräcklig



Vid genomförda intervjuer framkommer att uppsiktsplikten gentemot bolagen i hög grad skett via stadshusbolagen och den ordinarie rapporteringsprocessen. De nya riktlinjerna tydliggör vilka dokument som hanteras inom ramen för uppsiktsplikten framåt men tydliggör inte omfattningen eller hur dokumentation av uppsikten sker.

Bedömning

Är omfattningen av och innehållet i kommunstyrelsens uppsikt tillräcklig?

Delvis.

Vi bedömer att omfattningen och innehållet i kommunstyrelsens uppsikt delvis är tillräcklig. Genomförd granskning visar att det finns en tydlig struktur för den löpande rapporteringen som ska ske till styrelsen från nämnderna och bolagen genom den ordinarie rapporteringsprocessen samt att riktlinjerna för

uppsiktsplikten tydliggör vilka dokument som ligger till grund för utövandet. Kommunstyrelsen får genom den ordinarie rapporteringen information om nämndernas och bolagens ekonomi, nämndernas och bolagens arbete med fullmäktiges mål och uppdrag samt internkontroll. Vi kan i protokollen dock inte spåra vilka dialoger som förs med nämnder och kommunala bolag vilket enligt vår bedömning påverkar spårbarheten till utövandet av uppsiktsplikten.

Vi kan inom ramen för granskningen inte spåra i vilken utsträckning som kommunstyrelsen under år 2025 har tagit del av rapportering från nämnderna utöver delårsrapporter och verksamhetsrapport per helår.

För de kommunala bolagen sker den övergripande uppföljningen inom ramen för Gävle Stadshus AB. Kommunstyrelsen har under året inom ramen för kommunstyrelsens uppsiktsplikt tagit del av delgivningar av vissa protokoll, rapportering av bokslutsprognos och delårsbokslut. Några minnesanteckningar från mötena som bolagen haft med Gävle Stadshus AB har inte delgivits kommunstyrelsen.

Vi ser det som väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att de underlag som ligger till grund för beslutet enligt kommunallagen kap 6 § 9 kring förstärkt uppsikt över de kommunala bolagen är tillräckliga för att kunna uttala sig om det kommunala ändamålet och om verksamheten bedrivits inom de kommunala befogenheterna.

Upplysningar och åtgärder

Revisionsfråga 3: *Begär kommunstyrelsen upplysningar från nämnderna och bolagen samt kontrollerar vidtagna åtgärder i tillräcklig utsträckning?*

Iakttagelser

Granskningen visar att kommunstyrelsen löpande under året erhåller information om nämndernas och kommunkoncernens utveckling gällande ekonomi och verksamhet rapportering i samband med delårsrapportering och helårsrapportering. Rapporteringen sker i enlighet med den ordinarie planerings- och uppföljningsprocessen men vi noterar att begreppet uppsiktsplikt används i låg utsträckning.

Genomförd protokollsgenomgång visar att begreppet uppsiktsplikt inte används i protokollen eller rapporteringen vilket även bekräftas vid genomförda intervjuer.

Sid 19(31)

Vi kan i protokollsgenomgången även se att kommunstyrelsen tagit del av protokoll från bolagen under året men att omfattningen varierar mellan bolagen och att detta inte sker löpande.

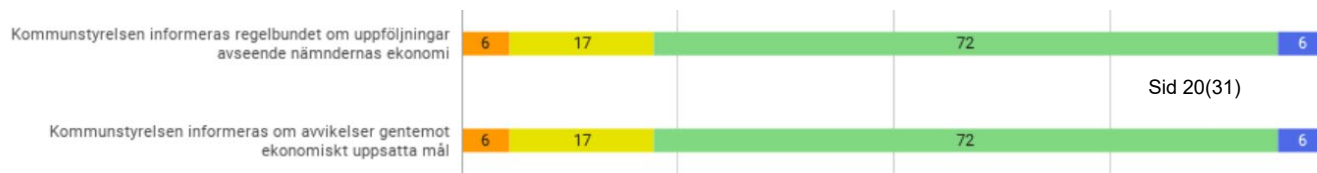
Av delårsrapport 1 (beslutad av kommunstyrelsen 2025-06-09 § 111) framgår att kommunstyrelsen har beslutat om att uppdra till alla nämnder och bolag att ytterligare fokusera på de områden där måluppfyllelsen är låg. Vidare framgår av beslutet följande:

- Att Utbildningsnämnden uppdras att minska barngruppernas storlek i förskolan,
- Att Socialnämnden uppdras att fortsätta arbetet att kraftigt minska antalet externa placeringar i HVB-hem och att minska den köpta öppenvården,
- att Omvårdnadsnämnden intensifierar arbetet mot välfärdsbrottslighet genom att använda delar av årets överskott till köp av ytterligare utredningsresurser.
- att de nämnder som har trygghetsanställda tillåts redovisa underskott kopplat till dessa och att kommunfullmäktige fastställer en långsiktig hantering och finansiering av trygghetsanställda i Budget och Kommunplan 2026.
- att Kommunstyrelsen tillsammans med Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, Omvårdnadsnämnden och Socialnämnden ges i uppdrag att i oktober rapportera till Kommunstyrelsen vilka insatser och åtgärder som behövs för att uppfylla kommunens mål om 100% fossilfri fordonsflotta.

I delårsrapporten per augusti framgår prognostiserat resultat för Stadshuskoncernen samt respektive bolag. Det framgår även kommentarer till det ekonomiska resultatet men inget avseende måluppfyllelse för verksamhetsmålen för bolagen.

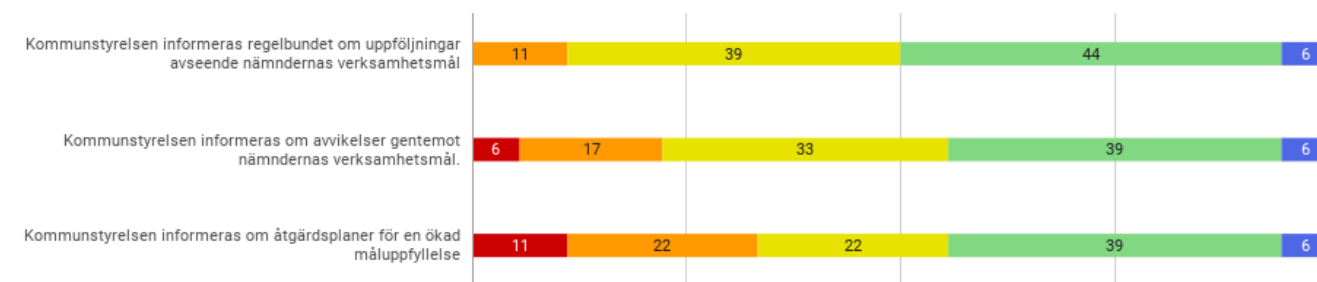
Inom ramen för genomförd protokollsgenomgång har vi inte noterat att kommunstyrelsen tagit ytterligare beslut utifrån erhållen rapportering från nämnderna eller bolagen. Vi kan även notera att nämnderna, med undantag för överförmyndarnämnden samt arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, har prognostiserat överskott under året. Vi kan inom ramen för granskningen inte styrka att ytterligare beslut fattats med anledning av rapporteringen om underskott under året.

I enkäten ställdes en fråga om angående rapporteringen och information från nämnderna avseende ekonomi.



Genomförd enkät visar att 72 % av respondenterna anser att kommunstyrelsen regelbundet informeras om nämndernas ekonomi samt får information avvikelser gentemot ekonomiskt uppsatta mål.

Motsvarande fråga ställdes i enkäten kopplat till verksamhetsmålen (se bilden nedan).



Genomförd enkät visar att respondenterna i hög grad anser att de informeras regelbundet av nämnderna om verksamhetsmålen, avvikelser och åtgärdsplaner kopplat till detta. Det framgår att ca en tredjedel av respondenterna anser att de inte alls eller endast till viss del får information om åtgärdsplaner kopplat till verksamhetsmålen. Vi kan i protokollen se att kommunstyrelsen i samband med erhållen delårsrapportering har uppmanat nämnderna att fokusera på att arbeta med verksamhetsmålen för att stärka målfyllnelse.

Verksamhetsföreträdare framhåller vid intervjuerna att kommunstyrelsens utskott följer flera av de frågor som nämnderna ansvarar för enligt reglementet vilket ger en ökad insyn i verksamheterna. Det framgår även att kommunstyrelsen utifrån rapporteringen som erhålls kan göra specifika insatser inom ramen för uppsiktsplikten men att några sådana insatser inte gjorts under år 2025 utöver att kommunstyrelsen uppmanat om att arbeta med målfyllnelse.

I enkäten ställdes en fråga kopplat till rapporteringen från de helägda bolagen avseende verksamhet och ekonomi (se bild nedan). Resultatet visar att 39 % av respondenterna instämmer helt i att de informeras regelbundet om bolagens ekonomi och verksamhet. Det är en något högre andel än de som svarat att de inte alls eller endast till viss del får information om bolagens ekonomi kontra bolagens verksamhet.



Verksamhetsföreträdare framhåller att det uppsikten över bolagen i hög grad sker genom moderbolaget i koncernen men att den formella rapporteringen till kommunstyrelsen uppges vara ett gott stöd för uppsikten. Det lyfts även att det finns en personunion mellan kommunstyrelsen och styrelsen i Stadshus AB vilket innebär en löpande dialog och informell information. Det finns dock en utmaning i att dessa dialoger inte sker spårbart och att informationen ska nå hela kommunstyrelsen men att beroende på digniteten så lyfts detta i kommunstyrelsen om behov föreligger.

Vid intervjuerna påtalas att information från nämnderna och bolagen även sker muntligt från kommundirektören vid sammanträden men att detta inte är spårbart i protokollen. Kommundirektören informerar även om aktuella frågor, uppföljning av privata utförare m.m. men att informationen främst är av mindre art där det inte bedöms föreligga behov av beslut eller åtgärder men att det är ett bra komplement för kommunstyrelsen i att hålla sig informerad. Syftet med framtagandet av riktlinjerna uppges vid intervjuerna vara att tydliggöra det formella i uppsiktsplikten och hur kommunstyrelsen utövar denna i grunden men att kommunstyrelsen utifrån behov kan vidta andra åtgärder och fördjupa uppsiktsplikten. Information uppges även tillhandahållas genom utskotten där mer detaljfrågor nämns men att det är viktigt att upprätthålla gränsdragningen mellan utskottens och nämndernas ansvarsområden samt att detta inte utgör den formella uppsiktsplikten.

Bedömning

Begär kommunstyrelsen upplysningar från nämnderna och bolagen samt kontrollerar vidtagna åtgärder i tillräcklig utsträckning?

Delvis.

Vi kan konstatera kommunstyrelsen under år 2025 har fått upplysningar från nämnderna om ekonomisk och verksamhetsmässig utveckling genom den löpande rapporteringen som sker i form av delårsrapportering och årsredovisning. Flertalet av nämnderna har under året prognostiserat en ekonomi i balans och i redovisningen framgår översiktliga beskrivningar av den ekonomiska utvecklingen. Kommunstyrelsen har inte begärt ytterligare redovisningar med anledning av rapporteringen. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen inte har följt upp nämndernas åtgärder eller fattat beslut kopplat till de prognostiserade underskotten utöver att nämnder tillåts att redovisa underskott som är hänförliga till kostnader för trygghetsanställda.

Genomförd granskning visar att kommunstyrelsen tagit del av vissa protokoll från bolagen under året och att rapportering skett främst kopplat till ekonomi i samband med delårsrapporteringen. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen följer bolagens ekonomiska utveckling under året och att inga signaler om avvikelser rapporterats till kommunstyrelsen. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen under år 2025 har

fått upplysningar från bolagen om ekonomisk utveckling men att det i låg grad kan spåras i vilken omfattning verksamhetsmässig uppföljning skett. Kommunstyrelsen har inte begärt ytterligare upplysningar med anledning av rapporteringen under år 2025. Vi ser det som väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att underlagen för beslut utifrån den förstärkta uppsiktsplikten ger ett tillräckligt underlag för uttalandet.

Vi bedömer att kommunstyrelsen, utifrån att nämnderna och bolagen har haft en ekonomi i balans under år 2025 till stor del har begärt upplysningar från nämnderna och bolagen i tillräcklig utsträckning. Vi bedömer att kommunstyrelsen under året inte har kontrollerat vidtagna åtgärder på ett tydligt sätt med anledningen av rapporteringen. I granskningen förekommer att det sker dialoger som en del i utövandet av uppsiktsplikten men vi har inte kunnat spåra dessa inom ramen för granskningen. Vi rekommenderar att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med de dialoger som bedöms utgöra en del av uppsiktsplikten för att tydliggöra kopplingen till utövandet och säkerställa att uppsikten sker i tillräcklig omfattning.

Rapportering till kommunfullmäktige

Revisionsfråga 4: Rapporterar kommunstyrelsen till fullmäktige i tillräcklig utsträckning?

Iakttagelser

Kommunstyrelsen ska, utöver sin egen uppföljning göra en övergripande analys över de samlade uppföljningsrapporterna som en del av kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Den övergripande analysen ska sedan beslutas i kommunstyrelsen året efter verksamhetsåret.

Enligt kommunstyrelsens reglemente ska styrelsen tre gånger per år rapportera till fullmäktige hur samtliga kommunens verksamheter utvecklas mot bakgrund av fastlagda mål och hur den ekonomiska ställningen är under budgetåret. Kommunstyrelsen ska även två gånger om året lämna fullmäktige en redovisning över de motioner och medborgarförslag som kommit in till fullmäktige till och med året innan och som inte slutligt handlagts av fullmäktige. Kommunstyrelsen ska följa de frågor som kan ha inverkan på kommunens utveckling och ekonomiska ställning samt fortlöpande, i samråd med nämnderna, följa upp de fastställda målen och återrapportera dessa till fullmäktige

Av kommunens styrmodell framgår att samtliga nämnder och helägda bolag ska till kommunstyrelsen lämna delårsrapporter och prognoser som kommunstyrelsen utifrån de beslutade anvisningarna från Sektor styrning och stöd. Delårsrapport 1 respektive 2 under året och verksamhetsrapport per helår ska innehålla uppföljning av fullmäktiges målnedbrytningar och ekonomi.

Utifrån genomförd protokollsgenomgång av kommunfullmäktiges protokoll från januari till och med december 2025 framgår att rapportering har skett till fullmäktige genom kommunplan och årsbudget 2026, delårsrapporter 1 för kommunen och de kommunala bolagen samt delårsrapport 2 år 2025. I samband med delårsrapport 1 beslutade fullmäktige att de nämnder som redovisar underskott till följd av kostnader för trygghetsanställda tillåts att redovisa underskott kopplat till dessa.

Vi noterar även att kommunfullmäktige tagit del av underlag för att kunna besluta om taxor, motioner och interpellationer m.m. Vi kan i protokollen inte spåra att fullmäktige tar del av protokoll från kommunstyrelsen eller bolagen. Kommunfullmäktige har under året fått nämndernas beslutsprotokoll som anmälningsärenden gällande e-petitioner.

Fullmäktige har tagit del av en sammanställning avseende motioner under beredning per 2025-06-16 samt 2025-12-04. Följande är exempel på ärenden som har beslutats i fullmäktige januari till december 2025 med anledning av att det avser återrapportering om nämndernas och bolagens ekonomi, verksamhet eller annan information som berör verksamheten:

- 2025-03-31 § 3: Aktieägartillskott till Gävle stadshus AB
- 2025-03-31 § 4: Aktieägartillskott Gävle Parkeringsservice AB
- 2025-03-31 § 5: Utökad investeringsbudget Gävle Hamn AB kal 17-19
- 2025-05-12 § 3: Ändrat ägardirektiv för Bionärvärme AB
- 2025-06-16 § 9: Miljöbokslut Gävle kommun år 2024
- 2025-12-15 § 3: Omorganisering Gävle Energi-koncernen
- 2025-12-15 § 9: Revideras verksamhetsuppföljning av kommunplan 2025

Förutom ovanstående exempel handlar flera ärenden om avsägelse av uppdrag som ersättare inom bolagen och nämnderna eller fyllnadsval av uppdrag som ledamot.

Bedömning

Rapporterar kommunstyrelsen till fullmäktige i tillräcklig utsträckning?

Ja.

Vi bedömer att kommunstyrelsen i allt väsentligt rapporterar till fullmäktige i tillräcklig utsträckning. Genomförd granskning visar att rapporteringen till kommunfullmäktige främst sker genom ^{Sid 24(31)} delårsrapportering och årsredovisning. Vi rekommenderar att kommunstyrelsen ser över möjligheterna att komplettera med en rapportering till kommunfullmäktige om hur uppsiktsplikten har utövats under året. En sådan rapportering kan med fördel även omfatta en utvärdering om huruvida uppsiktsplikten varit tillräcklig under året eller om den bör förändras till kommande år. Vi rekommenderar även att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med en beskrivning av hur rapportering sker till kommunfullmäktige.

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna och de helägda bolagens verksamhet är ändamålsenlig och tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnderna och de helägda bolagens verksamhet *inte helt* är ändamålsenlig och tillräcklig.

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Säkerställ att det tydligt framgår vilka dialoger som bedöms ingå i kommunstyrelsens utövande av uppsiktsplikten och att det finns en spårbarhet till dessa.
- Säkerställ att det finns en tydlig spårbarhet till hur kommunstyrelsen har utövat sin uppsiktsplikt över nämnderna och de kommunala bolagen under året.
- Säkerställ att rutinerna kompletteras med tillräckliga underlag till grund för när kommunstyrelsen ska utöva sin förstärkta uppsiktsplikt och pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna (KL 10 kap 3 §).
- Överväg att upprätta ett årshjul eller dylikt för att tydliggöra när under året som de olika delarna i uppsiktsplikten utövas, exempelvis beslutet utifrån den förstärkta uppsiktsplikten.
- Se över och analysera enkätresultatet i syfte att identifiera eventuella förbättringsområden kopplat till kommunstyrelsens uppsiktsplikt.
- Se över möjligheterna att komplettera arbetssättet med en rapportering till kommunfullmäktige om hur uppsiktsplikten har utövats under året. En sådan rapportering kan med fördel även omfatta en utvärdering om huruvida uppsiktsplikten varit tillräcklig under året eller om den bör förändras till kommande år.
- Säkerställ att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med en beskrivning av hur rapportering sker till kommunfullmäktige för att även fortsatt säkerställa att denna är tillräcklig.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Sid 26(31)

Revisionsfråga	Bedömning
1. Är kommunstyrelsens former för uppsikten ändamålsenliga och fungerar de tillfredsställande?	Delvis Vi bedömer att kommunstyrelsens former för uppsiktsplikten delvis är ändamålsenliga och fungerar tillfredsställande. Genomförd granskning visar att kommunstyrelsen har säkerställt att det finns en tydlig process och struktur som stödjer utövandet av uppsiktsplikten över nämnderna och delvis över bolagen. Processen framgår av styrande dokument och framtagna anvisningar. Kommunstyrelsen har även beslutat om särskilda riktlinjer som översiktligt beskriver hur kommunstyrelsen utövar sin uppsiktsplikt över nämnderna och bolagen. Riktlinjerna fokuserar endast på de dokument som bedöms ingå och beskriver inte hur kommunstyrelsen arbetar med dialoger etc. vilket vi anser bör kompletteras i riktlinjerna. I granskningen indikeras att uppsikten till stor del sker muntligt och att viss uppföljning, särskilt gentemot bolag via Gävle Stadshus AB, inte alltid återrapporteras på ett tillräckligt strukturerat och formaliserat sätt till kommunstyrelsen som helhet. Detta innebär att kommunstyrelsens former för uppsikten inte fullt ut säkerställer att all väsentlig information systematiskt når hela kommunstyrelsen. Vi ser det som väsentligt att dialogerna som förs och bedöms ingå i utövandet av uppsiktsplikten kommuniceras med hela kommunstyrelsen. Riktlinjerna beskriver vilka dokument som kommunstyrelsen tar del av för att säkerställa efterlevnaden till kommunallagen kap 6 § 9 kring förstärkt uppsikt över de kommunala bolagen. Vi bedömer att kommunstyrelsen bör säkerställa ett tillräckligt underlag sitt beslut för om bolaget har bedrivit verksamheten i enlighet med det kommunala ändamålet och inom ramen för de kommunala befogenheterna.



Vi rekommenderar att kommunstyrelsen med fördel kan komplettera styrande dokument med ett årshjul eller dylikt för att tydliggöra när aktiviteterna som ingår i uppsiktsplikten utövas under året, exempelvis beslutet utifrån den förstärkta uppsiktsplikten.

Sid 27(31)

2. Är kommunstyrelsens former för uppsikten ändamålsenliga och fungerar de tillfredsställande?

Delvis

Vi bedömer att omfattningen och innehållet i kommunstyrelsens uppsikt delvis är tillräcklig. Genomförd granskning visar att det finns en tydlig struktur för den löpande rapporteringen som ska ske till styrelsen från nämnderna och bolagen genom den ordinarie rapporteringsprocessen samt att riktlinjerna för uppsiktsplikten tydliggör vilka dokument som ligger till grund för utövandet. Kommunstyrelsen får genom den ordinarie rapporteringen information om nämndernas och bolagens ekonomi, nämndernas och bolagens arbete med fullmäktiges mål och uppdrag samt internkontroll. Vi kan i protokollen dock inte spåra vilka dialoger som förs med nämnder och kommunala bolag vilket enligt vår bedömning påverkar spårbarheten till utövandet av uppsiktsplikten.

Vi kan inom ramen för granskningen inte spåra i vilken utsträckning som kommunstyrelsen under år 2025 har tagit del av rapportering från nämnderna utöver delårsrapporter och verksamhetsrapport per helår.

För de kommunala bolagen sker den övergripande uppföljningen inom ramen för Gävle Stadshus AB.

Kommunstyrelsen har under året inom ramen för kommunstyrelsens uppsiktsplikt tagit del av delgivningar av vissa protokoll, rapportering av bokslutsprognos och delårsbokslut. Några minnesanteckningar från mötena som bolagen haft med Gävle Stadshus AB har inte delgivits kommunstyrelsen.

Vi ser det som väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att de underlag som ligger till grund för beslutet



enligt kommunallagen kap 6 § 9 kring förstärkt uppsikt över de kommunala bolagen är tillräckliga för att kunna uttala sig om det kommunala ändamålet och om verksamheten bedrivits inom de kommunala befogenheterna.

Sid 28(31)

3. Begär kommunstyrelsen upplysningar från nämnderna och bolagen samt kontrollerar vidtagna åtgärder i tillräcklig utsträckning?

Delvis

Vi kan konstatera kommunstyrelsen under år 2025 har fått upplysningar från nämnderna om ekonomisk och verksamhetsmässig utveckling genom den löpande rapporteringen som sker i form av delårsrapportering och årsredovisning. Flertalet av nämnderna har under året prognostiserat en ekonomi i balans och i redovisningen framgår översiktliga beskrivningar av den ekonomiska utvecklingen. Kommunstyrelsen har inte begärt ytterligare redovisningar med anledning av rapporteringen. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen inte har följt upp nämndernas åtgärder eller fattat beslut kopplat till de prognostiserade underskotten utöver att nämnder tillåts att redovisa underskott som är hänförliga till kostnader för trygghetsanställda.

Genomförd granskning visar att kommunstyrelsen tagit del av vissa protokoll från bolagen under året och att rapportering skett främst kopplat till ekonomi i samband med delårsrapporteringen. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen följer bolagens ekonomiska utveckling under året och att inga signaler om avvikelser rapporterats till kommunstyrelsen. Vi kan konstatera att kommunstyrelsen under år 2025 har fått upplysningar från bolagen om ekonomisk utveckling men att det i låg grad kan spåras i vilken omfattning verksamhetsmässig uppföljning skett. Kommunstyrelsen har inte begärt ytterligare upplysningar med anledning av rapporteringen under år 2025. Vi ser det som väsentligt att kommunstyrelsen säkerställer att underlagen för beslut utifrån den förstärkta uppsiktsplikten ger ett tillräckligt underlag för uttalandet.



Vi bedömer att kommunstyrelsen, utifrån att nämnderna och bolagen har haft en ekonomi i balans under år 2025 till stor del har begärt upplysningar från nämnderna och bolagen i tillräcklig utsträckning. Vi bedömer att kommunstyrelsen under året inte har kontrollerat vidtagna åtgärder på ett tydligt sätt med anledningen av rapporteringen. I granskningen förekommer att det sker dialoger som en del i utövandet av uppsiktsplikten men vi har inte kunnat spåra dessa inom ramen för granskningen. Vi rekommenderar att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med de dialoger som bedöms utgöra en del av uppsiktsplikten för att tydliggöra kopplingen till utövandet och säkerställa att uppsikten sker i tillräcklig omfattning.

4. Rapporterar kommunstyrelsen till fullmäktige i tillräcklig utsträckning?

Ja

Vi bedömer att kommunstyrelsen i allt väsentligt rapporterar till fullmäktige i tillräcklig utsträckning. Genomförd granskning visar att rapporteringen till kommunfullmäktige främst sker genom delårsrapportering och årsredovisning. Vi rekommenderar att kommunstyrelsen ser över möjligheterna att komplettera med en rapportering till kommunfullmäktige om hur uppsiktsplikten har utövats under året. En sådan rapportering kan med fördel även omfatta en utvärdering om huruvida uppsiktsplikten varit tillräcklig under året eller om den bör förändras till kommande år. Vi rekommenderar även att riktlinjerna för uppsiktsplikten kompletteras med en beskrivning av hur rapportering sker till kommunfullmäktige.



2026-04-23

Hanna Franck

Uppdragsledare och projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 27 augusti 2026. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Till:
Överförmyndarnämnden

2026-04-23

Dnr:25REK37

Missiv - Granskning av överförmyndarnämnden

PwC har på uppdrag av revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av överförmyndarnämnden. Granskningens syfte har varit att bedöma om överförmyndarnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Revisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 23 april 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att överförmyndarnämnden inte helt bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

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

- Säkerställ att nämnden i enlighet med gällande anvisningar har mål för ekonomi.
- Säkerställ att gällande delegationsordning är korrekt utifrån rådande organisering/funktioner i verksamheten.
- Säkerställ att tydliga åtgärder vidtas avseende ekonomi och verksamhet, i de avseenden målen inte uppnås, samt att det i nämndens protokoll går att finna spårbarhet till vidtagna åtgärder.

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

- Säkerställ att det finns en god kunskap avseende nämndens ansvar för intern kontroll och att internkontrollplan upprättas i enlighet med innebörden i de anvisningar som finns avseende intern kontroll i kommunen.
- Säkerställ att nämnden kontinuerligt inhämtar erfarenheter från ställföreträdare i syfte att utveckla verksamheten och förbättra förutsättningarna för framtida rekrytering.

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

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Bilaga:

- Granskning av överförmyndarnämnden

Signering

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-04-30 09:20

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

D0348073C3518C6C91A45B18DF532E13292C33FF9695D77D823838542FC4191F

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-05-03 19:52

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

D0348073C3518C6C91A45B18DF532E13292C33FF9695D77D823838542FC4191F

Granskning överförmyndarnämnden

Gävle kommun

April 2026



Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av överförmyndarnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om överförmyndarnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att överförmyndarnämnden inte helt bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor". Den bedömningsskala som används för respektive revisionsfråga är "ja", "delvis" eller "nej".

Revisionsfrågor	Bedömning	
1. Är ansvar och roller tydliga inom överförmyndarens verksamhet? - Finns det ett reglemente som tydliggör nämndens ansvar? - Finns det delegationsordning som tydliggör roller och ansvar? - Har nämnden beslutat om ett tak för antalet klienter per ställföreträdare?	Delvis	
2. Finns tillräckliga rutiner för planering och uppföljning av verksamhet och ekonomi?	Delvis	
3. Finns ett systematiskt arbete med intern kontroll inom verksamheten?	Delvis	
4. Finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering och kontroll av ställföreträdare? - Har åtgärder vidtagits vid eventuella brister?	Delvis	
5. Finns en tydlig styrning och intern kontroll vad gäller anlitande av ställföreträdare via företag?	Delvis	
6. Finns stöd för ställföreträdare i form av tillgänglighet, instruktioner/blanketter, samt fortbildning/utbildning?	Delvis	

7. Finns ändamålsenliga rutiner för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt? Ja



Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till överförmyndarnämnden:

- Säkerställ att nämnden i enlighet med gällande anvisningar har mål för ekonomi
- Säkerställ att gällande delegationsordning är korrekt utifrån rådande organisering/funktioner i verksamheten.
- Säkerställ att tydliga åtgärder vidtas avseende ekonomi och verksamhet, i de avseenden målen inte uppnås, samt att det i nämndens protokoll går att finna spårbarhet till vidtagna åtgärder.
- Säkerställ att det finns en god kunskap avseende nämndens ansvar för intern kontroll och att internkontrollplan upprättas i enlighet med innebörden i de anvisningar som finns avseende intern kontroll i kommunen.
- Säkerställ att nämnden kontinuerligt inhämtar erfarenheter från ställföreträdare i syfte att utveckla verksamheten och förbättra förutsättningarna för framtida rekrytering.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	5
Revisionskriterier	6
Avgränsning	6
Metod	6
Granskningsresultat	9
Roller och ansvar	9
Planering och uppföljning	12
Internkontrollplan och riskanalys	17
Rekrytering	20
Ställföreträdare via företag	23
Utbildning och stöd till ställföreträdare	25
Kontroller av årsräkningar	28
Samlad bedömning	31
Rekommendationer	31
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	31

Inledning

Bakgrund

Överförmyndarverksamheten är för kommunen obligatorisk och i varje kommun ska det finnas en överförmyndare eller överförmyndarnämnd, vars uppgift är att som myndighet utöva tillsyn över ställföreträdare (förmyndare, gode män och förvaltare) i syfte att motverka rättsförluster för personer (huvudmän) som behöver hjälp med sin ekonomi eller att ta vara på sina rättigheter. Det är tingsrätten som beslutar om godmanskap eller förvaltarskap och när det ska upphöra. Den som ska få god man måste godkänna detta, om personen förstår vad saken gäller. Samtidigt som tingsrätten beslutar om ställföreträdarskap, ska en god man eller förvaltare utses. Överförmyndarnämnden ska verka för att ställföreträdare blir utsedda. Ett uppdrag som ställföreträdare kan innebära att för huvudmannen bevaka rätt, förvalta egendom och sörja för person. Arbetet består huvudsakligen av myndighetsutövning där föräldrabalken, förmyndarskapsförordningen, lagen om god man för ensamkommande barn och förvaltningslagen är de för verksamhetens styrning viktigaste lagarna. Gävle kommuns revisorer har under 2024 uppmärksammat brister som bland annat rör förekomst av underlag för intern kontroll samt genomförandet av granskningar av årsräkningar. Revisionen har även noterat att det är en ökad andel ställföreträdare från företag. Utifrån genomförd väsentlighets- och riskbedömning har Gävle kommuns revisorer beslutat genomföra en granskning av överförmyndarnämndens verksamhet.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om överförmyndarnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll. Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

1. Är ansvar och roller tydliga inom överförmyndarens verksamhet?
 - Finns det ett reglemente som tydliggör nämndens ansvar?
 - Finns det delegationsordning som tydliggör roller och ansvar?
 - Har nämnden beslutat om ett tak för antalet klienter per ställföreträdare?
2. Finns tillräckliga rutiner för planering och uppföljning av verksamhet och ekonomi?
3. Finns ett systematiskt arbete med intern kontroll inom verksamheten? Hur säkerställs att det finns tillräcklig kompetens?
4. Finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering och kontroll av ställföreträdare?
 - Har åtgärder vidtagits vid eventuella brister?
5. Finns en tydlig styrning och intern kontroll vad gäller anlitande av ställföreträdare via företag?

6. Finns stöd för ställföreträdare i form av tillgänglighet, instruktioner/blanketter, samt fortbildning/utbildning?
7. Finns ändamålsenliga rutiner för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt?
 - Har riskanalyser och åtgärder vidtagits vid eventuella brister vad gäller frekvens av kontroller eller följsamhet till rutiner?

Revisionskriterier

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

- Kommunallagen (2017:725)
- Föräldrabalken (1949:381)
- Förvaltningslagen (2017:900)
- Förmyndarskapsförordningen (1995:379)
- Reglemente för nämnden
- Kommunplan för 2025 och utblick år 2026 - 2028
- Anvisningarna för verksamhetsplan 2025
- Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag

Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta överförmyndarnämnden och i tid avgränsas granskningen till år 2025.

Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier. Inom ramen för granskningen har även stickprov avseende handläggning av personakter på ett urval av ärenden genomförts. Totalt har 10 stickprov tagits ut där urvalet har säkerställt att det både avser förvaltare och god man. Urvalet har också gjorts för att säkerställa att det omfattar fördjupade- och normalgranskningar av årsredovisningar.

Vi har i samband med stickprovskontroller även kontrollerat att det finns metoder och riskanalyser som styr kravet på om nämnden genomför en normalgranskning eller en djupgranskning av lämnad redovisning.

Intervjuer har genomförts med:

- Enhetschef överförmyndarnämnden
- Ekonom
- 4 ärendehandläggare
- Nämndens presidium

Utöver detta har intervju genomförts med fyra ställföreträdare där de givit bild av hur verksamheten fungerar och det stöd som erhålls. Då ställföreträdare visat ett stort intresse för att få lämna sin uppfattning om överförmyndarens verksamhet har metoden efter samråd med revisionen kompletterats med en enkät till samtliga ställföreträdare. Enkäten gick ut till 934 mottagare och besvarades av 194.

Dokumentstudier har omfattat reglemente, delegationsordning, ekonomisk uppföljning, rutinbeskrivningar, underlag för utbetalning av arvoden och instruktioner till ställföreträdare. Vi har även granskat hur verksamheten arbetar för att säkerställa god kompetens inom området intern kontroll.

Vi har i granskningen särskilt lagt fokus på ändamålsenlighet vilket innebär kontroll av verksamhetens måluppfyllelse, åtgärder vid bristande måluppfyllelse samt genomförda riskanalyser inför beslut om åtgärder.

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

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Dokument

I granskningen refereras det återkommande till granskade dokument. Dessa kommer inte återkommande kommenteras i fotnot i rapporten utan finns redovisat här:

- Gemensamt reglemente för Gävle kommuns nämnder - Antaget av fullmäktige 2024-06-17 Dnr: 23KS263
- Reglemente för Överförmyndarnämnden - Antaget av fullmäktige 2024-06-17 Dnr: 23KS263
- Delegationsordningen för överförmyndarnämnden – Antaget av nämnden september 2022 Dnr: 22ÖFN29-1
- Kommunplan för 2025 och utblick år 2026 - 2028
- Anvisningar för verksamhetsplan och budget
- Verksamhetsplan 2024
- Verksamhetsrapport 2024: 2025-02-24 Dnr: 24ÖFN25
- Internkontrollrapport 2024: 2025-02-24 Dnr: 24ÖFN26
- Verksamhetsplan 2025: 2024-12-09, §95 Dnr: 24ÖFN56
- Verksamhetsrapport delår 1 2025: 2025-05-26 §49 Dnr: 25ÖFN3
- Internkontrollrapport delår 1 2025: 2025-05-26 §50 Dnr: 25ÖFN2
- Verksamhetsrapport delår 2 2025: 2025-09-22 §69 Dnr: 25ÖFN3
- Internkontrollrapport delår 2 2025: 2025-09-22 §69 Dnr: 25ÖFN2

Lagstiftning och formella utgångspunkter

Den kommunala skyldigheten att driva överförmyndarverksamhet regleras i 19 kap., i Föräldrabalken, där det antingen skall finnas en överförmyndare eller en överförmyndarnämnd som utses av kommunfullmäktige. Sedan 2006 är det också möjligt att två eller fler kommuner har en gemensam överförmyndarnämnd, (FB, 19 kap. 16 §).

En ställföreträdare kan vara en förmyndare, god man eller förvaltare och har till uppgift att tillvarata huvudmannens intressen. En ställföreträdare i egenskap av förmyndare företräder barn under 18 år. Barnets föräldrar är i första hand de legala förmyndarna och har ansvaret att förvalta barnets egendom. Överförmyndarnämnden utövar tillsyn över samtliga legala förmyndare. En förmyndare ska registreras i nämndens register om barnet har tillgångar som överstiger åtta prisbasbelopp, om barnet har fått en gåva med villkor om särskild överförmyndarkontroll, om barnet blivit ägare till fast egendom, eller om barnet fått en utbetalning enligt något av kriterierna i FB 16 kap. 11 § som överstiger ett prisbasbelopp. I övrigt får förmyndare registreras i registret utan att det föreligger ett krav på detta (9 § Förmyndarskapsförordningen).

Godmanskapet är frivilligt, där huvudmannen behåller sin rättshandlingsförmåga, vilket innebär att ställföreträdaren i egenskap av god man ska inhämta huvudmannens samtycke innan han/hon vidtar en rättshandling, (FB, 11 kap, 4 §). Undantaget är om den enskildes tillstånd hindrar inhämtande av samtycke. Huvudmannen kan när som helst begära att godmanskapet ska upphöra. Godmanskap ska alltid väljas före förvalterskap om det är tillräckligt för att tillgodose behovet.

Omyndigförklaring avskaffades 1989 och ersattes med förvalterskap. **Förvalterskap** är en tvångsåtgärd, där huvudmannen förlorar sin rättshandlingsförmåga över de delar som omfattas av förvaltarförordnandet. Förvalterskap avser de individer som är ur stånd att vårda sig själva eller sin egendom. Uppdraget kan anpassas till behovet och kan begränsas till att avse viss egendom, såsom förvaltningen av en fastighet eller viss del av huvudmannens kapital. Om någon av förutsättningarna som låg till grund för ett förvalterskaps anordnande inte längre är uppfyllda ska förvalterskapet upphöra. Förvalterskapet anses vara ett stort ingrepp i den personliga integriteten och skall årligen omprövas av överförmyndaren/överförmyndarnämnden. Förvalterskap anordnas endast om mindre ingripande åtgärder, som godmanskap, inte är tillräckliga.

Granskningsresultat

Roller och ansvar

Revisionsfråga 1: Är ansvar och roller tydliga inom överförmyndarens verksamhet?

Introduktion till revisionsfrågan

Överförmyndarverksamheten är för kommunen obligatorisk och i varje kommun ska det finnas en överförmyndare eller överförmyndarnämnd, vars uppgift är att som myndighet utöva tillsyn över ställföreträdare (förmyndare, gode män och förvaltare) i syfte att motverka rättsförluster för personer (huvudmän) som behöver hjälp med sin ekonomi eller att ta vara på sina rättigheter. Det är tingsrätten som beslutar om godmanskap eller förvaltarskap och när det ska upphöra. Den som ska få god man måste godkänna detta, om personen förstår vad saken gäller. Samtidigt som tingsrätten beslutar om ställföreträdarskap, ska en god man eller förvaltare utses. Överförmyndarnämnden är skyldig att efter föreläggande av tingsrätten inkomma med ett förslag på lämplig ställföreträdare. Ett uppdrag som ställföreträdare kan innebära att för huvudmannen bevaka rätt, förvalta egendom och sörja för person. Inom överförmyndarverksamheten består arbetet huvudsakligen av myndighetsutövning där föräldrabalken, förmyndarskapsförordningen, lagen om god man för ensamkommande barn och förvaltningslagen är de för verksamhetens styrning viktigaste lagarna.

Länsstyrelsen Örebro har tillsyn över överförmyndarnämndens verksamhet i Gävle och granskar att handläggningen sker rättssäkert och enligt lag. Ansvaret flyttades i januari 2025 från Länsstyrelsen i Dalarna till Länsstyrelsen i Örebro. Syftet var att skapa enhetlighet och tydlighet i statens regionala indelning genom att koncentrera vissa uppgifter till färre länsstyrelser. Målet är att uppnå effektivare tillsyn, bättre samordning och högre kvalitet i tillsynsvägledningen.

Vid granskning av roller och ansvar har vi kontrollerat styrande dokument såsom reglemente, delegationsordning och arbetsordning, men även organisationens utformning och storlek i förhållande till åtagandet.

Iakttagelser

Organisationens utformning och åtagande

Överförmyndarenheten består av en enhetschef och 11 handläggare, med inleder 2026 med en viss övertalighet, 12,6 årsarbetare. Enligt intervjuer anges som skäl till övertaligheten förväntade pensionsavgångar, arbetsbelastning och förändringar i lagstiftning som kan innebära ökade krav på verksamheten.

Enhetschefen samt tre av handläggarna är jurister, därutöver återfinns en rättsvetare och en socionom med omfattande erfarenhet av familjerätt.

Intervjuer visar att en omorganisation nyligen har genomförts inom enheten. Tidigare fanns det särskilda administratörer, men numera innehar samtliga medarbetare titeln handläggare, även om vissa fortfarande ansvarar för mer administrativa arbetsuppgifter. Organisationen är indelad i två huvudgrupper: den ena fokuserar på administration, rekrytering samt granskning (exempelvis årsräkningar och rekrytering av ställföreträdare) samt utredningar vid klagomål och synpunkter på ställföreträdare, medan den andra koncentrerar sig på juridiskt inriktad handläggning såsom utredningar, anordnande av godmanskap och förvaltarskap samt kontakt med tingsrätt. Därtill finns specialfunktioner som systemansvariga (superusers), utbildningsansvariga och mentorer för ställföreträdare.

Samtliga handläggare förväntas ha kompetens att granska årsräkningar, dock är vissa särskilt specialiserade på detta område. Ärenden fördelas vanligtvis automatiskt baserat på huvudmannens födelsedatum, men arbetsbelastningen balanseras vid behov för att säkerställa en jämn fördelning. Enheten håller regelbundna möten: veckovisa enhetsmöten, ärendedragningar två gånger per vecka för diskussion av komplexa ärenden och likvärdig handläggning, samt separata gransknings- och verksamhetsutvecklingsmöten. De intervjuade upplever att det finns god vägledning genom gemensamma rutiner och mallar.

Under de första månaderna av 2024 noterades en markant ökning av antalet ärenden, men volymerna har under senare delen av 2024 samt 2025 återgått till en nivå som är att bedöma mer normala. Trots återgången i ärendemängd bedömer verksamheten att det framöver kommer att finnas ett ökat behov av gode män och förvaltare. Överförmyndarenheten har under det senaste decenniet expanderat; bemanningen har fördubblats och anses idag motsvara verksamhetens krav, även om historisk underbemanning förekommit. Frånvaro såsom föräldraledighet och annan tjänstledighet leder dock ofta till temporär undertalighet. Tidigare har myndighetsutövningen varit utmanande att upprätthålla, men nuvarande bemanning bedöms vara tillräcklig för ändamålet.

Vi noterar att nämnden för 2024 bedömt att det målet om en granskning som är effektivt och med hög kvalitet bedöms delvis uppfyllt trots att 70 % av årsräkningarna hade granskats före den 1 september. Målet var att 100 % skulle ha granskats. Det framgår av nämndens redovisning att orsakerna till det bristande resultatet vad gäller målvärdet är att verksamheten inte haft full bemanning på grund av tjänstledigheter. Om samtlig personal är i tjänst bedöms organisationen vara tillräcklig för sitt uppdrag.

Reglemente

Fullmäktige under 2024 fastställt *Gemensamt reglemente för Gävle kommuns nämnder*¹ utöver det som där föreskrivs så gäller bestämmelserna i *Reglemente för Överförmyndarnämnden*². I reglemente för Överförmyndarnämnden framgår att nämndens förvaltning organisatoriskt tillhör Sektor Styrning och stöd och att nämnden fullgör samtliga uppgifter som enligt lag eller annan författning ankommer på en överförmyndarnämnd.

Delegationsordning

Delegationsordningen för överförmyndarnämnden antogs av nämnden i september 2022³. Vi noterar att delegationsordningen hänvisar till fyra olika delegater: Enhetschef för överförmyndarenheten (E), Överförmyndarhandläggare (H), Administratör på överförmyndarenheten (A), Granskare på överförmyndarenheten (G). Titlarna inte är överensstämmande med de funktioner som enligt gjorda intervjuer och lämnad sammanställning över organisation finns inom enheten.

Delegationsordningen tydliggör undantag från delegationsrätten vad gäller beslut 19 kap 14§ st 2 Föräldrabalken, vilka måste fattas av nämnden samfällt.

Vid granskning av nämndens protokoll ser vi att nämnden har delgivits delegationsbeslut vid två tillfällen, i februari 2025 samt i november 2025. I båda fallen handlar det om utlämnande och avslag på begäran från enskilda om uppgifter ur överförmyndarnämndens allmänna handlingar enligt Tryckfrihetsförordningen och Offentlighets- och sekretesslagen. Beslut enligt Föräldrabalken eller Lag om god man för ensamkommande barn behöver enligt lag inte anmälas till nämnd.

Bedömning

Är ansvar och roller tydliga inom överförmyndarens verksamhet?

Delvis.

Vår bedömning är att nämndens ansvar är tydligt och att det finns tydlighet i reglemente och en tydlig roll och ansvarsfördelning i verksamheten. Det vi uppfattar vara otydligt är nämndens delegationsordning i förhållande till vilka funktioner som finns i organisationen. Diskrepansen har uppstått efter gjorda förändringar i verksamheten som innebär att administratörer och granskare inte finns kvar i verksamheten men uppdatering av delegationsordningen inte skett. Förändringarna innebär

¹ Antaget av fullmäktige 2024-06-17 Dnr: 23KS263

² Antaget av fullmäktige 2024-06-17 Dnr: 23KS263

³ Dnr: 22ÖFN29-1

att det finns delegater i delegationsordningen som inte finns i verksamheten. Syftet med förändring i ansvar och titlar är att samtlig personal ska bistå i att granska årsredovisningar.

Vi ser det som positivt att åtgärder vidtagits för att öka förutsättningarna att granska årsredovisningar i tid men nämnden behöver uppdatera delegationsordning så att den överensstämmer med de funktioner/titlar som finns i verksamheten.

Granskningen har inte omfattat kontroller av personalens kompetens men bedömer att det är väsentligt att det säkerställs att samtlig personal som tituleras som handläggare har den kompetens som krävs för att hantera samtliga uppgifter som är delegerade till handläggare enligt delegationsordning.

Planering och uppföljning

Revisionsfråga 2: Finns tillräckliga rutiner för planering och uppföljning av verksamhet och ekonomi?

Introduktion till revisionsfråga

Vid Kommunfullmäktige den 25 november 2024 beslutas Kommunplan för 2025 och utblick år 2026 - 2028. I majoritetens beslutsförslag finns övergripande mål och 21 målnedbrytningar, tillhörande indikatorer samt ekonomiska ramar som har fördelats på nämnderna. Med utgångspunkt i detta ska nämnder och bolag upprätta verksamhetsplan och budget. Det finns upprättade anvisningar för hur det ska gå till.

I kommunplanen framgår kommunkoncernens fokus för 2025 där ett område är ”Omställning till en hållbar ekonomi och kvalitet”. Vidare uttrycker fullmäktige i planen ”För att få en hållbar situation behöver ekonomistyrningen och ekonomiuppföljningen utvecklas. Alla nämnder behöver ta fram relevanta jämförelsetal och ekonomimål. Referenskostnad R9 och principer för kostnadsutjämningsystemen utgör basen för den data och kostnad vi utgår ifrån när vi definierar grundutförande. Utifrån grundutförandet gör politiken sina överväganden och prioriteringar för att tydliggöra vilken ambitionsnivå som ryms inom de ekonomiska ramarna.” Av anvisningarna inför framtagande av verksamhetsplan förtydligas att Gävle kommun har två finansiella mål på kommunövergripande nivå. Dessa mål ska brytas ned på nämnds – och bolagsnivå. Nytt för verksamhetsplan 2025 är att respektive nämnd ska definiera minst ett finansiellt mål på nämnds nivå förutom det övergripande kravet på att klara sin budget.

Inom ramen för den här revisionsfrågan har vi med utgångspunkt i Kommunplan 2025 och gällande anvisningar granskat om verksamhetsmål och finansiella mål har upprättats i enlighet med anvisningar. Vi har också granskat hur nämnden säkerställt att de får en tillräcklig uppföljning av verksamhet och ekonomi under året.

lakttagelser

Ekonomiska mål

Vid intervjuer framkommer att arbetet med budgeten för överförmyndarnämndens verksamhet inleds under hösten inför kommande verksamhetsår. Budgeten tas fram i samarbete mellan ekonom och enhetschef. Vissa poster, såsom telefonikostnader, är fasta och beslutas centralt. Dessa läggs in direkt i budgeten utan möjlighet till justering från nämndens sida. Kommunbidraget, som utgör en central del av finansieringen, tilldelas från kommunfullmäktige i samband med kommunplan och kan inte påverkas av nämnden. Övriga budgetposter diskuteras mellan ekonom och enhetschef innan ett samlat budgetförslag presenteras för nämnden, som därefter fattar beslut.

Prognosarbetet för arvodeskostnader är enligt enhetschef en central del av budgetprocessen. Prognoserna uppfattas vara svåra att göra eftersom de påverkas av faktorer som antal uppdrag, indexering mot prisbasbeloppet och inflation. Metoden för prognos bygger huvudsakligen på tidigare utfall och koefficienter, men det finns ingen dokumenterad metod – mycket av kunskapen är personbunden och bygger på erfarenhet. Underlaget för prognoser består av utfall från tidigare år, antal uppdrag och dialog med företag som tillhandahåller professionella ställföreträdare.

Enligt de intervjuade antar nämnden ofta en prognos med ett underskott särskilt vad gäller arvodeskostnader och så gjordes också inför 2025. Det gäller särskilt arvodeskostnaderna där arvodena beräknas blir högre än kommunbidraget. Enligt de intervjuade finns en informell acceptans från kommunstyrelse och fullmäktige att överförmyndarnämnden går med underskott, då alternativet anses vara personalnedskärningar. Intervjuade representanter från nämnden beskriver hur diskussioner förts avseende förutsättningar att göra förändringar som skulle innebära att nämnden klarar sin verksamhet inom budget. Det skulle dock kräva neddragningar i personalstyrkan och det uppfattas inte vara ett hållbart alternativ. Nämndens ledamöter instämmer således i att det finns en acceptans för att verksamheten inte bedrivs inom tilldelad budget, men att det inte finns spårbarhet till något formellt ställningstagande eller beslut avseende detta.

Vid granskning av nämndens mål för 2025 finner vi att nämnden inte har antagit något ekonomiskt mål i enlighet med lämnade anvisningar. Intervjuade ledamöter i nämnden samt enhetschef ger en samstämmig uppfattning om att nämnden i den mån det är möjligt ska hushålla med de resurser den tilldelas. Nämndens verksamhet utgörs däremot av obligatorisk kommunal myndighetsutövning och dessutom utgör nämndens budget, på 15,5 miljoner kronor, en mycket liten del av den totala kommunala budgeten. Nämnden uppfattar inte att det finns några skäl att ha några ekonomiska mål, men intervjuade ledamöter ger även uttryck för att de inte känt till att anvisningarna givit uttryck för att samtliga nämnder ska ha sådana mål.

Uppföljning av ekonomi

Granskning av nämndens protokoll visar att nämnden i mars, april, maj, september, oktober och november har erhållit ekonomisk månadsrapport år 2025⁴. Intervjuade ledamöter i nämnden uppfattar att de månatligen får en rapportering avseende det ekonomiska läget i nämnden samt att den information som de erhåller är tillräcklig för sitt ändamål. Enligt delårsrapport 2 2025 prognostiserar överförmyndarnämnden ett underskott på 1,3 miljoner kronor för 2025. Av resultatanalysen framgår att utfallet för januari till augusti uppgår till - 1,5 miljoner kronor och att det primärt beror på kostnader för ideella ställföreträdare då både prisbasbeloppet och antalet uppdrag har ökat. Kostnaden för professionella ställföreträdare har också ökat. I enlighet med vad som framkommit vid intervjuer så framgår det också av delårsrapporten att de åtgärder som nämnden anser sig kunna vidta är reducering av personal, men att den åtgärden inte är aktuell med anledning av den mängd ställföreträdare som behövs och förväntas behövas framöver.

Framtagande av verksamhetsmål och verksamhetsplan

Processen för verksamhetsplanering inleds med en workshop i november där nämnden tillsammans med enhetschef går igenom och planerar verksamhetsplanen för kommande år. Enhetschefen bidrar med kunskap och nämnden med idéer. Efter workshopen lägger enhetschef fram ett beslutsförslag till nämnden, som beslutar om verksamhetsplanen i december.⁵ Samma metod används från år till år.

Nämnden har totalt definierat fyra mål kopplat till två av fullmäktiges beslutade kommunövergripande mål. De kommunövergripande mål som Överförmyndarnämnden tagit fasta på är ”Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen” samt ”En ekologiskt och hållbar klimatneutral kommun”. Dessa kommunövergripande mål har nedbrutna mål som lyder ”Personer med funktionsnedsättning ska ha större inflytande över frågor som berör dem” samt ”Livskvaliteten ska förbättras och klimatutsläppen minskas i takt med Gävle kommuns ansvar enligt Parisavtalet”. Nedan redovisas respektive nämndsmål samt vilken indikator som ska användas för att värdera målet.

Nämndsmål	Indikator
1. Överförmyndarnämndens tillsyn av ställföreträdarens uppdrag ska bedrivas effektivt och med hög kvalitet.	Handläggningstid för granskning av årsräkningar. Samtliga årsräkningar ska vara granskade den 1 september.
	Målvärde 100 %

⁴ 2025-03-24, § 22, Dnr 25ÖFN1-1; 2025-04-28, § 28, Dnr 25ÖFN1-3; 2025-05-26, § 48, Dnr 25ÖFN1-5; 2025-09-22, § 68, Dnr 25ÖFN1-7; 2025-10-20, § 75, Dnr 25ÖFN1-9; 2025-11-17, § 82, Dnr 25ÖFN1-11

⁵ 2024-12-09, §95, Dnr: 4ÖFN56

2. Överförmyndarnämnden ska arbeta aktivt och effektivt för att rekrytera lämpliga uppdragstagare till varje ställföreträdaruppdrag. Alla kommuninvånare, som har vilja och intresse för att hjälpa till och göra en insats som god man eller förvaltare, ska ha kunskap och förutsättningar för hur de ska gå till väga för att kunna ge sådan hjälp till de som behöver. Professionella ställföreträdare ska förordnas måttligt för särskilt krävande uppdrag eller där hjälp inte kan ges de enskilda på annat sätt.	Andelen ideella ställföreträdare. Målvärde 90% Antalet nya ställföreträdare som åtar sig ett nytt uppdrag som god man eller förvaltare. Målvärde 30 Antalet nya ställföreträdare som anmäler sitt intresse för att ta nya uppdrag efter genomgången grundutbildning Målvärde 50 Rekryteringstiden i dagar för att tillsätta gode män/förvaltare (Median). Målvärde 15 Rekryteringstiden i dagar för att tillsätta gode män /förvaltare (medel). Målvärde 31 Antalet deltagare på överförmyndarenhetens grundutbildningar under året. Målvärde 100
3. Överförmyndarnämnden ska ha tillräckliga resurser för att kunna bedriva en kvalitativ verksamhet med hänsyn till lagstiftningens krav samt nämndens mål avseende verksamheten.	Ska mätas i form av total ärendemängd, men målvärde saknas
4. Digitalisering av verksamheten	Indikator samt målvärde saknas

Vi noterar att nämnden valt att inte definiera målvärden för två av fyra mål och indikator för ett av fyra mål. Enligt inkommen information från verksamheten är detta beroende på att nämnden inte uppfattat det som lämpligt att mäta målen genom specifika indikatorer eller målvärden. Nämnden har tidigare år kopplat till målet om tillräckliga resurser använt mål kopplat till total ärendemängd och har trots att målet och indikatorn är borttagen fortsatt att följa antalet inkommande ärenden per månad för att säkerställa att de har tillräckliga resurser för att hantera antalet inkomna ärenden. De intervjuade representanterna från nämnden har inte någon tydlig uppfattning om orsaken till att det inte finns mått eller indikatorer, men anser inte att det har begränsat den rapportering som nämnden erhållit från verksamheten.

Det mål som enligt de intervjuade särskilt diskuterats inför 2025 är målet avseende andelen ideella ställföreträdare. Anledningen var att det under 2024 erbjudits professionella ställföreträdare som erhöll tjänster till samma arvode som ideella ställföreträdare och som var villiga att ta uppdrag som inte var att anse som komplexa i sin karaktär men där övriga ställföreträdare trots detta inte ansåg vara den bästa

lösningen. Målet för andelen ideella ställföreträdare justerades därför från 95 procent 2024 till 90 procent 2025.

Uppföljning av verksamhetsmål

Måluppfyllelsen för respektive verksamhetsmål kommer att kommenteras under kommande revisionsfrågor, men på en övergripande nivå kan vi konstatera att nämnden under 2025 har erhållit utvärdering av verksamhetsmålen i februari genom verksamhetsrapport helår 2024, samt maj och september, verksamhetsrapport delår 1 och delår 2 2025. Vi noterar att måluppfyllelsen av ett av målen avseende andelen ideella ställföreträdare har justerats inför målbedömningen vilket innebär att målet bedöms som uppnått trots att det inte uppnår den målnivån som var satt inför året. Vi kan inte finna att nämnden tagit beslut om att justera målet. Vid granskningen erhåller vi även information från revisorerna om att de noterat detta i samband med grundläggande granskning för 2024.

Delårsrapporterna redovisar ett utfall i rött, gult eller grönt för respektive verksamhetsmål men att det inte finns någon prognos för måluppfyllelsen för respektive mål eller för målen som helhet för året. Däremot lämnas prognos för vissa specifika indikatorer. Som tidigare nämnts så är det varierande i vilken omfattning indikatorer och målvärden finns redovisade för olika mål varför det som läsare är svårt att värdera utfallet. Utöver dessa tre rapporter kan vi vid granskning av protokoll se att nämnden månatligen erhåller information om ärendestatistik, men även vid specifika tillfällen information om exempelvis gällande arbetsflöde för att hantera granskningar av årsräkningar.

Bedömning

Revisionsfråga 2: Finns tillräckliga rutiner för planering och uppföljning av verksamhet och ekonomi?

Delvis.

Vår bedömning är att styrning och uppföljningsprocessen i stort överensstämmer med den av fullmäktige beslutade processen vad gäller tidsplan, beslutsgång, målstyrningen och budgetprocessen.

Vi noterar att anvisningen slår fast att nämnden ska ha ett finansiellt mål utöver kravet om att klara sin budget. Vår bedömning är att nämnden inte har upprättat tydligt finansiellt mål och inte heller informellt har definierat något sådant. Vår bedömning är också att nämnden trots aviserat budgetunderskott inte avser att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en budget i balans. Vi finner ingen spårbarhet till att fullmäktige givit acceptans till att nämnden inte klarar sin budget.

Vid granskningen har vi funnit att nämnden i den årsrapport avseende 2024 som hanterats i februari månad 2025 har justerat indikatorn för andelen ideella ställföreträdare utan att det med tydlighet går att spåra att nämnden beslutat om justering av målet. Vår bedömning är att det därmed finns en otydlighet i nämndens värdering av måluppfyllelsen trots att tydliga målvärden är antagna.

Vi noterar också att budgetarbetet i stort är beroende av den prognos av arvoden som utarbetas av enhetschefen. Vår bedömning är att det finns en sårbarhet i att kunskapen om vilka parametrar och vilka beräkningar som ligger till grund för prognosen enbart finns hos en person och inte är dokumenterad. Nämnden bör säkerställa att det finns en dokumenterad process för detta eller att kunskapen finns hos fler personer.

Internkontrollplan och riskanalys

Revisionsfråga 3: Finns ett systematiskt arbete med intern kontroll inom verksamheten?

- Hur säkerställs att det finns tillräcklig kompetens?

Introduktion till revisionsfrågan

Enligt Kommunallagen (6 kap 6 §) ska nämnderna var och en inom sitt område se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I *Anvisning verksamhetsplan 2025 för Gävle kommuns nämnder och bolag*, som vi hänvisat till i föregående revisionsfråga, beskrivs hur upprättandet av intern kontrollplan ska gå till. Där betonas att styr- och kontrollmiljön ska beskrivas, att det ska finnas rutiner för informationshantering och kommunikation, samt att internkontrollplanen ska ge en rimlig försäkran om att verksamhetens mål uppnås och att lagar och regler följs. Upprättandet av internkontrollplanen ska ske i Stratsys och kan beslutas tidigare än 31 mars om nämnden så önskar. För kompletterande uppgifter hänvisar anvisningen till *Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag*.

Av *Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag* framgår att Gävle kommunkoncern tillämpar ramverket/modellen COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission www.coso.org) som modell för styrning och kontroll. Den interna styrningen och kontrollen består enligt COSO modellen av fem komponenter; styr- och kontrollmiljö, riskvärdering, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning. Varje nämnd/bolag ska enligt riktlinjen kontinuerligt dokumentera hur de olika komponenterna enligt COSO-modellen ser ut.

Av anvisningarna framgår att tydliga mål inom nedan områden är en förutsättning för god intern kontroll:

- Ändamålsenlig och effektiv verksamhet
- Efterlevnad av externa och interna regelverk
- Tillförlitlig rapportering internt och externt

Det tydliggörs också att det med ändamålsenlig och effektiv verksamhet bland annat menas att;

- disponera tillgängliga resurser så effektivt som möjligt för uppnående av fastställda mål.
- säkerställa god ekonomisk hushållning enligt Kommunallagen 11 kap 1§. Säkerställandet av god ekonomisk hushållning görs genom att tillgängliga medel i budgetprocessen fördelas med beaktande av risk och osäkerhet i verksamheterna samt i samhällsekonomin. Den ekonomiska utvecklingen måste därefter löpande stämmas av mot budget och mål.
- utvärdera verksamheters prestationer gentemot medborgarens behov.
- vidmakthålla och tillföra erforderlig kompetens på alla nivåer i organisationen.

Med efterlevnad av externa och interna regelverk menas att lagar, förordningar och föreskrifter som nämnd/bolag har att förhålla sig till följs och även att de interna regelverk som kommunfullmäktige och nämnd/styrelser beslutar om följs.

Med tillförlitlig redovisning och rapportering menas att all rapportering (även icke-finansiell) ska vara riktig, fullständig och ge en rättvisande bild av informationen, så att beslutsfattare ska kunna vidta erforderliga åtgärder. Exempel på rapportering:

- Intern finansiell rapportering
- Övrig intern rapportering
- Extern finansiell rapportering
- Övrig extern rapportering

Vi har vid granskningen kontrollerat att arbetet skett i enlighet med gällande anvisning för verksamhetsplan samt riktlinje för intern styrning och kontroll.

lakttagelser

Enligt de intervjuade så har det funnits en bristande kunskap om internkontroll och efter revisionens påpekanden genomförde nämnden en utbildning i riskanalys och har tagit fram en ny internkontrollplan med inbyggd riskanalys. Utbildningen hölls under 2022 inför framtagande av internkontrollplanen 2023.

Enligt de intervjuade så har internkontrollplanen tagits fram i en parallell process med verksamhetsplanen. I workshop med nämnden har särskilda risker diskuterats och då särskilt risker kopplade till personalresurser vid ökad ärendemängd.

Vi har vid granskning verifierat att nämnden vid mötet i december 2024 tog del av riskmatris och internkontrollplan och beslutade att anta internkontrollplan för 2025. Överförmyndarnämndens internkontrollplan för 2025 omfattar beskrivning av COSO-modellens samtliga komponenter. Under den tredje komponenten som avser kontrollaktiviteter definieras fyra risker vilka ska kontrolleras.

1. Det finns inte tillräckligt med resurser för behövlig personal

2. Överförmyndarnämnden hinner inte granska årsräkningarna före den 1 september
3. Det finns inte tillräckligt många ställföreträdare
4. Personuppgiftsbehandling - Risk att överförmyndarnämnden behandlar personuppgifter på ett felaktigt sätt i strid med EU:s dataskyddsförordning

Till respektive risk har nämnden lämnat en beskrivning. Exempelvis finns kopplat till den första risken beskrivningen "Om överförmyndarnämnden har för lite resurser för verksamheten kan det leda till att handläggningen inte kan utföras inom acceptabel tid vilket skulle drabba de som myndigheten finns till för. Det vill säga de människor i kommunen som själva saknar förmåga att ta till vara sina rättigheter". Till den risken finns det två kontrollmoment; "Total ärendemängd" och "Tillräcklig bemanning". Detta ska följas varje tertiäl genom att enhetschef rapporterar ärendestatistik i jämförelse med tidigare år sedan 2021 samt en bedömning om överförmyndarenheten har haft tillräcklig bemanning under tiden mellan nämndens sammanträden.

Internkontrollplanen dokumenteras i Stratsys, vilket möjliggör spårbarhet och delning av information. Enligt genomförda intervjuer så försvann Överförmyndarnämndens internkontrollplan ur Stratsys då systemet inför ett nytt år "nollställdes". Det problemet bör inte kunna uppstå nu när internkontrollplanen kommer att antas och rapporteras i systemet först när den antas i mars månad.

Uppföljning av internkontrollplanen

Nämnden har under 2025 erhållit internkontrollrapportering i februari genom internkontrollrapport 2024, samt maj och september genom internkontrollrapport delår 1 och delår 2 2025. Vi noterar även att rapporteringen har omfattat särskild bilaga med sammanställning av ärendemängd för förvaltningen.

Bedömning

Revisionsfråga 3: Finns ett systematiskt arbete med intern kontroll inom verksamheten?

Delvis

Vår bedömning är att överförmyndarnämnden har använt befintlig mall för framtagande av internkontrollplanen och att planen har utarbetats i tid utifrån gällande tidsplan.

Vår bedömning är dock att internkontrollplanen inte till fullo är framtagen i enlighet med kommunens anvisningar för intern kontroll och vad som avses med mål för en "ändamålsenlig och effektiv verksamhet", "afterlevnad av externa och interna regelverk" samt "tillförlitlig rapportering internt och externt." Vår bedömning är att överförmyndarnämnden behöver säkerställa att internkontrollplanen utvecklas och att identifierade risker med tillhörande kontrollmoment följer syftet med intern kontroll

enligt kommunens anvisningar. Nuvarande kontroller är enligt vår bedömning mer att likna vid indikatorer och löpande uppföljning av verksamhetsmål än internkontrollmoment.

Rekrytering

Revisionsfråga 4: Finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering och kontroll av ställföreträdare? - Har åtgärder vidtagits vid eventuella brister?

Introduktion till revisionsfrågan

En stor utmaning för många överförmyndarverksamheter är att rekrytera nya ställföreträdare. Uppdragen blir allt mer komplexa och färre ideella krafter vill åta sig svåra uppdrag. Vi har därför granskat vilka åtgärder nämnden vidtagit för att lyckas med rekrytering.

Enligt 11 kap. 12 § FB ska god man eller förvaltare vara rättrådig, erfaren och i övrigt lämplig. Innan någon förordnas till god man eller förvaltare ska hans eller hennes lämplighet kontrolleras i den utsträckning som behövs. Lagen tydliggör att överförmyndaren ska göra en lämplighetsprövning när denne inhämtar utredning till rätten i ärenden om byte av ställföreträdare, inför beslut om förordnande av tillfälligt godmanskap samt inför beslut om förordnande av god man för ensamkommande barn.

Vår utgångspunkt är att det bör finnas dokumenterade rutiner för hur detta ska gå till samt vilka krav som ställs i samband med gjorda kontroller. Det kan handla om kontroll mot Skatteverkets register, belastningsregistret och socialregistret. Det bör även ske återkommande kontroller i befintliga uppdrag varför vi även granskar förekomst av rutiner och säkerställandet av att sådana kontroller sker. Kontrollen kan rimligtvis bestå av intervjuer, inhämtning av referenser, och ibland även tester för att se om ställföreträdaren är lämplig för uppdraget. Vi har granskat i vilken omfattning befintliga rutiner omfattar dessa moment. Vi har också genomfört stickprovsgranskning av 10 ärenden där vi granskat förekomst av gjorda kontroller.

lakttagelser

Utfall 2024 och mål 2025

I *Verksamhetsrapport helår 2024* står det att nämnden under 2024 har rekryterat fler (76 st) ställföreträdare än vad som var målet (30 st) för året, men att väntetiderna ändå ökat på grund av ett större hjälpbehov än förväntat. Förklaringen som anges är att antalet ärenden tredubblades under januari och februari 2024. Därefter har behovet återgått till normala nivåer och det saknas förklaring till den tillfälliga ökningen. Det noteras också att många nya ställföreträdare är anhöriga till sina huvudmän och inte intresserade av att ta fler uppdrag. Av verksamhetsplanen för 2025 framgår att nämnden ska arbeta aktivt och effektivt för att rekrytera lämpliga uppdragstagare till varje ställföreträdaruppdrag, och

att alla kommuninvånare som har vilja och intresse för att hjälpa till ska ha kunskap och förutsättningar för att kunna göra en insats som god man eller förvaltare. Målet för 2025 är som nämnts tidigare det samma som 2024 och ambitionen är att rekrytera 30 nya ställföreträdare. Vi har vid granskningen ställt särskilda frågor avseende orsaken till att det trots ett utfall med 76 nya ställföreträdare under 2024 sätts ett mål om att rekrytera 30 nya ställföreträdare under 2025. Enligt lämnade uppgifter har nämnden uppmärksammat bristen med att mäta måluppfyllelse på det sätt som gjorts tidigare år och avser från och med 2026 att mäta antalet vakanta uppdrag. På så sätt svarar måttet på ett bättre sätt upp till önskemålet om att mäta om gjorda rekryteringar varit tillräckliga. Vi noterar att det i delårsrapporten för 2025 rapporteras att 21 nya ställföreträdare har rekryterats och målet bedöms uppnås för året. Vid tidpunkten för genomförd granskning anger verksamheten att de uppfattar att det varken råder en brist eller ett överskott på ställföreträdare.

Rekryteringsarbetet sker i huvudsak genom att personer själva anmäler intresse via kommunens hemsida men också genom riktade insatser, till exempel annonser på högskolans intranät, kontakt med föreningar och information på utbildningar. De intervjuade ger uttryck för att aktiviteten för att marknadsföra och annonsera efter ställföreträdare är begränsad. Det handlar både om resurser att göra aktiviteten, och förutsättningar att omhänderta intresseanmälningar. Det finns inom överförmyndarenheten en handläggare med särskilt ansvar för rekrytering, men övriga handläggare är också involverade, särskilt när det gäller att föreslå ställföreträdare i enskilda ärenden.

Registerkontroll av ställföreträdare

För alla nya ställföreträdare, oavsett om de är ideella, anhöriga eller professionella ska en kontroll göras mot kronofogderegistret, belastningsregistret och socialnämnden. Detta sker enligt de intervjuade antingen vid inkommen intresseanmälan för ställföreträdarskap eller om det är en anhörig så sker det innan de förordnas. Årliga kontroller ska dessutom göras på samtliga ställföreträdare för att säkerställa att de fortsatt är lämpliga. Vi har tagit del av *Rutin för registerkontroller*. I rutinen ges direkt vägledning i vilka kontakter som ska tas, hur detta ska göras samt vilken information som ska översändas med begäran om information. Rutinen klargör att gjord kontroll ska dokumenteras som tjänsteanteckning i ärendehanteringssystemet, Provisum.

Enligt lämnade uppgifter från verksamheten så följer de lagstiftarens krav och domstolspraxis som innebär att en helhetsbedömning ska göras utifrån de resultat som erhålls vid registerkontroller. Exempelvis kan ett par avslutade/avskrivna betalningsförelägganden om små summor hos Kronofogdemyndigheten som ligger långt bakåt i tiden kan accepteras. Det beror också på karaktär på betalningsföreläggandet. I belastningsregistret är det främst ekobrott, trolöshetsbrott och oredlighetsbrott som inte accepteras alls. Brott mot person accepteras svårigen, ringa trafikförseelser kan däremot accepteras. Enligt lämnade uppgifter håller sig verksamheten ständigt à jour med senaste avgöranden från prejudikatsdomstolarna och samtal tas med individen innan beslut.

Det ges vid genomförda intervjuer en samstämmig bild av att registerkontroller genomförs mot kronofogderegistret, belastningsregistret och socialnämnden inför godkännande av en ställföreträdare och inför varje nytt uppdrag. Årliga kontroller sker därefter mot kronofogderegistret och belastningsregistret. I den dokumentation vi fått in för vår stickprovskontroll har vi inte kunnat hitta någon dokumentation om registerkontroller i något av de tio granskade ärendena. Detta beror på att de registerkontroller som har genomförts inte lett till beslut om ställföreträdarens åtaganden. När kontroller görs utan anmärkning dokumenteras det att kontrollen genomförts, men detta sker i ett separat dokument som inte ingår i beslutsunderlaget. I praktiken genomförs kontrollerna genom att en lista tas ut ur systemet avseende samtliga ställföreträdare som ska kontrolleras. En handläggare får i uppdrag att göra utskick till polis och kronofogdemyndigheten för samtliga personer på listan. På så sätt säkerställs att kontroller sker av samtliga som ska kontrolleras. Arbetet pågår löpande under ett par månader till att svar inkommit avseende samtliga förfrågningar. Kontroll av att processen fungerar sker av enhetschef.

Utbildning av ställföreträdare

Alla som anmält intresse att bli ställföreträdare och som genomgått registerkontroll erbjuds en grundutbildning. Det är inte möjligt att kräva att anhöriga, vilka föreslås som ställföreträdare, ska gå utbildningarna, men dessa krav ställs på övriga. Efter genomgången utbildning registreras detta i verksamhetssystemet. På så sätt kan även handläggarna kontrollera att ställföreträdaren genomgått utbildning när denne anmäler intresse om nya åtaganden.

Utbildning är enligt de intervjuade en viktig del av rekryteringsprocessen och där ges en grundläggande kunskap om uppdraget. Det ges även erbjudanden om fortsättningsutbildning, och det finns en ambition att så många som möjligt ska gå både grund- och fortutbildning. Det finns också mentorer och en ideell förening som stöd för nya ställföreträdare.

Nämnden hade inför 2024 målet att 50 ställföreträdare som genomgått utbildning skulle anmäla sitt intresse för att ta sig an ett uppdrag, men för 2024 var det endast 30 som efter utbildning var intresserade av uppdrag. Vid verksamhetsrapport 2 2025 redovisar Överförmyndarnämnden en prognos om att antalet ställföreträdare som anmäler intresse efter genomgången utbildning inte kommer att uppnås för året. Målvärdet på 50 intressenter efter utbildning kvarstår från 2024 men endast 17 har anmält sitt intresse. Enligt de intervjuade så innebär det att det finns färre ställföreträdare som utan att vara anhörig är villig att anta uppdrag än vad som varit målet.

Tilldelande av uppdrag

Vi noterar att det finns en rutin för att registrera nya ställföreträdare. Rutinen är daterad 2025-06-25 och av den tydliggörs att det innan registrering av ny ställföreträdare ska det säkerställas att samtliga kontroller är genomförda samt att ställföreträdaren genomgått utbildning. Detta kan göras genom att kontrollera att personen i e-tjänsten fått information från överförmyndarnämnden att samtliga

kontroller är genomförda och godkända. Som nämnts ovan så är det även möjligt att i systemet kontrollera att utbildning har genomförts i de fallen som krävs. Varje vecka skickas sedan en lista ut till samtliga registrerade ställföreträdare med nya uppdrag så att de kan anmäla sitt intresse. Därefter sker en matchningsprocess där hänsyn tas till uppdragets svårighetsgrad och ställföreträdarens erfarenhet.

Bedömning

Revisionsfråga 4: Finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering och kontroll av ställföreträdare? - Har åtgärder vidtagits vid eventuella brister?

Delvis.

Utifrån den information som lämnats vid genomförd granskning så är vår bedömning att det finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering av ställföreträdare. Verksamheten ger uttryck för att det finns en god tillgång till ställföreträdare som i stort täcker dagens behov. Däremot är vår bedömning att det utifrån verksamhetens uttryckta oro för framtida rekryteringsmöjligheter finns behov att åtgärder vidtas i syfte att attrahera framtida ställföreträdare.

Vi kan inte se att verksamheten vidtagit några direkta åtgärder för att förändra utfallet avseende antalet ställföreträdare som anmäler sitt intresse efter genomgången utbildning. Vi finner inte heller att nämnden på ett aktivt sätt sökt efter orsaker till att målet inte uppnås. Vår bedömning är således att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder.

Vår bedömning är att nuvarande system inte heller gör det möjligt att få en samlad bild av hur många av befintliga ställföreträdare där årliga kontroller genomförts mot kronofogderegistret och belastningsregistret.

Ställföreträdare via företag

Revisionsfråga 5: Finns en tydlig styrning och intern kontroll vad gäller anlitande av ställföreträdare via företag?

Iakttagelser

Styrning och uppföljning

I verksamhetsrapporten för 2024 går det att läsa att överförmyndarnämnden endast ska använda professionella ställföreträdare om det finns särskilda skäl. I verksamhetsplanen för 2025–2028 anges att professionella ställföreträdare ska förordnas måttligt, och då främst för särskilt krävande uppdrag eller när hjälp inte kan ges de enskilda på annat sätt. Nämnden hade inför 2024 ett mål om att 5 procent av

ställföreträdarna ska vara professionella.⁶ I verksamhetsrapporten görs dock mätningen av måluppfyllelsen mot ett annat måltal än vad som fastställts inför året. Förändringen motiveras enligt verksamhetsrapporten 2024 av att ett nytt företag, Sveriges Förvaltarenhet, kontaktade nämnden och erbjöd sig att ta uppdrag som inte bedöms som särskilt svåra till samma arvode som för ideella. Enligt den information som erhålls i verksamhetsberättelsen för 2024 beslutade nämnden att vakanta uppdrag som ingen varit intresserad av efter tre månader kan gå till professionella ställföreträdare.

Vid granskning av protokoll från 2024 går det inte att finna att nämnden tagit beslut i frågan eller att det finns spårbarhet i att nämnden ändrat målet. Vi noterar att det i protokollet från oktober månad går att utläsa att enhetschefen lämnar information till nämnden att ett företag tagit kontakt och erbjudit möjlighet att även ta sig an uppdrag som inte är så avancerade att de kräver högre arvode. Av protokoll framgår att beslut i frågan ska tas vid sammanträdet i november. I november eller december månad kommenteras inte detta.

Enligt verksamhetsrapport 2024 för överförmyndarnämnden var 8,4 procent av uppdragen fördelade på professionella ställföreträdare och 91,6 procent på ideella. Målet om andelen ideella ställföreträdare är enligt verksamhetsplanen uppnått. Verksamhetsplanen för 2025 har ett justerat måltal i jämförelse med 2024 och andelen ideella ställföreträdare ska enligt målet uppgå till 90 procent i stället för tidigare 95 procent. Vid delårsrapport 1 (januari till 2025) redovisas ett utfall på 10,6 procent professionella och 89,4 procent ideella. Andelen professionella har ökat ytterligare något inför delårsrapport 2 då dessa utgör 13 procent. Målet för året prognostiseras vid delårsrapport två enbart delvis uppnås.

Kontroll vid rekrytering av ställföreträdare via företag

Vid genomförda intervjuer ges enhetlig bild av att professionella anlitas när det inte finns ideella som vill ta ett uppdrag, särskilt om det varit vakant i tre månader, eller när uppdraget är särskilt svårt eller krävande. Alla ställföreträdare, oavsett om de är ideella, anhöriga eller professionella, genomgår registerkontroller mot polis, kronofogden och socialtjänst innan de får ett uppdrag. För de som anmäler intresse görs kontrollen i samband med intresseanmälan, och för föreslagna anhöriga görs kontrollen innan de förordnas. Årliga kontroller görs dessutom på samtliga ställföreträdare för att säkerställa att de fortsatt är lämpliga.

Vid anlitan av ställföreträdare via företag så råder inte något avtalsförhållande mellan överförmyndarnämnden och företaget som tillhandahåller ställföreträdare. Det är den enskilde ställföreträdaren som anlitas och som kontrolleras. Den lämplighetskontrollen sker på samma sätt oavsett om ställföreträdaren förmedlas via ett företag eller inte, men bedömningen om individens

⁶ Verksamhetsplan 2024–2027 Överförmyndarnämnden.
24 Revisionsrapport

lämplighet måste också indirekt innefatta det faktum att den föreslagna ställföreträdaren är anställd av ett företag och hur det kan tänkas påverka uppdragets utförande.

Genomförd stickprovsgranskning påvisar inte att granskning av den ställföreträdare som är rekryterad via företag skett på annat sätt än granskning av övriga ställföreträdare.

Bedömning

Revisionsfråga 5: Finns en tydlig styrning och intern kontroll vad gäller anlitande av ställföreträdare via företag?

Delvis.

Vår bedömning är att det råder en otydlighet i nämndens styrning vad gäller i vilken grad ställföreträdare via företag ska anlitas. Vår uppfattning är dock inte att den otydligheten påverkar verksamheten där vi uppfattar att det finns en enhetlig bild av när så ska ske. I den årsredovisning av verksamheten 2024 som nämnden beslutat att godkänna i februari 2025 bedöms målet om att andelen ideella ställföreträdare minst ska uppgå till 95 procent vara uppnått trots att resultatet är ca 90 procent. Det är också otydligt hur nämnden bedömt måluppfyllelsen för 2024, och när under året målvärdet justerats.

Vår bedömning är att nämnden under 2025 löpande följt utvecklingen genom att vid tre tillfällen under 2025 erhållit statistik över utvecklingen. Vi bedömer dock inte att nämnden på ett tydligt sätt vidtagit åtgärder för att öka förutsättningarna att rekrytera ideella ställföreträdare. Vi refererar här till gjorda iakttagelser och bedömningar i föregående revisionsfråga.

Vår bedömning är att kontrollerna av ställföreträdare via företag är likvärdiga den kontroll som görs av andra ställföreträdare och att detta är väl motiverat. Vår bedömning är därmed att den interna kontrollen är tillräcklig.

Utbildning och stöd till ställföreträdare

Revisionsfråga 6: Finns stöd för ställföreträdare i form av tillgänglighet, instruktioner/blanketter, samt fortbildning/utbildning?

Att vara ställföreträdare innebär ett stort ansvar över en annan persons egendom och ekonomi. Uppdragen kan vara mer eller mindre komplexa men det är av vikt att det finns stöd att tillgå. En väsentlig del i detta är att nytillträdde ställföreträdare erhåller utbildning, men även att myndigheten är tillgänglig i form av telefontider, möjligheten att nå dem via e-post, men även möjligheten att nå väsentlig information via kommunens hemsida.

Ett sätt att utveckla verksamheten och utveckla utbildning och stöd till ställföreträdare är att löpande ta in ställföreträdares upplevelser och exempelvis genomföra NKI-mätningar (Nöjd Kund Index).

lakttagelser

Verksamhetens beskrivning

Utbildningarna hålls enligt de intervjuade flera gånger per termin och deltagande är kostnadsfritt. Upplägget har utvecklats över tid och är nu uppdelat i baskurs och redovisningsdel. Det finns även fortbildning och möjlighet till fortsatt stöd, bland annat genom ett mentorssystem där erfarna ställföreträdare hjälper nya.

Utbildningen ses som viktig för att säkerställa att ställföreträdarna förstår sitt ansvar, särskilt kring redovisning och regelverk, och det framgår att de som inte går utbildningen ofta har svårare att hantera uppdraget korrekt. Det finns en ambition att utveckla utbildningsinsatserna ytterligare, bland annat genom digitala verktyg och bättre uppföljning, men begränsade resurser och budget påverkar möjligheterna till fortbildning och utveckling.

En enkät har som en del av genomförd granskning besvarats av 194 ställföreträdare och innehöll öppna frågor om vad som fungerar bra, mindre bra och vilka förbättringsmöjligheter som finns i kontakten med Gävle kommun. Cirka 15 procent av de svarande lyfter utbildning som en viktig fråga. Hälften ger positiva omdömen och framhåller att utbildningarna har underlättat uppdraget, ökat tryggheten och gett värdefull kunskap, särskilt för nya gode män. Informationen från överförmyndarnämnden upplevs som tydlig och tillgänglig.

De som är mindre nöjda anser att utbildningarna om redovisning och Provisum är för teoretiska och inte tillräckligt praktiska. Det finns önskemål om mer konkreta moment där deltagarna får arbeta direkt i systemet och möjlighet att ställa frågor. Tidpunkten för utbildningarna bör justeras och exempelvis tillhandahållas efter inlämnad årsredovisning. Innehållet bör även breddas till sociala frågor, funktionsnedsättningar och diagnoser för att öka förståelsen för huvudmännens situation. Materialet upplevs ibland som för akademiskt och bör anpassas för personer med särskilda behov, som dyslexi.

Vid intervjuer framkommer att utbildningarna är korta och främst fokuserar på administrativa rutiner. Det finns behov av mer kunskap om lagstiftning, tolkning av regler och praktiska frågor i uppdraget. Flera uttrycker att utbildningen inte täcker de utmaningar som uppstår i det dagliga arbetet och att det saknas fördjupning inom komplexa områden. Det finns även önskemål om mer kontinuerlig och anpassad utbildning utifrån ställföreträdarnas olika behov.

Tillgång till stöd

De intervjuade från verksamheten beskriver att de arbetar löpande med stöd till ställföreträdare genom att finnas tillgänglig för frågor och ge vägledning i ärenden. Det ges information vid uppstart av uppdrag och det finns möjlighet att kontakta handläggare för hjälp. Stödet sker främst när ställföreträdarna själva tar initiativ, och det finns ingen fast struktur för kontinuerlig uppföljning eller återkoppling. Kommunikation kan ibland upplevas som otydlig och svar kan dröja vid hög arbetsbelastning. Resurserna är begränsade, vilket påverkar möjligheten att anpassa stödet efter individuella behov.

Enkätsvaren visar att stödet från överförmyndarnämnden generellt upplevs som bra och viktigt för uppdraget. Många lyfter enkel kontakt, snabb återkoppling och tydliga svar, samt att Provisum och möjligheten att få hjälp vid behov ger trygghet.

Samtidigt finns brister. Det kan vara svårt att nå rätt person, telefontider är begränsade och svar dröjer vid hög arbetsbelastning. Stödet upplevs som svagt i mer komplexa frågor, exempelvis juridik eller avslut av uppdrag, och handledning för nya gode män efterfrågas. Flera menar att stödet är mer kontrollerande än praktiskt.

Vid intervjuer med ställföreträdare framkommer att stöd främst ges vid direkta frågor, medan kontinuerlig uppföljning saknas. Information ges vid uppstart, men ställföreträdare måste själva ta initiativ för hjälp. Kommunikation kan vara otydlig och ibland krävs chefsbeslut för svar. Utmaningar finns kring tolkning av lagar, digitala system och bankärenden. Stödet begränsas ofta till administrativa frågor, och samarbete sker mest via föreningar. Det finns hos de intervjuade med önskemål om mer strukturerad samverkan mellan överförmyndarverksamheten och andra centrala aktörer för ett fungerande förvalterskap samt tydliga kontaktvägar för förvaltare att på ett smidigt sätt nå olika myndigheter och nödvändiga kontakter för att sköta sitt uppdrag. Det framkommer också att uppdraget ställer mycket stora krav på att förvaltaren ska ha kunskap om hur man behöver hantera olika myndigheter och inte minst banker för att hantera sitt uppdrag, men även att det krävs en mycket hög kunskap om hur man behöver hantera kontakten med överförmyndarverksamheten för att göra detta korrekt. Intervjuade representanter beskriver att de trots en uppfattad god förmåga att hantera och tolka information upplever att informationen från överförmyndarnämnden kan vara formulerad och kommunicerad på ett sätt som gör det mycket svårt att förstå.

Mål och uppföljning

I verksamhetsrapporten för 2024 framgår att överförmyndarnämnden har tydliggjort sitt utbildningsansvar och erbjudit fler utbildningstillfällen för ställföreträdare, särskilt med fokus på grunderna för redovisning. Under året deltog 115 personer i grundutbildningen, vilket översteg målvärdet på 100. Rapporten noterar även att kraftiga nedskärningar har gjorts på fortbildning för personal inför kommande år, men att grundutbildningen för ställföreträdare fortsatt prioriteras. I verksamhetsplanen för 2025 anges att alla kommuninvånare som vill bli god man eller förvaltare ska ha kunskap och

förutsättningar för att ta uppdrag, och det finns tydliga indikatorer kopplade till utbildning: målvärdet för antalet deltagare på grundutbildning är 100 och målvärdet för antalet nya ställföreträdare som anmäler intresse efter utbildning är 50. Utbildning ses därmed som en central del i rekryteringen och kvalitetssäkringen av ställföreträdare.

Vi noterar att det för närvarande inte genomförs några systematiska enkäter för att följa upp ställföreträdarnas nöjdhet med utbildningen. Vid intervju med nämndens presidium framkommer att detta inte uppfattas vara nödvändigt då verksamheten på annat sätt får kännedom om hur utbildningarna upplevs. Det är något som delges av deltagarna vid utbildningstillfällena. Intervjuade representanter från verksamheten ser dock ett värde i att mer aktivt samla in erfarenheter från de som deltagit vid utbildningar och se över förutsättningarna att utveckla dessa.

Bedömning

Revisionsfråga 6: Finns stöd för ställföreträdare i form av tillgänglighet, instruktioner/blanketter, samt fortbildning/utbildning?

Delvis.

Vår bedömning är att nämnden har säkerställt att det finns tillgång till stöd och utbildning för de som erhåller uppdrag som god man. Sammanfattningsvis beskriver ställföreträdarna att befintligt stöd är tillgängligt vid kontakt, men att det saknas proaktivitet, tydliga rutiner och resurser för att möta individuella behov och hantera mer komplexa frågor. Det finns också en uppfattning om svårigheter att förstå information från överförmyndarnämnden.

Genomförd granskning påvisar att ställföreträdarna har ett stort intresse att få bidra med erfarenheter, bland annat vad som fungerar bra vad gäller information och utbildning. Vår bedömning är att nämnden bör säkerställa att dessa erfarenheter samlas in då utbildning enligt nämnden är en viktig faktor och nämnden ger uttryck för utmaningar med framtida rekryteringar av ställföreträdare.

Kontroller av årsräkningar

Revisionsfråga 7: Finns ändamålsenliga rutiner för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt?

- Har riskanalyser och åtgärder vidtagits vid eventuella brister vad gäller frekvens av kontroller eller följsamhet till rutiner?

En gång om året ska ställföreträdarna inkomma med årsräkningar över uppdraget. En årsräkning är en redovisning över huvudmannens ekonomi under året. I samband med årsräkningen ska också

ställföreträdaren lämna en redogörelse, där denne beskriver vad den gjort inom ramen för uppdraget under året. Det är sedan detta som ligger till grund för att ställföreträdaren faktiskt får ett arvode som betalas ut en gång om året.

När årsräkningarna inkommer ska dessa granskas för att säkerställa att de är korrekta. Det finns ofta två sätt att angripa granskningen, antingen genom en översiktlig granskning eller en djupgranskning. Vid en djupgranskning begärs ofta ytterligare underlag in i form av bland annat kvitton med mera. Hur många årsräkningar som djupgranskas kan skilja sig åt mellan kommuner, men det bör framgå av dokumenterade rutiner som beskriver hur granskningen ska gå till och att dessa bygger på en bedömning av risk- och väsentlighet. Även redogörelsen ska gås igenom av handläggare.

Vi har kontrollerat att det finns en organisation för att hantera granskning av årsräkningar och att det finns rutiner för genomförandet. Vi har också gjort ett stickprov på 10 ärenden för att se om dessa ärenden är kontrollerade i enlighet med gällande rutiner.

lakttagelser

Granskning av årsräkningar är en central och återkommande arbetsuppgift där alla handläggare är involverade, även om intervjuer och roll och ansvarsbeskrivningar tydliggör att vissa har mer specialiserade roller. Det innebär i praktiken att vissa personer/funktioner än så länge genomför ett relativt begränsat antal kontroller medan andra personer jobbar med detta i en större omfattning. Under perioder med hög arbetsbelastning, särskilt under våren när årsräkningarna kommer in, prioriteras granskningsarbetet enligt de intervjuade och andra arbetsuppgifter kan få stå tillbaka. Vi har vid granskningen tagit del av "Rutin för granskning av årsräkning". Av rutin framgår att djupgranskningar ska ske för samtliga nya ställföreträdare, i de fall det finns anmärkningar samt för ett urval slumpvis utvalda uppdrag. Det framgår också en arbetsfördelning vilken innebär att den som handlagt anordnandet ska ansvara för granskning av första årsräkningen med en fördjupad granskning. Vid det stickprov vi genomfört har 4 tillträtt sitt uppdrag som ställföreträdare under 2024 och vi kan se att det i samtliga fall har genomförts en fördjupad granskning.

Utöver rutin för fördelning av ärenden samt rutin för urval av fördjupade granskningar så framgår av dokumentet vad som gäller vid genomförande av en "normalgranskning" och en "djupgranskning" samt vilken prioriteringsordning som gäller mellan ärenden som ska granskas. Vid intervjuer framkommer att det finns dokumenterade rutiner för granskning av årsräkningar, men rutinerna är under revidering och förbättras löpande.

Vi har också tagit del av en fastställd process, "*Granskningsflöde och rutin ÖFN Gävle*", som på en övergripande nivå tydliggör vilka ärenden som ska djupgranskas och hur processen ser ut vid första årets granskning. Där framgår även att återkoppling efter första årets granskning ska vara pedagogiskt inriktad men att det inte betyder att större misstag eller medveten ignorans accepteras utan ska medföra

entledigande från uppdrag. Granskning av gjorda stickprov visar på att granskningskommentarer har lämnats till ställföreträdaren i samband med beslut om arvode. Det gäller även i de fall då avvikelser inte uppfattats vara omfattande eller allvarliga. Befintliga riktlinjer ger uttryck för att diskrepanser mellan utgiftsposter första året och nästa år ska vara en signal om behov av särskilda kontroller.

Det finns även upprättade bedömningsunderlag för arvoden samt mallar för granskningskommentarer och instruktioner för hur olika typer av avvikelser ska hanteras. Enligt de intervjuade får nya handläggare introduktion och tillgång till rutiner, mallar och checklistor, exempelvis i OneNote och på SharePoint.

Vi noterar att nämndens mål är att alla årsredovisningar ska granskas i enlighet med lagens krav innan 1 september, men att utfallet för 2024 var att 70 procent var granskade i tid. Vid lämnad delårsrapport 1 för 2025 var 63 procent granskade efter tertial 1 vilket kan jämföras med 35 procent vid samma tidpunkt föregående år. Vid delårsrapport 2 redovisade nämnden att 97,5 procent av årsräkningarna som inkommit i tid var granskade före den sista augusti vilket ska jämföras med 70 procent vid samma tidpunkt föregående år. Prognosen är därmed att målet för 2025 uppnås.

Bedömning

Revisionsfråga 7: Finns ändamålsenliga rutiner för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt?

- *Har riskanalyser och åtgärder vidtagits vid eventuella brister vad gäller frekvens av kontroller eller följsamhet till rutiner?*

Ja.

Utifrån den granskning som genomförts är vår bedömning att det finns rutiner och arbetssätt för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt. Justering har gjorts av arbetsfördelningen inom arbetsgruppen och prioriteringsordning är tydlig vad gäller kravet att hantera årsräkningar. Nämnden uppvisar utifrån genomförda åtgärder resultat som innebär att målet avseende andel granskade årsräkningar bedöms uppnås för året.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av överförmyndarnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om överförmyndarnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att överförmyndarnämnden inte helt bedriver en ändamålsenlig verksamhet med en tillräcklig intern kontroll.

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till överförmyndarnämnden:

- Säkerställ att nämnden i enlighet med gällande anvisningar har mål för ekonomi
- Säkerställ att gällande delegationsordning är korrekt utifrån rådande organisering/funktioner i verksamheten.
- Säkerställ att tydliga åtgärder vidtas avseende ekonomi och verksamhet, i de avseenden målen inte uppnås, samt att det i nämndens protokoll går att finna spårbarhet till vidtagna åtgärder.
- Säkerställ att det finns en god kunskap avseende nämndens ansvar för intern kontroll och att internkontrollplan upprättas i enlighet med innebörden i de anvisningar som finns avseende intern kontroll i kommunen.
- Säkerställ att nämnden kontinuerligt inhämtar erfarenheter från ställföreträdare i syfte att utveckla verksamheten och förbättra förutsättningarna för framtida rekrytering.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
1. Är ansvar och roller tydliga inom överförmyndarens verksamhet	Delvis Vår bedömning är att nämndens ansvar är tydligt och att det finns tydlighet i reglemente och delegation samt en organisation för verksamheten. Vi noterar att titlarna i verksamheten har förändrats under 2025 utan att delegationsordning har reviderats. Nämnden bör uppdatera delegationsordning så att delegation inte sker



	till administratör och granskare då dessa funktioner/titlar inte längre förekommer inom enheten.	
2. Finns tillräckliga rutiner för planering och uppföljning av verksamhet och ekonomi?	Delvis Styrning och uppföljning följer i stora delar den process som fullmäktige fastställt, men det saknas ett tydligt finansiellt mål. Trots aviserat underskott har nämnden inte beslutat om åtgärder, vilket vi bedömer inte är förenligt med kravet på budget i balans. Vi har även noterat att ändringar har gjorts avseende indikatorer vilket har påverkat den värdering av måluppfyllelsen som nämnden beslutat om i början av 2025 och som avser 2024.	
3. Finns ett systematiskt arbete med intern kontroll inom verksamheten?	Delvis Överförmyndarnämnden har tagit fram internkontrollplanen enligt mall och tidsplan, men vår bedömning är att internkontrollplanen bör utvecklas för att i samtliga delar utgöra intern kontroll av verksamheten och inte en löpande uppföljning av förutsättningarna att nå satta verksamhetsmål.	
4. Finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering och kontroll av ställföreträdare? - Har åtgärder vidtagits vid eventuella brister?	Delvis Utifrån den information som lämnats vid genomförd granskning så är vår bedömning att det finns ändamålsenliga rutiner för rekrytering av ställföreträdare. Verksamheten ger uttryck för att det finns en god tillgång till ställföreträdare som i stort täcker dagens behov. Däremot är vår bedömning att det utifrån verksamhetens uttryckta oro för framtida rekryteringsmöjligheter finns behov av att åtgärder vidtas. Utifrån detta ser vi behov av att verksamheten kontinuerligt utvecklas för att på bästa sätt utgöra det stöd som krävs för att ge förutsättningar för framtida tillgång till ställföreträdare. Vi kan inte se att verksamheten vidtagit några direkta åtgärder för att förändra utfallet avseende antalet ställföreträdare som anmäler sitt intresse efter genomgången utbildning. Vi finner inte heller att nämnden på ett aktivt sätt sökt efter orsaker till att målet inte uppnås. Vår bedömning är således att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder.	
5. Finns en tydlig styrning och intern kontroll vad gäller anlitande av ställföreträdare via företag?	Delvis Vår bedömning är att det råder en otydlighet i nämndens styrning vad gäller i vilken omfattning ställföreträdare via företag ska anlitas. Det är också otydligt hur nämnden bedömt måluppfyllelsen för 2024 och när under året målvärdet justerats. Vår bedömning är att nämnden under 2025 löpande följt utvecklingen genom att vid tre tillfällen under 2025 erhållit statistik över utvecklingen. Vi bedömer dock inte att nämnden på ett tydligt sätt vidtagit åtgärder för att öka förutsättningarna att rekrytera ideella ställföreträdare. Vi refererar här till gjorda iakttagelser och bedömningar i föregående revisionsfråga. Vår bedömning är att kontrollerna av ställföreträdare via företag är likvärdiga den kontroll som görs av andra	

ställföreträdare och att detta är väl motiverat. Vår bedömning är därmed att den interna kontrollen är tillräcklig.

6. Finns stöd för ställföreträdare i form av tillgänglighet, instruktioner/blanketter, samt fortbildning/utbildning?

Delvis

Vår bedömning är att nämnden i stora delar har säkerställt att det finns tillgång till stöd och utbildning för de som erhåller uppdrag som god man. Sammanfattningsvis beskriver ställföreträdarna att befintligt stöd är tillgängligt vid kontakt, men att det saknas proaktivitet, tydliga rutiner och resurser för att möta individuella behov och hantera mer komplexa frågor. Det finns också en uppfattning om svårigheter att förstå information från överförmyndarnämnden.

Genomförd granskning påvisar att ställföreträdarna har ett stort intresse att få bidra med erfarenheter, bland annat vad som fungerar bra vad gäller information och utbildning. Vår bedömning är att nämnden bör säkerställa att dessa erfarenheter samlas in då utbildning enligt nämnden är en viktig faktor och nämnden ger uttryck för utmaningar med framtida rekryteringar av ställföreträdare.



7. Finns ändamålsenliga rutiner för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt?

Ja

Utifrån den granskning som genomförts är vår bedömning att det finns rutiner och arbetssätt för kontroll av årsräkningar och ställföreträdarens uppdrag i övrigt. Justering har gjorts av arbetsfördelningen inom arbetsgruppen och prioriteringsordning är tydlig vad gäller kravet att hantera årsräkningar. Nämnden uppvisar utifrån genomförda åtgärder resultat som innebär att målet avseende andel granskade årsräkningar bedöms uppnås för året.



2026-04-23

Hanna Franck

Uppdragsledare

Karin Magnusson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029–6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommuns revisionskontor enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 27 augusti 2025. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

2026-02-18

Dnr:25REK38

Missiv - Granskning av tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg

PwC har på uppdrag av revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg. Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg

Revisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 18 februari 2026.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att utbildningsnämnden inte helt säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

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

- Säkerställ att tillsynsprocessen dokumenteras för att skapa ytterligare förutsättningar för att följa upp och utveckla själva processen. Nämnden behöver vidare säkerställa att tillsynen sker i enlighet med angivna rutiner och riktlinjer.

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

- Överväg att nämnden beslutar om en tillsynsplan. På så sätt kan sektor planera och genomföra tillsynen med framförhållning, transparens och delaktighet i än större utsträckning.

Revisorerna vill ha ett yttrande från utbildningsnämnden med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 8 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Arne Övrelid
Revisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-19 14:10

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

24A6CC3EA782BC748573578149B3BFEB907F135576F95A71DE7EE977EB85D717

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-03-19 19:01

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

24A6CC3EA782BC748573578149B3BFEB907F135576F95A71DE7EE977EB85D717

Granskning av tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg

Gävle kommun

2026-01-15

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av utbildningsnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att utbildningsnämnden inte helt säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor samt pedagogisk omsorg.

Tillsynen bedrivs i stor utsträckning i enlighet med vad som anges i skollagen. Utifrån bedömningen för respektive revisionsfråga framgår att nämnden, inom ramen för ansvaret att verksamheten bedrivs i enlighet med de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten, behöver säkerställa att tillsynen är ändamålsenlig.

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

Revisionsfrågor	Bedömning	
1. Säkerställer nämnden att det finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och organisation för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?	Delvis	
2. Säkerställer nämnden att rutiner och riktlinjer efterföljs?	Nej	
3. Säkerställer nämnden att det sker uppföljning av genomförd tillsyn?	Ja	
4. Rapporteras genomförd tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg till nämnden?	Ja	
5. Tillser nämnden att adekvata åtgärder vidtas om brister identifieras avseende tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?	Ja	

¹ Granskningens samlade bedömning utgår från *i allt väsentligt, inte helt eller ej*

Rekommendationer

Vi rekommenderar att utbildningsnämnden vidtar följande åtgärder:

- Säkerställ att tillsynsprocessen dokumenteras för att skapa ytterligare förutsättningar för att följa upp och utveckla själva processen. Nämnden behöver vidare säkerställa att tillsynen sker i enlighet med angivna rutiner och riktlinjer.
- Överväg att nämnden beslutar om en tillsynsplan. På så sätt kan sektor planera och genomföra tillsynen med framförhållning, transparens och delaktighet i än större utsträckning.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	5
Revisionskriterier	6
Avgränsning	6
Metod	6
Granskningsresultat	7
Styrning av tillsynen	7
Följs rutiner och riktlinjer?	10
Uppföljning	11
Rapportering	12
Åtgärder	14
Samlad bedömning	16
Rekommendationer	16
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	17

Inledning

Bakgrund

Det har under de senaste åren skett en generell utveckling av kommunernas tillsyn av fristående verksamheter. Lagstiftningen har utvecklats med tydligare krav på ägarprövning och myndigheterna har tagit fram vägledning för tillsynen. Syftet med tillsynen är att kontrollera att huvudmän och verksamhet följer lagar och regler inom utbildningsområdet. Brister i kommunens tillsyn av fristående verksamheter kan resultera i:

- Bristande verksamhet och kvalitet i relation till kommunens medborgare
- En ökad risk för att missförhållanden i de fristående förskolorna och pedagogisk omsorg inte upptäcks
- Välfärdsbrott, ekonomisk brottslighet och organiserad brottslighet i verksamheter som får kommunalt bidrag

I Gävle kommun ansvarar utbildningsnämnden för tillsynen av fristående förskolor och pedagogisk omsorg. Det finns tio godkända huvudmän och dessa driver en förskoleenhet vardera. Totalt omfattas omkring 300 barn. Vidare finns fem godkända huvudmän som bedriver pedagogisk omsorg. En av dem har anställda med egna barngrupper, vilket ger totalt sex enheter. Det omfattar omkring 70 barn.

Tillsynen genomförs vart tredje år av tjänstemän inom sektorn.

Kommunens revisorer har med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att göra en granskning inom ovan rubricerat område.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg.

- 1) Säkerställer nämnden att det finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och organisation för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?
- 2) Säkerställer nämnden att rutiner och riktlinjer efterföljs?
- 3) Säkerställer nämnden att det sker uppföljning av genomförd tillsyn?
- 4) Rapporteras genomförd tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg till nämnden?
- 5) Tillser nämnden att adekvata åtgärder vidtas om brister identifieras avseende tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?

Revisionskriterier

Kommunallagen

- 6 kap. § 6 Styrelsen och övriga nämnder - Uppgifter

Skollagen

- 26 kap 4 § Kommunens ansvar för tillsyn
- 26 kap. 6-16, 18 §§ Omfattningen av tillsyn

Avgränsning

Granskningen avgränsas till utbildningsnämnden och nämndens ansvar för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg. Granskningen avser i huvudsak år 2025.

Metod

Granskningen är genomförd med följande metoder:

- Analys av relevant statistik inom området (antal godkända verksamheter, antal barn per fristående verksamhet, antal genomförda tillsyner med tillhörande åtgärder)
- Granskning av rutiner och lokala styrdokument samt dokumenterade uppföljningar av fristående förskolor och pedagogisk omsorg
- Genomgång av nämndens protokoll och underliggande beslutshandlingar

Intervjuer med:

- Sektorchef och chef verksamhetsstöd
- Tjänstemän med ansvar för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg
- Nämndens presidium

Totalt genomfördes 3 intervjuer. Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Granskningsresultat

I Gävle kommunen finns tio godkända huvudmän som var för sig driver en förskola. Två av huvudmännen ingår i samma koncern men har olika organisationsnummer. Vidare finns fem godkända huvudmän som bedriver pedagogisk omsorg varav en av dem har två enheter. Det innebär att det finns sex enheter med pedagogisk omsorg. I de fristående förskolorna går ca 340 barn och i den fristående pedagogiska omsorgen finns ca 60 barn (avläsning oktober 2025)

Generellt uttrycker ledning i intervjuer att arbetet med tillsynen är stabil verksamhet med god kompetens. Det finns en viss pandemiskuld att arbeta ifatt då tillsynsverksamheten pausades under pandemin. Antalet anmälningar som leder till riktade tillsyner har ökat. Vidare ser ledningen att det finns behov av att koppla ihop tillsynen med andra verksamheter inom kommunen för att skapa förutsättningar för att stävja organiserad välfärdsbrottslighet. Det handlar bland annat om samarbete med socialförvaltningen. Tillsynen ger pusselbitar i en större bild och den kan förmedlas till andra.

Styrning av tillsynen

Revisionsfråga 1: Säkerställer nämnden att det finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och organisation för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?

lakttagelser

Rutiner och riktlinjer

Det finns dokument som används inför, under och efter tillsyn:

- *Nu är det dags för den regelbundna tillsynen.* En mall för det brev som sektorn skickar till berörda huvudman inför tillsynen. Beskriver kommunens ansvar för tillsynen samt vilka moment som ingår i tillsynen.
- Checklistan *Dokumentation som ska skicka in inför tillsynen – förskola* samt en liknande checklista för *pedagogisk omsorg*. Detta fylls i av den verksamheten som tillsynen fokuserar på.
- *Frågeformulär inför tillsyn huvudman fristående förskola eller pedagogisk omsorg.* Mall som fylls i inför och under tillsynen av sektors tjänstemän. Mallen tar upp skollagens krav på verksamheten, reglering som anges läroplanen och i allmänna råd från Skolverket.
- *Underlag för tillsyn av fristående verksamheter i Gävle.* Mallen används för att verksamheten ska ge en samlad bild av i vilken omfattningen de uppfyller de krav som följer av lagar och andra föreskrifter. I mallen ska även de grundläggande förutsättningarna för verksamheten beskrivas.

Det handlar bland annat om organisation, måluppfyllelse, lokaler, personal samt ledning och styrning.

- *Tillsyn i enlighet med 26 kap 4 § skollagen (2010:800)* är en mall för möten och intervjuer i samband med tillsynen av pedagogisk omsorg som fylls i av tjänstepersonerna. Den omfattar bland annat områdena systematiskt kvalitetsarbete samt utveckling och lärande.
- *Tillsyn i enlighet med 26 kap Skollagen (2010:800)* är en mall som förskolan fyller i inför tillsyn. Innehåller uppgifter om personal, ledning och barn.
- *Beslutsmall för tillsynsärenden*. Mallen används som utgångspunkt för att fatta beslut på delegation i tillsynsärenden.
- *Redogörelse för ägar- och ledningskretsen* är en blankett som ska användas av de fristående huvudmännen när de anmäler förändringar i ägar- och ledningskretsen. Detta är krav som anges i skollagen. Anmälan ska göras till Utbildning Gävle senast en månad från det att förändringen genomförts.

För tillsynsrapporterna finns det en mall med vissa färdiga stycken och innehåll som anger ramverk och lagrum som ingår i tillsynen. Mallen utgör en struktur för rapporterna i syfte att skapa en tydlig och enhetlig rapportering. I grunden används Skolinspektionens struktur på tillsynsrapporter. De intervjuade anser att detta är ett viktigt stödmaterial i den regelbundna tillsynen. Vid uppföljning och riktad tillsyn avgörs omfattning och genomförande av ärendets beskaffenhet.

Det finns inga skriftliga riktlinjer och styrdokument för tillsynsprocessen. Tjänstepersonerna har utarbetat en praxis genom de dokument och arbetssätt som beskrivs i intervjuerna. Regelbunden tillsyn genomförs vart tredje år per huvudman. Utöver den planeringen finns ingen tillsynsplan. Under pandemin fördröjdes tillsynen under några år vilket har resulterat i en tillsynsskuld som i år är inarbetad. Frekvensen av tillsynen har nuvarande nämnd inte beslutat om.

Organisation och genomförande

Tjänstemännen som arbetar med tillsynen är fördelade på de två enheterna för verksamhetsstöd: *Myndighet och hemkommun* samt *Kvalitet och uppföljning*.

Vid tillsynen engageras 2-3 tjänstepersoner samt ytterligare stöd från två ekonomer och HR-konsult. Det påtalas av verksamhetsföreträdare att det behövs flera olika kompetenser för att uppfylla kraven på tillsynen. Det är ingen skillnad om är tillsyn av förskola eller pedagogisk omsorg.

Det sker tre regelbundna tillsyner per termin samt uppföljning av tidigare tillsyner som inte är avslutade. Det tillkommer även riktad tillsyn efter anmälan och behov. Anmälningar kommer till exempel från föräldrar. Det finns även ett informationsutbyte med placeringshandläggarna inom förskolan som får signaler från föräldrar eller som noterar en avvikelse hos en huvudman. Den kommunala centrala elevhälsan arbetar även med de fristående verksamheterna. De kan få signaler och upptäcka brister vid besök. Tillsyn bedrivs under hela året och det varierar mellan ärendena hur omfattande de är och hur mycket tid det tar. Under år 2025 har det genomförts fem riktade tillsyner initierade på förekommen anledning.

Tillsynen sker genom verksamhetsbesök, intervjuer, dokumentgranskning samt analyser av den ekonomiska redovisningen och budget. Uppföljande tillsyn riktar in sig på det som framkom i den regelbundna tillsynen för att säkerställa att brister blivit åtgärdade.

I samband med regelbunden tillsyn begär sektorn in handlingar gällande ägar- och ledningskretsen. De inlämnade uppgifterna kontrolleras mot Bolagsverket, Skatteverket, Polismyndigheten samt genom Upplysningscentralen (UC) för att säkerställa att den information som lämnats är korrekt. Vid informationsträffar för fristående verksamheter har sektorn nämnt skyldigheten att meddela förändringar i ägar- och ledningskretsen senast en månad efter att ändringen skett. För detta ändamål finns en blankett.

Sektorn anger att vidare att kontrollen omfattar att bedömer vilka personer som ingår i ägar- och ledningskretsen samt utreda om det finns uppgifter om att någon övrig person har bestämmande inflytande. Kontrollen omfattar vidare att utreda om det finns skulder som ska begäras in från Kronofogdemyndigheten samt om det finns uppgifter i belastningsregistersutdrag. Prövningen av ägar- och ledarkretsen kompletteras med intervju med huvudmannen för att bedöma insikt inom aktuella område för att leda och driva verksamheten.

Innan beslut fattas vid tillsynen får förskolan eller den pedagogiska omsorgen möjlighet att ta del av sektorns sammanställning av fakta och underlag för att kunna lämna synpunkter eller kompletteringar.

Samtliga intervjuade anser att tillsynen fungerar väl och att tjänstepersoner arbetar systematiskt och tydligt. Vidare anses det ha varit en positiv utveckling i arbetsprocesserna under de senaste åren. I synnerhet har det blivit en styrka att få med kunskap om ekonomi och HR i tillsynen för att uppfylla lagkravet.

Bedömning

Säkerställer nämnden att det finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och organisation för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?

Delvis

Tillsynen genomförs regelbundet och systematiskt med stöd av de mallar och dokument som förvaltningen har tagit fram. Vi anser att detta förfarande är i enlighet med kraven på tillsynen som framgår av skollagen och rekommendationer från skolmyndigheterna. Genomförd granskning visar att det saknas skriftliga riktlinjer och styrdokument av tillsynsprocessen vilket vi anser gör arbetet sårbart och svårt att följa upp av nämnden. Vidare kan dokumenterade rutiner bidra till utveckling av tillsynsverksamheten genom att själva dokumenterandet åskådliggör processen och eventuella styrkor och utvecklingsområden.

Följs rutiner och riktlinjer?

Revisionsfråga 2: Säkerställer nämnden att rutiner och riktlinjer efterföljs?

Iakttagelser

Skolinspektionen har inom ramen för tillsynen av huvudmannaskapet även ansvar för att genomföra tillsyn med fokus på att huvudmannen fullföljer ansvaret med tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg. I granskningen har vi tagit del av beslutet från Skolinspektionen 2024-03-12 om *Tillsyn av Gävle kommuns tillsynsansvar över fristående förskolor*. Skolinspektionen konstaterade att utifrån sin tillsyn framkom inte annat än att kommunen uppfyllde författningarnas krav inom detta område.

Chefen för verksamhetsstöd samt sektorschefen tar del av alla beslut i tillsynsärenden. Hela tillsynen dokumenteras som underlag och beslutet är en summering av samtliga delar. Alla ärenden diarieförs. Vid mer omfattande ärenden får ordföranden information om pågående tillsyn. Det förekommer även att hela presidiet får information.

Det sker ingen årlig övergripande sammanställning av tillsynen och området ingår inte internkontrollen för år 2025. I intervjuer framkommer att ledningen anser att det kan vara bra med en sammanställning av regelbunden tillsyn och riktad tillsyn i verksamhetsrapporten för helåret.

Bedömning

Säkerställer nämnden att rutiner och riktlinjer efterföljs?

Nej

Skolinspektionen har tillsyn över nämndens tillsyn inom detta område. Skolinspektionen genomför den sortens tillsyn med relativt långa mellanrum. Det är därmed väsentligt för nämnden att på egen hand och oftare än Skolinspektionen säkerställa att tillsynen bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Genomförd granskning visar att detta inte har skett. Vi anser att avsaknaden av skriftliga tydliga rutiner och beskrivningar av tillsynsprocessen gör att nämnden i dagsläget inte fullt ut kan kontrollera eller följa upp följsamheten.

Uppföljning

Revisionsfråga 3: Säkerställer nämnden att det sker uppföljning av genomförd tillsyn?

Iakttagelser

När det fattas beslut vid tillsyn att det finns brister eller avvikelser som ansvarig huvudman behöver åtgärda, anges att det ska ske uppföljning. Form och omfattning på uppföljning sker utifrån vad som anges i tillsynsbeslutet. I beslutet anges vidare när den fristående förskolan eller pedagogiska omsorgen ska lämna in material eller på annat sätt redogöra för genomförda åtgärder. Det är tjänstepersonerna som säkerställer att uppföljning sker på angiven tid. Alla beslut kommer nämnden till känna. Antingen genom delegationsbeslut eller som egna beslut (se vidare under revisionsfråga 4).

När den fristående verksamheten redovisar sina uppdaterade dokument eller andra åtgärder till följd av föreläggande, fattas nya beslut i tillsynen. Det kan även omfatta verksamhetsbesök om det är något som behöver följas upp på plats. Uppföljningen kan innebära flera utbyten och kommunikation mellan kommunen och den aktuella verksamheten. Alla tillsyner som resulterar i ett agerande utöver att tillsynen avslutas, följs upp. Det är de som har utfört tillsynen som bedömer och avgör när uppföljningen ska ske.

Vid uppföljning som visar att åtgärder är vidtagna som motsvarar tillsynsbeslutet fattas nytt beslut om att avsluta tillsynen. Detta rapporteras till nämnden som delegationsbeslut.

Bedömning

Säkerställer nämnden att det sker uppföljning av genomförd tillsyn?

Ja

I tillsynen kan fristående förskola eller pedagogisk omsorg bli ålagd att vidta åtgärder. I tillsynsbesluten framgår vad som ska åtgärdas och när kommunen följer upp att åtgärden är vidtagen. Sektor ansvarar

för att genomföra uppföljningen i enlighet med det som anges i besluten. Nämnden får information om samtliga beslut i tillsynen via rapporteringen av delegationsbeslut. Det omfattar även om tillsynen resulterar i att den granskade huvudmannen ska vidta åtgärder och att kommunen kommer att genomföra uppföljning. Vidare omfattar det beslut om när tillsynen avslutas. Vi anser att det i samband med framtagande av skriftliga rutiner för tillsynen även bör säkerställas att dessa inkluderar hur uppföljning av genomförd tillsyn sker.

Rapportering

Revisionsfråga 4: Rapporteras genomförd tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg till nämnden?

lakttagelser

I nämndens delegationsordning framgår följande ärenden och beslut vad gäller tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg:

Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
Föreläggande för den som är uppgiftsskyldig att lämna upplysningar samt tillhandahålla handlingar och annat material som behövs för tillsyn.	SL ² 26 kap. 7–8 §§	Planerings-sekreterare	Beslut om att förena ett föreläggande med vite (SL 26 kap. 27 §) fattas av nämnden.
Föreläggande för en huvudman att fullgöra sina skyldigheter om verksamheten inte uppfyller de villkor som gäller för godkännande eller beslutet om rätt till bidrag.	SL 26 kap. 10 §	Planerings-sekreterare	Föreläggandet ska ange de åtgärder som är nödvändiga för att avhjälpa bristerna. Beslut att förena ett föreläggande med vite (SL 26 kap. 27 §) fattas av nämnden. Återkallande av godkännande eller rätt till bidrag (SL 26 kap. 13–16, 18 §§) beslutas av nämnden.
Tilldela en huvudman en anmärkning vid mindre allvarliga överträdelser av vad som gäller för verksamheten.	SL 26 kap. 11 §	Planerings-sekreterare	
Beslut att avstå från att ingripa om överträdelsen är ringa, den vars	SL 26 kap. 12 §	Planerings-sekreterare	

² Skollagen (2010:800)

verksamhet granskas vidtar nödvändig rättelse, eller det i övrigt finns särskilda skäl mot ett ingripande.			
Beslut om avslut av tillsyn.	SL 26 kap. 10–12 §	Planerings- sekreterare	

I intervjuer anges att nämnden ser det som relevant att ha delegeringen på detta sätt. Det skapar en smidig och kortare ärendeprocess som gör att de granskade verksamheterna kan få snabbare besked. Det blir därmed lättare för dem att agera fort. De mer allvarliga besluten ska nämnden som huvudman fatta beslut om.

I intervjuer anges att följande sanktioner kan användas vid tillsynen:

- Avstående från ingripande (beslut delegerat till planeringssekreterare)
- Anmärkning (beslut delegerat till planeringssekreterare)
- Föreläggande (beslut delegerat till planeringssekreterare)
- Föreläggande med vite (beslutas av nämnden)
- Verksamhetsförbud (beslutas av nämnden)
- Återkallelse (beslutas av nämnden)

Ansvarsfördelningen för besluten innebär att nämnden antingen får rapportering av delegationsbeslut eller att tillsynen är ett beslutsärende vid ett sammanträde.

Rapporteringen i nämnden sker framför allt av sektorschefen. Det är tjänstepersonerna som arbetar med tillsynen som bereder ärendet och presenterar för presidiet. Presidiet får information om ärenden generellt och det lyfts även information till nämnden när det är mer problematiska ärenden.

Vi kan från intervjuerna samt inhämtad dokumentation konstatera att det inte sker någon årlig eller läsårsvis sammanställning av genomförd tillsyn eller beslut. Vidare återfinns inget om tillsynen i huvudmannens dokumenterade systematiska kvalitetsarbete.

Protokollsgenomgång

Vi har för granskningen gått igenom nämndens protokoll för 2024-10-23 till 2025-10-22. Följande noteras:

- Vid sju sammanträden rapporteras delegationsbeslut för tillsyn eller uppföljning av tillsyn av fristående förskolor eller pedagogisk omsorg.

- Vid ett möte får nämnden information om att två fristående verksamheter kommer att avveckla sin verksamhet på egen begäran. Vid nästkommande möte beslutar nämnden att återkalla tillståndet för dessa verksamheter då verksamheterna begärt att få avvecklas.

Bedömning

Rapporteras genomförd tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg till nämnden?

Ja

Rapporteringen av varje tillsyn sker till nämnden, antingen via anmälan av delegationsbeslut eller som ett eget ärende. I delegationsordningen anges var gränserna går mellan att det är ett delegationsbeslut och när det ska vara ett beslutsärende i nämnden. Det finns inget krav på att göra övergripande sammanställningar av tillsynen. Vi anser att en sådan sammanställning skulle kunna ge en övergripande bild av eventuella strukturella utmaningar och återkommande brister hos de fristående huvudmännen och verksamheterna. Vidare kan nämnden på detta sätt stärka den interna kontrollen av tillsynsverksamheten.

Åtgärder

Revisionsfråga 5: Tillser nämnden att adekvata åtgärder vidtas om brister identifieras avseende tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?

Iakttagelser

I redovisningen av ansvarsfördelningen i föregående revisionsfråga framgår att det finns olika åtgärder för nämnden som tillsynsmyndighet att använda för att påverka de verksamheter som har haft tillsyn.

De intervjuade uppger att den vanligaste bristen som uppmärksammas vid tillsynen är inom systematiskt kvalitetsarbete. Detta är ett viktigt område inom utbildningsverksamheter och huvudmannen får ett föreläggande som det även sker uppföljning av. Det förekommer enligt verksamhetsföreträdare att ledningen för verksamheten har bristande insikter om verksamheten och om skollagen. Generellt framkommer denna avvikelse vid tillsyn av verksamheter som drivs av kooperativ. Även i de sammanhangen beslutas om föreläggande.

De ärenden som nämnden beslutar om bereds av sektorn inom ramen för tillsynsarbete. När det uppstår ärenden som innebär att det ska vara nämndbeslut, träffar först de som utför tillsyn ordförande. Därefter är chef för verksamhetsstöd som föredrar ärendet för hela presidiet. Sedan sker beredningen enligt ordinarie arbetsgång med avstämning i presidiet, informationsärende samt beslutsärende.

Vid beslut om föreläggande med vite, verksamhetsförbud eller återkallelse fattas beslut enligt sektorns rekommendationer. Detta är ofta känsliga ärenden och det förekommer att nämnden efterfrågar mer material och underlag. Enligt de intervjuade i presidiet är underlag och förslag till beslut/åtgärd tydliga och nämnden har inte ändrat några förslag till beslut.

Efter sommaren 2025 är det några förskolor som stängt på grund av sviktande barnantal. En förskola har stängt på eget initiativ efter genomförd riktad tillsyn. I de sammanhangen har nämnden beslutat att återkalla tillstånden (se protokollsgenomgången). Enligt de intervjuade har det längre tillbaka tiden även förekommit ärenden med stängning av förskolor och pedagogisk verksamhet till följd av tillsynen.

Bedömning

Tillser nämnden att adekvata åtgärder vidtas om brister identifieras avseende tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?

Ja

Alla beslut som fattas i samband med tillsynen rapporteras eller blir egna beslutsärenden. Vidare finns det tydliga åtgärder som nämnden kan vidta för att påverka verksamheten som har haft tillsyn. Tillsynen i sin tur bygger på omfattande inhämtning och analyser av tjänstepersoner med erfarenhet och kompetens. Som stöd finns även vissa mallar och stöddokument. Detta sammantaget innebär att tillsynen skapar förutsättningar för nämnden att fatta beslut om adekvata åtgärder. Genom rapporteringen av delegationsbesluten har nämnden en möjlighet att följa tjänstepersonernas beslut om åtgärder.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av utbildningsnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om utbildningsnämnden säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att utbildningsnämnden inte helt säkerställer en tillräcklig intern kontroll gällande tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg.

Tillsynen bedrivs i stor utsträckning i enlighet med vad som anges i skollagen. Utifrån bedömningen för respektive revisionsfråga framgår att nämnden, inom ramen för ansvaret att verksamheten bedrivs i enlighet med de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten, behöver säkerställa att tillsynen är ändamålsenlig.

Rekommendationer

Vi rekommenderar att utbildningsnämnden vidtar följande åtgärder:

- Säkerställ att tillsynsprocessen dokumenteras för att skapa ytterligare förutsättningar för att följa upp och utveckla själva processen. Nämnden behöver vidare säkerställa att tillsynen sker i enlighet med angivna rutiner och riktlinjer.
- Överväg att nämnden beslutar om en tillsynsplan. På så sätt kan förvaltningen planera och genomföra tillsynen med framförhållning, transparens och delaktighet i än större utsträckning.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Säkerställer nämnden att det finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och organisation för tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?	Delvis Tillsynen genomförs regelbundet och systematiskt med stöd av de mallar och dokument som förvaltningen har tagit fram. Vi anser att detta förfarande är i enlighet med kraven på tillsynen som framgår av skollagen och rekommendationer från skolmyndigheterna. Genomförd granskning visar att det saknas dokumenterade tydliga rutiner och beskrivningar av tillsynsprocessen vilket vi anser gör arbetet sårbart och svårt att följa upp. Vidare kan dokumenterade rutiner bidra till utveckling av tillsynsverksamheten genom att själva dokumenterandet åskådliggör processen och eventuella styrkor och utvecklingsområden.	
2. Säkerställer nämnden att rutiner och riktlinjer efterföljs?	Nej Skolinspektionen har tillsyn över nämndens tillsyn inom detta område. Skolinspektionen genomför den sortens tillsyns med relativt långa mellanrum. Det är därmed väsentligt för nämnden att på egen hand och oftare än Skolinspektionen säkerställa att tillsynen bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Genomförd granskning visar att detta inte har skett. Vi anser att avsaknaden av dokumenterade tydliga rutiner och beskrivningar av tillsynsprocessen gör att nämnden i dagsläget inte fullt ut kan kontrollera eller följa upp följsamheten.	
3. Säkerställer nämnden att det sker uppföljning av genomförd tillsyn?	Ja I tillsynen kan fristående förskola eller pedagogisk omsorg bli ålagd att vidta åtgärder. I tillsynsbesluten framgår vad som ska åtgärdas och när kommunen följer upp att åtgärden är vidtagen. Förvaltningen ansvarar för att genomföra uppföljningen i enlighet med det som anges i besluten. Nämnden får information om samtliga beslut i tillsynen via rapporteringen av delegationsbeslut. Det omfattar även om tillsynen resulterar i att den granskade huvudmannen ska vidta åtgärder och att kommunen kommer att genomföra uppföljning. Vidare omfattar det beslut om när tillsynen avslutas. Vi anser att det i samband med framtagande av dokumenterade rutiner för tillsynen även bör säkerställas att dessa inkluderar hur uppföljning av genomförd tillsyn sker.	
4. Rapporteras genomförd tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg till nämnden?	Ja Rapporteringen av varje tillsyn sker till nämnden, antingen via anmälan av delegationsbeslut eller som ett eget ärende. I delegationsordningen anges var gränserna går mellan att det är ett delegationsbeslut och när det ska vara ett beslutsärende i nämnden. Det finns inget krav på att göra övergripande sammanställningar av tillsynen. Vi anser att en sådan sammanställning skulle kunna ge en övergripande bild av eventuella strukturella utmaningar och återkommande brister som nämnden kan ta del av och därmed stärka den interna kontrollen inom verksamheten.	

5. Tillser nämnden att adekvata åtgärder vidtas om brister identifieras avseende tillsyn av fristående förskolor och pedagogisk omsorg?

Ja

Alla beslut som fattas i samband med tillsynen rapporteras eller blir egna beslutsärenden. Vidare finns det tydliga åtgärder som nämnden kan vidta för att påverka verksamheten som har haft tillsyn. Tillsynen i sin tur bygger på omfattande inhämtning och analyser av tjänstepersoner med erfarenhet och kompetens. Som stöd finns även vissa mallar och stöddokument. Detta sammantaget innebär att tillsynen skapar förutsättningar för nämnden att fatta beslut om adekvata åtgärder. Genom rapporteringen av delegationsbesluten har nämnden en möjlighet att följa tjänstepersonernas beslut om åtgärder.



2026-01-15

Hanna Franck

Viktor Prytz

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2025-08-01. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



**Till: Arbetsmarknads- och
funktionsrättsnämnden**

2026-04-15

Dnr:25REK34

Missiv - Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

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

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

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

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

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

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

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

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Ann-Katrin Myles
Revisor

Bilaga:

- Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare.

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-27 15:10

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

0241A9B9598867753DF7D1B910C0827410F957A9C2BB19B2AB6116FC1BBB4B4A

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-04-27 11:39

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

0241A9B9598867753DF7D1B910C0827410F957A9C2BB19B2AB6116FC1BBB4B4A

Namn: Ann Katrine Myles

Datum: 2026-04-26 17:33

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

0241A9B9598867753DF7D1B910C0827410F957A9C2BB19B2AB6116FC1BBB4B4A

**Till: Omvårdnadsnämnden**

2026-04-15

Dnr:25REK34

Missiv - Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

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

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

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

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

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

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

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

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Rosalie Carlén
Revisor

Bilaga:

- Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-27 15:09

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B830D315CBE20296C0CAFC44B83E40ECE0B48985B21F82DC05F66937395CD7EC

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-04-27 11:39

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B830D315CBE20296C0CAFC44B83E40ECE0B48985B21F82DC05F66937395CD7EC

Namn: Rosalie Carlén

Datum: 2026-04-26 21:55

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

B830D315CBE20296C0CAFC44B83E40ECE0B48985B21F82DC05F66937395CD7EC



Till: Kommunstyrelsen

2026-04-15

Dnr:25REK34

Missiv - Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

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

Revisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 15 april 2026. En del av granskningen har bäring på styrdokumentet mål och program för privata utförare.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendation till kommunstyrelsen:

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

Revisorerna vill ha ett yttrande från kommunstyrelsen med kommentar till rekommendationen. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 30 september.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Bilaga: Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Signering

Sid 2(2)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-27 15:07

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

93C19C99D81886201C8888B6BB1A49531E65589C2B0FFED24BAFC413E05375AD

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-04-27 15:31

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

93C19C99D81886201C8888B6BB1A49531E65589C2B0FFED24BAFC413E05375AD

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-04-27 11:44

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

93C19C99D81886201C8888B6BB1A49531E65589C2B0FFED24BAFC413E05375AD

Granskning av avtalsförvaltning och avtalsuppföljning av privata utförare

Gävle kommun

April 2026



Sammanfattning

Sid 2(40)

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

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

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

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

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

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

Rekommendationer

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

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

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen:

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

Innehållsförteckning

Sid 4(40)

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

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

Bakgrund

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

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

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

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

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

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

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

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

Syfte och revisionsfrågor

Sid 7(40)

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

Revisionsfrågor:

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

Revisionskriterier

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

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

Avgränsning

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

Granskningen har genomförts med följande metod:

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

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

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Organisation

Revisionsfråga 1: Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?

lakttagelser

Kommunfullmäktiges antagna styrdokument

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

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

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

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

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

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

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

Kommunstyrelsens antagna styrdokument och organisation för inköp och upphandling

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

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

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

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

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

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

Nämndernas antagna styrdokument

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

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

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden antagna styrdokument och organisation

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

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

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

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

Omvårdnadsnämnden antagna styrdokument och organisation

Sid 12(40)

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

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

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

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

Central organisation för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

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

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

upphandlingsteamet tillsammans med kvalitetsteamet har valt ut. Dokumenterade instruktioner och rutiner för hur verksamheten tar fram urvalet av frågor till den privata utföraren uppges saknas. (40)

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

Bedömning

Är organisationen för avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning ändamålsenlig?

Delvis.

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

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

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

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

Riktlinjer och rutiner för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

Sid 14(40)

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

lakttagelser

Styrande principer och ansvar för inköp och upphandling

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

Riktlinjer och rutiner för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uppföljningen sker i två delar enligt nedan:

Sid 16(40)

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

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

Årlig uppföljning sker i Gävle Kommuns ledningssystem (Canea).

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Daterad 250115
16 Revisionsrapport

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

Sid 17(40)

Övrigt om riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

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

Vid inkomna klagomål som berör flera enheter inom Valfärd (inkl. dess privata utförare) ska utredning ske av berörda enhetschefer och svaret till den klagande samordnas. Rutinen beskriver inte att inkomna klagomål som rör privata utförare ska vidtalas upphandlingsteamet.

I *Rutin för att lämna klagomål till andra*¹⁰ hänvisas Valfärd Gävles verksamheter och dess privata utförare att hantera inkomna klagomål enligt ovan beskrivna *Rutin för klagomålshantering*. Rutinen beskriver att ett klagomål avseende om oönskad händelse upptäcks hos en annan verksamhet ska klagomålet lämnas skriftligt, och vid akuta fall även muntligt. Klagomålet ska innehålla en beskrivning om vad som hänt, när det hände, vilka som berörts, konsekvenser samt vem som lämnar klagomålet och önskar återkoppling. Upprättaren bevakar och initierar vid behov en revidering av rutinen. En gång per år noteras att kontroll av rutinens innehåll av upprättare och granskare ska ske. Revideringsdatum ändras därefter oavsett om förändringar i texten skett.

Vi har även tagit del av en checklista avseende inkommande klagomål/synpunkter/avvikelser till Valfärd Gävle avseende privata utförare. Checklistan beskriver övergripande hur inkommande klagomål, synpunkter och avvikelser som avser händelser hos privata utförare ska hanteras. Klagomål och synpunkter som inkommer från annan aktör (exempelvis patientnämnd/Region Gävleborg) ingår även i checklistan. När ett klagomål eller en synpunkt kommer in till Valfärd Gävle noteras att ärendet ska diarieföras, registreras i upphandlingsteamets verksamhetssystem och vidarebefordras till den privata utföraren för åtgärd. Vidare framgår att svaret från den privata utföraren ska diarieföras och registreras i upphandlingsteamets verksamhetssystem. Vad gäller Lex Sarah och Lex Maria ska den privata utföraren omedelbart informera om händelsen och påbörja utredning; alla steg (utredning, anmälan, svar från

⁹ Upprättad 2016-05-04, reviderad 2024-05-16. Upprättad av socialt ansvarig samordnare, godkänd av verksamhetschef.

¹⁰ Upprättad 2016-12-13, reviderad 2023-11-09. Upprättad av socialt ansvarig samordnare, godkänd av verksamhetschef.

IVO) diarieförs och dokumenteras i verksamhetssystemet tills ärendet avslutas. Syftet med checklistan uppges vara att säkerställa spårbarhet, korrekt hantering och uppföljning av alla klagomål och avvikelser. Vid intervjuer bekräftas att ovanstående rutiner och checklistor är kända och uppges efterlevas.

I *Rutin för lex Sarah*¹¹ noteras att avsikten med lex Sarah är att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och till att skydda den enskilde från missförhållanden. Lex Sarah reglerar anställdas, uppdragstagares och praktikanter skyldighet att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden i verksamheten. I lex Sarah ingår också en skyldighet för den som bedriver verksamheten att utreda och undanröja missförhållanden och risken för missförhållanden samt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om det anses allvarligt. Rutinen beskriver bland annat vilken rutinen gäller mot, information om skyldigheten att rapportera, vad som ska rapporteras och fördelning mellan ansvar och roller samt vad som ska anmälas till IVO.

Bedömning

Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?

Delvis.

Vi bedömer att det till viss del finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning. Det finns dokumenterade riktlinjer, rutiner och processer för både avtalsförvaltning och avtalsuppföljning, inklusive dokumenterade arbetsrutiner och stödmaterial som checklistor. Granskningen visar dock att dessa inte tillämpas konsekvent i granskningens berörda verksamhet. Systematiska uppföljningar sker inte fullt ut i enligt gällande styrdokument.

I *Rutin för att lämna klagomål till andra* kan vi konstatera att det saknas spårbarhet som visar att den årliga kontrollen av rutinens innehåll har genomförts, i enlighet med vad rutinen föreskriver.

Sammantaget är styrdokumentet i hög grad ändamålsenliga, dock påvisas vissa brister i efterlevnad och uppföljning vilket innebär en bedömning i att det delvis finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer.

¹¹ Upprättad 2016-05-27, reviderad 2025-10-23. Upprättad av socialt ansvarig samordnare, godkänd av socialt ansvarig samordnare (annan person än den som upprättat rutinen).

Reglerade former för uppföljning av kontroll

Sid 19(40)

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

lakttagelser

I tidigare beskrivna styrdokument, såsom *Mål och riktlinje för privata utförare*, *Inköps- och upphandlingspolicy* och *Rutin för avtalsförvaltning* framgår att varje nämnd ansvarar för att formerna för uppföljningen regleras i de avtal som tecknas med varje utförare och bereda kommunen tillgång till den privata utövarens lokaler för anmälda beslut och inspektion samt att avtalsuppföljning görs regelbundet av en upphandlingscontroller tillsammans med avtalssamordnare. Vidare noteras att LOV-avtal ska uppdateras löpande och följas upp årligen och vid större förändringar efter nämndsbeslut.

Som tidigare noterats i rapporten saknar både omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden antagna uppföljningsplaner för privata utförare avseende år 2025, i enlighet med kommunfullmäktiges beslut om uppföljning av privata utförare. I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens verksamhetsplan framgår att nämnden ska fastställa en uppföljningsplan i enlighet med kommunfullmäktiges krav, något vi inte kan utläsa av omvårdnadsnämndens verksamhetsplan.

I samband med faktaavstämning av rapporten framgår att Valfärd Gävle arbetare med ett riskbaserat urval vid uppföljning av privata utförare istället för planerade uppföljningar.

Bedömning

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

Delvis.

Vi bedömer att det finns kommunövergripande antagna mål och riktlinjer för uppföljning av privata utförare.

Vidare bedömer vi att nämnden till viss del har i avtal och annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare. Nämnderna har enligt styrdokumentet ett ansvar att reglera formerna för uppföljning och kontroll av privata utförare genom avtal eller andra beslutade strukturer. Granskningen visar dock att detta inte är uppfyllt. Det saknas nämndantagna uppföljningsplaner för 2025, uppföljningens omfattning och former varierar mellan olika avtal och det finns ingen övergripande, beslutad struktur som tydligt anger hur uppföljning och kontroll ska genomföras gentemot privata utförare.

Inom ramen för granskningens genomförda stickprovskontroll har det identifierats att uppföljning och kontroll finns reglerat i samtliga avtal.

Sid 20(40)

Sammanfattningsvis är uppföljning och kontroll reglerad i avtal, men det saknas nämndantagna uppföljningsplaner samt att systematiska uppföljningar inte sker fullt ut i enlighet med gällande styrdokument, varför frågan bedöms som delvis uppfylld.

Uppföljning och kontroll av privata utförare

Revisionsfråga 4: Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?

lakttagelser

Enligt *Rutin för uppföljning av upphandlad kärnverksamhet* framgår att årlig uppföljning ska ske i kommunens ledningssystem. Vid avstämning med verksamheten framgår att från och med uppföljningsåret 2026 inför Gävle kommun en ny rutin där all årlig uppföljning ska genomföras direkt i Canea Ledningssystem. Samtliga utförare med avtal inom kommunen kommer att besvara egenkontrollfrågor i systemet, och utbildningar för verksamheterna genomförs under de kommande månaderna för att säkerställa att alla kan rapportera på rätt sätt. Detta ersätter tidigare års arbetssätt där uppföljningen skett genom att verksamheterna skickat in kvalitetsberättelser och, när det varit aktuellt, patientsäkerhetsberättelser enligt bifogade instruktioner.

Enligt *Rutin för uppföljning av upphandlad kärnverksamhet* framgår vidare att utförare årligen ska redovisa olika uppföljningsdelar till beställaren och att instruktioner för detta ska skickas till berörda utförare senast den 31 december kommande år. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av instruktioner för rapportering avseende 2025 inom ramen för de leverantörer som ingår i vårt stickprov.

Vid intervjuer framkommer att uppföljning av avtal genomförs bland annat genom fysiska besök och inhämtning av ett antal underlag som exempelvis kvalitetsberättelser. Enligt uppgift ska samtliga avtal följas upp årligen men att resursbrist gör att inte alla uppföljningar hinns med. Prioriteringar genomförs utifrån indikatorer, inkomna klagomål och tips. Information vid indikatorer på brister eller inkomna tips om oegentligheter uppges användas för urval om fördjupad granskning ska genomföras. Återkommande brister kan leda till tydligare hävningsgrunder i avtalen. Vidare framgår vid intervjuer att privata utförare följs upp mer noggrant än verksamheter som bedrivs i egen regi. Det finns en ambition att likställa uppföljningarna framöver. Någon generell sanktionstrappa finns inte utan detta styrs utifrån respektive avtal.

Som vi tidigare noterat i rapporten arbetar upphandlingsteamet i hög grad med tillit och att uppföljning av privata utförare sker främst genom att den privata leverantören återkopplar på ett antal kvalitetsfrågor som upphandlingsteamet tillsammans med kvalitetsteamet har valt ut. Dokumenterade

instruktioner och rutiner för hur verksamheten tar fram urvalet av frågor till den privata leverantören uppges saknas.

Sid 21(40)

Kvalitetsfrågorna utgår från ett antal övergripande områden, exempelvis ledningssystem, samverkan, delaktighet och värdegrund, avvikelser och Lex Sarah-Maria, rehabilitering och säkerhet. Det uppges vidare att det är den privata utföraren som själv fyller i underlaget som därefter delges uppföljningsteamet. Några kontroller på att det som noteras av de privata utförarna i uppföljningsdokumentet stämmer, genomförs inte.

Vidare framgår vid intervjuer att årliga uppföljningar av de privata utförarna sker inte fullt ut enligt gällande riktlinjer och krav. Årliga uppföljningar uppges prioriteras främst av nya privata utförare, vid misstanke eller på förekommen anledning samt utifrån resultat från senaste avtalsuppföljning. Att inte samtliga privata utförare följs upp i enlighet med gällande riktlinjer och krav uppges bero på resursbrist. Vid de årliga uppföljningarna som genomförs sker platsbesök där efterlevnaden av respektive avtal följs upp. I samband med detta ses även eventuella avvikelser och klagomål över, liksom frågor som har uppkommit med utgångspunkt i den inlämnade redovisningen av kvalitetsuppgifter.

Vid dessa uppföljningar uppges att kommunens MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) i vissa fall följer med. Inför de årliga uppföljningarna sker en kontroll av aktuellt tillstånd (IVO) och det tas en kreditinformation genom UC. De kontroller som sker dokumenteras inte på ett systematiskt och konsekvent sätt. Det uppges pågå ett arbete med att se över hur och vart dokumentation av kontroller, eventuella stickprov och uppföljningar ska ske.

Upphandlingsteamet efterfrågar i samband med den årliga uppföljningen att få ta del av leverantörens årliga patientsäkerhets- eller kvalitetssäkerhetsberättelse. I underlaget anges att denna ska innehålla en övergripande redovisning av antal inkomna synpunkter och klagomål till leverantören.

Från och med år 2026 framgår att de privata utförarna ska inlämna en årsredovisning.

Stickprov

Stickprovskontroll har genomförts avseende sex avtal med fokus på avtalsförvaltningen och avtalsuppföljning. Tre stickprov avser arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden (Leverantör 2, 5 och 6) och tre stickprov avser omvårdnadsnämndens ansvarsområde (Leverantör 1, 3 och 4).

För varje avtal har fakturor begärts ut i syfte att kontrollera efterlevnad i avtalet utifrån pris, uppgifter på fakturan samt andra ställda krav. Utifrån inhämtade fakturor görs bedömningen att rätt uppgifter framgår på fakturan och att priset överensstämmer med avtal eller prisbilaga inklusive indexuppräknings. För leverantör 1 hade för många timmar fakturerats vid ett tillfälle, vilket reglerades på fakturan månaden efter.

Kontroller som genomförts framgår i bilaga 1. Sammanfattningsvis görs nedan iakttagelser utifrån stickproven:

Sid 22(40)

- Leverantör 1, Underlag för kvalitetsfrågor saknas. I genomfört stickprov framgår att brister har noterats vid kontroller som lett till en erinran och krav på handlingsplan. Bristerna som identifierades återkopplades till leverantören att en handlingsplan med åtgärder ska inkomma inom en viss tidsintervall. Vi kan i dokumentationen följa de olika delarna av uppföljningen kopplat till erinran. Dock framkommer att förvaltningen inte gjort en utökad uppföljning efter svar från leverantören, dvs det saknas en ny uppföljningsplan.
- Leverantör 2, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök och ingen spårbarhet av att en regelbunden ekonomisk kontroll av leverantören har genomförts.
- Leverantör 3, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök.
- Leverantör 4, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök.
- Leverantör 5, Ingen spårbarhet av genomfört platsbesök och ingen spårbarhet av att en regelbunden ekonomisk kontroll av leverantören har genomförts.
- Leverantör 6, Uppföljning har inte genomförts.

I avtalen för samtliga stickprov framgår krav som ställs på den privata utföraren samt att utföraren aktivt ska medverka vid uppföljning av verksamheten. Sammantaget noteras att förvaltningen skickar ut en särskild mall med frågor till privata utförare att besvara. Det görs ingen kontroll av att svaren som anges är korrekta. Återkopplingen från intervjuer är att Valfärd Gävle har en tillitsbaserad styrning.

Inom ramen för granskningens genomförda stickprovskontroll har det identifierats att uppföljning och kontroll finns reglerat i samtliga avtal. Vi noterar avseende uppföljningsregleringen i avtalen att kommunen kan genomföra fördjupade avtalsuppföljningar, revisioner och tillsyner. Dock saknas det en uttrycklig rätt att genomföra oanmälda inspektioner och en möjlighet att följa upp efter avtalets upphörande vilket är av vikt för att möjliggöra upptäckt av eventuella oegentligheter i efterhand.

Vi har inom ramen för stickproven noterat att kontroll av styrelsen samt ledningen inte utförts, såsom kontroller om styrelsens sammansättning och löpande förändring eller om roller kombineras som kan skapa en intressekonflikt.

I samband med faktaavstämning framgår att uppföljning och kontroll av privata utförare genomförs till högre grad kopplat till inkomna uppgifter. På grund av känsligheten i pågående utredningar och även avslutade utredningar, kan vi inom ramen för granskningen inte ta del av allt material.

Bedömning

Sid 23(40)

Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?

Delvis.

Vi bedömer att revisionsfrågan avseende uppföljning och kontroll av privata utförare delvis är uppfylld. Uppföljning och kontroll av privata utförare genomförs inte fullt ut i enlighet med gällande styrdokument. Granskningen visar att alla utförare inte följs upp årligen, att arbetet i hög grad baseras på tillit och att systematiska verifieringar av inlämnade uppgifter saknas. Sammantaget sker uppföljning, men inte fullt ut i den omfattning eller med den kvalitet som styrdokumenterna förutsätter.

Genomförda stickprov är avgränsad till sex avtal vilket gör att det inte med säkerhet går att uttala att resultatet är representativt totalt för de berörda nämnderna. Stickproven ger dock en indikation i ljuset av aktuella bestämmelser på området. Vår bedömning är att berörda nämnder behöver införa systematiska kontroller samt stärkt systemstöd för att säkerställa uppföljning och kontroll av privata utförare.

Rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter

Revisionsfråga 5: Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?

SKR definierar begreppet välfärdsbrott som när en extern aktör - företag eller privatperson - otillbörligen utnyttjar kommunala medel för egen vinning. Ekonomisk vinning är en av de viktigaste drivkrafterna för organiserad brottslighet. Angrepp på utbetalande system och brottslighet i form av undandragande av skatter och avgifter innebär årligen miljardförluster för staten. Enligt SKR:s bedömning är att det finns välfärdsbrottslighet i princip alla verksamheter där det är möjligt att göra en vinst, för en individ eller ett företag. Det gäller i alla kommuner och regioner och i flertalet verksamheter.

I kommunen hanteras flera viktiga välfärdssystem. Kommuner gör utbetalningar till exempelvis privata utförare, till enskilda i form av ekonomiskt bistånd eller till civilsamhället i form av olika stöd, t.ex. stöd till föreningslivet. Vidare gör kommunen årligen upphandlingar och inköp för betydande belopp. I alla dessa delar finns det risk för oegentligheter och för att kommunen utnyttjas. Det kan röra sig om både välfärdsbrott i mindre skala, men också välfärdsbrott i en mer organiserad och systematisk skala. Välfärdsbrottslighet finns inom hela välfärdssystemet och har särskilt uppmärksammats inom bland annat hemtjänst och assistans. Oegentligheter har även konstaterats inom flera kommunala områden. Det finns också risk för att personer på insidan, det vill säga anställda i kommunen, agerar som så kallade möjliggörare. En möjliggörare kan exempelvis tipsa om brister på insidan och ge tips på upplägg i syfte att utnyttja systemet. Det kan också handla om anställd som har otillåten bisyssla i t.ex. ett företag som

tillhandahåller varor/tjänster i kommunen.

Sid 24(40)

Inom ramen för denna revisionsfråga har vi specifikt granskat om det finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning.

lakttagelser

Inom ramen för granskningen har vi inte erhållit några specifika rutiner eller processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. I respektive nämnds plan för intern kontroll och styrning år 2025 framgår ett antal risk- och kontrollområden kopplat till välfärdsbrottslighet. Vilket även bekräftas av intervjuer, att en övergripande strategi för att motverka välfärdsbrott saknas.

Vid intervjuer framkommer att om det finns en misstanke om välfärdsbrott eller andra oegentligheter sker en djupare granskning och ibland polisanmälan, med involvering av säkerhetsavdelningen och dialog med avtalsägare och nämnd. Vidare framkommer att kraven i förfrågningsunderlagen har stärkts utifrån att förebygga och förhindra välfärdsbrott. Det nya förfrågningsunderlaget har beslutats av omvårdnadsnämnden den 2025-12-11 § 171.

Vid intervjuer framkommer vidare att det är svårt att upptäcka och bevisa oegentligheter, särskilt när det gäller välfärdsbrottslighet. Vidare lyfts ett behov av att stärka tvärfunktionella arbetssätt och specialistkompetens inom området. Vidare lyfts att fokus på välfärdsbrottslighet har ökat i verksamheten.

I samband med faktaavstämning av rapporten framgår att Sektor Velfärd uppges arbeta tvärfunktionellt vid förekommen anledning med fördjupade kontroller inom sektorns samtliga verksamheter. Vidare framkommer att det finns en medvetenhet och upparbetad process kopplat till upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Dock finns detta inte dokumenterat och diariefört.

Bedömning

Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?

Nej.

Vi bedömer att det inte finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Det saknas dokumenterade rutiner och processer som systematiskt stödjer en förebyggande upptäckt av välfärdsbrottslighet eller andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Granskningen visar att åtgärder vid misstankar sker mer ad hoc och är beroende av enskilda medarbetares bedömningar, snarare än av en etablerad och enhetlig process. Även om kraven i

förfrågningsunderlagen har stärkts bedöms detta inte fullt ut utgöra en faktisk struktur för upptäckt i den löpande uppföljningen.

Sid 25(40)

Vi ser positivt på det arbete som pågår kopplat till uppföljning av upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning.

Uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet

Revisionsfråga 6: Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

lakttagelser

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens och omsorgsnämndens respektives planer för intern styrning och kontroll för 2025 redovisas respektive nämnds riskvärdering av olika områden, baserat på sannolikhet och konsekvens, samt de kontrollaktiviteter som valts utifrån årets prioriterade risker.

Plan för intern styrning och kontroll 2025

I plan för intern styrning och kontroll år 2025 från arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden ingår kontrollområdet *Efterlevnad av både externa och interna regelverk*, vilket är relevant för den aktuella granskningen.

Inom detta kontrollområde har flera risker identifierats, vilka presenteras nedan:

- *Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister. (Risk för välfärdsbrott)*
Beskrivning: Uppföljning privata utförare ska genomföras. Metodik för kontroll samt riskanalyser på operativ nivå ska utvecklas.
- *Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling*
Beskrivning: som är inköpta utanför avtal, men där avtal finns. Förtydliga och förenkla information om upphandlingar och direktupphandlingar. Det ska bli enklare att kunna göra rätt (och öka leverantörstroheten).
- *Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 ej fungerar.*
Beskrivning: Brister i uppföljningen av nämndens verksamhet kan göra att nämnden inte på tillräckliga grunder kan säkra att kvalitet sker i enlighet med uppdraget. Brister i avrapportering till nämnden kan leda till att beslut om satsningar och åtgärder tas på felaktiga grunder. Det systematiska kvalitetsarbetet inte genomförs enligt lagkrav, förordningskrav eller annan regel/kravställning, se särskilt Socialstyrelsens föreskrifter enligt SOSFS 2011:9. Risk att patient

eller klient lider skada p.g.a brist i insats eller utebliven insats. Säkerställs att nämndens verksamhet fullgör sina skyldigheter enligt SOFS - Ej följsamhet beslutad rutin kvalitetsarbete enl. sid 26(40)

Uppföljning - Plan för intern styrning och kontroll 2025

I uppföljningen av arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens plan för intern styrning och kontroll, delår 2 år 2025¹², framgår att kontroller kopplat till risken *“Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister”* redovisar en mindre avvikelse med en kommentar: ”Vuxenutbildning: riktade insatser gentemot privata utförare behöver utvecklas och samordnas med vårt generella arbete inom området. Mindre avvikelse då det föreligger behov av utvecklingsinsatser för en effektiv kontroll inom nämndens ansvarsområde, särskilt gällande personlig assistans och köp av vuxenutbildning som Skolinspektionen pekat ut som ett riskområde.”

I uppföljningen per den 31 december 2025¹³ kan vi utifrån ovanstående risk utläsa att kontrollmomentet delvis uppnått och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: ” Vuxenutbildning: riktade insatser gentemot privata utförare behöver utvecklas och samordnas med vårt generella arbete inom området. Mindre avvikelse då det föreligger behov av utvecklingsinsatser för en effektiv kontroll inom nämndens ansvarsområde, särskilt gällande personlig assistans och köp av vuxenutbildning som Skolinspektionen pekat ut som ett riskområde.”

För risken *“Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling”* har ingen kontroll genomförts under delår 2. Uppföljning av denna kontroll noteras ske till delår 3 (årsredovisningen). För risken *”Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar”* framgår att beslutade rutiner i stort följs men att vissa undantag finns. En kvantitativ uppföljning kommer att redovisas för helåret 2025.

I uppföljningen per den 31 december kan vi utifrån ovanstående risk utläsa att kontrollmomentet delvis uppnått och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: ” Området har tydligt förbättrats under 2025 med bättre följsamhet till inköp inom avtal. Bakom liggande orsaker är bland annat förbättrat inköpssystem, utbildningar och information till berörda.”

För risken *”Risk att invånare lider skada då det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 inte fungerar”* framgår bland annat att en kvarstående utmaning är att fortlöpande göra ledningssystemet känt för samtliga medarbetare, säkerställa att rutinerna är välkända och följs samt att uppdatera befintliga rutiner i ledningssystemet. I huvudsak följs beslutade rutiner, men vissa undantag förekommer. Vidare noteras att sektorn har genomfört en uppföljning av avvikelser och klagomål, vilket

¹² Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens protokoll 2025-09-24 § 82.

¹³ Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden protokoll 2026-02-25 § 10

bland annat har lett till krav på egenkontroller inom Sektor Vårld och att dessa ska kunna aggregeras på ett systematiskt sätt. Genom en stärkt egenkontrollsmiljö skapas förbättrade förutsättningar för uppföljning och utvärdering.

Verksamhetsrapport 2025

I arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens verksamhetsrapport 2025 noteras bland annat att det inom LSS och socialpsykiatri noteras att avtalsuppföljning under året har genomförts avseende 5 boenden. Uppföljningarna resulterade i åtgärdsplaner som kommer vidare att följas upp under 2026. I underlaget noteras även att det genomförts två uppföljningar under året på förekommen anledning utifrån inlämnat klagomål och uppstartsproblem i verksamheten. Uppföljningarna resulterade i kontinuerliga dialoger med verksamheten samt kommer fortsättningsvis följas upp under 2026. Utifrån årlig inrapportering framgår bland annat att verksamheterna arbetar löpande med att hantera avvikelser och klagomål. Samt ger information avseende utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. De vanligaste avvikelserna rör fallhändelser och läkemedel, men det förekommer även avvikelser kopplade till bemötande, hot och våld. Samtliga enheter har upprättade kris- och beredskapsplaner, och alla har de tillstånd och försäkringar som krävs enligt avtal. Vidare framgår att den årliga inrapporteringen redovisar att verksamheternas fokus från år 2026 omfattar att stärka dokumentation och uppföljning, arbeta mer strukturerat med avtalens mervärden samt fördjupa arbetet med självbestämmande, delaktighet och kommunikation. De vill också förbättra samverkan med anhöriga, gode män och hälso- och sjukvården samt satsa på kompetensutveckling inom autism, demens och lågaffektivt bemötande.

I nämndens verksamhetsrapport noteras vidare att det inom vuxenutbildningen under år 2025 inte har genomförts några uppföljningar. Vidare framgår att de fyra upphandlade avtalen om vuxenutbildning har förlängts. Vidare noteras att det under 2025 inte har framkommit några indikationer som motiverat en uppföljning på förekommen anledning.

I verksamhetsrapporten framgår vidare att upphandlingsteamet har ökat samverkan med samverkanspartners och beställande enheter gällande uppföljningar. Samverkan har också startat med boendesamordnare. Vidare framgår att upphandlingsteamet har deltagit på webinarie kring välfärdsbrott anordnat av Socialstyrelsen.

Omvårdnadsnämnden

Plan för intern styrning och kontroll 2025

I omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll år 2025 ingår även här kontrollområdet *Efterlevnad av både externa och interna regelverk*. Inom detta kontrollområde har tre risker identifierats, vilka presenteras nedan:

- *Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister. (Risk för välfärdsbrott)*
- *Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling.*
Beskrivning: Följa upp Inköp i upphandlingssystem som är inköpta utanför avtal, men där avtal finns. Förtydliga och förenkla information om upphandlingar och direktupphandlingar. Det ska bli enklare att kunna göra rätt (och öka leverantörstroheten)
- *Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 ej fungerar.*
Beskrivning: Brister i uppföljningen av nämndens verksamhet kan göra att nämnden inte på tillräckliga grunder kan säkra att kvalitet sker i enlighet med uppdraget. Brister i avrapportering till nämnden kan leda till att beslut om satsningar och åtgärder tas på felaktiga grunder. Det systematiska kvalitetsarbetet inte genomförs enligt lagkrav, förordningskrav eller annan regel/kravställning, se särskilt Socialstyrelsens föreskrifter enligt SOSFS 2011:9.

Uppföljning - Plan för intern styrning och kontroll 2025

I uppföljningen av omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll, delår 2 år 2025¹⁴, framgår att kontroller kopplade till risken *"Ej avtalstrohet inom organisationen/Ej följsamhet till rutiner för inköp och upphandling"* inte har genomförts under delår 2. Uppföljningen av dessa kontroller kommer i stället att genomföras till delår 3 (årsredovisningen).

I uppföljningen per den 31 december kan vi utifrån ovanstående risk utläsa att kontrollmomentet delvis uppnåtts och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: "Området har tydligt förbättrats under 2025 med bättre följsamhet till inköp inom avtal. Bakom liggande orsaker är bland annat förbättrat inköpssystem, utbildningar och information till berörda."

För risken *"Invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 ej fungerar"* framgår att rutinerna inom ledningssystemet uppvisar en mindre avvikelse. I huvudsak följs de beslutade rutinerna, men vissa undantag förekommer. En kvantitativ uppföljning kommer att redovisas för helåret 2025 i samband med delår 3.

I uppföljningen per den 31 december 2025¹⁵ kan vi utläsa utifrån ovanstående risk att kontrollmomentet avseende att rutiner i ledningssystemet följs har delvis uppnåtts och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: "En kvarstående utmaning är att fortlöpande göra ledningssystemet känt för alla

¹⁴ Omvårdnadsnämndens protokoll 2025-09-25 § 99.

¹⁵ Omvårdnadsnämndens protokoll 2026-02-24 § 8.

medarbetare och därtill göra rutinerna kända med god följsamhet samt att uppdatera befintliga rutiner i ledningssystemet. Men i stort följs beslutade rutiner, men vissa undantag finns.”

Sid 29(40)

Vidare framgår att kontrollmomentet kopplat till egenkontroller i ledningssystemet – finns möjlighet att rapportera dessa uppnått och ingen avvikelse noteras.

För risken ”Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande (t ex genom valfrihetssystem eller motsvarande) genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsbrister. (Risk för välfärdsbrott)” framgår i uppföljningen per den 31 december att kontrollmomentet delvis uppnått och redovisar en mindre avvikelse med kommentar: ”Nämnden genomför kontinuerligt riktade kontroller och uppföljning av externa (privata) utförare. Granskningar kan vara olika omfattande och återkoppling sker dels muntligt, dels skriftligt med förväntad åtgärd. Under perioden har ingen granskning föranlett vidare åtgärd avseende välfärdsbrott. Kontroller genomförs regelbundet och i erinran och/ eller beställningsstopp har inträtt kopplat till brister och avvikelser.”

Verksamhetsrapport 2025

I omvårdnadsnämndens verksamhetsrapport 2025 framgår bland annat att det under året har åtta utförare haft avtal gällande hemtjänst och inga nya ansökningar har inkommit under året. Vad gäller vård- och omsorgsboende har ett entreprenadavtal upphandlats samt ett avvecklats. Vid ingången av 2026 finns ett avtal gällande entreprenadavtal vård- och omsorgsboende och fem avtal med extern utförare för köp av plats vård- och omsorgsboende.

Vidare noteras att avtalsuppföljningar har under 2025 genomförts av tre privata utförare inom hemtjänsten. Samtliga utförare har upprättat åtgärdsplaner utifrån uppföljningarnas utfall, vilka ska fortsätta att följas upp under år 2026. Vidare framgår att uppföljning på förekommen anledning har genomförts på ett par företag varav ett har resulterat i sanktionen betalningsstopp. Åtgärdsplaner noteras följas upp på dessa företag.

Utifrån den årliga inrapporteringen noteras att verksamheterna har rapporterat enligt instruktionerna och bedriver i stort ett strukturerat kvalitetsarbete, även om mognadsgraden varierar mellan utförare. Brister har identifierats främst inom dokumentation, TES-registrering¹⁶ och läkemedelshantering, vilket lett till åtgärdsplaner, utbildningsinsatser och tydligare rutiner. Flera utförare uppger även rekryteringssvårigheter, vilket påverkar möjligheterna att nå uppsatta mål.

I underlaget framgår även uppföljning avseende vård- och omsorgsboenden. De fem aktuella avtalen med vård- och omsorgsboende för köp av plats löper ut 2027-05-31 utan ytterligare möjlighet till förlängning. Planering för ny upphandling av vård- och omsorgsboende - köp av plats noteras ha påbörjats och kommer att annonseras under 2026. Uppföljning har genomförts under året utifrån brister som

¹⁶ Program för schemaplanering, insatsregistrering, larm och låshantering
29 Revisionsrapport

identifierades 2024 vid ett vård- och omsorgsboende. Verksamheten har under året kontinuerligt arbetat med upprättad åtgärdsplan och verksamheten visar vid årets slut på att bristerna åtgärdats. Uppföljning kommer att fortlöpa under första delen av 2026. Inga uppföljningar har genomförts på förekommen anledning.

Vidare noteras att samtliga utförare har lämnat in sina rapporteringar enligt instruktionerna och beskriver ett strukturerat arbetssätt kring klagomål och avvikelser, inklusive utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. De vanligaste avvikelserna gäller fallolyckor och läkemedel, och flera verksamheter rapporterar ökad kundnöjdhet. Utvecklingsområden som återkommer är behov av utbildningar inom BPSD¹⁷, förbättrad dokumentation och genomförandeplaner, samt stärkt följsamhet till basala hygienrutiner.

Verksamhetsrapporten omfattar inte nämndens måluppfyllelse kopplat till fullmäktiges övergripande mål.

Bedömning

Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

Delvis.

Vi bedömer att det till viss del sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet, men genomförs inte alltid med den systematik och omfattning som krävs. Även om riktade kontroller, åtgärdsplaner och vissa sanktioner förekommer kvarstår brister inom bland annat dokumentation, avtalstrohet och uppföljning av vissa verksamhetsområden såsom vuxenutbildning och omsorg. Sammantaget behöver nämnderna stärka sitt riskbaserade och kontinuerliga uppföljningsarbete för att säkerställa fullgott genomslag och tidig upptäckt av brister.

¹⁷ BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens
30 Revisionsrapport

Samlad bedömning

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

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

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

Rekommendationer

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

- att årlig uppföljningsplan av privata utförare upprättas och antas av respektive berörd nämnd avseende år 2026.

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

Sid 32(40)

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen:

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

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

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



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

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

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

-
2. Finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning?

Delvis

Vi bedömer att det till viss del finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer för avtalsförvaltning och avtalsuppföljning. Det finns dokumenterade riktlinjer, rutiner och processer för både avtalsförvaltning och avtalsuppföljning, inklusive dokumenterade arbetsrutiner och stödmaterial som checklistor. Granskningen visar dock att dessa inte tillämpas konsekvent i granskningens berörda verksamhet. Systematiska uppföljningar sker inte fullt ut i enligt gällande styrdokument.

I Rutin för att lämna klagomål till andra kan vi konstatera att det saknas spårbarhet som visar att den årliga kontrollen av rutinens innehåll har genomförts, i enlighet med vad rutinen föreskriver.

Sammantaget är styrdokumentet i hög grad ändamålsenliga, dock påvisas vissa brister i efterlevnad och uppföljning vilket innebär en bedömning i att det delvis finns ändamålsenliga riktlinjer, rutiner och processer.

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

Delvis

Vi bedömer att det finns kommunövergripande antagna mål och riktlinjer för uppföljning av privata utförare.

Vidare bedömer vi att nämnden till viss del har i avtal och annan form reglerat formerna för uppföljning och kontroll i förhållande till privata utförare. Nämnderna har enligt styrdokumentet ett ansvar att reglera formerna för uppföljning och kontroll av privata utförare genom avtal eller andra beslutade strukturer.

Granskningen visar dock att detta inte är uppfyllt. Det saknas nämndantagna uppföljningsplaner för 2025, uppföljningens omfattning och former varierar mellan olika avtal och det finns ingen övergripande, beslutad struktur som tydligt anger hur uppföljning och kontroll ska genomföras gentemot privata utförare.

Inom ramen för granskningens genomförda stickprovskontroll har det identifierats att uppföljning och kontroll finns reglerat i samtliga avtal.

Sammanfattningsvis är uppföljning och kontroll reglerad i avtal, men det saknas nämndantagna uppföljningsplaner samt att systematiska uppföljningar inte sker fullt ut i enlighet med gällande styrdokument, varför frågan bedöms som delvis uppfylld.

4. Genomförs uppföljning och kontroll av privata utförare?

Delvis

Vi bedömer att revisionsfrågan avseende uppföljning och kontroll av privata utförare delvis är uppfylld. Uppföljning och kontroll av privata utförare genomförs inte fullt ut i enlighet med gällande styrdokument. Granskningen visar att alla utförare



inte följs upp årligen, att arbetet i hög grad baseras på tillit och att systematiska verifieringar av inlämnade uppgifter saknas. Sammantaget sker uppföljning, men inte fullt ut i den omfattning eller med den kvalitet som styrdokumentet förutsätter.

Sid 36(40)

Genomförda stickprov är avgränsad till sex avtal vilket gör att det inte med säkerhet går att uttala att resultatet är representativt totalt för de berörda nämnderna. Stickproven ger dock en indikation i ljuset av aktuella bestämmelser på området. Vår bedömning är att berörda nämnder behöver införa systematiska kontroller samt stärkt systemstöd för att säkerställa uppföljning och kontroll av privata utförare.

-
5. Finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning?

Nej

Vi bedömer att det inte finns rutiner och processer som möjliggör upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Det saknas dokumenterade rutiner och processer som systematiskt stödjer en förebyggande upptäckt av välfärdsbrottslighet eller andra oegentligheter vid avtalsuppföljning. Granskningen visar att åtgärder vid misstankar sker mer ad hoc och är beroende av enskilda medarbetares bedömningar, snarare än av en etablerad och enhetlig process. Även om kraven i förfrågningsunderlagen har stärkts bedöms detta inte fullt ut utgöra en faktisk struktur för upptäckt i den löpande uppföljningen.



Vi ser positivt på det arbete som pågår kopplat till uppföljning av upptäckt av välfärdsbrottslighet och andra oegentligheter vid avtalsuppföljning.

Sid 37(40)

-
6. Sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet?

Delvis

Vi bedömer att det till viss del sker en tillräcklig uppföljning av upphandlingar, avtal och avtalstrohet, men genomförs inte alltid med den systematik och omfattning som krävs. Även om riktade kontroller, åtgärdsplaner och vissa sanktioner förekommer kvarstår brister inom bland annat dokumentation, avtalstrohet och uppföljning av vissa verksamhetsområden såsom vuxenutbildning och omsorg.



Sammantaget behöver nämnderna stärka sitt riskbaserade och kontinuerliga uppföljningsarbete för att säkerställa fullgott genomslag och tidig upptäckt av brister.

Bilaga 1

Sid 38(40)

Kommunallag

Kap 6, 1 § Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska även ha uppsikt över sådan avtalssamverkan som sker enligt 9 kap. 37 § eller enligt annan lag eller författning.

Kap 6, 6 § Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Kap 6, 11 § Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på kommunens eller regionens utveckling och ekonomiska ställning.

Styrelsen ska också hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter göra de framställningar som behövs. Lag (2019:835).

I lagrådsremiss "förbättrad kontroll och uppföljning av privata utförare i kommuner och regioner" föreslås att det i kommunallagen (2017:725) ska förtydligas att kommun- eller regionstyrelsens uppsiktsplikt även omfattar övriga nämnders kontroll och uppföljning av kommunala angelägenheter som lämnats över till privata utförare. Förtydligandet föreslås även omfatta styrelsens uppsikt över sådana gemensamma nämnder som en kommun eller en region har med en annan kommun, respektive en annan region. Vidare föreslås att styrelsen varje år ska rapportera till fullmäktige om övriga nämnders kontroll och uppföljning av sådana överlämnade angelägenheter. Syftet med förslagen är förstärka styrnings- och uppföljningskedjan när kommunala angelägenheter lämnas över till privata utförare så att välfärdsbrott, oseriösa aktörer och korruption inom välfärden kan motverkas.

Upphandlingsmyndigheten - Avtalsförvaltning vägledning nr 2 2016

Vägledningen beskriver följande huvudpunkter:

Avtalsförvaltning: Innefattar aktiviteter som säkerställer att leverantörer uppfyller sina avtalsförpliktelser och att den upphandlande enheten mottar de överenskomna lösningarna. Det består av interna administrativa uppgifter såsom registrering av avtal, hantering av förlängningar och

prisjusteringar. En viktig aspekt är att säkerställa att inköp görs från kontrakterade leverantörer, vilket underlättas genom informationsförmedling och förenklade orderprocesser.

Sid 39(40)

Cyklisk Process: Avtalsförvaltningen är en kontinuerlig cykel som överlappar upphandlingsprocessen och startar redan i förstudiefasen. Under denna fas analyseras tidigare avtalsperioder för att forma nuvarande krav, utvärderingskriterier och villkor.

Mål för Avtalsförvaltning:

- Att säkerställa att leverantören följer avtalen.
- Att upprätthålla rättvis konkurrens mellan leverantörer.
- Att kontrollera volym och kostnad för varor/tjänster.
- Att säkerställa avtalad kvalitetsnivå.
- Att optimera användningen av offentliga medel.
- Att göra inköp från rätt leverantör.
- Att erbjuda en grund för framtida upphandlingar.
- Att tillgodose operativa behov och mål.
- Att etablera en affärsmässig relation.

Steg i Avtalsförvaltning:

Anpassning: Definiera processer, klassificera avtal, utföra riskanalyser, välja systemstöd och mallar.

Planering: Strukturera planeringen, definiera uppföljningsmetoder och sätta dokumentation samt kommunikationsprotokoll.

Implementering: Övervakning av krav, hantera avvikelser, säkerställa intern kontroll och genomföra marknadsövervakning.

Utvärdering: Bedöma målens uppfyllelse, relationer med leverantörer, interna operationer och att avsluta avtal.

Dokumentet betonar även vikten av internkontroller och marknadsövervakning för att förbättra inköpsbeteenden samt att identifiera risker och möjligheter.

2026-04-15

Hanna Franck

Rebecca Lindström

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 27 augusti 2025. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



**Till: Gavlefastigheter
Gävle kommun AB**

2026-03-24

Dnr:25REK39

Missiv - Granskning av investeringsprocessen

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av investeringsprocessen. Granskningens syfte har varit att bedöma om Gavlefastigheter Gävle kommun AB har säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att investeringsprocessen i Gavlefastigheter Gävle kommun AB är ändamålsenligt utformad och att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Lekmannarevisorerna överlämnar granskningen till Gavlefastigheter Gävle kommun AB för kännedom och möjlighet till yttrande senast den 26 juni. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Arne Övrelid
Lekmannarevisor

Kenneth Levin
Lekmannarevisor

Bilaga: Revisionsrapport

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Signering

Sid 2(2)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-03-31 15:33

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

FF3FD43A8409A007572D5EE9E9C29780A1569A1636EF4E371000AFDC073345C2

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-26 13:29

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

FF3FD43A8409A007572D5EE9E9C29780A1569A1636EF4E371000AFDC073345C2

Namn: Arne Övrelid

Datum: 2026-04-01 17:05

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

FF3FD43A8409A007572D5EE9E9C29780A1569A1636EF4E371000AFDC073345C2

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 or a path.

Granskning av investeringsprocessen

Rapport

Gavlefastigheter Gävle kommun AB

2026-03-24

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

2	Sammanfattning	3
3	Bakgrund	5
4	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
4.1	<i>Avgränsning</i>	6
5	Revisionskriterier	6
6	Metod	6
7	Resultat av granskningen	8
7.1	<i>Styrning, organisation och ansvar i investeringsprojekt</i>	8
7.1.1	Bolagsordning och ägardirektiv	8
7.1.2	Övergripande organisering och ansvarsfördelning	8
7.1.3	Styrande dokument	11
7.1.4	Bedömning	11
7.2	<i>Beslutsunderlag vid investeringar</i>	12
7.2.1	Bedömning	12
7.3	<i>Löpande uppföljning av investeringsprojekt</i>	13
7.3.1	Bedömning	13
7.4	<i>Utvärdering av investeringsprojekt</i>	14
7.4.1	Bedömning	14
7.5	<i>Insyn och styrning i beslutade investeringsprojekt</i>	15
7.5.1	Protokollgenomgång	15
7.5.2	Bedömning	15
7.6	<i>Substansgranskning</i>	16
7.6.1	Bedömning	17
7.6.2	Bedömning	19
8	Samlad bedömning och rekommendationer	20

2 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av lekmannarevisorerna i Gavlefastigheter Gävle kommun AB fått i uppdrag att granska bolagets investeringsprocess. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om investeringsprocessen i Gavlefastigheter Gävle kommun AB är ändamålsenligt utformad samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att investeringsprocessen i Gavlefastigheter Gävle kommun AB är ändamålsenligt utformad och att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visar att bolaget har antagit styrande dokument, projektmodell och rutiner som reglerar en systematisk investeringsprocess. De processer och projekt som granskats följer i huvudsak fastställda riktlinjer, med tydliga beslutsnivåer, ansvarsfördelning och uppföljning under projektens genomförande. Vidare sker investeringsplanering och prioritering med ett kommun- och koncernövergripande perspektiv, i linje med ägardirektiv och styrande mål.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns fastställda riktlinjer och rutiner för styrning och kontroll av större investeringsprojekt?	Ja
Finns det en tydlig organisation och ansvarsfördelning avseende genomförande av investeringsprojekt?	Ja
Sker tillräcklig uppföljning (verksamhetsmässig såväl som ekonomisk) av investeringsprojekt under tiden för projektets genomförande?	Ja
Sker tillräcklig uppföljning/analys av investeringsprojekt efter projektets avslut?	Ja
Hur säkerställer Gavlefastigheter Gävle kommun AB en tillräcklig insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt?	Ja
Hur bygger beslut om investeringar på tillräckliga beslutsunderlag?	Ja
- Finns tillräckligt belysta beslutsunderlag, bl a utifrån ett riskperspektiv?	

- Hur ser rutiner och processer vad gäller behovsprövning och utgångspunkter för investeringar och underhåll ut i bolaget?

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar så har vi inga rekommendationer att lämna.

3 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av lekmannarevisorerna i Gavlefastigheter Gävle kommun AB fått i uppdrag att granska bolagets rutiner och processer vad gäller investeringar, med fokus på styrning och ledning. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Gavlefastigheter AB (GFAB) har i uppdrag att tillhandahålla ändamålsenliga lokaler till Gävle kommuns verksamheter. Bolaget ägs av Gävle kommun och är en del i koncernen Gävle Stadshus AB.

I bolagets Verksamhetsplan 2025–2028 presenteras en planerad investeringsbudget för 2025–2028 om 1 565 mnkr i ny- och ombyggnationer varav 1 447,1 mnkr avser kommunala fastigheter, 29,9 mnkr övriga fastigheter, 80 mnkr transport/logistik samt 8,0 mnkr maskiner och anläggningar för den egna verksamheten och driften.

Investeringarna kräver finansiering och belastar efter färdigställande resultaträkningen med årliga kostnader för avskrivningar och räntor. Som en följd av investeringar uppstår också olika typer av driftskostnader. Att det finns en tillräcklig intern styrning och kontroll avseende investeringsprojekt är väsentligt och utgör grund för god ekonomisk hushållning av bolagets resurser. Bristande styrning och uppföljning av större investeringsprojekt kan leda till budgetöverskridanden, ökade kapitalbehov och ökade kostnader på såväl kort som lång sikt.

Mot bakgrund av ovanstående har lekmannarevisorerna i sin riskanalys bedömt att det är väsentligt att granska om Gavlefastigheter Gävle kommun AB säkerställt att det finns en tillräcklig intern styrning och kontroll av investeringsprocessen i bolaget.

4 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Gavlefastigheter Gävle kommun AB har säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Finns fastställda riktlinjer och rutiner för styrning och kontroll av större investeringsprojekt?
- Finns det en tydlig organisation och ansvarsfördelning avseende genomförande av investeringsprojekt?
- Sker tillräcklig uppföljning (verksamhetsmässig såväl som ekonomisk) av investeringsprojekt under tiden för projektets genomförande?
- Sker tillräcklig uppföljning/analys av investeringsprojekt efter projektets avslut?
- Hur säkerställer Gavlefastigheter Gävle kommun AB en tillräcklig insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt?
- Bygger beslut om investeringar på tillräckliga beslutsunderlag?
 - Finns tillräckligt belysta beslutsunderlag, bl a utifrån ett riskperspektiv?
 - Hur ser rutiner och processer vad gäller behovsprövning och utgångspunkter för investeringar och underhåll ut i bolaget?

4.1 AVGRÄNSNING

Granskningen avser hur GFAB säkerställer en ändamålsenlig styrning, ledning och kontroll av beslutade investeringsprojekt.

Granskningen har skett dels på en övergripande nivå, dels genom genomgång av specifika investeringsprojekt. Inom ramen för granskningen har 2 st större projekt valts ut för substansgranskning. För de utvalda projekten har vi fokuserat på processen från beslut till avslut och eventuell uppföljning av projekten. För att få en helhetsbild av styrningen av projekten har vi även tittat på de beslutsunderlag som utgjort grund för beslut om genomförande.

Granskningen avser 2025 men berör utifrån behov även tidigare år. Granskningen omfattar investeringar som färdigställts under år 2023, 2024 och första halvan av 2025.

5 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Kommunkoncernens ekonomiska styrprinciper
- Aktiebolagslagen 9 kap. 4 §
- Bolagsordning
- Ägardirektiv
- Övriga tillämpbara interna regelverk, policyer och beslut

6 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av
 - Bolagsordning
 - Ägardirektiv
 - Fastighetsstrategi
 - Lokalresursplan
 - Verksamhetsrapport
 - Hyresmodell
 - Gränsdragningslista
- Intervjuer har genomförts med:
 - Ekonomichef
 - Projektsamordnare
 - Före detta VD samt ny VD
 - VD-sekreterare
 - Byggchef
 - Planerings- och projektchef
 - Styrelse vice ordförande

- Substansgranskning har skett av två specifika projekt. Urvalet har gjorts med utgångspunkt i att projekten är av större omfattning och nyligen genomförda:
 - Skräddargårdens förskola
 - Bergby allaktivitetshus

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



Rapporten är faktakontrollerad av samtliga intervjupersoner.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 STYRNING, ORGANISATION OCH ANSVAR I INVESTERINGSPROJEKT

7.1.1 Bolagsordning och ägardirektiv

Enligt bolagsordningen för GFAB¹ styrs bolagets verksamhet av kommunens behov av lokalförsörjning och fastighetsförvaltning. Bolaget har till föremål för sin verksamhet att inom Gävle kommun äga, förvärva, bebygga, förvalta och försälja fastigheter och tomträtter. Vidare får bolaget tillhandahålla och förvalta kommersiella lokaler samt lokaler för kommunala verksamheter såsom förskolor, skolor, kultur- och idrottsanläggningar. Bolaget ska även bedriva fastighetsservice, uthyrning av fordon och cyklar samt ansvara för kommunens möbelpool och därmed förenlig verksamhet.

Bolagsordningen reglerar även styrelsens sammansättning, revisorsfunktionen, kallelseförfarande, årsstämman's ärenden, firmateckning samt kommunstyrelsens och kommunfullmäktiges inspektions- och beslutsrätt i frågor av större vikt.

I Ägardirektivet för GFAB framgår att bolaget ska verka i enlighet med den kommunala kompetensen och tillämpa lokaliserings-, självkostnads- och likställighetsprinciperna. Direktivet anger att bolaget ska tillhandahålla ändamålsenliga, attraktiva och kostnadseffektiva lokaler för kommunal verksamhet, medan kommersiella lokaler ska drivas utan konkurrenssnedvridning och successivt avvecklas när så är möjligt.

Hyressättningen för kommunala verksamheter ska baseras på den modell som kommunen beslutat, medan kommersiella lokaler ska prissättas marknadsmässigt.

Underställningsplikt gäller i frågor av principiell betydelse, såsom större investeringar, taxekonstruktioner och ändrad verksamhetsinriktning.

I den operativa beslutsordningen² framgår beslutsnivåerna: högst står kommunfullmäktige, därefter moderbolaget (GSAB) och sedan dotterbolagets styrelse.

Beslutsordningen för investeringar är i huvudsak beloppsstyrd. Mindre investeringar inom fastställd budget och inom ramen för VD:s delegation beslutas av VD. Investeringar som överstiger VD:s delegationsgräns beslutas av bolagets styrelse. Investeringar av större omfattning eller av principiell betydelse ska, i enlighet med ägardirektivets regler om underställningsplikt, förankras i koncernen och kan ytterst kräva ställningstagande av kommunfullmäktige.

7.1.2 Övergripande organisering och ansvarsfördelning

Gävle kommunkoncern består av kommunens förvaltningar samt helägda bolag inom Gävle Stadshus AB. GFAB är ett av kommunens bolag med uppdrag att tillhandahålla, äga, utveckla och förvalta verksamhetslokaler för kommunens nämnder samt sektorer.

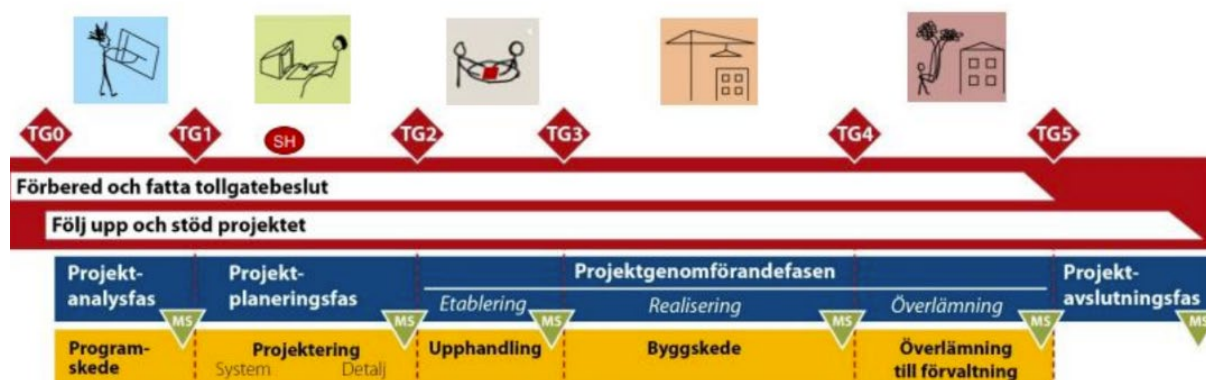
¹ Antagen 2024-06-17.

² Antagen 2023-01-10 av GSAB.

GFAB använder projektmodellen XLPM³ som beslutsmodell för styrning av investeringsprojekt. I modellen ingår ett antal beslutspunkter, så kallade Toll Gates⁴ (TG), där sponsor⁵ eller annan beslutsinstans tar ställning till om projektet ska gå vidare till nästa fas. Till XLPM modellen så finns projektorganisation med olika roller, följande:

- **Sponsor:** Sponsorn har det övergripande ansvaret för projektet och säkerställer att det ligger i linje med organisationens mål. Sponsorn initierar projektet, godkänner projektledaren och ansvarar för att projektet får rätt resurser och förutsättningar. En viktig uppgift är också att undanröja hinder som projektledaren inte själv kan lösa. Projektspensorn leder styrgruppen, fattar beslut vid viktiga beslutspunkter och godkänner projektets leveranser.
- **Styrgrupp:** Styrgruppen ansvarar för att styra och följa upp projektet på en övergripande nivå. Den ska stödja projektledaren, säkerställa att projektet har tillräckliga resurser och att arbetet går i rätt riktning. Styrgruppen följer upp projektets resultat och fattar större beslut som påverkar projektets mål, tid eller resurser.
- **Projektledare:** Projektledaren ansvarar för att planera, leda och genomföra projektet inom de ramar som satts upp. Det innebär att analysera uppgiften, planera arbetet, leda projektgruppen och följa upp projektets framdrift. Projektledaren rapporterar till sponsor och styrgrupp samt ansvarar för att projektets resultat levereras och att projektet avslutas på ett strukturerat sätt.

XLPM med införlivad byggprocess



6

Projektmodellen inleds med TG0, som utgör ett initiativbeslut där projektspensorn bedömer projektidéer och avgör om de ska analyseras vidare. Projektidéerna och behoven uppstår vanligtvis i de olika verksamheterna inom organisationen, där behov av exempelvis utveckling, förändring eller investering identifieras. Dessa behov lyfts vidare till projektspensorn som ska

³ Antagen av Gavlefastigheter AB 2025-02-24.

⁴ Toll Gate definieras som en beslutspunkt.

⁵ En sponsor är den person som har det övergripande ansvaret för att styra och fatta beslut i projektet – startar projektet, godkänner projektledare, leder styrgruppen och säkerställer att projektet följer mål, budget och beslut.

⁶ Bild hämtad från GFAB.

säkerställa att projekttiden ligger i linje med verksamhetens strategier och att det finns ett rimligt underlag för fortsatt analys av projektets nytta och omfattning. Sid 10(20)

Nästa formella beslut är TG1, vilket fattas av projektsponsorn. Vid TG1 beslutas att projektet formellt får starta, baserat på projektbeställning, mål, ramar och förutsättningar. Sponsorn kallar till möte och protokollför TG1-beslutet, och detta markerar övergången till projektets programskede.

Under projekteringsskedet genomförs ett särskilt beslut TGSH (systemhandling), vilket krävs för att godkänna systemhandlingar och ta ställning till om projekteringen kan gå vidare mot färdigställande av förfrågningsunderlag. Sponsorinstruktionen anger att sponsor ansvarar för att kalla till möte och fatta TGSH-beslut och säkerställa att handlingar, kalkyler och tekniska lösningar håller rätt nivå innan projektet går vidare.

Efter färdig projektering fattas TG2, vilket innebär beslut om att skicka ut förfrågningsunderlag (FU) för upphandling.

När upphandling är genomförd fattas TG3, som motsvarar igångsättningstillstånd för projektets genomförande- och byggskede. Enligt den interna processen så innebär TG3 att upphandlad entreprenör godkänns och att byggstart kan ske. Sponsorinstruktionen anger att sponsor ansvarar för TG3 och att beslutet ska bygga på godkänd budget, tidplan och kontraktshandlingar. Igångsättningstillstånd krävs enligt delegationsordning. TG3 är den centrala beslutspunkten innan produktion påbörjas och kräver att projektets förutsättningar är fullt genomarbetade och kvalitetssäkrade.

Mot slutet av genomförandet sker TG4, vilket i XLPM motsvarar överlämningsbeslut inför driftsättning. Även detta beslut regleras i Sponsorinstruktionen, där det anges att sponsor ska säkerställa att projektets resultat motsvarar krav och förväntad funktion samt att verksamhets- och förvaltningsorganisationen tagit emot nödvändig dokumentation, utbildning och överlämning av anläggningen.

Slutligen avslutas projektet genom TG5, vilket är beslutet om att godkänna slutresultatet och avsluta projektet. PROJ-0261 beskriver att TG5 tas efter slutbesiktning, då projektsponsorn bedömer att projektet uppnått sina mål och att projektet kan övergå helt till förvaltning. Sponsorinstruktionen reglerar vidare att sponsor kallar till TG5 och ansvarar för att projektet avslutas korrekt enligt XLPM, inklusive att eventuella anmärkningar hanteras och att ekonomisk uppföljning är slutförd. Av uppgifter framgår att erfarenhetsåterföring hanteras löpande i projektverksamheten. Erfarenheter tas upp både i samband med avslutningsmöten och under projektets styrgruppsmöten, där frågan lyfts kontinuerligt för att fånga upp lärdomar från genomförda projekt. Arbetssättet uppges ha tillämpats under flera år. De erfarenheter som identifieras förs vidare till projekteringskrav och funktionsprogram för att möjliggöra justeringar och förbättringar i kommande projekt. Vidare uppges att uppföljningsmöten genomförs cirka 1,5 år efter överlämning för utbildningsfastigheter i Gävle.

7.1.3 Styrande dokument

7.1.3.1 Fastighetsstrategi Utbildning Gävle 2019

Fastighetsstrategin⁷ anger att alla investeringar för Utbildning Gävle ska baseras på lokalresursplan, som tas fram årligen och innehåller analyser av behov, teknisk status, ekonomi och markförutsättningar. Det framgår att innan ett investeringsprojekt kan starta krävs en lokalutredning och ett beredningsarbete som beskriver nuläge, framtida behov och möjliga åtgärdsalternativ.

Strategin föreskriver också att inför varje byggprojekt ska en mål- och verksamhetsbeskrivning tas fram, och vid återkommande byggtyper ska det finnas ett fastställt funktionsprogram som ska följas. Efter genomförda projekt ska erfarenheterna utvärderas och användas för att justera styrdokument och arbetssätt. Vid investeringsbedömningar ska kommunen pröva alternativet att riva och bygga nytt, väga in livscykelkostnader och prioritera investeringar i strategiska objekt. Fastighetsstrategin och arbetet med investeringsprojekt inom organisationen är i linje med XLPM-modellen.

7.1.3.2 Lokalresursplan 2025–2034

Lokalresursplanen⁸ beskriver hur Gävle kommun ska säkerställa ändamålsenliga, kostnadseffektiva och långsiktigt hållbara lokaler för förskola, grundskola, gymnasieskola och anpassad skola fram till 2034. Huvuddelen av lokalbehoven kommer från skolverksamheten. Planen bygger på befolkningsprognoser, lokalutredningar, teknisk status, lagkrav och strategiska riktlinjer. GSAB har också en roll i processen, särskilt när det gäller beslut och återrapportering i ärenden som överstiger 25 mnkr.

7.1.4 Bedömning

Vår bedömning är att det **finns** fastställda riktlinjer och rutiner för styrning och kontroll av större investeringsprojekt samt en **tydlig** organisation och ansvarsfördelning för genomförandet av investeringsprojekt inom Gavlefastigheter Gävle kommun AB.

Bedömningen grundar sig i att bolaget tillämpar projektmodellen XLPM som utgör en strukturerad och formaliserad beslutsmodell för investeringsprojekt. Modellen innehåller tydligt definierade beslutspunkter (Toll Gates, TG0–TG5) som reglerar projektets olika faser från initiativ till avslut. Vid varje beslutspunkt finns krav på beslut, dokumentation och kvalitetssäkring, vilket skapar förutsättningar för en systematisk styrning och kontroll genom hela projektlivscykeln.

Vidare framgår av Sponsorinstruktionen samt interna processbeskrivningar att ansvar och roller är tydligt definierade, särskilt avseende projektsporns ansvar för att kalla till möten, fatta och protokollföra beslut vid samtliga centrala beslutspunkter. Sporns ansvar omfattar bland annat att säkerställa att projektet är förenligt med verksamhetens strategier, att relevanta

⁷ Antagen 2020 av Gävle kommun

⁸ Reviderad 2025-02-07 av Gävle kommun

handlingar och kalkyler håller tillräcklig kvalitet samt att budget, tidplan och kontraktshandlingar är godkända innan projektet går vidare till genomförande.

Bolagsordning och ägardirektiv tydliggör därutöver bolagets uppdrag, styrning och relation till kommunfullmäktige och moderbolaget Gävle Stadshus AB. Underställningsplikt i frågor av principiell betydelse, såsom större investeringar, bidrar till att säkerställa politisk insyn och kontroll över strategiskt viktiga beslut.

Sammantaget bedömer vi att det finns en struktur för styrning och kontroll av större investeringsprojekt samt en tydlig organisatorisk ansvarsfördelning.

7.2 BESLUTSUNDERLAG VID INVESTERINGAR

I GFAB:s delegationsordning framgår att beslut om köp och försäljning av fast egendom fattas på olika nivåer beroende på transaktionens värde. VD har delegation att fatta beslut i ärenden upp till 5 mnkr. Ärenden som överstiger 5 mnkr men understiger 50 mnkr beslutas av GFAB:s styrelse. Transaktioner som överstiger 50 mnkr ska beslutas av styrelsen för GSAB.

Delegationsordningen reglerar även avropsnivåer i projekt, där exempelvis avdelningschef får besluta om avrop upp till 5 mnkr, enhetschefer upp till 1–1,5 mnkr, och projektledare normalt upp till 1 mnkr beroende på projektkategori.

Vid projektstart krävs att en projektanmälan upprättas av projekt- eller uppdragssponsor. Blanketten innehåller uppgifter om investeringsram, projekttyp, objektskoppling och momshantering. Projekt får inte registreras förrän ansvarig controller har godkänt blanketten.

Av uppgifter framgår att GFAB inte ansvarar för prioritering eller beslut om investeringsprojekt. Beslutsunderlag till investeringsprocessen tas fram av flera aktörer inom Gävle kommun, såsom kommunens sektorer och nämnder, där GFAB bistår med viss fakta och underlag kopplat till investeringarna.

Vidare framgår att prioriteringar och beslut om investeringar fattas av kommunfullmäktige inom ramen för kommunens budget- och investeringsplanprocess. GFAB uppdrag uppges vara att genomföra de investeringar som kommunfullmäktige beslutar om, inte att ta fram prioriteringskriterier eller fatta beslut om vilka projekt som ska genomföras.

Det framgår samtidigt att det inte finns dokumenterade kriterier som styr hur investeringsprojekt ska prioriteras i förhållande till varandra när investeringsutrymmet är begränsat. Av intervjuerna framgår att prioriteringen i praktiken sker utifrån en kombination av verksamhetsbehov, tekniskt skick och politiska ställningstaganden, och att någon formaliserad modell för att väga olika projekt mot varandra inte används.

7.2.1 Bedömning

Vår bedömning är att beslut om investeringar **bygger** på tillräckliga beslutsunderlag.

Bedömningen grundar sig i att det finns tydliga formella ramar för beslutsfattande genom bolagsordning, delegationsordning och fastställda beloppsgränser, samt krav på projektanmälan

och controllergranskning vid projektstart. Detta skapar grundläggande förutsättningar för ordning och kontroll i beslutsprocessen.

Det framgår även att prioriteringar och beslut om investeringar fattas av kommunfullmäktige inom ramen för kommunens budgetprocess, medan GFAB roll är att genomföra de investeringar som beslutas.

7.3 LÖPANDE UPPFÖLJNING AV INVESTERINGSPROJEKT

Av intervjuerna framgår att GFAB har en struktur för ekonomisk uppföljning av investeringsprojekt under genomförandet. Projektledare följer löpande upp kostnader, prognoser och avvikelser och har stöd av en controller som fungerar som kontaktperson för projektledarna. Ekonomiska rapporteringar sker tre gånger per år och omfattar både kalkyler i tidiga skeden och prognoser under byggskedet. Styrelsen får löpande statusuppdateringar om projekten, och mer samlad uppföljning sker i samband med styrelsemöten som hålls en gång i månaden.

Intervjuerna visar att projektens funktionella och verksamhetsnära aspekter följs upp genom regelbundna styrgrupps- och projektmöten, där verksamhetens synpunkter tas om hand under genomförandet. Vi har inhämtat protokoll från styrgruppsmöten i projektets tidiga skeden (TG0–TG2). Vid mötena behandlas projektets mål, planering och status, och både verksamhetsmässiga och tekniska frågor följs upp löpande. Verksamhetens behov tas återkommande upp, bland annat avseende funktionalitet och säkerhet.

Det framgår även att risker identifieras och uppdateras vid varje möte, till exempel kopplat till byggperiod, markförhållanden och tekniska förutsättningar. Projektets ekonomi och tidplan följs också fortlöpande. Budgetläge, kalkyler och konsekvenser av tekniska fynd, såsom skador som upptäcks vid rivning, behandlas löpande.

Det framkommer även att större projekt följs särskilt noggrant genom tätare avstämningar mellan projektledare, sponsor och styrgrupp. Vid dessa avstämningar redovisas regelbundet projektets status, prognoser och utmaningar.

7.3.1 Bedömning

Vår bedömning är att det sker en **tillräcklig uppföljning**, såväl verksamhetsmässig som ekonomisk, av investeringsprojekt under tiden för projektens genomförande.

Bedömningen grundar sig i att projektledarna kontinuerligt följer upp projektens kostnader, prognoser och eventuella avvikelser, med stöd av controllerfunktion. Den ekonomiska uppföljningen sker strukturerat genom återkommande rapporteringstillfällen och omfattar såväl tidiga kalkyler som prognoser under bygg- och genomförandeskedet.

Vidare visar intervjuer och tillgänglig dokumentation att projektens verksamhetsmässiga och funktionella aspekter följs upp genom regelbundna styrgrupps- och projektmöten. Vid dessa

möten behandlas projektens mål, status och planering samtidigt som verksamhetens behov beaktas löpande, exempelvis när det gäller funktionalitet, säkerhet och användbarhet. Identifierade risker uppdateras löpande och följs upp vid mötena tillsammans med konsekvenser för ekonomi, tidplan och tekniska lösningar.

Sammantaget bedömer vi att uppföljningen under projektens genomförande är ändamålsenlig. Samtidigt noterar vi att uppföljningen i hög grad bygger på mötesformer och rapportering i flera olika forum, vilket ställer krav på konsekvent dokumentation för att säkerställa spårbarhet och en samlad bild av projektens utveckling över tid.

7.4 UTVÄRDERING AV INVESTERINGSPROJEKT

Av intervjuerna framkommer att GFAB genomför viss uppföljning i samband med projektens avslut, bland annat genom TG5-mötet där erfarenheter diskuteras och projektledaren upprättar en slutrapport. De intervjuade beskriver också att erfarenhetsutbyte sker och dokumenteras, vilket ger viss struktur för lärande. Vi har tagit del av ett protokoll från ett portföljstyrgruppsmöte där TG5-beslut fattats för flera projekt. TG5 beslut fattas av sponsor för respektive projekt och redovisas på portföljstyrgruppsmöten som information. Av protokollet framgår att slutrapport upprättats i vissa projekt, medan den saknas i andra, bland annat till följd av byten eller av avslutade projektledartjänster.

Vi har utifrån granskningen hämtat och verifierat att det finns en enhetlig mall för slutredovisning för respektive projekt. Samtliga projekt följer samma övergripande projektmetodik. Metodiken anpassas efter projektets omfattning och karaktär eftersom projekten kan variera från mindre åtgärder, till exempel byte av ventilationsaggregat, till större och mer komplexa byggnationer som uppförande av ett kulturhus. Det framgår även att det finns rutin för uppföljning och analys.

I rutin för investeringsuppföljning⁹ framgår att investeringar som har ett igångsättningstillstånd som överskrider 25 mkr skall när projektet är färdigställt redovisas till GSAB.

7.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att det sker en tillräcklig uppföljning och analys av investeringsprojekt efter projektens avslut.

Bedömningen grundar sig i att GFAB genomför viss uppföljning i samband med projektens avslut, framför allt genom TG5-beslut enligt projektmodellen XLPM. I samband med TG5-möten diskuteras erfarenheter från genomförda projekt och projektledare upprättar i vissa fall slutrapporter. Intervjuerna visar även att erfarenhetsutbyte förekommer och att lärdomar från avslutade projekt till viss del dokumenteras, vilket skapar förutsättningar för organisatoriskt lärande.

⁹ Antagen 2025-08-09.

7.5 INSYN OCH STYRNING I BESLUTADE INVESTERINGSPROJEKT

I ägardirektivet för GFAB framgår att bolaget omfattas av kommunens styrning och är skyldigt att följa de övergripande mål, riktlinjer och styrdokument som fastställs av kommunfullmäktige. Bolaget ska löpande hålla kommunen informerad om verksamheten och tillhandahålla den information som krävs inom ramen för kommunkoncernens planerings- och uppföljningsprocesser.

Det framgår vidare att kommunfullmäktige ska ges möjlighet att pröva större investeringar och andra ärenden av principiell betydelse, vilket innebär att centrala beslut i investeringsverksamheten underställs politisk prövning.

Insyn säkerställs även genom den löpande rapportering som sker till moderbolaget GSAB, där investeringsutfall, ekonomiska prognoser och projektportföljens status ingår som en del av delårsrapporter och årsredovisning. Av intervjuerna framgår att investeringsprojekt följs upp i tertialvisa rapporteringar där projektkostnader, prognoser och eventuella avvikelser redovisas, samt att större projekt behandlas särskilt i samband med den samlade investeringsuppföljningen i koncernen.

I verksamhetsrapporterna framgår löpande åiterrapportering av väsentliga händelser i verksamheten, uppföljning av ekonomiskt utfall i förhållande till budget samt resultat- och investeringsprognoser för helåret. Rapporterna innehåller även uppföljning av pågående investeringar, inklusive avvikelser, projektens status och förväntad utveckling inom investeringsportföljen.

Rapporterna innehåller även analyser av resultat i förhållande till styrande mål och ägardirektiv, vilket ger kommunen och moderbolaget en bred och återkommande insyn i såväl ekonomiska som verksamhetsmässiga konsekvenser av pågående investeringar.

7.5.1 Protokollgenomgång

Vid genomgång av styrelseprotokollen för GFAB framgår att projekten Bergby allaktivitetshus och Skräddargården har redovisats inom ramen för verkställande direktörens rapporter.

Av protokollet daterat 2023-04-18 (§ 27 d) framgår att verkställande direktören lämnar en nulägesrapport avseende flera pågående projekt, däribland Skräddargården.

Vidare framgår av protokollet daterat 2023-10-17 (§ 65 b) att Bergby allaktivitetshus behandlas under punkten "Pågående projekt", där verkställande direktören informerar om projektet tillsammans med övriga aktuella investeringsprojekt.

7.5.2 Bedömning

Vår bedömning är att Gavlefastigheter Gävle kommun AB har **säkerställt** en tillräcklig insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt.

Bedömningen grundar sig i att bolaget omfattas av kommunens styrning enligt ägardirektiv och bolagsordning, samt att större investeringar underställs politisk prövning. Insyn och uppföljning

säkerställs genom löpande rapportering till moderbolaget och kommunen inom ramen för delårsrapporter, verksamhetsrapporter och årsredovisning. Uppföljningen omfattar investeringsutfall, prognoser, avvikelser och projektens status samt analyser i förhållande till styrande mål och ägardirektiv.

Sammantaget bedömer vi att rapporteringsstrukturen ger kommunen och moderbolaget en ändamålsenlig och återkommande insyn i bolagets investeringsverksamhet.

7.6 SUBSTANSGRANSKNING

Nedan följer en beskrivning av de enskilda projekt, Skräddargården och Bergby Allaktivitetshus som inom ramen för granskningen granskats mer i detalj.

Fördjupningsgranskning Skräddargården

Initiering av projektet

Projektet hade sitt ursprung i att omfattande mark- och byggnadsskador upptäcktes på Skräddargårdens förskola under 2021. Utredningar visade bland annat försjunkningar runt hela byggnaden, slukhål på gården, trasiga dagvattenledningar, sprickor i plattan med synlig armering samt mikrobiella skador i konstruktionen. Fastigheten bedömdes dessutom som instabil på grund av omfattande kaningångar i marken.

Efter fördjupad teknisk analys bedömdes byggnaden som utdömd och beslut fattades om rivning och återuppbyggnad av en ny förskola på samma plats. Begränsningar i byggrätten innebar att endast två avdelningar med plats för 40 barn kunde rymmas på fastigheten.

Projektet initierades av GFAB och Sektor Utbildning. En projektbeställning togs fram i december 2021 och kommunfullmäktige avsatte 25 mnkr i investeringsbudgeten för 2022. I samband med beredningen genomfördes ekonomiska kalkyler, risk- och väsentlighetsanalyser samt ett lokalprogram. Effektmålen omfattade bland annat klimatdeklarationer enligt LFM30, ökat återbruk, ekonomiskt och miljömässigt väl valda material samt en trygg och funktionell verksamhetsmiljö trots liten tomtyta.

Projektet bereddes i enlighet med projektmodellen XLPM. Beslut fattades vid respektive tollgate (TG0–TG3) i samband med projektets initiering, planering och upphandling.

Genomförande av projektet

Efter att styrgruppen godkänt budget och inriktning genomfördes projekteringen enligt projektmodell XLPM. Två upphandlingar genomfördes: först en rivningsentreprenad och därefter en byggentreprenad i form av totalentreprenad. Rivningen påbörjades under våren 2022.

Under rivningsskedet framkom ytterligare skador, bland annat förekomst av asbest, vilket medförde vissa merkostnader. En återbruksinventering genomfördes, men stora delar av materialet bedömdes inte vara möjligt att återanvända på grund av fukt och skador.

Byggstart skedde i slutet av 2022. Projekteringen fungerade överlag väl, men totalentreprenörens projektering tog längre tid än planerat, vilket ledde till tidsförskjutningar. Bland annat genomfördes grundläggningen under vinterförhållanden. Markentreprenaden

försvårades även av att byggbodar placerats felaktigt. Sammantaget innebar detta att den tid^{Sid 17(20)} som sparats i tidigare skeden delvis förlorades under entreprenadfasen. Trots detta fortskred byggnation och installationer utan större tekniska avvikelser.

Under hela projektet hölls regelbundna styrgruppsmöten samt platsbesök tillsammans med verksamheten. Byggprojektledaren förde löpande dialog med konsulter och entreprenörer och återrappporterade kontinuerligt till styrgruppen. Verksamheten upplevde ett gott samarbete och ansåg att de varit delaktiga i utformningen av både inomhus- och utomhusmiljöer.

Den slutliga kostnaden hölls inom beslutad budget om 25 mnkr, vilket bekräftades vid avslutningsmötet i oktober 2023. Slutbesiktning genomfördes den 31 juli 2023 och inflyttning skedde den 11 augusti. Slutbesked lämnades den 14 augusti, vilket möjliggjorde att verksamheten kunde starta enligt plan.

Rapportering och uppföljning av projektet

Projektet uppnådde sina huvudsakliga mål. Klimatberäkningarna uppfyllde gränsvärden motsvarande Miljöbyggnad 4.0. Återbruk genomfördes där det var möjligt. Den nya utemiljön bedöms som kvalitativ trots begränsade ytor och verksamheten är överlag nöjd med resultatet.

Kvarstående mindre åtgärder överlämnades till ny projektledare inför garantibesiktningen. Vissa frågor, bland annat avseende staket, ventilation och cykelförråd, följs vidare upp. Beslutspunkt TG5, avseende formellt projektavslut, planeras att genomföras efter att kvarstående åtgärder hanterats och garantibesiktningen genomförts.

Slutredovisning för GSAB har genomförts.

7.6.1 Bedömning

Vår bedömning är att investeringsprojektet Skräddargården har genomförts på ett ändamålsenligt sätt.

Bedömningen grundar sig i att projektet föregicks av gedigna tekniska utredningar, relevanta ekonomiska kalkyler samt risk- och väsentlighetsanalyser, vilket gav ett väl underbyggt beslutsunderlag för rivning och nybyggnation. Projektet har genomförts i enlighet med bolagets projektmodell och följts upp genom regelbundna styrgruppsmöten samt löpande dialog med berörd verksamhet.

Trots vissa utmaningar under genomförandet, bland annat kopplade till projektering och markarbeten, har projektet färdigställts inom beslutad budget och kunnat tas i bruk enligt plan. Projektet har därmed uppnått sina huvudsakliga mål och levererat en funktionell, trygg och verksamhetsanpassad förskolemiljö.

Fördjupningsgranskning Bergby Allaktivitetshus

Initiering av projektet

Projektet hade sitt ursprung i ett behov av nya lokaler för idrott, bibliotek och fritidsgård i Bergby, vilket aktualiserades genom tidigare beredningar. Under 2017 påbörjades ett mer omfattande utredningsarbete som sedermera ledde till projektet Bergby Allaktivitetshus. Sid 18(20)

Efter sex beredningsmöten och politisk förankring beslutades att projektet skulle omfatta en ny idrottshall, nya bibliotekslokaler samt en flytt av fritidsgården till skolområdet.

Projektbeställningen fastställdes 2019 och projektet initierades formellt enligt XLPM.

I ett tidigt skede togs kalkyler fram som visade en bedömd kostnad på cirka 70–77 mnkr beroende på projektets omfattning. Efter ett politiskt beslut avsattes först 85 mnkr i investeringsbudgeten. Inför beslutspunkt TG3 sänktes dock budgetramen till 70 mnkr. I samband med upphandlingen av totalentreprenör, där HMB tilldelades kontraktet, visade anbudskalkylen att projektet kunde genomföras inom denna ram. Detta låg till grund för beslutet om igångsättning.

En riskanalys upprättades och uppdaterades löpande under projekteringen. Flera identifierade risker bedömdes som hanterbara, bland annat avseende ljudmiljö, utemiljö, tillgänglighet samt påverkan på befintlig verksamhet. Underlagen lyftes successivt till styrgruppen, som fattade beslut vid TG0–TG3 i enlighet med projektmodellen. Beslutspunkt TG5, avseende projektavslut, har skjutits fram i avvaktan på att kvarstående markarbeten färdigställs.

Genomförande av projektet

När projektet gick in i byggskedet under 2021 kunde verksamheten i huvudsak hållas igång med begränsade störningar. En paviljonglösning med två klassrum etablerades för att möjliggöra undervisning under byggtiden. Skola och fritidsgård upplevde att samarbetet med byggentreprenören fungerade väl. Enstaka incidenter inträffade, men inga allvarliga händelser rapporterades.

Biblioteket behövde temporärt flyttas till "Vita villan", vilket bedömdes som en hanterbar lösning för verksamheten.

Under projektets genomförande hölls regelbundna styrgruppsmöten. I stället för formella statusrapporter skedde uppföljning genom löpande avstämningar. Verksamheten upplevde dock att kommunikationsvägarna inte alltid var tillräckligt tydliga, särskilt i frågor som rörde utökad markanläggning och prioritering av åtgärder i utemiljön.

Projektet präglades även av flera byten av byggprojektledare, vilket bidrog till bristande kontinuitet samt varierande kvalitet i dokumentation och uppföljning.

Rapportering och uppföljning av projektet

Trots identifierade brister har projektet i huvudsak fortlöpt enligt plan. Slutbesked har erhållits och huvuddelen av lokalerna är i drift. Verksamheterna uttrycker överlag stor nöjdhet med resultatet. Flera önskemål som uppkommit under projekttiden har tillgodosetts, bland annat en större läktare, anpassningar av fritidsgårdens utformning samt justeringar av utemiljön.

Vissa kompletterande åtgärder kvarstår, såsom förbättrade entréavstängningar, frågor kring konstnärlig utsmyckning samt mindre tekniska justeringar. Dessa hanteras inför kommande garantibesiktning.

Enligt ekonomiska sammanställningar bedöms projektets slutkostnad uppgå till cirka 71 mnkr,^{Sid 19(20)} vilket är marginellt över gällande budgetram men inom nivåer som av verksamheten bedömts som acceptabla.

Slutredovisning för GSAB har genomförts.

7.6.2 Bedömning

Vår bedömning är att investeringsprojektet Bergby Allaktivitetshus har genomförts på ett ändamålsenligt sätt.

Bedömningen grundar sig i att projektet föregicks av en gedigen beredning med politisk förankring, ekonomiska kalkyler och riskanalyser samt att beslut fattades i enlighet med projektmodellen. Projektet har följts upp genom styrgruppsmöten och verksamheterna har i huvudsak kunnat bedriva sin verksamhet utan större störningar under byggtiden. Slutresultatet bedöms i hög grad motsvara verksamheternas behov och förväntningar.

Samtidigt konstaterar vi att genomförandet präglats av vissa brister, bland annat avseende kontinuitet i projektledning, tydlighet i kommunikation samt dokumentation. Projektet bedöms även landa något över beslutad budgetram, även om avvikelsen är begränsad och hanterbar.

Sammantaget bedömer vi att projektet uppfyller sitt syfte och sina huvudsakliga mål, även om vissa delar av genomförandet hade kunnat genomföras mer strukturerat.

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om investeringsprocessen i Gavlefastigheter Gävle kommun AB är ändamålsenligt utformad samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att investeringsprocessen i Gavlefastigheter Gävle kommun AB är ändamålsenligt utformad och att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar så har vi inga rekommendationer att lämna.

2026-03-24

Azets Revision & Rådgivning AB

Anders Petersson

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Matthew Matti

Verksamhetsrevisor



**Till: Gästrike Vatten AB,
Hofors Vatten AB och
Älvkarleby Vatten AB**

2026-03-24

Dnr:25REK40

Missiv - Granskning av investeringsprocessen

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gästrike Vatten AB-koncernen genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om bolagsstyrelserna har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gästrike Vatten AB-koncernen i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gästrike Vatten AB:

- Formulera bolagsmål med tillhörande mätetal/aktiviteter vid antagande av affärsplan för att säkerställa ett stringent målarbete.
- Tillse att samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen genomförs

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Hofors Vatten AB och Älvkarleby Vatten AB:

- Vidta åtgärder för att säkerställa följsamhet till budget.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gästrike Vatten AB, Hofors Vatten AB respektive Älvkarleby Vatten AB med kommentarer till samtliga rekommendationer.

Yttranden skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Lekmannarevisor

Anders Olsson
Lekmannarevisor

Peter G Jansson
Lekmannarevisor

Daniel Hermansson
Lekmannarevisor

SusAnne Mastonstråle
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-06 09:03

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: Anders Olsson

Datum: 2026-03-26 16:19

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: DANIEL HERMANSSON

Datum: 2026-03-26 14:16

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: PETER JANSSON

Datum: 2026-03-27 07:30

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: Susanne C W Mastonstråle

Datum: 2026-03-26 14:44

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C



**Till: Gästrike Vatten AB,
Gävle Vatten AB, Hofors
Vatten AB, Ockelbo Vatten
AB, Älvkarleby Vatten AB
och Östhammar Vatten AB**

2026-03-24

Dnr:25REK40

Missiv - Granskning av investeringsprocessen

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av investeringsprocessen. Granskningens syfte har varit att bedöma om moderbolaget samt respektive dotterbolag säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gästrike Vatten-koncernen i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gästrike Vatten AB:

- Införa en mer enhetlig och koncerngemensam struktur för investeringsplanering.
- Tydliggöra minimikrav på beslutsunderlag inför investeringsbeslut.
- Fastställa riktlinjer för hur investeringar ska prioriteras inom och mellan bolagen.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

- Införa en systematisk och dokumenterad uppföljning av avslutade investeringsprojekt.

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

- Säkerställa att erfarenheter från genomförda projekt tas tillvara i kommande investeringar.
- Stärka och standardisera dokumentationen av uppföljning under projektens genomförande.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gästrike Vatten AB och ett yttrande från respektive dotterbolag med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttranden skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 28 augusti 2026.

Eva-Karin Hamilton
Lekmannarevisor

Anders Olsson
Lekmannarevisor

Peter Jansson
Lekmannarevisor

Daniel Hermansson
Lekmannarevisor

SuSanne Mastonstråle
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-06 09:05

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

623D6B28827A8C3F552B1140DB186CC9804984E950E74EBD754EA2806C23FFD9

Namn: DANIEL HERMANSSON

Datum: 2026-03-26 13:46

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

623D6B28827A8C3F552B1140DB186CC9804984E950E74EBD754EA2806C23FFD9

Namn: Anders Olsson

Datum: 2026-03-27 11:52

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

623D6B28827A8C3F552B1140DB186CC9804984E950E74EBD754EA2806C23FFD9

Namn: PETER JANSSON

Datum: 2026-03-26 14:04

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

623D6B28827A8C3F552B1140DB186CC9804984E950E74EBD754EA2806C23FFD9

Namn: Susanne C W Mastonstråle

Datum: 2026-03-27 13:47

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

623D6B28827A8C3F552B1140DB186CC9804984E950E74EBD754EA2806C23FFD9

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

Granskning av investeringsprocessen

Rapport

Gästrike Vatten AB

2026-03-24

Antal sidor 22

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	6
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	7
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig koncern</i>	7
4	Revisionskriterier	7
5	Metod	8
6	Resultat av granskningen	9
6.1	<i>Beslutsunderlag och prioritering av investeringar</i>	9
6.1.1	Bedömning	9
6.2	<i>Investeringsplanering och behovsanpassning</i>	10
6.2.1	Långsiktig plan	10
6.2.2	Investeringsbudget med plan	10
6.2.3	Bedömning	12
6.3	<i>Ekonomisk planering och långsiktig finansiering</i>	12
6.3.1	Bedömning	14
6.4	<i>Riktlinjer och rutiner för större investeringsprojekt</i>	15
6.4.1	XLPM	15
6.4.2	Portföljstyrning	16
6.4.3	Bedömning	17
6.5	<i>Organisation och ansvar</i>	17
6.5.1	Bedömning	18
6.6	<i>Uppföljning under projekt</i>	18
6.6.1	Bedömning	19
6.7	<i>Uppföljning efter avslut</i>	19
6.7.1	Bedömning	19
6.8	<i>Insyn och koncernuppföljning</i>	20
6.8.1	Bedömning	20
7	Samlad bedömning och rekommendationer	22

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning AB har av lekmannarevisorerna inom Gästrike Vatten-koncernen fått i uppdrag att granska koncernens och respektive bolags rutiner och processer vad gäller investeringar, med fokus på styrning och ledning i relation till investeringsprocesserna.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om moderbolaget samt respektive dotterbolag säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att Gästrike Vatten-koncernen i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att det finns etablerade styrmodeller, riktlinjer och arbetssätt för styrning och genomförande av investeringsprojekt, bland annat genom tillämpning av projektstyrningsmodellen XLPM och en koncerngemensam portföljstyrning. Det finns även långsiktig ekonomisk planering där investeringar, lånebehov och taxeutveckling analyseras samlat.

Samtidigt visar granskningen brister i enhetlighet och tydlighet vad gäller beslutsunderlag inför investeringar, dokumenterad prioritering mellan investeringar samt systematisk uppföljning och analys efter avslutade projekt. Även dokumentation av uppföljning och återrapportering kan stärkas.

Mot bakgrund av den mycket höga investeringsnivå som planeras inom koncernen under kommande år bedömer vi att det är särskilt viktigt att vidareutveckla struktur, dokumentation och enhetlighet i investeringsprocessens samtliga steg.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Bygger beslut om investeringar på tillräckliga beslutsunderlag? - Finns tillräckligt belysta beslutsunderlag, bl a utifrån ett riskperspektiv? - Är det samma behovsprövning och utgångspunkter för investeringar och underhåll i samtliga bolag? - Finns riktlinjer och rutiner för hur behoven av investeringar i koncernens bolag vägs mot varandra?	
Gästrike Vatten AB	Endast delvis
Finns framtagna och tydliga investeringsplaner på såväl lång som kort sikt för respektive bolag?	

Gävle Vatten AB	Ja
Hofors Vatten AB	Ja
Ockelbo Vatten AB	Ja
Älvkarleby Vatten AB	Ja
Östhammar Vatten AB	Ja
Harmonierar ovanstående investeringsplaner med de faktiska behov som finns i respektive bolag?	
Gävle Vatten AB	Ja
Hofors Vatten AB	Ja
Ockelbo Vatten AB	Ja
Älvkarleby Vatten AB	Ja
Östhammar Vatten AB	Ja
Finns det i respektive bolag en ekonomisk planering som synkar med behoven? Detta bland annat utifrån en långsiktig strategi för taxans utveckling i syfte att bl.a undvika större taxehöjningar eller hög skuldsättning.	
Gävle Vatten AB	I allt väsentligt
Hofors Vatten AB	I allt väsentligt
Ockelbo Vatten AB	I allt väsentligt
Älvkarleby Vatten AB	I allt väsentligt
Östhammar Vatten AB	I allt väsentligt
Finns fastställda riktlinjer och rutiner för styrning och kontroll av större investeringsprojekt?	
Gästrik Vatten AB	Ja
Finns det en tydlig organisation och ansvarsfördelning avseende genomförande av investeringsprojekt?	
Gästrik Vatten AB	I allt väsentligt
Sker tillräcklig uppföljning (verksamhetsmässig såväl som ekonomisk) av investeringsprojekt under tiden för projektets genomförande?	

Gästrike Vatten AB	I allt väsentligt
Sker tillräcklig uppföljning/analys av investeringsprojekt efter projektets avslut?	
Gästrike Vatten AB	Endast delvis
Hur säkerställer Gästrike Vatten AB-koncernen och respektive dotterbolag en tillräcklig insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt?	
Gästrike Vatten AB	I allt väsentligt
Gävle Vatten AB	I allt väsentligt
Hofors Vatten AB	I allt väsentligt
Ockelbo Vatten AB	I allt väsentligt
Älvkarleby Vatten AB	I allt väsentligt
Östhammar Vatten AB	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 moderbolaget att:

- Införa en mer enhetlig och koncerngemensam struktur för investeringsplanering.
- Tydliggöra minimikrav på beslutsunderlag inför investeringsbeslut.
- Fastställa riktlinjer för hur investeringar ska prioriteras inom och mellan bolagen.
- Införa en systematisk och dokumenterad uppföljning av avslutade investeringsprojekt.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi respektive dotterbolag att:

- Säkerställa att erfarenheter från genomförda projekt tas tillvara i kommande investeringar.
- Stärka och standardisera dokumentationen av uppföljning under projektens genomförande.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning AB har av lekmannarevisorerna inom Gästrike Vatten-koncernen fått i uppdrag att granska koncernens och respektive bolags rutiner och processer vad gäller investeringar, med fokus på styrning och ledning i relation till investeringsprocesserna. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Gästrike Vatten-koncernen består av moderbolaget Gästrike Vatten AB samt fem dotterbolag – ett för varje ägarkommun; Gävle Vatten AB, Hofors Vatten AB, Ockelbo Vatten AB, Älvkarleby Vatten AB och Östhammar Vatten AB. Koncernen ansvarar för kommunal VA-försörjning i de fem kommunerna.

I Gästrike Vatten AB:s Affärsplan för 2025–2028 framgår att det i dagsläget pågår långåriga stora investeringar för att möta ett större uppdrag, och betydande utvecklings- och investeringsbehov inom VA-området i koncernens områden. Man identifierar också att ytterligare stora investeringar kommer att krävas framgent för att möta nya behov. Under 2025 uppgår de totala budgeterade investeringsutgifterna inom Gästrike Vatten-koncernen till drygt 1 200 mnkr. Till detta tillkommer kapitalkostnader. Under kommande år planeras fyra större investeringar inom koncernen som omfattar en total investeringsvolym om cirka 7 000 mnkr och sträcker sig över flera planperioder. Dessa stora investeringar kommer i sin tur innebära påverkan på befintliga anläggningar, utvecklingsbehov inom koncernen, samt följdinvesteringar.

Investeringarna kräver finansiering och belastar efter färdigställande resultaträkningen med årliga kostnader för avskrivningar och räntor. Som en följd av investeringar uppstår också olika typer av driftskostnader. Att det finns en tillräcklig intern styrning och kontroll avseende investeringsprojekt är väsentligt och utgör grund för god ekonomisk hushållning av koncernens resurser. Bristande styrning och uppföljning av större investeringsprojekt kan leda till budgetöverskridanden, ökade kapitalbehov och ökade kostnader på såväl kort som lång sikt.

Mot bakgrund av ovanstående har lekmannarevisorerna i sin riskanalys bedömt att det är väsentligt att granska om Gästrike Vatten AB och respektive bolag säkerställt att det finns en tillräcklig intern styrning och ledning av investeringsprocessen.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Gästrike Vatten AB samt respektive bolag säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Bygger beslut om investeringar på tillräckliga beslutsunderlag?
- Finns framtagna och tydliga investeringsplaner på såväl lång som kort sikt för respektive bolag?
- Harmonierar ovanstående investeringsplaner med de faktiska behov som finns i respektive bolag?
- Finns det i respektive bolag en ekonomisk planering som synkar med behoven? Detta bland annat utifrån en långsiktig strategi för taxans utveckling i syfte att bli undvika större taxehöjningar eller hög skuldsättning.
- Finns fastställda riktlinjer och rutiner för styrning och kontroll av större investeringsprojekt?
- Finns det en tydlig organisation och ansvarsfördelning avseende genomförande av investeringsprojekt?
- Sker tillräcklig uppföljning (verksamhetsmässig såväl som ekonomisk) av investeringsprojekt under tiden för projektets genomförande?
- Sker tillräcklig uppföljning/analys av investeringsprojekt efter projektets avslut?
- Hur säkerställer Gästrike Vatten AB-koncernen och respektive dotterbolag en tillräcklig insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG KONCERN

Granskningen avser hur Gästrike Vatten AB och respektive dotterbolag säkerställer en ändamålsenlig styrning, ledning och kontroll vad gäller investeringsprocessen.

Granskningen sker dels på en övergripande nivå, dels fokuserat på respektive dotterbolag.

Granskningen avser 2025 men berör utifrån behov även tidigare år.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Bolagskoncernens ekonomiska styrprinciper
- Aktiebolagslagen 9 kap. 4 §
- Bolagsordningar
- Ägardirektiv
- Övriga tillämplbara interna regelverk, policyer och beslut

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av
 - Internkontrollplan 2025
 - Budget 2025
 - Budget 2026
 - Långsiktiga ekonomiska planer
 - Portföljstyrning mål 2025
 - Projekt- och uppdragsportfölj
 - Verksamhetsrapporter
 - Delårsrapporter 2025
 - Affärsplaner
 - Bolagsordningar
 - Ägardirektiv
- Intervjuer har genomförts med:
 - VD för Gästrike Vatten AB
 - Ekonomichef
 - Projektportföljansvarig
 - Ordförande i Gästrike Vatten AB
 - Vice ordförande i Gästrike Vatten AB
 - Styrelseledamot i Gästrike Vatten AB
 - Ordförande i Gävle Vatten AB
 - Vice ordförande i Gävle Vatten AB
 - Ordförande i Hofors Vatten AB
 - Ordförande i Ockelbo Vatten AB
 - Vice ordförande i Ockelbo Vatten AB
 - Ordförande i Älvkarleby Vatten AB
 - Vice ordförande i Älvkarleby Vatten AB
 - Ordförande i Östhammar Vatten AB
 - Vice ordförande i Östhammar Vatten AB

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

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja



Rapporten är faktakontrollerad av samtliga intervjuade personer.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 BESLUTSUNDERLAG OCH PRIORITERING AV INVESTERINGAR

I intervjuer framgår det att beslut om investeringar inom Gästrike Vatten-koncernen i huvudsak baseras på framtagna beslutsunderlag, särskilt vid större investeringar. För dessa projekt föregås besluten ofta av omfattande förstudier, tekniska och miljömässiga utredningar samt ekonomiska bedömningar, och hanteras i etablerade beslutsforum såsom ledningsgrupp, styrelse och i förekommande fall kommunfullmäktige.

Samtidigt framgår att beslutsunderlagens innehåll och kvalitet varierar. Risker beaktas genom internkontrollarbete och löpande rapportering, men flera intervjuade bedömer att riskanalyser och alternativa lösningar kan utvecklas, särskilt i tidiga skeden. I vissa fall påbörjas projekt innan förstudier och riskbedömningar är genomförda fullt ut.

Behovsprövning av investeringar och underhåll sker utifrån verksamhetsbehov, lagkrav och anläggningarnas skick, men anpassas i praktiken till respektive bolags och ägarkommuns förutsättningar. Förutsättningarna skiljer sig avsevärt mellan bolagen, vilket innebär att behovsprövningen inte är helt likformig inom koncernen.

Av intervjusvaren framgår att det finns forum för att prioritera och väga investeringar mellan bolagen, främst genom koncernstyrelse och budgetprocesser. Däremot är riktlinjer och kriterier för dessa avvägningar inte fullt ut formaliserade. Arbetet med portföljstyrning är pågående men ännu inte helt etablerat.

6.1.1 Bedömning

Vår bedömning är att beslut om investeringar **endast delvis** bygger på tillräckliga beslutsunderlag.

Bedömningen grundar sig i att inför större investeringar tas i huvudsak underlag fram med tekniska, miljömässiga och ekonomiska analyser och projekten behandlas i etablerade beslutsforum, vilket ger en grundläggande struktur för beslutsfattandet.

Samtidigt varierar innehåll och struktur i beslutsunderlagen mellan projekt och risker, alternativa lösningar och konsekvenser redovisas inte alltid systematiskt, särskilt i tidiga skeden. Det framgår även att vissa projekt initieras innan förstudier och riskbedömningar är fullt genomförda. Kriterier för prioritering mellan investeringar är inte fullt ut formaliserade, även om forum för prioritering finns. Sammantaget innebär detta att beslutsunderlagen inte alltid ger ett helt jämförbart och transparent underlag mellan investeringar, vilket gör att bedömningen inte kan vara högre.

6.2 INVESTERINGSPLANERING OCH BEHOVSANPASSNING

Av intervjuerna framgår att samtliga bolag inom Gästrikre Vatten-koncernen arbetar med både kortsiktiga investeringsbudgetar (2år) och långsiktiga flerårsplaner. Intervjuade tjänstepersoner beskriver att investeringsplaneringen utgår från vattentjänstplaner, förnyelseplaner för ledningsnätet samt långsiktiga behovsanalyser och att dessa planer uppdateras löpande i samband med budget- och planeringsprocessen.

6.2.1 Långsiktig plan

I den långsiktiga planen för Gästrikre Vatten-koncernen 2026–2029¹ så framgår att det framöver kommer att vara en period med mycket stora investeringar, ökade ekonomiska krav och ett fortsatt behov av att säkerställa en robust och hållbar vatten- och avloppsförsörjning. Fyra investeringar präglar hela planperioden: PFAS-rening vid två vattenverk i Gävle, en gemensam dricksvattenförsörjning mellan Gävle och Älvkarleby, ett nytt avloppsreningsverk i Gävle samt det omfattande VA-utvecklingsprogrammet i östra Östhammar. Dessa projekt uppgår sammanlagt till omkring sju miljarder kronor och sträcker över den fyraåriga planperioden.

För år 2026 innebär detta att brukningsavgiften behöver höjas med 15 procent i Gävle, 4 procent i Hofors, 6 procent i Ockelbo och 5 procent i Älvkarleby. I Östhammar krävs en höjning på 9 procent, och här kompletteras dessutom taxan med ett kommunalt driftbidrag för att undvika att VA-kollektivet får bära hela kostnadsökningen. Även anläggningsavgifterna kommer att ses över i samtliga kommuner under planperioden för att bättre spegla kostnaderna för utbyggnad av VA-infrastrukturen.

Trots att befolkningsprognoserna fram till 2040 pekar på relativt små förändringar i koncernens kommuner kan lokala behov av kapacitetsökning och utbyggnad uppstå genom kommunernas vattentjänstplaner. I flera av orterna finns omvandlingsområden där fastigheter behöver anslutas till kommunalt VA, särskilt i Gävle och Östhammar. För år 2026 uppgår koncernens totala budgeterade utgifter till cirka 1,75 miljarder kronor, varav majoriteten utgörs av investeringar. För att genomföra denna ökade mängd projekt krävs även en ökad bemanning och vid årsskiftet 2026/27 beräknas antalet årsarbetare vara omkring 185.

6.2.2 Investeringsbudget med plan

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av respektive bolags investeringsbudget med plan.

För Gästrikre vatten AB framgår att det finns en investeringsplanering som sträcker sig både på kort och lång sikt. I den kortsiktiga planeringen anges investeringarna för nästkommande år till 2 mdkr. Dessa avser de åtgärder som verksamheten planerar att genomföra under den första delen av perioden och utgör därmed den omedelbara investeringshorisonten.

På längre sikt redovisas investeringar för tre efterföljande år, vilka uppgår till 1 mdkr per år. Det innebär att investeringsnivån hålls på en jämn nivå under hela flerårsperioden. Den totala planerade investeringsvolymen för perioden 2026–2029 uppgår till 7 mdkr.

¹ Antagen 2025-08-20.

Gävle Vatten AB

I den kortsiktiga delen av planen framgår investeringar som avser nästkommande år, med årsvis angivna nivåer. De kortsiktiga investeringarna ligger på en nivå som motsvarar de närmast förestående behoven för verksamheten.

Den långsiktiga planeringen omfattar tre efterföljande år där investeringsnivåerna är redovisade per år och summerade för hela perioden.

Gävle Vatten AB står inför de mest omfattande investeringarna i koncernen. Både dricksvattenförsörjningen och avloppsreningen ska byggas ut och moderniseras, och för att finansiera dessa projekt stiger behovet av långfristig upplåning från cirka 2,9 miljarder kronor år 2026 till omkring 6,5 miljarder kronor år 2029.

Hofors Vatten AB

Hofors Vatten AB:s kortsiktiga investeringsplan visar de investeringar som planeras genomföras under det kommande året. Dessa är redovisade i belopp och avser de investeringar som behöver hanteras inom närtid.

I den långsiktiga flerårsplanen redovisas investeringar för tre efterföljande år där nivåerna anges årsvis.

I Hofors Vatten AB är utvecklingsbehoven mer avgränsade och fokus ligger framför allt på vattenverket och vattentäkten som behöver åtgärder senast 2030. Övriga åtgärder begränsas till nödvändigt underhåll. Intervjuade företrädare beskriver att investeringsplanen i huvudsak omfattar nödvändigt underhåll och riktade åtgärder.

Ockelbo Vatten AB

I den kortsiktiga planeringen uppgår investeringarna till 5,45 mnkr under det närmast följande året. Dessa belopp avser de åtgärder som verksamheten planerar att genomföra inom budgetperiodens första år.

I den långsiktiga investeringsplaneringen redovisas investeringar om 7,01 mnkr, följt av 6,01 mnkr och ytterligare 6,01 mnkr för de tre därefter följande åren. Investeringsnivån ökar initialt men stabiliseras sedan på en återkommande nivå. Den totala investeringsvolymen över hela perioden uppgår till 43,07 mnkr.

Ockelbo Vatten AB har en struktur med många anläggningar fördelade på flera tätorter, vilket ger en hög kostnadsnivå per kund. Behovet av reinvesteringar är stort på grund av anläggningarnas ålder och den ökade påverkan från myndighetskrav. Intervjusvaren pekar på ett betydande reinvesteringsbehov till följd av anläggningarnas ålder och ökade myndighetskrav, vilket också avspeglas i investeringsplanens relativt höga och återkommande nivåer.

Älvkarleby Vatten AB

I den kortsiktiga investeringsplanen anges investeringarna för kommande år med ett specificerat belopp. Dessa avser de investeringar som ska genomföras inom närtid och utgör verksamhetens omedelbara investeringsbehov.

I flerårsplanen redovisas investeringar för tre följande år där nivåerna anges årsvis.

Älvkarleby Vatten AB samverkar med Gävle kring en ny vattenförsörjningsanläggning, vilket är den största investeringen för bolaget. Älvkarleby har inte höjt taxan sedan 2016, men de senaste årens kostnadsökningar gör en justering nödvändig. Sid 12(22)

Östhammar Vatten AB

I den kortsiktiga planeringen uppgår investeringarna till 12,65 mnkr. Detta avser de åtgärder som ska genomföras under det kommande årets budgetperiod.

Den långsiktiga planen omfattar tre efterföljande år, med investeringsnivåer om 10,35 mnkr per år. Investeringarna är härmed fördelade på en stabil nivå över flerårsperioden. Summeringen över perioden visar en total investeringsvolym om 75,05 mnkr.

Östhammar Vatten AB står – vid sidan av Gävle – inför de största investeringarna i koncernen. Kommunens beslut om att knyta samman VA-anläggningarna i de östra delarna samt den fortsatta utbyggnaden av Alunda reningsverk innebär betydande kostnadsökningar.

6.2.3 Bedömning

Vår bedömning är att det **har säkerställts** att det finns framtagna och tydliga investeringsplaner på såväl lång som kort sikt som harmonierar med bolagets faktiska behov.

Bedömningen grundar sig i att det finns både årliga investeringsbudgetar och fleråriga planer och att dessa i huvudsak utgår från identifierade behov såsom myndighetskrav, kapacitetsutmaningar och förnyelsebehov. Planerna ger en övergripande struktur för kommande investeringar och utgör ett underlag för ekonomisk planering och taxeutveckling.

6.3 EKONOMISK PLANERING OCH LÅNGSIKTIG FINANSIERING

I intervjuerna framgår att samtliga bolag inom Gästrike Vatten-koncernen arbetar med långsiktig ekonomisk planering som är nära kopplad till investeringsplanerna. Intervjuade företrädare beskriver att taxeutveckling, lånebehov och ekonomisk balans analyseras parallellt med investeringsplaneringen, och att taxan utgör det primära styrmedlet för att långsiktigt finansiera verksamheten.

I den långsiktiga planen för Gästrike Vatten-koncernen 2026–2029 så framgår den ekonomiska planeringen samt taxeutveckling per bolag.

Gävle Vatten AB

Som nämnt i tidigare avsnitt så står Gävle Vatten AB inför stora investeringar. Rambudgeten är osäker eftersom tidplaner och omfattning fortfarande utvecklas. För att möta de ökade kostnaderna krävs betydande höjningar av brukningstaxan.

Taxehöjningar planeras enligt:

- 15% per år 2026–2027
- Cirka 15 % per år 2028–2029

Anläggningsavgiften kommer också att ses över och höjas under perioden för att bättre möta kostnader för utbyggnad och anpassning av VA-infrastrukturen.

Av intervjuerna framkommer att dessa successiva, men höga, höjningar ses som ett sätt att undvika ännu kraftigare enskilda taxejusteringar vid en senare tidpunkt, samtidigt som skuldsättningen hålls på en nivå som bedöms hanterbar givet verksamhetens storlek.

Hofors Vatten AB

Lånebehovet ökar måttligt från 114 miljoner kronor 2026 till cirka 135 miljoner kronor 2029. Rambudgeten är osäker, men exploateringar ingår inte utan planeras separat vid behov.

Det framgår att brukningstaxan måste öka för att hålla balans mellan kostnader och intäkter.

Taxehöjningar planeras enligt:

- 4 % år 2026
- 3–4 % per år 2027–2029

Anläggningsavgiften kommer också att ses över under perioden.

Enligt intervjuerna finns det i Hofors Vatten AB en relativt stabil ekonomisk planering där taxehöjningar används för att successivt möta ökade kostnader utan att skuldsättningen ökar kraftigt. Intervjuade företrädare framhåller att investeringarna är begränsade till nödvändiga åtgärder, vilket skapar förutsättningar för en jämnare taxeutveckling.

Ockelbo Vatten AB

Ockelbo har många anläggningar men få anslutna kunder, vilket ger höga kostnader per abonnent. Behovet av reinvesteringar är stort, men utvecklingsarbetet begränsas till det mest nödvändiga under planperioden. Lånebehovet ökar endast marginellt, från 85 miljoner kronor 2026 till något under 90 miljoner 2029.

I planen så framgår det att taxan behöver höjas både för att täcka ökade kostnader och återställa tidigare års underskott.

Planerad utveckling:

- 6 % år 2026
- cirka 3 % per år 2027–2029

Även anläggningsavgiften kommer att höjas under perioden för att bättre motsvara kostnaderna för utbyggnad av Va-systemet.

Av intervjuerna framgår att den ekonomiska planeringen i Ockelbo i stor utsträckning syftar till att återställa ekonomisk balans efter tidigare underskott, samtidigt som nödvändiga reinvesteringar genomförs. Den begränsade investeringsnivån beskrivs som ett medvetet val för att inte ytterligare belasta bolagets ekonomi.

Älvkarleby Vatten AB

Bolaget deltar i investeringen av den nya vattenförsörjningsanläggningen vid Mon tillsammans med Gävle. Övriga investeringar hålls på en låg nivå, främst reinvesteringar i ledningsnätet. Lånebehovet beräknas öka från 103 miljoner kronor 2026 till cirka 117 miljoner kronor 2029. Brukningstaxan har varit oförändrad sedan 2016. Taxan planeras höjas med:

- 5 % år 2026 och därefter bedöms mindre årliga justeringar kunna krävas beroende på kostnadsutvecklingen.

Även här planeras en översyn av anläggningsavgiften.

Intervjuade företrädare anger att den långsiktiga ekonomiska planeringen syftar till att successivt anpassa taxan efter ökade kapitalkostnader, samtidigt som större och mer abrupta höjningar undviks.

Östhammar Vatten AB

Östhammar har mycket stora investeringsbehov kopplade till VA-utvecklingen i östra Östhammar och utbyggnaden av Alunda reningsverk. Kostnaderna ökar kraftigt och intäkterna har minskat till följd av lägre förbrukning. Lånebehovet stiger från cirka 415 miljoner kronor år 2026 till nära 1 miljard kronor 2029 – en ökning med omkring 585 miljoner. För att undvika mycket stora taxehöjningar får bolaget ett årligt kommunalt driftbidrag på 5–20 miljoner kronor per år.

Trots driftbidraget krävs betydande höjningar av taxan:

- 9 % år 2026
- 3–7 % per år 2027–2029 (prognos)

Anläggningsavgiften kommer även här att ses över och höjas under perioden.

Av intervjuerna framgår att den ekonomiska planeringen i Östhammar är särskilt ansträngd, och att bolaget utan kommunalt stöd skulle behöva genomföra mycket kraftiga taxeökningar. För att hantera detta erhåller bolaget ett årligt kommunalt driftbidrag om 5–20 miljoner kronor under planperioden.

6.3.1 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns en ekonomisk planering som synkar med behoven.

Bedömningen grundar sig i att investeringsplanering, lånebehov, kapitalkostnader och taxeutveckling analyseras samlat i ett flerårigt perspektiv och att taxan används som ett centralt styrmedel för att anpassa intäkterna till ökade kostnader över tid. Det finns en

uttalad strategi att genom successiva justeringar hantera ökade kapitalkostnader och undvika mer abrupta taxeökningar.

Samtidigt är planeringen beroende av antaganden om investeringarnas omfattning, tidplaner, ränteläge och externa faktorer såsom myndighetskrav och överklagandeprocesser. Dessa osäkerheter kan påverka framtida ekonomiska behov och medföra behov av ytterligare justeringar, men bedöms inte vara av sådan karaktär att den samlade ekonomiska planeringen framstår som otillräcklig.

6.4 RIKTLINJER OCH RUTINER FÖR STÖRRE INVESTERINGSPROJEKT

6.4.1 XLPM

I Projekthandboken² framgår det att Gästrike Vatten använder XLPM som ett centralt ramverk för att säkerställa en robust styrning och kontroll av större investeringsprojekt. Styrningen börjar på portföljnivå, där vd i rollen som portföljägare prioriterar investeringar utifrån strategisk nytta, resursläge och ekonomiska förutsättningar. Genom portföljstyrningen får vd, i rollen som portföljägare, en samlad överblick över pågående och planerade projekt och fattar beslut om vilka investeringar som ska prioriteras och när de ska genomföras.

För varje större investeringsprojekt är sponsorns roll³ avgörande. Sponsorn ansvarar för projektets övergripande ramar – budget, tid, omfattning och effektmål – och fattar alla centrala beslut genom projektets olika tollgates⁴ (TG0–TG5). Tollgates utgör ett av XLPM:s viktigaste styrinstrument, eftersom de säkerställer att investeringar endast drivs vidare när projektet uppfyllt definierade krav och att osäkerheter minskar successivt genom projektets livscykel. Besluten baseras på analyser av projektets status, förutsättningar, portföljens behov och intressenternas engagemang, vilket ger en tydlig kvalitetssäkring i varje fas.

Projektledaren leder den tillfälliga organisationen och ansvarar för planering, kostnadskontroll, riskhantering och koordinering med både linjen och externa aktörer. Resursägare och expertroller som teknikansvariga, projektörer, byggledare och tillståndshandläggare är viktiga för att säkerställa att tekniska krav, myndighetskrav och kvalitetskrav uppfylls.

I analysfasen kartläggs nuläge, omfattning, krav, risker och alternativ. Detta bildar underlag för den preliminära projektplanen och skapar en tidig förståelse för projektets investeringsbehov och möjliga nyttor. Planeringsfasen fördjupar och konkretiserar detta genom att ta fram detaljerade kalkyler, leveransplaner, upphandlingsstrategier, tidplaner och WBS⁵ – en nedbrytning av arbetet som säkerställer att inget väsentligt förbises. Dessa

² Antagen 2024.

³ En sponsor är den person som har det övergripande ansvaret för att styra och fatta beslut i projektet – startar projektet, utser projektledare, leder styrgruppen och säkerställer att projektet följer mål, budget och beslut.

⁴ Toll Gate definieras som en beslutspunkt.

⁵ WBS är en hierarkisk struktur som visualiserar omfattning och relationer mellan uppgifter i ett projekt.

två faser utgör grunden för stark styrning eftersom tidiga brister i analys och planering^{Sid 16(22)} annars kan bli kostsamma.

Under genomförandet ger XLPM en struktur för kontroll. Etableringsfasen säkerställer att rätt resurser och planer är på plats och att projektet är redo att möta de stora åtaganden som följer i realiseringsfasen. I realiseringen följs tid, kostnader och kvalitet upp systematiskt genom månadsrapporter, prognoser och ändringshantering. Alla avvikelser mot plan kräver analys och beslut, vilket minimerar risken för okontrollerade kostnadsökningar – en av de största utmaningarna i större investeringsprojekt. Ändringar utanför projektets ramar måste godkännas av sponsor.

I överlämningsfasen kontrolleras att projektets resultat uppfyller krav och är redo att tas i drift. Mottagaren ansvarar för att verksamheten kan realisera den förväntade nyttan och att drift- och underhållsaspekter är hanterade. Restpunkter dokumenteras och ansvar för slutförande klargörs innan investeringen aktiveras och förs över till linjen. Projektet avslutas med en slutrapport och erfarenhetsåterföring, vilket stärker organisationens förmåga att styra framtida investeringar.

6.4.2 Portföljstyrning

I Portföljstyrning⁶ framgår att varje dotterbolag inom koncernen utgör en egen portfölj, och genom en samlad styrning på koncernnivå skapas bättre förutsättningar att prioritera rätt investeringar utifrån risk, kvalitet, kapacitet och kostnad. Portföljstyrningens uppgift är att balansera verksamhetsbehov, ekonomiska ramar, resurstillgång och tid, samtidigt som organisationen säkerställer att projekten genomförs.

Portföljstyrning syftar till att välja rätt projekt, göra dem rätt och optimera värdet i hela projektportföljen. Det skapas struktur för att säkra strategisk anpassning, minska riskexponering, förbättra transparensen och möjliggöra datadrivna beslut. Strategiskt ska portföljen säkerställa att projekt adresserar koncernens målområden, ger hög nytta i förhållande till kostnad, ligger inom en balanserad risknivå och har rimlig payoff-tid. Operativt ska portföljen styras mot hög leveransprecision där projekten startar i tid, följer tidplan och budget, rapporterar enligt standardiserade rutiner och håller sina resursplaner.

Det framgår att för större investeringsprojekt innebär detta att de inte längre betraktas isolerat utan värderas utifrån hur de påverkar helheten – koncernens kapacitet, kompetens, ekonomi och riskprofil. Genom scenarioplanering, centraliserad resursplanering och kontinuerlig portföljgranskning identifieras flaskhalsar, synergier och beroenden mellan projekten.

Av intervjuer med företrädare framgår att XLPM och portföljstyrningen ger tydliga roller, ansvar och beslutsnivåer samt bidrar till en samlad överblick över koncernens investeringsåtaganden. Tollgates används som faktiska kontrollpunkter vid större projekt och upplevs bidra till kvalitetssäkring av beslutsunderlag och minskad risk för okontrollerade

⁶ Antagen 2025-06-19.

kostnadsökningar. Samtidigt framkommer att styrmodellerna ställer höga krav på organisationens resurser och efterlevnad, särskilt i perioder med hög investeringsintensitet.

6.4.3 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns fastställda riktlinjer och rutiner för styrning och kontroll av större investeringsprojekt.

Bedömningen grundar sig i att koncernen tillämpar en gemensam projektstyrningsmodell med definierade faser, beslutsgrindar och tydliga roller. Portföljstyrningen ger en struktur för prioritering och samordning av investeringar och skapar förutsättningar för en övergripande kontroll över projektens utveckling.

Samtidigt visar granskningen att styrmodellen ställer höga krav på efterlevnad och resurstillgång, särskilt under perioder med hög investeringsintensitet. Portföljstyrningen är fortfarande under utveckling och inte fullt ut etablerad i alla delar. Detta innebär att även om strukturen är tydlig finns ett behov av fortsatt utveckling för att säkerställa en helt enhetlig tillämpning, vilket gör att bedömningen inte formuleras som helt utan förbehåll.

6.5 ORGANISATION OCH ANSVAR

I intervju framgår det att Gästrike Vatten-koncernen ansvarar för VA-investeringar i fem kommuner, där investeringarna genomförs inom respektive vattenbolag men planeras och samordnas på koncernnivå. Styrelserna beslutar om den årliga budgeten samt fleråriga investeringsplaner som ligger till grund för taxans utveckling. För de största projekten krävs även beslut i kommunfullmäktige. Koncernledningen, med VD och ekonomichef, ansvarar för att ta fram beslutsunderlag och följa upp att budgetramar och långsiktiga planer efterlevs. Uppföljningen sker månadsvis i ekonomisystemet och rapporteras löpande till ledning och styrelser.

Som nämnt tidigare så styrs investeringsprojekten av projektavdelningen enligt XLPM-modell. Varje större projekt har en sponsor med ansvar för budget och prioriteringar samt en styrgrupp som stödjer vid strategiska beslut. Projektledarna – både interna och externa – ansvarar för planering, genomförande och samordning av tekniska resurser, där externa konsulter anlitas för kompetens som saknas internt. Projektverktyget Avina används för styrning av dokument, risker och tidplaner.

Nya investeringsinitiativ bereds av ledningsgruppen och prövas inom portföljstyrningen utifrån strategi, resurstillgång och prioritering mellan kommunerna. Beslut om genomförande fattas enligt intervjuerna av ledningen för mindre projekt. Vid större investeringar fattas beslut av styrelsen och i vissa fall av kommunfullmäktige beroende på projektets omfattning och ekonomiska konsekvenser. Projektorganisationen bedömer att beslutsunderlagen ibland tas fram för sent, vilket kan skapa risker i genomförandet,

exempelvis kopplat till tillståndsprocesser eller andra externa beroenden. Under projektens gång rapporteras avvikelser och större hinder till styrgrupp och ledning, och vid behov till styrelse. Vid avslut sker slutredovisning och erfarenhetsåterföring. Samlat bedömer organisationen att processen fungerar relativt väl men att förbättringsområden finns, särskilt kopplat till tidigare förstudier och fortsatt utveckling av portföljstyrningen.

6.5.1 Bedömning

Vår bedömning är att det i **allt väsentligt** finns en tydlig organisation och ansvarsfördelning avseende genomförande av investeringsprojekt.

Bedömningen grundar sig i att roller och ansvar är definierade inom projekt- och linjeorganisationen och det finns etablerade beslutsnivåer med sponsorer, styrgrupper och projektledare med tydliga mandat. Rapportering och uppföljning sker regelbundet till ledning och styrelse.

Samtidigt framgår att beslutsunderlag i vissa fall tas fram relativt sent i processen och att portföljstyrningen fortsatt utvecklas. Detta påverkar inte den övergripande tydligheten i ansvarsfördelningen men visar att det finns förbättringsområden, vilket gör att bedömningen inte uttrycks utan reservation.

6.6 UPPFÖLJNING UNDER PROJEKT

I intervjuerna framgår det att projektledarna löpande följer upp tidplan, kostnader, risker och avvikelser i projektverktyget. Frågor som påverkar projektets framdrift eller innebär större avvikelser lyfts vidare till styrgruppen. Projektledaren har ansvar för uppföljning av projektets genomförande, inklusive dokumentation, riskhantering och rapportering av avvikelser.

För de större projekten görs en mer formell uppföljning en gång per månad, där status, ekonomi och prognoser rapporteras till ledningsgruppen och projektens styrgrupper. Av intervjuerna framgår att projektledaren ansvarar för den operativa uppföljningen, medan sponsorn har ett övergripande ekonomiskt ansvar och ansvar för större beslut. Sponsorn ansvarar för budgetramar, större beslut och att föra projektet vidare i styrkedjan vid behov, medan styrgruppen fungerar som stöd och beslutsforum i mer komplexa frågor.

På koncernnivå genomförs portföljuppföljningar flera gånger per år, där projekten färgklassas och prioriteringar samt resursbehov diskuteras.

Uppföljning sker tertialvis till såväl moderbolagets styrelse som respektive dotterbolags styrelser, där ekonomiskt utfall, avvikelser och status för pågående investeringar redovisas. Vid behov sker även fördjupade genomgångar av större projekt.

När ett projekt avslutas upprättar projektledaren en slutrapport som godkänns av sponsor. I slutrapporten sammanställs projektets genomförande, ekonomiska utfall samt erfarenheter som dokumenteras för att kunna tas tillvara i kommande projekt.

I delårsrapport 2025 per augusti så framgår det uppföljning av investeringar. Utfall för tertial 1^{Sid 19(22)} samt 2 redovisas med prognos. Rapporten ger en översikt över läget i respektive projekt per den 31 augusti 2025, med fokus på hur arbetet fortskrider i förhållande till plan, vilka större händelser som inträffat och hur budgeten utvecklas.

6.6.1 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** sker tillräcklig uppföljning av investeringsprojekt under tiden för projektens genomförande.

Bedömningen grundar sig i att tidplan, kostnader, risker och avvikelser följs upp löpande och att rapportering sker till styrgrupper, ledningsgrupp och styrelse genom etablerade former. Prognoser tas fram regelbundet och avvikelser hanteras genom projektorganisationen och lyfts vid behov till styrgrupp, vilket skapar förutsättningar att vidta åtgärder under projektets gång.

Samtidigt visar granskningen att dokumentationen av uppföljningen kan utvecklas för att skapa en mer samlad och jämförbar bild mellan projekt. Uppföljningen är i vissa delar beroende av enskilda projektledares arbetssätt, vilket innebär att en ytterligare standardisering skulle stärka styrningen.

6.7 UPPFÖLJNING EFTER AVSLUT

Intervjuerna visar att Gästrike Vatten-koncernen i dag genomför uppföljning och slutredovisning i sina investeringsprojekt, men att arbetet sker olika strukturerat beroende på projekt och verksamhetsdel. Det framgår att uppföljningen inte alltid följer en enhetlig mall, och att graden av systematik varierar.

Även om uppföljning sker kontinuerligt och avslutande erfarenhetsåterföring är etablerad, beskriver flera intervjupersoner att arbetet kan utvecklas och formaliseras ytterligare. Det framkommer exempel där oförutsedda händelser, resursbrist eller omfattande externa processer (t.ex. överklaganden) gör att dokumentationen främst fokuserar på avvikelshantering snarare än strukturerad analys av projektets helhet.

6.7.1 Bedömning

Vår bedömning är att det **endast delvis** sker tillräcklig uppföljning och analys av investeringsprojekt efter projektets avslut.

Bedömningen grundar sig i att slutredovisning genomförs och att erfarenheter dokumenteras i viss utsträckning, särskilt i större projekt. Granskningen visar att uppföljningen inte sker enligt en fullt ut enhetlig och koncerngemensam struktur.

Dokumentationens omfattning och innehåll varierar och det framgår inte att det konsekvent genomförs en strukturerad analys av måluppfyllelse, nyttorealiserings och avvikelser i förhållande till ursprungligt beslutsunderlag. Detta innebär en risk för att lärdomar och förbättringsområden inte tas tillvara systematiskt inom hela koncernen, vilket gör att bedömningen inte kan vara högre.

6.8 INSYN OCH KONCERNUPPFÖLJNING

I Portföljstyrning för Gästrike Vatten-koncernen framgår att koncernen har flera etablerade former för insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt. Uppföljning sker genom ordinarie budget-, tertial- och årsuppföljning, där investeringarnas utfall, prognoser och avvikelser redovisas per bolag. Styrelserna i respektive bolag har därigenom möjlighet att följa investeringsverksamhetens utveckling och ekonomiska konsekvenser.

Intervjuerna visar vidare att investeringar följs upp löpande under genomförandet, framför allt i större projekt. Projekten rapporterar status avseende ekonomi, tidplan och risker till styrgrupper och ledningsgrupp, och väsentliga avvikelser lyfts vidare till styrelse. Det framgår också att koncernen använder gemensamma projekt- och uppföljningsverktyg där projektstatus, risker och portföljinformation samlas, vilket bidrar till ökad överblick över pågående investeringar.

Inom ramen för granskningen har även tertial- och delårsrapporter tagits in och granskats. Av delårsrapporttertial 2 per 31 augusti 2025 framgår återrapportering av större pågående investeringsprojekt, inklusive ekonomiskt utfall i förhållande till budget, prognoser för året samt förklaringar till väsentliga avvikelser, exempelvis kopplade till förskjutna tidplaner i större projekt såsom nytt avloppsreningsverk i Gävle, trygg dricksvattenförsörjning Gävle–Älvkarleby samt PFAS-rening vid vattenverk i Gävle.

Vidare redovisas investeringar per bolag samt väsentliga händelser som påverkar genomförandet av beslutade projekt.

Av portföljstyrningsmaterialet framgår att koncernen har påbörjat införandet av ett mer strukturerat arbetssätt för portföljstyrning, där varje dotterbolag utgör en egen investeringsportfölj samtidigt som investeringarna följs upp på koncernnivå. Syftet är att stärka transparensen, förbättra prioriteringar och skapa en mer enhetlig uppföljning av tid, kostnad, resurser och risk. Intervjuerna bekräftar dock att portföljstyrningen ännu inte är fullt implementerad och att arbetssätten till viss del fortfarande utvecklas.

6.8.1 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns förutsättningar för tillräcklig insyn och uppföljning av beslutade investeringsprojekt.

Bedömningen grundar sig i att uppföljning sker genom budget-, tertial- och årsrapportering och investeringarnas utfall och prognoser redovisas till respektive styrelse. Större projekt rapporteras särskilt och väsentliga avvikelser lyfts till ledning och styrelse.

Samtidigt är portföljstyrningen ännu inte fullt ut implementerad och arbetssätten är delvis^{Sid 21(22)} under utveckling. Former för återrapportering och jämförbar analys mellan projekt kan ytterligare stärkas för att öka transparensen. Detta påverkar dock inte den samlade bedömningen i väsentlig grad.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Gästrike Vatten-koncernen samt respektive bolag säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att Gästrike Vatten-koncernen i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i investeringsprocessen.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi moderbolaget att:

- Införa en mer enhetlig och koncerngemensam struktur för investeringsplanering.
- Tydliggöra minimikrav på beslutsunderlag inför investeringsbeslut.
- Fastställa riktlinjer för hur investeringar ska prioriteras inom och mellan bolagen.
- Införa en systematisk och dokumenterad uppföljning av avslutade investeringsprojekt.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi respektive dotterbolag att:

- Säkerställa att erfarenheter från genomförda projekt tas tillvara i kommande investeringar.
- Stärka och standardisera dokumentationen av uppföljning under projektens genomförande.

2026-03-24

Azets Revision & Rådgivning AB

Anders Petersson

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Matthew Matti

Verksamhetsrevisor



Till: Gävle Energi AB

2026-03-24

Dnr:25REK28

Missiv - Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Granskningens syfte har varit att bedöma om Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 18 februari 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB endast delvis bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Både denna granskning och granskningen av Gävle Hamn AB:s systematiska arbetsmiljöarbete har visat att bolagen har hanterat kommunfullmäktiges styrdokument på olika sätt. Granskningarna har också visat att processen för fastställande av fullmäktiges styrdokument inte varit helt tydliggjord för bolagen. Med utgångspunkt i dessa iakttagelser har Azets Revision & Rådgivning AB fått till ett tilläggsuppdrag att genomlysna hanteringen av styrdokument inom bolagskoncernen. Det tilläggsuppdraget med tillhörande rekommendationer har överlämnats till kommunstyrelsen och Gävle Stadshus AB för yttranden.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Energi AB:

- Tydliggöra ansvarsfördelning mellan moderbolaget och dotterbolagen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Tillse att fördelning av arbetsmiljöuppgifter sker i enlighet med gällande rutiner.
- Tydliggöra processen för den kontinuerliga uppföljningen av fördelade arbetsmiljöuppgifter.
- Säkerställa att det genomförs riskbedömningar, att åtgärder vidtas vid identifierade risker/brister samt att vidtagna åtgärder följs upp.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Energi AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Kenneth Levin
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:11

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76A954E9091E0752397B69920122D4E0EBD780690ADCAAD57A99B5EC799DF1D6

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-03-31 10:57

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76A954E9091E0752397B69920122D4E0EBD780690ADCAAD57A99B5EC799DF1D6

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-03-31 15:30

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76A954E9091E0752397B69920122D4E0EBD780690ADCAAD57A99B5EC799DF1D6



Till: Gävle Kraftvärme AB

2026-03-24

Dnr:25REK28

Missiv - Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Granskningens syfte har varit att bedöma om Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 18 februari 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB endast delvis bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Kraftvärme AB:

- Besluta om en arbetsmiljöpolicy.
- Årligen följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Kraftvärme AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Kenneth Levin
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:12

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

2790603BC79549933CF0EBF687DB2323A4BF67C31B9C7B4490EDA6F62E2DDB

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-03-31 10:58

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

2790603BC79549933CF0EBF687DB2323A4BF67C31B9C7B4490EDA6F62E2DDB

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-03-31 15:31

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

2790603BC79549933CF0EBF687DB2323A4BF67C31B9C7B4490EDA6F62E2DDB



Till: Gävle Energi Elnät AB

2026-03-24

Dnr:25REK28

Missiv - Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Granskningens syfte har varit att bedöma om Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 18 februari 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB endast delvis bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Energi Elnät AB:

- Besluta om en arbetsmiljöpolicy.
- Årligen följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Energi Elnät AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Kenneth Levin
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:12

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

D5D438008829E9B0F4319BDE81DBC26466030C76A77046C8579C29876F01FB52

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-03-31 11:16

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

D5D438008829E9B0F4319BDE81DBC26466030C76A77046C8579C29876F01FB52

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-03-31 15:32

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

D5D438008829E9B0F4319BDE81DBC26466030C76A77046C8579C29876F01FB52



Till: Gävle Stadshus AB

2026-03-24

Dnr:25REK28

Missiv - Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört två granskningar av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Den ena granskningen avser Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB. Den revisionsrapporten och tillhörande missiv godkändes av lekmannarevisorerna den 18 februari 2026. Den andra granskningen avser Gävle Hamn AB. Den revisionsrapporten och tillhörande missiv godkändes av lekmannarevisorerna den 24 mars 2026. Båda granskningar har överlämnats till respektive bolag för begäran av yttrande.

Båda granskningarna och tilläggsuppdraget (genomlysning av hantering av styrdokument inom bolagskoncernen) som Azets Revision & Rådgivning AB genomfört, visar att bolagen har hanterat kommunfullmäktiges styrdokument på olika sätt. Granskningarna har också visat att processen för fastställande av fullmäktiges styrdokument inte varit helt tydliggjord för bolagen.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningarna och tilläggsuppdraget lämnar vi följande rekommendation till Gävle Stadshus AB:

- Tydliggöra processen för beslutsfattandet för styrande dokument som även ska gälla för de kommunala bolagen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Stadshus AB med kommentarer till rekommendationen. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Ann-Katrin Myles
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapporter
- Genomlysning



Till: Kommunstyrelsen

2026-03-24

Dnr:25REK28

Missiv - Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört två granskningar av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Den ena granskningen avser Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB. Den revisionsrapporten och tillhörande missiv godkändes av lekmannarevisorerna den 18 februari 2026. Den andra granskningen avser Gävle Hamn AB. Den revisionsrapporten och tillhörande missiv godkändes av lekmannarevisorerna den 24 mars 2026. Båda granskningar har överlämnats till respektive bolag för begäran av yttrande.

Båda granskningarna och tilläggsuppdraget (genomlysning av hantering av styrdokument inom bolagskoncernen) som Azets Revision & Rådgivning AB genomfört, visar att bolagen har hanterat kommunfullmäktiges styrdokument på olika sätt. Granskningarna har också visat att processen för fastställande av fullmäktiges styrdokument inte varit helt tydliggjord för bolagen.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningarna och tilläggsuppdraget lämnar vi följande rekommendation till kommunstyrelsen:

- Tydliggöra processen för beslutsfattandet för styrande dokument som även ska gälla för de kommunala bolagen.

Revisorerna vill ha ett yttrande från kommunstyrelsen med kommentarer till rekommendationen. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Bilaga:

- Revisionsrapporter
- Genomlysning

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:14

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

A81112FDADD71F0F1585D424B20A2E26B2378D66611E789080C6C9FABEA16700

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-03-31 11:17

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

A81112FDADD71F0F1585D424B20A2E26B2378D66611E789080C6C9FABEA16700

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-03-30 21:57

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

A81112FDADD71F0F1585D424B20A2E26B2378D66611E789080C6C9FABEA16700

A decorative graphic on the left side of the page consisting of a large blue triangle pointing right, and a cluster of smaller triangles in light grey, green, and blue. The main title is centered below this graphic.

Genomlysning av hantering av styrande dokument inom bolagskoncernen

Rapport

Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB

2026-03-24

Antal sidor 7

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

2	Bakgrund	3
3	Styrning av Bolagskoncernen	4
3.1	<i>Kommunala bolag i lagstiftning</i>	4
3.1.1	Principer för styrning av kommunala bolag	4
3.1.2	Kommunfullmäktiges direktiv och efterföljande hantering	4
3.1.3	Beslut om ägardirektiv på bolagsstämmor	6
3.1.4	Kommunstyrelsens uppsiktsplikt	6
3.1.5	Samlade iakttagelser och bedömning	6

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB att genomföra en genomlysning av hantering av styrande dokument inom kommunkoncernen. Uppdraget är ett tilläggsuppdrag till granskningarna av det systematiska arbetsmiljöarbetet i Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB.

Syftet med genomlysningen är att kartlägga hur styrande dokument som är beslutade av kommunfullmäktige och som ska gälla hela kommunkoncernen hanteras inom bolagskoncernen.

Genomlysningen har genomförts genom dokumentstudier av till exempel företagspolicy för Gävle kommun, ägardirektiv och bolagsordningar. Inom ramen för genomlysningen har vi även beaktat tillämplig lagstiftning samt Sveriges, kommuner och regioners principer för styrning av kommun- och regionägda bolag.

Genomlysningen grundar sig på två fördjupade revisionsgranskningar i Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB. Inom ramen för denna genomlysning har även områden med bäring på Gävle Stadshus AB:s ansvarsområden ingått. I uppdraget har det inte ingått att genomföra muntliga avstämningar/intervjuer med representanter för Gävle Stadshus AB.

3 STYRNING AV BOLAGSKONCERNEN

3.1 KOMMUNALA BOLAG I LAGSTIFTNING

Enligt kommunallagen¹ får kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till kommunala bolag. Om skötseln av en kommunal angelägenhet överlämnas till ett helägt kommunalt bolag ska kommunfullmäktige bland annat fastställa i bolagsordningen det kommunala ändamålet med verksamheten i samt att fullmäktige får ta ställning till sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet och större betydelse.²

Kommunfullmäktige ska även utse samtliga styrelseledamöter i helägda kommunala bolag enligt vad som anges i kommunallagen.³ Detta är skillnad jämfört med vad som anges i aktiebolagen. För övriga aktiebolag utses bolagsstyrelsen av bolagsstämman och har till huvudsaklig uppgift att bland annat svara för bolagets organisation samt förvaltningen av bolagets angelägenheter.⁴

Det anges i aktiebolagslagen⁵ att det ska fattas beslut vid årsstämman om till exempel att fastställa resultaträkningen och balansräkningen. Det ska även fattas beslut om ansvarsfrihet för styrelseledamöterna och den verkställande direktören. Om det finns andra ärenden enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen som ska behandlas ska det beslutas vid årsstämman.

3.1.1 Principer för styrning av kommunala bolag

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har utarbetat principer för styrning av kommun- och regionägda bolag⁶, vilka ska fungera som stöd för kommunens eller regionens arbete med bolagsstyrning. SKR anger att kommunfullmäktige i kommunen ska avgöra om principerna ska följas helt eller delvis eller om bolagsstyrningen ska ske på något annat sätt.

Det anges i principerna för styrning att kommunerna kan, i egenskap av aktieägare, lämna anvisningar, vanligen kallade ägardirektiv, till bolagsstyrelsen genom ett beslut på bolagsstämman. Det anges vidare att ett ägardirektiv som beslutas av stämman blir bindande för bolagsstyrelsen.

3.1.2 Kommunfullmäktiges direktiv och efterföljande hantering

Enligt kommunfullmäktiges företagspolicy⁷ styr fullmäktige den bolagiserade verksamheten genom utfärdande av direktiv. Ägardirektiv och bolagsordningar utgör exempel på direkta styrdokument medan styrdokument som finanspolicy och personalpolicy är exempel på särskilda ägardirektiv.

¹ 3 kap. 11 § Kommunallagen (2017:725).

² 10 kap. 3 § Kommunallag (2017:725).

³ 10 kap. 3 § 3 p Kommunallagen.

⁴ 8 kap. 4 och 8 §§ Aktiebolagslag (2005:551).

⁵ 7 kap. 11 § Aktiebolagslag (2005:551).

⁶ Principer för styrning av kommun- och regionägda bolag. Sveriges kommuner och regioner 2020.

⁷ Företagspolicy för Gävle kommun. Kommunfullmäktige 2012-06-18, § 116.

I Gävle Energi AB:s ägardirektiv för åren 2025–2028⁸ anges det till exempel att bolagets^{Sid 5(7)} verksamhet och bolagets förhållande till kommunen regleras genom bland annat även ägardirektiv som policys, reglementen och riktlinjer. I ägardirektivet anges det även att det ankommer på bolagets styrelse och verkställande direktör att följa utfärdade ägardirektiv om de ej står i strid mot tvingande bestämmelser i aktiebolagslagen eller annan lag eller författning.

Det anges i företagspolicyn att Gävle Stadshuskoncernen avser Gävle Stadshus AB och tillhörande dotterbolag, både hel- och delägda. Styrelsen i Gävle Stadshus AB uppges ha rollen som koncernstyrelse.

Enligt företagspolicyn ska Gävle Stadshus AB förmedla de ägardirektiv som utgår från kommunfullmäktige till dotterbolagen. Moderbolaget ska "å-jourhålla" och löpande uppdatera de styrdokument som gäller för bolagen och som är beslutade av kommunfullmäktige. Det framgår inte av policyn på vilket sätt detta ska ske. Enligt företagspolicyn åligger det även Gävle Stadshus AB att, utifrån företagspolicyn och ägardirektiv, utforma och besluta om en operativ beslutsordning som närmare anger beslutsnivåerna i bolagskoncernen.

Bolagsstämman

I företagspolicyn anges det att ägarrepresentanter ska särskilt bevaka ägardirektiv kring verksamhetens måluppfyllelse, ekonomiska mål samt helhetssyn och samordning inom kommunkoncernen vid bolagsstämma.

Det anges för både i Gävle Energi AB:s bolagsordning⁹ och Gävle hamn AB:s bolagsordning¹⁰ att följande tolv ärenden ska förekomma på årsstämman:

1. Val av ordförande för stämman.
2. Upprättande och godkännande av röstlängd.
3. Val av en eller två justeringsmän.
4. Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad.
5. Godkännande av dagordning.
6. Framläggande av årsredovisning och i förekommande fall koncernredovisning, revisionsberättelse samt lekmannarevisorernas granskningsrapport.
7. Beslut a) om fastställande av resultat- och balansräkning samt i förekommande fall koncernresultat- och koncernbalansräkning, b) om dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen, c) om ansvarsfrihet åt styrelseledamöter och verkställande direktör.
8. Fastställande av arvoden för styrelse, revisor och lekmannarevisor med suppleanter.
9. Anmälan av kommunfullmäktiges val av styrelseledamöter, styrelsesuppleanter och lekmannarevisorer samt utseende av styrelsens ordförande och vice ordförande.
10. Val av revisorer samt eventuella suppleanter.
11. Fastställelse av styrdokument.

⁸ Ägardirektiv för Gävle Energi AB 2025–2028. Kommunfullmäktige 2024-11-25, § 3

⁹ Bolagsordning – För Gävle Energi AB. Kommunfullmäktige 2022-12-22, § 3

¹⁰ Bolagsordning- För Gävle Hamn AB. Kommunfullmäktige 2022-12-22, § 3

12. Annat ärende som ankommer på stämman enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen.

3.1.3 Beslut om ägardirektiv på bolagsstämmor

Vid Gävle hamns bolagstämma¹¹ fastställdes följande styrdokument: ägardirektiv, företagspolicy, finanspolicy, internbankspolicy, operativ beslutsordning samt kommunkoncerngemensamma styrdokument som är beslutade enligt kommunfullmäktige. Det uppges av representanter för Gävle Hamn att denna skrivning omfattar samtliga kommunkoncerngemensamma styrande dokument som kommunfullmäktige beslutat om.

Gävle Energi AB:s styrelse¹² har beslutat om att anta Gävle kommunkoncerns medarbetarpolicy, vilken är beslutad av kommunfullmäktige. Det uppges att policyn endast är beslutad av bolagsstyrelsen och inte bolagsstämman.

3.1.4 Kommunstyrelsens uppsiktsplikt

I företagspolicyn anges det att kommunstyrelsen ska fullgöra sin uppsiktsplikt i enlighet med 6 kap. 1 § i kommunallagen. Det beskrivs vidare att kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för kommunkoncernens förvaltning och ekonomi samt för beredning och verkställighet av kommunfullmäktiges beslut. Kommunstyrelsen är även ansvarig för tillsyn över beslutens laglighet.

Det anges i kommunstyrelsens reglemente¹³ att styrelsen ska ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i kommunala företag, stiftelser och kommunalförbund. Det beskrivs vidare att uppsiktsplikten främst ska avse ändamål, ekonomi och efterlevnad av uppställda direktiv men även övriga förhållanden av betydelse för kommunen. Kommunstyrelsen ska även svara för att tillvarata kommunens intressen vid bolags- och föreningsstämmor och andra likartade sammanträden.

Enligt företagspolicyn ska Gävle Stadshus AB organisera och samla in den information rörande dotterbolagens verksamhet som kommunstyrelsen begär för fullföljande av sin uppsiktsskyldighet.

3.1.5 Samlade iakttagelser och bedömning

Den ordning som ska gälla för kommunkoncernövergripande styrande dokument finns reglerad i företagspolicyn där modernkoncernbolaget bland annat ska förmedla de ägardirektiv som utgår från kommunfullmäktige till dotterbolagen. Moderbolaget ska även "å-jourhålla" och löpande uppdatera styrdokumentet. Vi bedömer att bestämmelserna i företagspolicyn reglerar moderkoncernbolagets ansvar för hantering av styrande dokument.

Det framgår av respektive bolags bolagsordning att bolagsstämman ska fastställa styrande dokument. Därtill framgår av företagspolicyn att det är ägarrepresentanter vid bolagsstämman som särskilt ska bevaka ägardirektiv kring verksamhetens måluppfyllelse, ekonomiska mål samt helhetssyn och samordning inom kommunkoncernen vid

¹¹ Protokoll bolagstämma Gävle Hamn AB bolagstämma 2025-05-21 § 12

¹² Protokoll styrelse Gävle Energi AB 2018-12-05 § 3537

¹³ Reglemente för kommunstyrelsen. Kommunfullmäktige 2024-06-17, § 12

bolagsstämma. Det framgår inte om huruvida ägarrepresentanter ska bevaka ägardirektiv^{Sid 7(7)} inom olika verksamhetsområden som till exempel personalpolitik och arbetsmiljö.

Vår genomlysning har visat att de två bolagens behandling av kommunfullmäktigs styrande dokument inte varit likvärdig. Gävle Hamn AB:s bolagsstämma har beslutat om att fastställa ett flertal namngivna styrande dokument som är beslutade av kommunfullmäktige. Bolagsstämman har även fattat ett allmänt beslut om att fastställa andra styrdokument som fullmäktige har beslutat om. Vi bedömer att det behöver framgå av bolagsstämmans beslut vilka ägardirektiv som beslutet avser.

Bolagsstyrelsen för Gävle Energi AB har beslutat om att bekräfta styrande dokument som kommunfullmäktige har beslutat om. Det anges att styrande dokument som till exempel medarbetarpolicy inte har beslutats om av bolagsstämman. Vi bedömer att ägardirektiv ska fastställas av bolagsstämman.

Vi bedömer att det åligger ett ansvar för moderkoncernbolaget att tillse att den styrmodell som är beslutad gällande ägardirektiv följs. Modernkoncernbolaget har ett ansvar för att förmedla ägardirektiv till respektive bolagsstämma inom koncernen. Därtill bedömer vi att det kan förtydligas att ägarrepresentant även har ett ansvar för att bevaka att mer verksamhetsspecifika ägardirektiv fastställs i behörig ordning.

Utifrån den förstärka uppsiktsplikten bedömer vi att kommunstyrelsen har ett ansvar för att tillse att de kommunala bolagens stämmor beslutar om att fastställa de ägardirektiv som kommunfullmäktige beslutat om.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

A decorative graphic on the left side of the page, consisting of a large blue triangle pointing right, and a cluster of smaller triangles in shades of grey, green, and blue, some pointing right and some pointing left.

Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Rapport

Gävle Energi AB

2026-02-18

Antal sidor 25

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

2	Sammanfattning	3
3	Bakgrund	5
4	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
4.1	<i>Avgränsning</i>	6
5	Revisionskriterier	6
6	Metod	6
7	Resultat av granskningen	8
7.1	<i>Organisation</i>	8
7.1.1	Bedömning	10
7.2	<i>Styrande dokument</i>	10
7.2.1	Styrande förutsättningar	10
7.2.2	Dokument på bolagsnivå	10
7.2.3	Bedömning	12
7.3	<i>Roller och ansvar</i>	13
7.3.1	Styrande förutsättningar	13
7.3.2	Tydliggörande av roller och ansvar i bolaget	14
7.3.3	Bedömning	17
7.4	<i>Systematiskt arbetsmiljöarbete</i>	18
7.4.1	Styrande förutsättningar	18
7.4.2	Undersökning av arbetsmiljön	18
7.4.3	Rapportering av riskobservationer, tillbud och olyckor	19
7.4.4	Riskbedömning och vidtagande av åtgärd	19
7.4.5	Kontroll och uppföljning för att säkerställa följsamhet till rutinerna	20
7.4.6	Bedömning	21
7.5	<i>Uppföljning</i>	23
7.5.1	Styrande förutsättningar	23
7.5.2	Årlig uppföljning	23
7.5.3	Års- och hållbarhetsredovisning	24
7.5.4	Bedömning	24
8	Samlad bedömning och rekommendationer	25

2 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB att granska det systematiska arbetsmiljöarbetet. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB endast delvis bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är bland annat att vi bedömer att bolagen saknar en gällande arbetsmiljöpolicy. Vi bedömer även att ansvarsfördelning mellan moderbolaget och dotterbolagen för det systematiska arbetsmiljöarbetet behöver tydliggöras.

Utifrån stickprovskontrollen framstår det som att fördelningen av arbetsmiljöuppgifter inte har skett i en obruten tidslinje.

Vi bedömer att Gävle Energi AB genomför en årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Däremot bedömer vi att arbetet med att säkerställa genomförande av riskbedömning, vidtagande av åtgärder samt uppföljning av vidtagna åtgärder behöver utvecklas.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns det en tydlig roll och ansvarsfördelning i det systematiska arbetsmiljöarbetet i moderbolaget och för dotterbolagen?	Endast delvis
Har bolagen en arbetsmiljöpolicy?	Nej
Finns mål och styrdokument (värdegrund) som är vägledande för bolagets arbete mot att förhindra och åtgärda avvikelser?	Ja
Har bolagen riktlinjer och rutiner för sitt systematiska arbetsmiljöarbete?	Ja
Finns det rutiner för fördelning av arbetsmiljöuppgifter?	Endast delvis
Sker det uppföljning av fördelningen av arbetsmiljöuppgifterna?	Endast delvis
Genomförs det systematiska riskbedömningar av arbetsmiljön utifrån de arbetsmoment som normalt och återkommande utförs?	Endast delvis
Har det säkerställts att det vidtas åtgärder vid identifierade risker eller brister i arbetsmiljön?	I allt väsentligt

Upprättas det handlingsplaner för att vidta åtgärder baserat på de identifierade riskerna i arbetsmiljön på olika nivåer i bolagen?	I allt väsentligt
Följs handlingsplanerna upp?	I allt väsentligt
Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande rapportering av tillbud och olyckor?	Ja
Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande att utreda tillbud och olyckor?	I allt väsentligt
Har bolagen säkerställt en systematisk uppföljning av arbetsmiljöarbetet på de olika nivåerna i organisationen?	Ja (Gävle Energi AB) Nej (Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB)

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB att:

- Tydliggöra ansvarsfördelning mellan moderbolaget och dotterbolagen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vi rekommenderar Gävle Energi AB att:

- Tillse att fördelning av arbetsmiljöuppgifter sker i enlighet med gällande rutiner.
- Tydliggöra processen för den kontinuerliga uppföljningen av fördelade arbetsmiljöuppgifter.
- Säkerställa att det genomförs riskbedömningar, att åtgärder vidtas vid identifierade risker/brister samt att vidtagna åtgärder följs upp.

Vi rekommenderar Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB att:

- Besluta om en arbetsmiljöpolicy.
- Årligen följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Utöver våra iakttagelser och våra bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen i Gävle kommun och Gävle Stadshus AB att:

- Tydliggöra processen för beslutsfattandet för styrande dokument som även ska gälla för de kommunala bolagen.

3 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB att granska det systematiska arbetsmiljöarbetet. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Bolagen omfattas, i likhet med övriga arbetsgivare, av Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete samt föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete. Systematiskt arbetsmiljöarbete innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa. Målet med arbetet är att skapa en arbetsmiljö där ingen blir sjuk, skadas eller dör av jobbet.

Genom kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026–2028 har kommunfullmäktige fastställt att Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare. Målet omfattar hela kommunkoncernen och gör gällande att kommunkoncernen ska stärka sin arbetsgivarpolitisk och göra den mer likvärdig. Arbetsvillkor, arbetsmiljö och möjlighet till utveckling och omställning ska vara så bra att fler orkar arbeta heltid och vill arbeta kvar längre, och att fler unga söker sig till välfärdsyrkena.

I riskanalys inför 2025 har lekmannarevisorerna bedömt att det generellt kan finnas risker inom den verksamhet som bolaget bedriver som kan få stora konsekvenser för arbetsmiljön samt för kvaliteten i verksamheten som ska bedrivas. Därför har lekmannarevisorerna bedömt det som viktigt att genomföra en granskning av hur det systematiska arbetsmiljöarbetet sker.

4 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

Styrande dokument

- Har bolagen en arbetsmiljöpolicy?
- Finns mål och styrdokument (värdegrund) som är vägledande för bolagets arbete mot att förhindra och åtgärda avvikelser?
- Har bolagen riktlinjer och rutiner för sitt systematiska arbetsmiljöarbete?

Roller och ansvar

- Finns det en tydlig roll och ansvarsfördelning i det systematiska arbetsmiljöarbetet i moderbolaget och för dotterbolagen?
- Finns det rutiner för fördelning av arbetsmiljöuppgifter?
- Sker det uppföljning av fördelningen av arbetsmiljöuppgifterna?

Riskbedömning av arbetsmiljö

- Genomförs det systematiska riskbedömningar av arbetsmiljön utifrån de arbetsmoment som normalt och återkommande utförs?

- Har det säkerställts att det vidtas åtgärder vid identifierade risker eller brister i arbetsmiljön?
- Upprättas det handlingsplaner för att vidta åtgärder baserat på de identifierade riskerna i arbetsmiljön på olika nivåer i bolagen?
- Följs handlingsplanerna upp?

Tillbud och olyckor

- Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande rapportering av tillbud och olyckor?
- Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande att utreda tillbud och olyckor?

Uppföljning

- Har bolagen säkerställt en systematisk uppföljning av arbetsmiljöarbetet på de olika nivåerna i organisationen?

4.1 AVGRÄNSNING

Granskningen omfattar bolagens systematiska arbetsmiljöarbete under år 2025.

5 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap. § 6
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete.
- Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2023:1

6 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av bland annat medarbetarpolicy, riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete, Gävle Energi AB:s verksamhetsplan för perioden 2025–2028, riktlinjer mot trakasserier och kränkande särbehandling samt riktlinje för delegationer.
- Intervjuer har genomförts med Gävle Energi AB:s presidium¹, verkställande direktör Gävle Energi AB, HR-chef, HR-generalist, affärsområdeschef Elnät/verkställande direktör Gävle Energi Elnät AB, driftchef Elnät, utförandechef Elnät, affärsområdeschef Energiproduktion/verkställande direktör Gävle Kraftvärme AB, produktionschef Energiproduktion, serviceområdeschef Infraservice, säkerhetssamordnare,

¹ Tillika presidium för Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB.

informationssäkerhetsansvarig, huvudskyddsombud, ett urval av skyddsombud ^{Sid 7(25)} samt ett urval av medarbetare.

- Stickprovskontroll av 14 fördelningar av arbetsmiljöuppgifter. Kontrollen har syftat till att kontrollera om det finns en sammanhängande kedja av fördelning från bolagsstyrelse till första linjens chef eller arbetsledare.

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



Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 ORGANISATION

Enligt Gävle Energi AB:s bolagsordning² är bolagets verksamhet bland annat att bedriva produktion och distribution samt köp och försäljning av el, värme, kyla, gas, tele- och datakommunikationstjänster. Bolaget ska även, i egen regi eller genom annan, äga anläggningar och förvalta fast och lös egendom samt äga aktier och andelar i företag inom energisektorn.

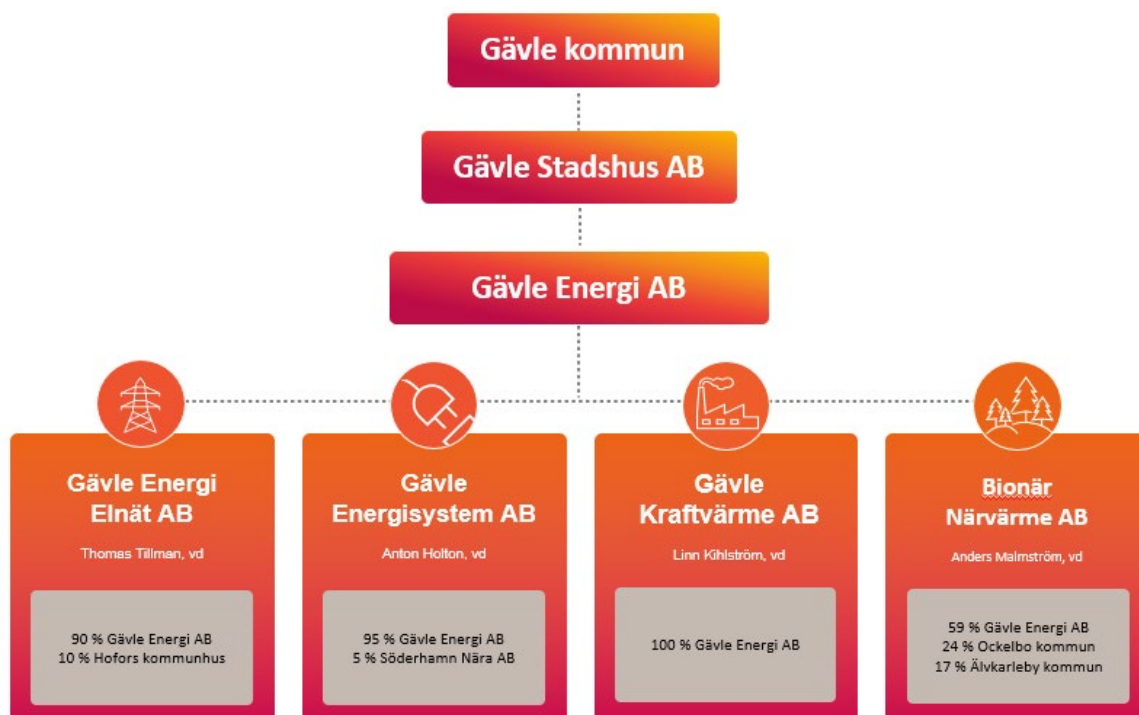
Ägardirektiv för Gävle Energi AB 2025–2028³ gör gällande att bolagets verksamhet regleras av bland annat bolagsordning, kommunövergripande mål samt kommunens vision, värdegrund samt varumärkesplattform. Utöver detta regleras verksamheten av lag och föreskrifter samt eventuella avtal mellan kommunen och bolaget.

Enligt bolagsordning för Gävle Energi Elnät AB⁴ ska bolaget bedriva elnätsverksamhet och främja en god elförsörjning, långsiktigt hållbar energiförsörjning och eldistribution för invånare och företag i kommunerna samt verka för en ändamålsenlig nätverksamhet.

Bolagsordning för Gävle Kraftvärme AB⁵ anger att bolaget ska bedriva produktion och försäljning av el, värme och kyla samt därmed förenlig verksamhet.

Vi har tagit del av en skiss av Gävle Energi AB:s koncernstruktur, se bild nedan.

Bild 1. Koncernstruktur Gävle Energi AB.



Källa: internt underlag

² Kommunfullmäktige 2022-12-12, § 3.

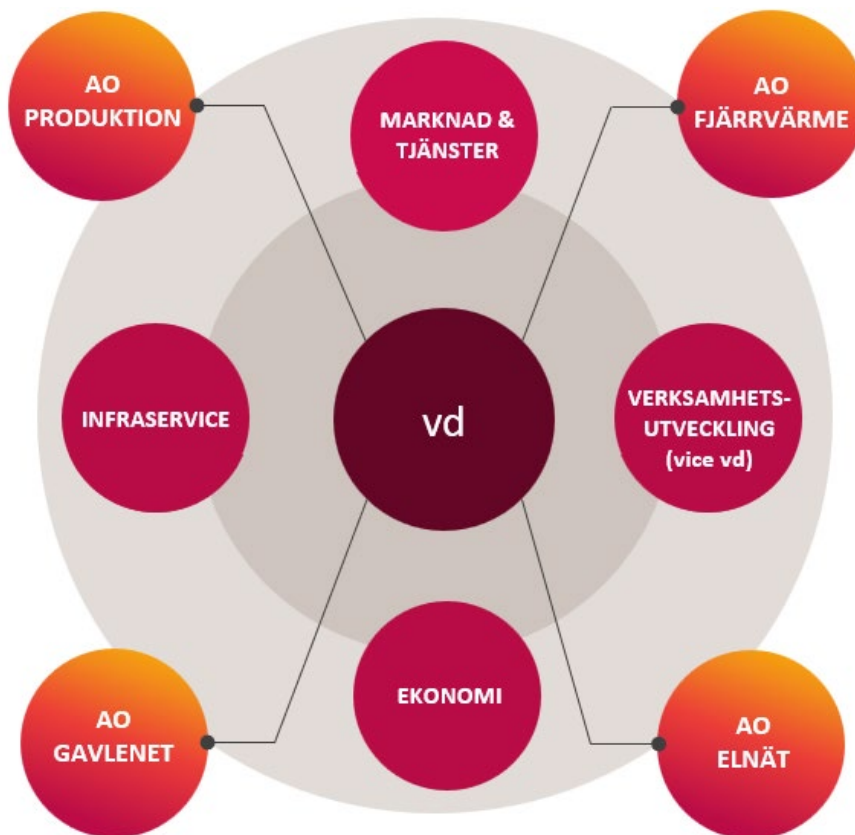
³ Kommunfullmäktige 2024-11-25, § 3.

⁴ Kommunfullmäktige 2024-09-23, § 8.

⁵ Kommunfullmäktige 2014-10-02.

Skissen gör gällande att Gävle Energi AB har fyra dotterbolag: Gävle Energi Elnät AB, Gävle Energisystem AB, Gävle Kraftvärme AB samt Bionär Närvärme AB. ^{Sid 9(25)}

Bild 2. Förvaltningsorganisation.



Källa: internt underlag

Det uppges vid intervju att samtliga anställda i bolagskoncernen är anställda hos moderbolaget, Gävle Energi AB. Anställda är placerade på olika arbetsplatser inom olika affärs- eller serviceområden. Chef för affärsområdeschef Elnät är även verkställande direktör för Gävle Energi Elnät AB och affärsområdeschef Energiproduktion är även verkställande direktör för Gävle Kraftvärme AB. Det uppges vid intervju att samtliga affärs-/ serviceområdeschefer ingår i Gävle Energi AB:s ledningsgrupp.

Vid intervju uppges att verksamhetsansvaret mellan moderbolaget och dotterbolagen regleras genom årligt upprättade uppdragsavtal för köp av tjänst. Vi har tagit del av moderbolagets avtal med både Gävle Energi Elnät AB⁶ samt Gävle Kraftvärme AB⁷. Av båda avtalen framgår att de ska omförhandlas årligen i samband med budgetprocessen. Det anges även i båda avtalen att moderbolaget övertar det huvudsakliga ansvaret för dotterbolagens respektive verksamhet. Med verksamhetsansvaret följer att moderbolaget har att tillse att gällande lagstiftning, instruktioner och policys följs. Vi noterar att det inte framgår att respektive bolagsstyrelse är fortsatt arbetsmiljöansvarig för sin verksamhet.

⁶ Gävle Energi Elnät AB. Uppdragsavtal – köp av tjänst. 2025-01-07.

⁷ Gävle Kraftvärme AB. Uppdragsavtal – köp av tjänst. 2025-01-07.

7.1.1 Bedömning

Vår bedömning är att det **endast delvis** det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i det systematiska arbetsmiljöarbetet i moderbolaget och för dotterbolagen.

Vår bedömning baseras på att roll- och ansvarsfördelningen mellan moderbolaget och dotterbolagen anges i uppdragsavtal, vilka revideras årligen. Däremot bedömer vi att uppdragsavtalen inte tydliggör dotterbolagens ansvar för arbetsmiljön inom sitt verksamhetsområde. Vi bedömer att detta behöver förtydligas med anledning av att ansvaret för arbetsmiljön åligger den juridiska personen. Däremot ingår samtliga bolag i samma bolagskoncern med ägarstyrning från kommunfullmäktige, vilket vi bedömer minskar risken för otydlig roll- och ansvarsfördelning i det praktiska arbetsmiljöarbetet.

Vi bedömer att det finns styrande och stödjande dokument som anger vilket ansvar olika funktioner har i det systematiska arbetsmiljöarbetet, vilka vi redogör för i avsnitt 7.2. Med anledning av att samtliga anställda är anställda i moderbolaget ska det systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivas utifrån samma rutiner för samtliga anställda.

7.2 STYRANDE DOKUMENT

7.2.1 Styrande förutsättningar

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar ska arbetsgivaren tillse att det finns en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsmiljöförhållandena ska vara i arbetsgivarens verksamhet. Det framgår även av föreskrifterna att arbetsgivaren ska tillse att finns rutiner som beskriver hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska gå till. Rutinerna ska göra gällande för när och hur arbetet ska genomföras, vem som är ansvarig för genomförandet samt vilka som ska medverka.

7.2.2 Dokument på bolagsnivå

Arbetsmiljöpolicy

Enligt kommunfullmäktiges företagspolicy⁸ styr fullmäktige den bolagiserade verksamheten genom utfärdande av direktiv. Ägardirektiv och bolagsordningar utgör exempel på direkta styrdokument medan styrdokument som finanspolicy och personpolicy är exempel på särskilda ägardirektiv. Det anges i företagspolicyn att Gävle Stadshus AB ska förmedla de ägardirektiv som utgår från kommunfullmäktige till dotterbolagen.

Kommunfullmäktige har beslutat om en medarbetarpolicy⁹, vars syfte är att stödja ett hållbart arbetsliv och ge alla medarbetare goda förutsättningar att hålla en hög kvalitet i arbetet. Policyn gör gällande att medarbetare ska erbjudas en sund, säker och utvecklande arbetsmiljö för att hållbart arbetsliv. Medarbetarpolicyn gör gällande att tillhörande riktlinjer och handlingsplaner ska ge vägledning till hur policyn ska förverkligas i praktiken.

⁸ Kommunfullmäktige 2012-06-18, § 116.

⁹ Kommunfullmäktige 2018-09-24, § 4 / Gävle Energi AB 2018-12-05, § 3537.

Vi noterar att Gävle Energi AB har godkänt kommunfullmäktiges medarbetarpolicy vid styrelsemöte år 2018.¹⁰ Vi har inte tagit del av underlag som påvisar att policyn är fastställd av moderbolaget, respektive dotterbolagens bolagsstämmor.

Skyddsorganisation

I riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete¹¹ framgår beskrivningar av moderbolagets arbetsmiljöorganisation, vilken innehåller samverkan på individ- och gruppnivå samt central samverkan. Exempel på samverkan på individ- och gruppnivå uppges vara veckomöten, arbetsplatsträffar samt vid avstämningsmöten och medarbetarsamtal mellan medarbetare och chef. Vad gäller central samverkan anges det att skyddskommittén ska sammanträda fyra gånger per år och ska fungera som ett ramrådande forum till den arbetsmiljöansvariga verkställande direktören.

Mål för arbetsmiljön

Av riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete¹² framgår att det ska fastställas årliga arbetsmiljömål med tillhörande aktiviteter. I Gävle Energi AB:s verksamhetsplan för perioden 2025–2028¹³ framgår ett flertal mål, däribland att Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare. Till detta mål finns delmålet ”våra medarbetare”, vilket bland annat syftar till att säkerhetskulturen präglas av omsorg och vilja att alla ska kunna komma till arbetet och gå hem i samma skick. Delmålet har ett flertal indikatorer med målvärden för året, däribland arbetsmiljöindex samt medarbetar- och ledarskapsindex. Vi noterar att delmålet och tillhörande indikatorer har följts upp i verksamhetsrapport delår 1 för år 2025¹⁴.

Riktlinjer och rutiner

Riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete gör bland annat gällande för vilket respektive ansvar som verkställande direktör, chefer, medarbetare, HR, skyddsombud och huvudskyddsombud har i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det framgår till exempel att verkställande direktör är ansvarig för att det utförs ett systematiskt arbetsmiljöarbete och har möjlighet till att fördela arbetsmiljöuppgifter. Det uppges att chefer med personalansvar kan få arbetsmiljöuppgifter skriftligt delegerade till sig enligt den så kallade ”farfarsprincipen”. Det tydliggörs inte i riktlinjen hur denna princip ska tillämpas i fördelning av arbetsmiljöuppgifter.

Det finns även riktlinjer mot trakasserier och kränkande särbehandling¹⁵, vilka gör gällande att närmaste chef ska underrättas om förekomst av, eller misstanke om, kränkande särbehandling och trakasserier. Däremot ska anmälan göras till närmast överordnad chef, HR eller företagshälsan om det är närmaste chef som trakasserar eller utsätter medarbetare för kränkande särbehandling. Anmälan ska även meddelas facklig representant och skyddsombud. Efter inkommen anmälan ska chef samtala, snarast och enskilt, med de inblandade medarbetarna för att utreda vilka åtgärder krävs. Det framgår även av riktlinjerna att det ska genomföras uppföljningssamtal för varje insats som vidtas för/mot någon av de inblandade. Samtalen ska även dokumenteras. Vid en del intervjuer var inte bolagets rutiner för anmälan om till exempel trakasserier eller kränkande särbehandling kända.

¹⁰ Protokoll Gävle Energi AB 2018-12-05, § 3537.

¹¹ HR-chef. Datering saknas.

¹² HR-chef. Datering saknas.

¹³ Gävle Energi AB 2024-12-19, § 4193.

¹⁴ Verksamhetsrapport delår 1 2025. Gävle Energi AB 2025-05-21, § 4241.

¹⁵ HR-chef 2022-07-22.

Vid intervju uppges att även visselblåsarfunktionen kan användas för anmälning av trakasserier eller kränkande särbehandling. Enligt rutin för visselblåsarfunktionen¹⁶ kan anställda anonymt uppmärksamma organisationen på missförhållanden inom verksamheten. Visselblåsarssystemet finns hos en extern part för att omöjliggöra efterforskning av uppgiftslämnarens identitet. Det framförs i rutinen att kanalen är avsedd för allvarliga överträdelser, som brott mot lagstiftning eller ärenden som kan anses vara av allmänintresse. Övriga ärenden ska hänvisas vidare till lämplig part.

Ovan nämnda riktlinjer och rutiner har en funktion inom bolaget angiven som dokumentansvarig. Samtliga dokument har även bolagets logotyp och anges gälla för anställda i bolaget.

Organisering vid bygg- och anläggningsarbete

I bolaget finns det en arbetsmiljöhandbok för bygg- och anläggningsarbete¹⁷ som ska beskriva hur arbetet ska bedrivas för att skydda personal, inhyrd personal, entreprenörer samt medborgarna ifrån ohälsa och olyckor. Arbetsmiljöhandboken har bolagets logotyp och en funktion inom bolaget angiven som dokumentansvarig.

Det framgår av arbetsmiljöhandboken att bygg- och anläggningsarbeten avser alla arbeten som behövs för att uppföra, underhålla och riva en byggnad eller en anläggning. För sådana arbeten ska det utarbetas en arbetsmiljöplan som beskriver hur riskerna på arbetsplatsen ska hanteras och vilka säkerhetsåtgärder som krävs för att minska risken för personskador. I projekterings- och planeringsfasen ska det utses en person som "BAS-P", vilken ska samordna arbetsmiljöarbetet för samtliga personer som är involverade i arbetet. Det är även BAS-P som ska utarbeta arbetsmiljöplanen. BAS-P ska risker som kan uppstå i byggskedet eller i den färdiga anläggningen förebyggas under planering och projektering.

Enligt arbetsmiljöhandboken ska det utses en "BAS-U" för utförandefasen, vilken ska överta ansvaret för arbetsmiljöplanen efter överlämning från BAS-P. Det framgår vidare att det är BAS-U som ska organisera samordningen av de verksammas arbete samt ta emot rapporteringar om arbetsmiljörisker under arbetet. För att samordna de verksammas bör BAS-U befinna sig på arbetsplatsen och kontrollera arbetet. Vid mindre lågriskprojekt där det till exempel endast finns en entreprenör behöver inte BAS-U vara på plats under hela processen. Vid de tillfällen BAS-U inte är på plats ska det finnas information om vem verksamma kan vända sig till vid frågor kopplade till arbetsmiljön. Den kontaktpersonen ska, vid behov, kunna kontakta BAS-U.

Det framgår att chef för infrastruktur ska sammankalla en utsedd arbetsgrupp en gång per år för genomgång och revidering av arbetsmiljöhandboken.

7.2.3 Bedömning

Vår bedömning är att Gävle Energi, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB **inte** har en arbetsmiljöpolicy.

Vi bedömer att beslutsgången för fastställande av kommunfullmäktiges medarbetarpolicy är felaktig. För att ett styrande dokument som är beslutat av fullmäktige ska gälla för ett

¹⁶ HR-chef 2023-02-16.

¹⁷ Chef infrastruktur 2025-05-28.

kommunalt bolag ska dokumentet antas av bolagsstämman. Därefter kan det godkännas av styrelsen för bolaget.

Gävle Energi AB:s styrelse har antagit kommunfullmäktiges medarbetarpolicy. Vi har inte tagit del av underlag som påvisar att policyn är fastställd av moderbolagets, respektive dotterbolagens bolagsstämmor.

Vår bedömning är att det **finns** mål och styrande dokument som är vägledande för Gävle Energi, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB.

Vi baserar vår bedömning på att det finns mål för det systematiska arbetsmiljöarbetet samt styrande dokument som tydliggör på vilket sätt det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Då all personal är anställd hos Gävle Energi AB och det finns uppdragsavtal för köp av tjänst mellan moderbolaget och dotterbolagen som reglerar ansvar för verksamheten bedömer vi att mål och styrande dokument som är beslutade av moderbolaget gäller för all verksamhet inom bolagskoncernen.

Vår bedömning är att Gävle Energi, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB **har** riktlinjer och rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vi baserar vår bedömning på att det finns riktlinjer och rutiner som vi bedömer tydliggör de väsentliga delarna av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Då all personal är anställd hos Gävle Energi AB och det finns uppdragsavtal för köp av tjänst mellan moderbolaget och dotterbolagen som reglerar ansvar för verksamheten bedömer vi att styrande dokument som är beslutade av moderbolaget gäller för all verksamhet inom bolagskoncernen.

7.3 ROLLER OCH ANSVAR

7.3.1 Styrande förutsättningar

Enligt 3 kap. 2 § i arbetsmiljölagen är det arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön.

Det anges i 8 kap. 4 § aktiebolagslag (2005:551) att bolagsstyrelsen svarar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Enligt 8 kap. 29 § ska den verkställande direktören sköta den löpande förvaltningen enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar. Det ska förstås som att den löpande förvaltningen inkluderar arbetsmiljöuppgifter.¹⁹

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete framgår att arbetsgivaren ska fördela uppgifterna i det systematiska arbetsmiljöarbetet till en eller flera chefer, arbetsledare eller andra arbetstagare i verksamheten. Uppgiftsfördelningen ska vara skriftlig om det finns tio eller fler arbetstagare i verksamheten. Det är vidare arbetsgivarens ansvar att tillse att de personer som blir tilldelad uppgifter har tillräckliga förutsättningar för detta. Det avser bland annat tillräckliga befogenheter och resurser samt tillräcklig kompetens för att bedriva ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.

Enligt vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd bör det framgå vem som Sid 14(25)
gjort fördelningen. Det finns däremot inget formellt krav på att den som får uppgifter ska skriva under, utan kravet är att personen har klart för sig vad uppgifterna innebär. Det beskrivs som praktiskt att ta med uppgiftsfördelningen på arbetsmiljöområdet i beslutsordningar, delegationsordningar, befattningsbeskrivningar eller andra dokument som ger besked om rätten att fatta beslut.

7.3.2 Tydliggörande av roller och ansvar i bolaget

Risk- och säkerhetsansvarig samt verksamhetsansvarig

Vi har tagit del av underlaget "organisation och ansvar"¹⁸, vilket gör gällande att säkerhetsansvaret ska följa det normala verksamhetsansvaret på alla nivåer och att den verkställande direktören har det övergripande ansvaret för säkerheten. Det verkställande direktören ska även ha utsett en risk- och säkerhetsansvarig som ska ansvara för det övergripande brand- och säkerhetsarbetet samt samordningen inom koncernen. Den utsedda säkerhetsansvarig ska även fastställa företagsövergripande instruktioner och standards inom området. Det ingår även i säkerhetsansvariges uppgifter att genomföra årliga säkerhetsrevisioner och rapportera till verkställande direktör.

Underlaget "organisation och ansvar" gör gällande att det är den verksamhetsansvariges uppgift att verka för att uppställda mål för säkerheten uppfylls och att resurser avsätts för detta.

Enligt underlaget "skyddsområden"¹⁹ finns det en arbetsgivarrepresentant och ett skyddsombud inom varje skyddsområde. Av underlaget framgår namnen på arbetsgivarrepresentanterna och skyddsombuden inom respektive skyddsområde

Vi har även tagit del av en blankett för delegation av anläggningsansvar, inklusive säkerhetsansvar²⁰, vilken gör gällande att anläggningsägaren ska tillse att anläggningen, inklusive mark, har en betryggande säkerhet för att förhindra person- och sakskada samt upprätthålla en robust, avbrottsfri och hållbar drift. Det framgår även att ansvar för ekonomi, försäkringsskydd, elsäkerhet, brandskydd, lås och larm samt anläggningarnas konstruktion ingår i anläggningsägaransvaret.

Fördelning av arbetsmiljöuppgifter

Vi har tidigare beskrivit i avsnitt 7.1 att samtliga anställda i bolagskoncernen är anställda hos moderbolaget, Gävle Energi AB. Anställda är placerade på olika arbetsplatser inom de olika bolagen/affärsområden eller serviceområden/moderbolaget. Verksamhetsansvaret mellan moderbolaget och dotterbolagen regleras genom årligt upprättade uppdragsavtal för köp av tjänst. I avtalen med Gävle Energi Elnät AB samt Gävle Kraftvärme AB framgår att moderbolaget övertar det huvudsakliga ansvaret för dotterbolagens respektive verksamhet samt moderbolaget ska tillse att gällande lagstiftning, instruktioner och policyer följs.

Riktlinje för delegationer²¹ syftar till att tydliggöra vem som ska göra vad i det systematiska arbetet inom miljöskydd, arbetsmiljö och säkerhet. Riktlinjen ska även tillse att de som har blivit tilldelad uppgifter även har de befogenheter och resurser som behövs för att utföra uppgifterna.

Enligt riktlinje för delegationer har bolagsstyrelsen delegerat det systematiska arbetet inom miljöskydd, arbetsmiljö och säkerhet till verkställande direktör, som i sin tur kan fördela ansvar

¹⁸ Säkerhetsansvarig 2020-06-17.

¹⁹ HR-chef 2025-06-07.

²⁰ Chef verksamhetsstöd 2024-02-09.

²¹ Chef verksamhetsstöd 2023-09-28.

och/eller uppgifter till serviceområdes- och affärsområdeschefer. Det uppges att delegationer^{Sid 15(25)} och/eller uppgiftsfördelning ska ske skriftligt på särskild blankett, vilken HR är ansvarig för att arkivera. Det uppges vid intervju att bolagsstyrelsernas fördelning av uppgifter till respektive VD sker genom VD-instruktion. Vid har tagit del av VD-instruktion för Gävle Energi AB²², Gävle Energi Elnät AB²³ och Gävle Kraftvärme AB²⁴. Det framgår inte uttryckliga beskrivningar av arbetsmiljöuppgifter i någon av VD-instruktionerna. Vid intervju beskrivs att fördelningen av arbetsmiljöuppgifter omfattas av skrivningen att "Vd ska inom de ramar som styrelsen beslutat tillse att bolagets verksamhet är organiserad så att den tillgodoser uppställda mål, krav på effektivitet och ändamålsenlig struktur."

Vi har tagit del av en blankett för delegation av arbetsmiljöansvar och arbetsmiljöuppgifter²⁵, vars syfte uppges vara att tydliggöra vem som ska göra vad i det systematiska arbetsmiljöarbetet. I blanketten finns en checklista med ett flertal punkter, däribland;

- säkerställa efterlevnad av arbetsmiljöpolicy och rutiner för arbetsmiljöarbetet,
- känna till och följa vad som i lag, förordning, annan författning, avtal eller interna instruktioner och policyn föreskrivs om arbetsmiljön,
- ansvar för arbetsmiljön för egen personal/avdelning, samt
- se till att arbetsskador, arbetssjukdomar och tillbud utreds och anmäls i enlighet med reglerna om arbetsskadeförsäkring.

Det uppges vid intervju att de ifyllda blanketterna för fördelning av arbetsmiljöuppgifter lagras i på personalsystemet.

Vid signeringsutrymmet i blanketten framgår följande textstycke: "Jag som fördelar arbetsmiljöuppgifterna har ansvar för att den som uppgifterna delegeras till har de befogenheter och resurser som behövs". Det uppges i riktlinjen för delegationer att den som delegerar ansvar och/eller uppgifter är ansvarig för att tillse att den som ska utföra uppgifterna får/har tillräckliga befogenheter och resurser. Den som delegerar är ansvarig för att kontinuerligt följa upp delegerade ansvar och uppgifter.

Blankett för delegation av arbetsmiljöansvar och arbetsmiljöuppgifter innehåller ett avsnitt kring returnering av arbetsmiljöuppgifter. I blanketten ska det fyllas i om returneringen beror på bristande befogenheter och/eller resurser. Blanketten innehåller även en särskild del för återtagande av arbetsmiljöuppgifter. I denna del ska det anges ifall återtagandet beror på att ansvar och/eller uppgifter inte har efterlevts, ändrad funktionsbeskrivning/upphörande anställning eller "annat". Vi har tagit del av skärmbilder från bolagets intranät och processbeskrivningar för "onboarding", respektive "offboarding". Kopplat till båda processerna finns uppgiften "delegationer", vilken kan tidsättas.

I Gävle Energi AB:s årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet år 2024 anges det att det finns skriftliga fördelningar av arbetsmiljöuppgifter och att de lagras i personalsystemet.

Stickprovskontroll av fördelningen av arbetsmiljöuppgifter

Som en del av denna granskning har vi genomfört en stickprovskontroll av fördelningen av arbetsmiljöuppgifter. Syftet med kontrollen är att granska om det finns en sammanhängande kedja av fördelning från bolagsstyrelse till första linjens chef eller arbetsledare.

²² Gävle Energi AB 2025-02-20, § 4214.

²³ Gävle Energi Elnät AB 2025-02-20, § 112.

²⁴ Gävle Kraftvärme AB 2025-02-20, § 1696.

²⁵ Chef verksamhetsstöd. Datering saknas.

Vi har slumpmässigt valt ut sex chefer utspritt över organisationens olika verksamhetsområden. Utifrån vårt urval har vi begärt blanketter (eller motsvarande) som anger fördelningen av arbetsmiljöuppgifter från bolagsstyrelsen, till utvald person och vidare till eventuellt underställd personal. Med fördelning till verkställande direktör har vi granskat totalt 14 fördelningar av arbetsmiljöuppgifter.

Som tidigare nämnt är samtlig personal inom bolagskoncernen anställd hos moderbolaget. Gävle Energi AB:s bolagsstyrelse har fördelat arbetsmiljöuppgifter till verkställande direktör genom VD-instruktionen. Som tidigare nämnt anges det inte uttryckligen i instruktionen att bolagsstyrelsen har fördelat arbetsmiljöuppgifter. Vid intervju beskrivs att fördelningen av arbetsmiljöuppgifter omfattas av skrivningen att "Vd ska inom de ramar som styrelsen beslutat tillse att bolagets verksamhet är organiserad så att den tillgodoser uppställda mål, krav på effektivitet och ändamålsenlig struktur."

Det uppges vid intervju att moderbolagets verkställande direktör ska fördela arbetsuppgifter vidare till sina underställda chefer, vilka även kan tillika vara verkställande direktörer för dotterbolagen. I vårt stickprov ingår fördelning från moderbolagets verkställande direktör till de verkställande direktörerna för de två dotterbolag som ingår i denna granskning.

Se sammanställning av stickprovskontrollen i tabellen nedan.

Tabell 1. Stickprovskontroll av fördelning av arbetsmiljöuppgifter

1	2	3	4	5	6
VD fördelar till Chef Marknad & Tjänster. Gäller från och med 2025-01-01. Signerad av alla 2025-10-08.	VD fördelar till Affärschef Fjärrvärme. Gäller från och med 2025-01-01. Signerad av alla 2025-10-08.	VD fördelar till Affärsområdeschef Elnät/VD Gävle Energi Elnät AB. Gäller från och med 2025-01-01. Signerat av alla 2025-10-08.	VD fördelar till Affärschef GavleNet. Gäller från och med 2025-01-01. Signerat av alla 2025-10-08.	VD fördelar till Serviceområdeschef. Signerat 2025-02-20.	VD fördelar till Affärschef Energiproduktion/VD Gävle Energi Kraftvärme AB. Gäller från och med 2025-01-01. Signerad av alla 2025-10-20.
Chef fördelar vidare till Planeringschef Belysning. Signerat 2024-08-13.	Chef fördelar vidare till Driftchef AO Fjärrvärme. Signerat 2024-07-05.	Chef fördelar vidare till Utförandechef Elnät. Signerat 2024-12-16.	Chef fördelar vidare till Planeringschef Planering & Utförande GavleNet. Signerat 2024-08-27.	Chef fördelar vidare till Avdelningschef GIS. Signerat av alla 2024-03-04.	Chef fördelar vidare till Produktionschef Energiproduktion. Signerad 2024-12-10.
Ej fördelat vidare.	Ej fördelat vidare.	Ej fördelat vidare.	Ej fördelat vidare.	Ej fördelat vidare.	Chef fördelar vidare till Underhållschef. Signerat 2025-09-15.

Källa: Interna underlag

Vi noterar att det finns skriftliga fördelningar från verkställande direktör till chefer i enlighet med organisationsstrukturen. Vi noterar att fem av sex fördelningar anges vara gällande från och med första januari år 2025 samtidigt som de har undertecknats av samtliga först i oktober år 2025. Vi noterar även att fördelningar från verkställande direktör till underställda chefer i samtliga fall är daterade efter de chefernas vidarefördelning till sina underställda chefer.

Vid intervju uppges att det har skett ett flertal förändringar inom organisationen, vilket har medfört att fördelningar har behövt justeras utifrån den nya organisationen. Det har även skett

en övergång från fördelningar genom pappersdokument till digitala dokument. Detta ^{Sid 17(25)}uppges ha bidragit till att tidslinjen inte är kronologisk i samtliga led.

Det uppges vid intervju att arbetsledare i organisationen inte tilldelas en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Arbetsledare ska, likt övriga medarbetare, delta i det dagliga arbetsmiljöarbetet.

I stickprovskontroll 1 har chef tre medarbetare.

I stickprovskontroll 2 har chef tolv medarbetare, varav en är arbetsledare.

I stickprovskontroll 3 har chef 20 medarbetare, varav fyra är arbetsledare.

I stickprovskontroll 4 har chef tio medarbetare, varav tre är arbetsledare.

I stickprovskontroll 5 har chef åtta medarbetare.

I stickprovskontroll 6 har chef fyra medarbetare.

7.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att det **endast delvis** finns rutiner fördelning av arbetsmiljöuppgifter.

Vår bedömning baseras på att vi har tagit del av styrande dokument och stödmaterial som anger på vilket sätt fördelning av arbetsmiljöuppgifter ska ske och vilka förutsättningar som krävs för detta. I rutinerna anges det även på vilket sätt och under vilka förutsättningar returnering av uppgifter kan ske.

Vår stickprovskontroll påvisar otydligheter vad gäller signering vid mottagande av fördelningarna. Kontrollen indikerar även på chefer underställda den verkställande direktören kan ha vidarefördelat arbetsmiljöuppgifter utan en egen giltig fördelning. Vi har tagit del av förklaringar som beskriver vad detta kan bero på. Däremot framstår det utifrån stickprovskontrollen som att fördelningen av arbetsmiljöuppgifter inte har skett i en obruten tidslinje.

Vår bedömning är att det **endast delvis** sker en uppföljning av fördelning av arbetsmiljöuppgifter.

Vår bedömning baseras på att delegation ska ses över i samband med nyanställning och avslut av anställning. Vi bedömer att detta skapar goda förutsättningar för att säkerställa en korrekt fördelningskedja vid personalförändringar. Uppföljning av fördelning av arbetsmiljöuppgifter ingår som en del i den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Däremot framstår det, utifrån vår stickprovskontroll, att fördelningen av arbetsmiljöuppgifter inte har skett i en obruten tidslinje.

Det anges i styrande dokument att den som delegerar uppgifter är ansvarig för att kontinuerligt följa upp delegerade ansvar och uppgifter. Däremot framgår det inte på vilket sätt den kontinuerliga uppföljningen av fördelningen ska ske.

7.4 SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE

7.4.1 Styrande förutsättningar

Enligt Arbetsmiljölagen (1977:1160) ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. De åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska tidsplaneras.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna gör gällande att arbetsgivaren regelbundet ska undersöka arbetsmiljöförhållandena i syfte att bedöma risker för ohälsa och olycksfall i arbetet. Vid planerade förändringar i verksamheten ska arbetsgivaren även undersöka om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall och bedöma dessa. Riskbedömningar ska alltid dokumenteras skriftligt. Av dokumentationen ska det framgå vilka riskerna är, och om de är allvarliga.

Det framgår av Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd att arbetsgivaren ska utreda orsakerna ifall någon arbetstagare råkar ut för ohälsa eller olycksfall i arbetet, eller om något allvarligt tillbud inträffar i arbetet. Syftet med utredningsarbetet är att förebygga risker för ohälsa och olycksfall.

7.4.2 Undersökning av arbetsmiljön

Organisatorisk och social arbetsmiljö

Det framgår av riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete att det ska genomföras sex pulsmätningar årligen i syfte att följa upp de organisatoriska och sociala arbetsmiljöförhållandena på övergripande nivå samt på avdelnings- eller gruppnivå. Det beskrivs vid intervju att samtliga svar är anonyma men sammanställs för respektive arbetsgrupp om arbetsgruppen består av fler än tre medarbetare. Enligt riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete är avdelningschef, AO-/SO-chef och skyddskommittén ansvariga för att följa upp resultat på respektive nivå. HR-chef ska presentera resultatet och eventuella åtgärder för koncernledningen.

Det uppges i riktlinjen för systematiskt arbetsmiljöarbetet att pulsmätningarna utgör moderbolagets skyddsronnd av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Det uppges även vid intervju att det har genomförts utbildning kring trakasserier och kränkande särbehandling för moderbolagets chefer i april år 2024 samt för samtliga medarbetare och chefer inom ett affärsområde i augusti år 2024.

Vid intervju uppges att det ska genomföras gruppdialoger inom respektive arbetsgrupp utifrån vad som framkommer i pulsmätningarna. Dialogerna dokumenteras inte. Däremot uppmuntras chefer att återkoppla till HR-funktionen i de fall gruppdialogen har belyst saker av mer allvarlig eller problematisk karaktär. Det anges i riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete att sämre resultat ska hanteras på den nivå det krävs och att arbetet ska dokumenteras i en handlingsplan. Det uppges vid intervju att HR-funktionen följer upp resultaten för respektive verksamhetsområde för att identifiera eventuella avvikelser. Det beskrivs vidare att HR-funktionen ska stödja cheferna i det efterföljande arbetet utifrån resultatet.

Det anges i årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024 att det har genomförts pulsmätningar.

Fysisk arbetsmiljö

Riktlinjen för det systematiska arbetsmiljöarbetet gör gällande att det ska genomföras en årlig skyddsround av den fysiska arbetsmiljön utifrån uppdelning av skyddsområden. Det framgår vidare att skyddsrounderna ska genomföras, dokumenteras, åtgärdas och följas upp i ett digitalt system. Det ska dock finnas möjligt att använda annan mall för dokumentation vid undantagsfall. Av mallen för riskbedömningar framgår bland annat att risker ska bedömas utifrån sannolikhet att de inträffar samt konsekvenser vid inträffande utifrån perspektiv på person, miljö och ekonomi, vilket ska vägas samman till ett riskvärde.

Enligt underlaget "skyddsområden"²⁶ finns det en arbetsgivarrepresentant inom varje skyddsområde, vilken är ansvarig för genomförande av skyddsrounder. Det framgår även att det finns ett skyddsombud inom varje område. Av underlaget framgår namnen på arbetsgivarrepresentanterna och skyddsombuden inom respektive skyddsområde. Protokoll/checklista med åtgärder från skyddsrounder ska även dokumenteras i bolagets digitala system.

Arbetsmiljöhandbok för bygg- och anläggningsarbeten gör gällande att det ska genomföras skyddsrounder vid samtliga arbeten. Skyddsroundernas ska anges i arbetets arbetsmiljöplan.

Det anges i årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024 att det har genomförts fysiska skyddsrounder.

7.4.3 Rapportering av riskobservationer, tillbud och olyckor

Rapportering och uppföljning av olycksfall och tillbud²⁷ gör gällande för hur olika typer av händelser ska rapporteras. För tillbud anges att det ska rapporteras i bolagets digitala system via dator eller applikation för mobiltelefon. Även anmälan om arbetsskada ska ske i det digitala systemet. Där ska det även finnas länkar för vidare rapportering till exempelvis Försäkringskassan. I det digitala systemet finns det även en direktlänk för omedelbar anmälan till Arbetsmiljöverket, vilken ska användas vid händelser då arbetstagaren skadats allvarligt eller vid händelser då flera arbetstagare skadats samtidigt. Det framgår även av arbetsmiljöhandbok för bygg- och anläggningsarbete att riskobservationer, incidenter och olyckor ska rapporteras i det digitala avvikelssystemet.

Enligt riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete är närmaste chef är ansvarig för att säkerställa att åtgärder vidtas och följs upp. I rapportering och uppföljning av olycksfall och tillbud anges att händelseansvarig (chef) är ansvarig för att följa upp inrapporterade tillbud och tillse att eventuella åtgärder som behöver utföras genomförs. Det framgår vidare att den berörda arbetsledningen ska bedöma om det finns ett behov av akuta åtgärder. Arbetsledningen är även ansvarig för att initiera ytterligare utredningar och åtgärder om den inträffade händelsen kräver det.

7.4.4 Riskbedömning och vidtagande av åtgärd

Arbetsmiljöhandboken för bygg- och anläggningsarbeten gör gällande att anställda bör genomföra en egen riskbedömning inför varje nytt arbetsmoment där riskexponeringen är oklar. För denna riskbedömning finns det ett personligt och fysiskt pappersblock. Det ska även vara möjligt att göra denna riskbedömning digitalt. Det uppges vid intervju att det inte finns något krav på att dokumentera eller lämna in sådana riskbedömningar. Vid intervju beskrivs upplevelser om att sådana riskbedömningar sällan dokumenteras.

²⁶ HR-chef 2025-06-07.

²⁷ HR-chef 2022-09-09.

Det uppges vid intervju att berörd chef blir informerad om inrapporterade risker och brister i arbetsmiljö som genomförs i det digitala systemet. ^{Sid 20(25)}

Enligt riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete ska risk- och konsekvensbedömningar av inrapporterade risker/brister dokumenteras. Enligt intervju ska detta ske i det digitala systemet. Vi har även tagit del av en mall för risk- och konsekvensbedömningen av psykologiska, sociala och organisatoriska riskkällor.

Det anges i årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024²⁸ att riskbedömningar genomförs i det digitala systemet för avvikelshantering men att samtliga medarbetare inte kunnat ta del av dessa. För att hantera detta under år 2025 har tillgängligheten för olika användare i systemet setts över.

Det framgår av den årliga uppföljningen år 2024 att skriftliga handlingsplaner har utarbetats för åtgärder som inte kunnat vidtas omedelbart. Det anges även att genomförda åtgärder i ärenden av allvarlig karaktär kontrolleras och utvärderas.

7.4.5 Kontroll och uppföljning för att säkerställa följsamhet till rutinerna

Digitalt system för rapportering av riskobservationer, tillbud och olyckor

Vid intervju uppges det att inrapporterade händelser är kategoriserade som ohanterade i systemet tills en chef har vidtagit åtgärd och markerat händelsen som "hanterad". Överordnad chef uppges även kunna se vilka händelser som rapporterats in inom underställda chefers ansvarsområden.

Vi har tagit del av ett flertal skärmbilder för det digitala systemet, vilka bland annat visar hur det ser ut när en risk/brist i arbetsmiljön har rapporterats in, hur riskanalys genomförs samt hur utredning genomförs. Skärmbilderna visar även hur det ser ut då åtgärder ska identifieras och följas upp. Samtliga aktiviteter har ett fastställt datum för genomförande. Vi har även tagit del av en skärmbild som visar inställningarna i systemet för påminnelser. Innan datum för genomförande ska påminnelser skickas ut för samtliga aktiviteter till den chef som berörs av den inrapporterade händelsen.

Kontroll av ledtider mellan anmälan och handlingsplan

Av Gävle Energi AB:s plan för intern kontroll 2025²⁹ framgår bolagets risk- och väsentlighetsanalys. Det framgår bland annat att risk för allvarlig personskada bedöms som kritisk och risk för bristande förutsättningar vid delegation bedöms som medium. Den förstnämnda risken inkluderades i bolagets plan för intern kontroll 2025.

Enligt plan för intern kontroll ska risk för allvarlig personskada kontrolleras genom tre moment:

- Kontinuerlig uppföljning av ledtider mellan anmälan och handlingsplan kontinuerligt.
- Förbättra arbetet mellan observationer, tillbud och olyckor.
- Fortsatt utbildning av chefer och medarbetare samt intensifierade dialoger vid arbetsplatsträffar/team-möten kring arbetsmiljö och rapportering.

Det uppges i plan för intern kontroll att HR-chef är ansvarig som samtliga kontrollmoment och att resultatet av kontrollerna ska rapporterats tertiälvís.

²⁸ 2025-01-22.

²⁹ Gävle Energi AB 2024-12-19, § 4194.

Vi har tagit del av en uppföljning av arbetet med kontrollmomenten per tertiäl två³⁰, vilken gör gällande att ledtiderna för att agera på inrapporterade händelser tenderar att bli utdragna. Det framgår inte hur långa ledtiderna är. Det uppges vidare att det pågår ett arbete för att minska ledtiderna för hanteringen av ärenden, för att upprätthålla engagemang för att rapportera händelser och för att säkerställa en säker och trygg arbetsmiljö.

Det anges i uppföljning av intern kontroll per tertiäl två att det, vid tiden för uppföljningen, rapporterats in 82 händelser under året fördelat på riskobservationer (54), tillbud (19), olyckor (4), färdolyckor (4) samt övriga avvikelser (1).

Årlig uppföljning och uppföljning i skyddskommittén

Underlaget "säkerhetskultur"³¹ gör gällande att det är viktigt att den som rapporterar tillbud eller arbetsskador får återkoppling på sin rapport. Enligt rapportering och uppföljning av olycksfall och tillbud är den berörda arbetsledningen ansvarig för att arbetsskador, ohälsa och tillbud behandlas på arbetsplatsträffar och i skyddskommittén.

Det framgår av årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024³² att ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud följs upp men att det finns brister i återkopplingen av de åtgärder som vidtas. En åtgärd för att hantera detta under år 2025 beskrivs vara att påminna chefer att sprida återkoppling i samband med till exempel chefsträffar och skyddskommitté.

Enligt protokoll från skyddskommitté i september år 2025³³ har det skett en uppföljning av genomförda skyddsronder under året till och med sista augusti. Skyddskommittén har även följt upp anmälda tillbud, arbetsskador och olycksfall under året till och med den sista augusti. Uppföljningen av inrapporterade händelser visar även i vilka verksamheter rapporteringarna skett inom. Skyddskommittén har även följt upp hanteringstiden för de inrapporterade händelserna. Av uppföljningen framgår antal dagar från rapportering till färdigställd utredning, antal dagar från färdigställd utredning till att händelse anges vara klar samt antal dagar från händelse till att händelsen är angiven som klar.

7.4.6 Bedömning

Vår bedömning är att det **endast delvis** genomförs systematiska riskbedömning av arbetsmiljön utifrån de arbetsmoment som normalt och återkommande utförs.

Vår bedömning baseras bland annat på att det anges i rutiner att ska genomföras riskbedömning inför varje nytt arbetsmoment. Våra intervjuer indikerar på att riskbedömningar av denna typ inte alltid dokumenteras. Däremot finns det stödmaterial som kan användas för denna bedömning.

Vi kan konstatera att genomförandet av riskbedömningar följs upp vid den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Däremot bedömer vi att det inte finns ett systematiskt arbete som syftar till att säkerställa att riskbedömningar genomförs och dokumenteras i det dagliga operativa arbetet.

³⁰ Uppföljning Internkontrollplan delår 2, 2025. Gävle Energi AB 2025-09-25, § 4259.

³¹ Säkerhetssamordnare 2025-07-22.

³² 2025-01-22.

³³ Protokoll skyddskommitté. 2025-09-12.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** säkerställts att det vidtas åtgärder vid identifierade risker eller brister i arbetsmiljön.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** upprättas handlingsplaner för att vidta åtgärder baserat på de identifierade riskerna i arbetsmiljön på olika nivåer i bolagen.

Vår bedömning baseras bland annat på att berörd chef blir notifierad om inrapporterade risker eller brister i arbetsmiljön rapporterats i det digitala systemet. I systemet finns det även en inbyggd funktion för påminnelser. Vi bedömer att detta skapar goda förutsättningar för att säkerställa att åtgärder vidtas. Däremot är det inte fullt ut säkerställt då det åligger chef att vidta åtgärd till följd av inrapporterad händelse och påminnelse. Uppföljningen av ledtider vad gäller hantering av inrapporterade händelser skapar möjligheter till att fånga upp eventuella avvikelser per tertial.

Vi kan även konstatera att den årliga uppföljningen omfattar vidtagande av åtgärder. Däremot bedömer vi att det finns en risk att åtgärder inte vidtas med anledning av att det finns möjlighet att dokumentera genomförda skyddsronder utanför det digitala systemet. Vi har inte tagit del av underlag som påvisar att det sker någon uppföljning av denna dokumentation.

Vad gäller upprättande av handlingsplaner baserar vi vår bedömning vidare på att den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet tyder på att handlingsplaner utarbetas vid konstaterade risker/brister. Vi bedömer även att digital dokumentering av undersökningar och riskbedömningar av arbetsmiljön möjliggör en systematisk uppföljning av riskbedömningar och vidtagna åtgärder.

Vår bedömning är att handlingsplanerna **i allt väsentligt** följs upp.

Vår bedömning baseras på att rutinerna gör gällande på vilket sätt arbetsmiljön ska undersökas på ett systematiskt sätt samt vilka händelser som ska rapporteras in som tillbud och olyckor. Rutinerna anger även på vilket sätt riskbedömningar ska genomföras samt när handlingsplaner ska upprättas. Det finns även ett digitalt system för utarbetande av handlingsplaner. Däremot ska endast genomförda åtgärder i ärenden av allvarlig karaktär kontrolleras och utvärderas på aggregerad nivå.

Vår bedömning baseras vidare på att det sker en uppföljning av dokumentering i det digitala systemet gällande antal dagar från färdigställd utredning till att händelse anges vara klar samt antal dagar från händelse till att händelsen är angiven som klar. Vi bedömer att detta skapar goda förutsättningar för att fånga avvikelser i hantering av inrapporterade händelser per kvartal.

Vår bedömning är att det **finns** ett systematiserat arbetssätt gällande rapportering av tillbud och olyckor.

Vår bedömning baseras på att det finns ett digitalt system för inrapportering av tillbud och olyckor som notifierar berörd chef om det sker en rapportering av tillbud eller olycka. Under året har det även bedrivits ett arbete kring risk för allvarlig personskada. Rapportering av tillbud

och olyckor förutsätter däremot att den som drabbas eller bevittnar händelser rapporterar detta.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns ett systematiserat arbetssätt gällande att utreda tillbud och olyckor.

Vår bedömning baseras bland annat på att berörd chef blir notifierad om inrapporterade tillbud och olyckor i det digitala systemet. I systemet finns det även en inbyggd funktion för påminnelser. Vi bedömer att detta skapar goda förutsättningar för att säkerställa att åtgärder vidtas. Däremot är det inte fullt ut säkerställt då det åligger chef att vidta åtgärd till följd av inrapporterad händelse och påminnelse. Uppföljningen av ledtider vad gäller hantering av inrapporterade händelser skapar möjligheter till att fånga upp eventuella avvikelser per tertial.

Vi bedömer även att chefens ansvar för att utreda tillbud och olyckor framgår i styrande dokument. I rutinerna anges det även i vilka situationer utredning av händelser ska ske. Vi bedömer även att ett digitalt system för inrapportering av händelser och för dokumentering av det efterföljande arbetet skapar goda möjligheter för att säkerställa att inrapporterade händelser utreds.

Vår bedömning baseras även på att det anges i årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet att ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud följs upp men att det finns brister i återkopplingen av de åtgärder som vidtas.

7.5 UPPFÖLJNING

7.5.1 Styrande förutsättningar

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete ska arbetsgivaren följa upp arbetet årligen. Om uppföljningen påvisar brister i arbetet ska arbetsgivaren vidta förbättrande åtgärder. Resultatet av uppföljningen ska dokumenteras skriftligt om det finns tio eller fler arbetstagare i verksamheten.

Som tidigare nämnt framgår det av Arbetsmiljölagen (1977:1160) att arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö.

7.5.2 Årlig uppföljning

Vi har tagit del av årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024³⁴, vilken gör gällande att uppföljningen har genomförts av arbetsgivare och skyddsombudsrepresentanter. Uppföljningen är utformad som en checklista som ska fyllas i av chef och skyddsombud på respektive avdelning. Checklistan består av ett flertal uppföljningsfrågor som till exempel om skyddsombuden tillräcklig arbetsmiljöutbildning för sitt uppdrag eller om det finns skriftliga handlingsplaner för åtgärder som inte kan genomföras direkt. Uppföljningsfrågorna ska besvaras med "ja" eller "nej", men det är möjligt att kommentera respektive svar. Det är även möjligt att ange åtgärder i checklistan. För angivna åtgärder ska det framgå vad som ska genomföras, vem som är ansvarig för utförandet och datum för färdigställande. Uppföljningen ska undertecknad av både arbetsgivarrepresentant och skyddsombud.

³⁴ 2025-01-22

Vi har inte tagit del av underlag som påvisar att Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB har följt upp det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Säkerhetsarbete i verksamheterna

Vi har tagit del av ett årshjul för säkerhetsarbete i verksamheterna³⁵, vilket gör gällande det ska årligen ska genomföras ett flertal uppgifter på verksamhetsnivå inom specifika tidsperioder. Av årshjulet framgår till exempel att det ska genomföras en sammanställning av

- Januari – mars: riskanalys och genomgång av åtgärder för att förebygga identifierade risker.
- April – juni: befattningsanalys för att undersöka om det tillkommit uppgifter till befintliga befattningar eller om nya befattningar tillkommit.
- Juli – september: sammanställning av incident- och avvikelserapportering.
- Oktober – december: genomgång av kompetens och utbildning kopplat till säkerhet.

Enligt årshjulet ska ovan nämnd uppgifter dokumenteras och sparas inom verksamhetens egen organisation. Det uppges vid intervju att årshjulet har lanserats under år 2025.

7.5.3 Års- och hållbarhetsredovisning

Av Gävle Energi AB:s års- och hållbarhetsredovisning 2024³⁶ framgår ett flertal aktiviteter som ska genomföras för att utveckla och behålla medarbetare samt säkerställa en god arbetsmiljö, däribland:

- Pulsmätningar med efterföljande dialoger i arbetsgrupperna fyra till sex gånger per år.
- Skyddskommitté som sammanträder fyra gånger per år, där samtliga skyddsombud och utsedda tjänstemän deltar.
- Årliga medarbetarsamtal med fokus på hälsa, måluppfyllelse och karriärutveckling.
- Facklig samverkan en gång per månad samt fackligt deltagande vid styrelsemöten där detta avtalats.
- Systematiskt arbetsmiljöarbete som årligen utvärderas och uppdateras inom ramen för skyddskommitténs arbete.

7.5.4 Bedömning

Vår bedömning är att Gävle Energi AB **har** säkerställt en systematisk uppföljning av arbetsmiljöarbetet på de olika nivåerna i organisationen. Vi bedömer att Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB **inte** har följt upp det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vår bedömning baseras på att det har genomförts en årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024. I den årliga uppföljningen ingår bland annat uppföljning av styrande dokument, fördelning av arbetsmiljöuppgifter, undersökning av arbetsmiljön, riskbedömningar samt vidtagande av åtgärder.

Vi bedömer att dotterbolagen ska följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet med anledning av deras arbetsmiljöansvar.

³⁵ Beslutsinstans och datering saknas.

³⁶ Gävle Energi AB 2025-02-20, § 4209.

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB endast delvis bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi Gävle Energi AB, Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB att:

- Tydliggöra ansvarsfördelning mellan moderbolaget och dotterbolagen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vi rekommenderar Gävle Energi AB att:

- Tillse att fördelning av arbetsmiljöuppgifter sker i enlighet med gällande rutiner.
- Tydliggöra processen för den kontinuerliga uppföljningen av fördelade arbetsmiljöuppgifter.
- Säkerställa att det genomförs riskbedömningar, att åtgärder vidtas vid identifierade risker/brister samt att vidtagna åtgärder följs upp.

Vi rekommenderar Gävle Energi Elnät AB och Gävle Kraftvärme AB att:

- Besluta om en arbetsmiljöpolicy.
- Årligen följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Utöver våra iakttagelser och våra bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen i Gävle kommun och Gävle Stadshus AB att:

- Tydliggöra processen för beslutsfattandet för styrande dokument som även ska gälla för de kommunala bolagen.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Micaela Hedin

Certifierad kommunal revisor

Liam Alldén

Verksamhetsrevisor

Maria Wiksten

Verksamhetsrevisor

2026-03-24

Dnr:25REK27

Missiv - Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Granskningens syfte har varit att bedöma om bolagsstyrelsen i Gävle Hamn AB har ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att bolagsstyrelsen i Gävle Hamn AB endast delvis har ett systematiserat arbetsmiljöarbete. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Både denna granskning och granskningen av Gävle Energi AB:s, Gävle Energi Elnät AB:s och Gävle Kraftvärme AB:s systematiska arbetsmiljöarbete har visat att bolagen har hanterat kommunfullmäktiges styrdokument på olika sätt. Granskningarna har också visat att processen för fastställande av fullmäktiges styrdokument inte varit helt tydliggjord för bolagen. Med utgångspunkt i dessa iakttagelser har Azets Revision & Rådgivning AB fått ett tilläggsuppdrag att genomlysa hanteringen av styrdokument inom bolagskoncernen. Det tilläggsuppdraget med tillhörande rekommendationer har överlämnats till kommunstyrelsen och Gävle Stadshus AB för yttranden.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Hamn AB:

- Tydliggöra på vilket sätt mål för arbetsmiljö ska ingå i planering och uppföljning av verksamheten.
- Följa upp och utvärdera uppfyllelsen av samtliga mål för arbetsmiljön.
- Systematiskt kontrollera att det genomförs riskbedömningar, att åtgärder vidtas vid identifierade risker/brister samt att vidtagna åtgärder följs upp.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Hamn AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Fredrik Sollenborn
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:14

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

14CC3734B96C77194B23D41EA4412D3A9A9D19B0626830EFD2E1F5D29692A094

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-03-30 21:55

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

14CC3734B96C77194B23D41EA4412D3A9A9D19B0626830EFD2E1F5D29692A094

Namn: Fredrik Sollenborn

Datum: 2026-03-26 17:38

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

14CC3734B96C77194B23D41EA4412D3A9A9D19B0626830EFD2E1F5D29692A094

A decorative graphic on the left side of the page consisting of a large blue triangle pointing right, and a cluster of smaller triangles in light grey, green, and blue. The main title is centered below this graphic.

Genomlysning av hantering av styrande dokument inom bolagskoncernen

Rapport

Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB

2026-03-24

Antal sidor 7

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

2	Bakgrund	3
3	Styrning av Bolagskoncernen	4
3.1	<i>Kommunala bolag i lagstiftning</i>	4
3.1.1	Principer för styrning av kommunala bolag	4
3.1.2	Kommunfullmäktiges direktiv och efterföljande hantering	4
3.1.3	Beslut om ägardirektiv på bolagsstämmor	6
3.1.4	Kommunstyrelsens uppsiktsplikt	6
3.1.5	Samlade iakttagelser och bedömning	6

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB att genomföra en genomlysning av hantering av styrande dokument inom kommunkoncernen. Uppdraget är ett tilläggsuppdrag till granskningarna av det systematiska arbetsmiljöarbetet i Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB.

Syftet med genomlysningen är att kartlägga hur styrande dokument som är beslutade av kommunfullmäktige och som ska gälla hela kommunkoncernen hanteras inom bolagskoncernen.

Genomlysningen har genomförts genom dokumentstudier av till exempel företagspolicy för Gävle kommun, ägardirektiv och bolagsordningar. Inom ramen för genomlysningen har vi även beaktat tillämplig lagstiftning samt Sveriges, kommuner och regioners principer för styrning av kommun- och regionägda bolag.

Genomlysningen grundar sig på två fördjupade revisionsgranskningar i Gävle Hamn AB och Gävle Energi AB. Inom ramen för denna genomlysning har även områden med bäring på Gävle Stadshus AB:s ansvarsområden ingått. I uppdraget har det inte ingått att genomföra muntliga avstämningar/intervjuer med representanter för Gävle Stadshus AB.

3 STYRNING AV BOLAGSKONCERNEN

3.1 KOMMUNALA BOLAG I LAGSTIFTNING

Enligt kommunallagen¹ får kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till kommunala bolag. Om skötseln av en kommunal angelägenhet överlämnas till ett helägt kommunalt bolag ska kommunfullmäktige bland annat fastställa i bolagsordningen det kommunala ändamålet med verksamheten i samt att fullmäktige får ta ställning till sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet och större betydelse.²

Kommunfullmäktige ska även utse samtliga styrelseledamöter i helägda kommunala bolag enligt vad som anges i kommunallagen.³ Detta är skillnad jämfört med vad som anges i aktiebolagen. För övriga aktiebolag utses bolagsstyrelsen av bolagsstämman och har till huvudsaklig uppgift att bland annat svara för bolagets organisation samt förvaltningen av bolagets angelägenheter.⁴

Det anges i aktiebolagslagen⁵ att det ska fattas beslut vid årsstämman om till exempel att fastställa resultaträkningen och balansräkningen. Det ska även fattas beslut om ansvarsfrihet för styrelseledamöterna och den verkställande direktören. Om det finns andra ärenden enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen som ska behandlas ska det beslutas vid årsstämman.

3.1.1 Principer för styrning av kommunala bolag

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har utarbetat principer för styrning av kommun- och regionägda bolag⁶, vilka ska fungera som stöd för kommunens eller regionens arbete med bolagsstyrning. SKR anger att kommunfullmäktige i kommunen ska avgöra om principerna ska följas helt eller delvis eller om bolagsstyrningen ska ske på något annat sätt.

Det anges i principerna för styrning att kommunerna kan, i egenskap av aktieägare, lämna anvisningar, vanligen kallade ägardirektiv, till bolagsstyrelsen genom ett beslut på bolagsstämman. Det anges vidare att ett ägardirektiv som beslutas av stämman blir bindande för bolagsstyrelsen.

3.1.2 Kommunfullmäktiges direktiv och efterföljande hantering

Enligt kommunfullmäktiges företagspolicy⁷ styr fullmäktige den bolagiserade verksamheten genom utfärdande av direktiv. Ägardirektiv och bolagsordningar utgör exempel på direkta styrdokument medan styrdokument som finanspolicy och personalpolicy är exempel på särskilda ägardirektiv.

¹ 3 kap. 11 § Kommunallagen (2017:725).

² 10 kap. 3 § Kommunallag (2017:725).

³ 10 kap. 3 § 3 p Kommunallagen.

⁴ 8 kap. 4 och 8 §§ Aktiebolagslag (2005:551).

⁵ 7 kap. 11 § Aktiebolagslag (2005:551).

⁶ Principer för styrning av kommun- och regionägda bolag. Sveriges kommuner och regioner 2020.

⁷ Företagspolicy för Gävle kommun. Kommunfullmäktige 2012-06-18, § 116.

I Gävle Energi AB:s ägardirektiv för åren 2025–2028⁸ anges det till exempel att bolagets verksamhet och bolagets förhållande till kommunen regleras genom bland annat även ägardirektiv som policys, reglementen och riktlinjer. I ägardirektivet anges det även att det ankommer på bolagets styrelse och verkställande direktör att följa utfärdade ägardirektiv om de ej står i strid mot tvingande bestämmelser i aktiebolagslagen eller annan lag eller författning.

Det anges i företagspolicyn att Gävle Stadshuskoncernen avser Gävle Stadshus AB och tillhörande dotterbolag, både hel- och delägda. Styrelsen i Gävle Stadshus AB uppges ha rollen som koncernstyrelse.

Enligt företagspolicyn ska Gävle Stadshus AB förmedla de ägardirektiv som utgår från kommunfullmäktige till dotterbolagen. Moderbolaget ska "å-jourhålla" och löpande uppdatera de styrdokument som gäller för bolagen och som är beslutade av kommunfullmäktige. Det framgår inte av policyn på vilket sätt detta ska ske. Enligt företagspolicyn åligger det även Gävle Stadshus AB att, utifrån företagspolicyn och ägardirektiv, utforma och besluta om en operativ beslutsordning som närmare anger beslutsnivåerna i bolagskoncernen.

Bolagsstämman

I företagspolicyn anges det att ägarrepresentanter ska särskilt bevaka ägardirektiv kring verksamhetens måluppfyllelse, ekonomiska mål samt helhetssyn och samordning inom kommunkoncernen vid bolagsstämma.

Det anges för både i Gävle Energi AB:s bolagsordning⁹ och Gävle hamn AB:s bolagsordning¹⁰ att följande tolv ärenden ska förekomma på årsstämman:

1. Val av ordförande för stämman.
2. Upprättande och godkännande av röstlängd.
3. Val av en eller två justeringsmän.
4. Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad.
5. Godkännande av dagordning.
6. Framläggande av årsredovisning och i förekommande fall koncernredovisning, revisionsberättelse samt lekmannarevisorernas granskningsrapport.
7. Beslut a) om fastställande av resultat- och balansräkning samt i förekommande fall koncernresultat- och koncernbalansräkning, b) om dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen, c) om ansvarsfrihet åt styrelseledamöter och verkställande direktör.
8. Fastställande av arvoden för styrelse, revisor och lekmannarevisor med suppleanter.
9. Anmälan av kommunfullmäktiges val av styrelseledamöter, styrelsesuppleanter och lekmannarevisorer samt utseende av styrelsens ordförande och vice ordförande.
10. Val av revisorer samt eventuella suppleanter.
11. Fastställelse av styrdokument.

⁸ Ägardirektiv för Gävle Energi AB 2025–2028. Kommunfullmäktige 2024-11-25, § 3

⁹ Bolagsordning – För Gävle Energi AB. Kommunfullmäktige 2022-12-22, § 3

¹⁰ Bolagsordning- För Gävle Hamn AB. Kommunfullmäktige 2022-12-22, § 3

12. Annat ärende som ankommer på stämman enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen.

3.1.3 Beslut om ägardirektiv på bolagsstämmor

Vid Gävle hamns bolagstämma¹¹ fastställdes följande styrdokument: ägardirektiv, företagspolicy, finanspolicy, internbankspolicy, operativ beslutsordning samt kommunkoncerngemensamma styrdokument som är beslutade enligt kommunfullmäktige. Det uppges av representanter för Gävle Hamn att denna skrivning omfattar samtliga kommunkoncerngemensamma styrande dokument som kommunfullmäktige beslutat om.

Gävle Energi AB:s styrelse¹² har beslutat om att anta Gävle kommunkoncerns medarbetarpolicy, vilken är beslutad av kommunfullmäktige. Det uppges att policyn endast är beslutad av bolagsstyrelsen och inte bolagsstämman.

3.1.4 Kommunstyrelsens uppsiktsplikt

I företagspolicyn anges det att kommunstyrelsen ska fullgöra sin uppsiktsplikt i enlighet med 6 kap. 1 § i kommunallagen. Det beskrivs vidare att kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för kommunkoncernens förvaltning och ekonomi samt för beredning och verkställighet av kommunfullmäktiges beslut. Kommunstyrelsen är även ansvarig för tillsyn över beslutens laglighet.

Det anges i kommunstyrelsens reglemente¹³ att styrelsen ska ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i kommunala företag, stiftelser och kommunalförbund. Det beskrivs vidare att uppsiktsplikten främst ska avse ändamål, ekonomi och efterlevnad av uppställda direktiv men även övriga förhållanden av betydelse för kommunen. Kommunstyrelsen ska även svara för att tillvarata kommunens intressen vid bolags- och föreningsstämmor och andra likartade sammanträden.

Enligt företagspolicyn ska Gävle Stadshus AB organisera och samla in den information rörande dotterbolagens verksamhet som kommunstyrelsen begär för fullföljande av sin uppsiktsskyldighet.

3.1.5 Samlade iakttagelser och bedömning

Den ordning som ska gälla för kommunkoncernövergripande styrande dokument finns reglerad i företagspolicyn där modernkoncernbolaget bland annat ska förmedla de ägardirektiv som utgår från kommunfullmäktige till dotterbolagen. Moderbolaget ska även "å-jourhålla" och löpande uppdatera styrdokumentet. Vi bedömer att bestämmelserna i företagspolicyn reglerar moderkoncernbolagets ansvar för hantering av styrande dokument.

Det framgår av respektive bolags bolagsordning att bolagsstämman ska fastställa styrande dokument. Därtill framgår av företagspolicyn att det är ägarrepresentanter vid bolagsstämman som särskilt ska bevaka ägardirektiv kring verksamhetens måluppfyllelse, ekonomiska mål samt helhetssyn och samordning inom kommunkoncernen vid

¹¹ Protokoll bolagstämma Gävle Hamn AB bolagstämma 2025-05-21 § 12

¹² Protokoll styrelse Gävle Energi AB 2018-12-05 § 3537

¹³ Reglemente för kommunstyrelsen. Kommunfullmäktige 2024-06-17, § 12

bolagsstämma. Det framgår inte om huruvida ägarrepresentanter ska bevaka ägardirektiv inom olika verksamhetsområden som till exempel personalpolitik och arbetsmiljö.

Vår genomlysning har visat att de två bolagens behandling av kommunfullmäktigs styrande dokument inte varit likvärdig. Gävle Hamn AB:s bolagsstämma har beslutat om att fastställa ett flertal namngivna styrande dokument som är beslutade av kommunfullmäktige.

Bolagsstämman har även fattat ett allmänt beslut om att fastställa andra styrdokument som fullmäktige har beslutat om. Vi bedömer att det behöver framgå av bolagsstämmans beslut vilka ägardirektiv som beslutet avser.

Bolagsstyrelsen för Gävle Energi AB har beslutat om att bekräfta styrande dokument som kommunfullmäktige har beslutat om. Det anges att styrande dokument som till exempel medarbetarpolicy inte har beslutats om av bolagsstämman. Vi bedömer att ägardirektiv ska fastställas av bolagsstämman.

Vi bedömer att det åligger ett ansvar för moderkoncernbolaget att tillse att den styrmodell som är beslutad gällande ägardirektiv följs. Modernkoncernbolaget har ett ansvar för att förmedla ägardirektiv till respektive bolagsstämma inom koncernen. Därtill bedömer vi att det kan förtydligas att ägarrepresentant även har ett ansvar för att bevaka att mer verksamhetsspecifika ägardirektiv fastställs i behörig ordning.

Utifrån den förstärka uppsiktsplikten bedömer vi att kommunstyrelsen har ett ansvar för att tillse att de kommunala bolagens stämmor beslutar om att fastställa de ägardirektiv som kommunfullmäktige beslutat om.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB



Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Rapport

Gävle Hamn AB

2026-03-24

Antal sidor 26

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	6
6	Resultat av granskningen	8
6.1	<i>Styrande dokument</i>	8
6.1.1	Styrande förutsättningar	8
6.1.2	Dokument på bolagsnivå	8
6.1.3	Bedömning	10
6.2	<i>Samordningsansvar</i>	11
6.2.1	Styrande förutsättningar	11
6.2.2	Organisation	11
6.2.3	Samordningsansvar för gemensamt arbetsställe	13
6.2.4	Samråd och samordning med andra verksamhetsutövare	13
6.2.5	Bedömning	14
6.3	<i>Fördelning av arbetsmiljöuppgifter</i>	14
6.3.1	Styrande förutsättningar	14
6.3.2	Tydliggörande av fördelning av uppgifter	14
6.3.3	Utbildning vid fördelning	15
6.3.4	Uppföljning av fördelade arbetsmiljöuppgifter	16
6.3.5	Kontroll av fördelning av arbetsmiljöuppgifter	16
6.3.6	Bedömning	16
6.4	<i>Undersöka, bedöma och åtgärda</i>	17
6.4.1	Styrande förutsättningar	17
6.4.2	Arbetsmiljöarbetet i bolaget	17
6.4.3	Bedömning	20
6.5	<i>Uppföljning</i>	22
6.5.1	Styrande förutsättningar	22
6.5.2	Uppföljning av inrapporterade avvikelser	22
6.5.3	Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet	22
6.5.4	Övrig uppföljning med bäring på arbetsmiljön	24
6.5.5	Bedömning	25
7	Samlad bedömning och rekommendationer	26

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle Hamn AB att granska Gävle Hamn AB:s systematiska arbetsmiljöarbete. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om bolagsstyrelsen i Gävle Hamn AB har ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är Gävle Hamn AB endast delvis har ett systematiserat arbetsmiljöarbete.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är bland annat att det inte är tydliggjort på vilket sätt mål för arbetsmiljön ska ingå i planering och uppföljning av verksamheten. Vi noterar att det sker en viss uppföljning av arbetet som bedrivs för att uppnå målen. Däremot kan vi konstatera att det inte sker en sammanhållen uppföljning och utvärdering av uppfyllelsen av samtliga arbetsmiljömål.

Vi bedömer att det genomförs en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Däremot bedömer vi att arbetet med att säkerställa genomförande av riskbedömning, vidtagande av åtgärder samt uppföljning av vidtagna åtgärder behöver utvecklas.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har bolaget en arbetsmiljöpolicy som tydliggör arbetsmiljöansvar?	Ja
Finns mål och styrdokument som är vägledande för bolagets arbete mot att förhindra och åtgärda avvikelser?	Endast delvis
Har bolaget riktlinjer och rutiner för sitt systematiska arbetsmiljöarbete?	I allt väsentligt
Sker det en samordning av arbetsmiljöarbetet inom hamnområdet?	Ja
Finns det rutiner för fördelning av arbetsmiljöuppgifter?	I allt väsentligt
Sker det uppföljning av fördelningen av arbetsmiljöuppgifterna?	I allt väsentligt
Genomförs det systematiska riskbedömningar av arbetsmiljön utifrån de arbetsmoment som normalt och återkommande utförs?	Endast delvis
Har det säkerställts att det vidtas åtgärder vid identifierade risker eller brister i arbetsmiljön?	Endast delvis

Upprättas det handlingsplaner för att vidta åtgärder baserat på de identifierade riskerna i arbetsmiljön på olika nivåer i bolagen?	I allt väsentligt
Följs handlingsplanerna upp?	Endast delvis
Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande rapportering av tillbud och olyckor?	I allt väsentligt
Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande att utreda tillbud och olyckor?	I allt väsentligt
Har bolaget säkerställt en systematisk uppföljning av arbetsmiljöarbetet på de olika nivåerna i organisationen?	Ja

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi Gävle Hamn AB:s styrelse att:

- Tydliggöra på vilket sätt mål för arbetsmiljö ska ingå i planering och uppföljning av verksamheten.
- Följa upp och utvärdera uppfyllelsen av samtliga mål för arbetsmiljön.
- Systematiskt kontrollera att det genomförs riskbedömningar, att åtgärder vidtas vid identifierade risker/brister samt att vidtagna åtgärder följs upp.

Utöver våra iakttagelser och våra bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen i Gävle kommun och Gävle Stadshus AB att:

- Tydliggöra processen för beslutsfattandet för styrande dokument som även ska gälla för de kommunala bolagen.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle Hamn AB att granska Gävle Hamn AB:s systematiska arbetsmiljöarbete. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Bolaget omfattas, i likhet med övriga arbetsgivare, av Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete samt föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete. Systematiskt arbetsmiljöarbete innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa. Målet med arbetet är att skapa en arbetsmiljö där ingen blir sjuk, skadas eller dör av jobbet.

I en hamn samsas många olika arbetsgivare och verksamheter. Det innebär särskilda risker för allvarliga olyckor. De som bedriver arbete i en hamn måste därför samordna arbetsmiljöarbetet för att upptäcka riskerna och genomföra rätt åtgärder.

Genom kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026–2028 har kommunfullmäktige fastställt att Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare. Målet omfattar hela kommunkoncernen och gör gällande att kommunen ska stärka sin arbetsgivarpolitisk och göra den mer likvärdig. Arbetsvillkor, arbetsmiljö och möjlighet till utveckling och omställning ska vara så bra att fler orkar arbeta heltid och vill arbeta kvar längre samt att fler unga söker sig till välfärdsyrkena.

I riskanalys inför år 2025 har lekmannarevisorerna bedömt att det generellt kan finnas risker inom den verksamhet som bolaget bedriver som kan få stora konsekvenser för arbetsmiljön samt för kvaliteten i verksamheten som ska bedrivas. Därav har lekmannarevisorerna bedömt det som viktigt att genomföra en granskning av hur det systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivs.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om bolagsstyrelsen i Gävle Hamn AB har ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har bolaget en arbetsmiljöpolicy som tydliggör arbetsmiljöansvar?
- Finns mål och styrdokument som är vägledande för bolagets arbete mot att förhindra och åtgärda avvikelser?
- Har bolaget riktlinjer och rutiner för sitt systematiska arbetsmiljöarbete?
- Sker det en samordning av arbetsmiljöarbetet inom hamnområdet?
- Finns det rutiner för fördelning av arbetsmiljöuppgifter?
- Sker det uppföljning av fördelningen av arbetsmiljöuppgifterna?

- Genomförs det systematiska riskbedömningar av arbetsmiljön utifrån de arbetsmoment som normalt och återkommande utförs?
- Har det säkerställts att det vidtas åtgärder vid identifierade risker eller brister i arbetsmiljön?
- Upprättas det handlingsplaner för att vidta åtgärder baserat på de identifierade riskerna i arbetsmiljön på olika nivåer i bolagen?
- Följs handlingsplanerna upp?
- Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande rapportering av tillbud och olyckor?
- Finns det ett systematiserat arbetssätt gällande att utreda tillbud och olyckor?
- Har bolaget säkerställt en systematisk uppföljning av arbetsmiljöarbetet på de olika nivåerna i organisationen?

3.1 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till bolagets arbetsmiljöarbete under 2025.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- 6 kap. 6 § Kommunallagen (2017:725)
- 8 kap. 29 § Aktiebolagslagen (2005:551)
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete.
- Kommunplan med årsbudget 2025 och utblick 2026–2028.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av bland annat arbetsmiljöpolicy, riktlinjer för arbetsplatsträffar, distansarbete, riktlinje för likabehandling och mot trakasserier och kränkande särbehandling, rutin för samordningsansvar för gemensamt arbetsställe samt rutiner för riskbedömning, skyddsorganisation, skyddskommitté, riskbedömning vid förändring, årlig uppföljning av SAM samt rutin för ansvar och fördelning av uppgifter inom arbetsmiljö, hälsa, säkerhet och yttre miljö.
- Intervjuer har genomförts med bolagsstyrelsens ordförande och vice ordförande, verkställande direktör, HR-strateg, chef operativa avdelningen, chef verksamhetsstöd, chef utvecklingsavdelningen, chef trafikenheten, chef infrastrukturavdelningen, arbetsledare operativa avdelningen, skyddsombud, urval av operativa medarbetare samt HR-direktör och förhandlingschef på Gävle kommun.

- Kontroll av samtliga fördelningar av arbetsmiljöuppgifter i bolaget. Vi har tagit del av samtliga sju skriftliga fördelningar i bolaget.

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



Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 STYRANDE DOKUMENT

6.1.1 Styrande förutsättningar

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete ska arbetsgivaren tillse att det finns en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsmiljöförhållandena ska vara i arbetsgivarens verksamhet.

Det framgår även av föreskrifterna att arbetsgivaren ska tillse att finns rutiner som beskriver hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska gå till. Rutinerna ska göra gällande för när och hur arbetet ska genomföras, vem som är ansvarig för genomförandet samt vilka som ska medverka.

6.1.2 Dokument på bolagsnivå

Arbetsmiljöpolicy

Kommunfullmäktige har fastställt en medarbetarpolicy¹ för kommunkoncernen som gör gällande att medarbetare ska erbjudas en sund, säker och utvecklande arbetsmiljö för ett hållbart arbetsliv. Enligt medarbetarpolicyn är chefer i koncernen ansvariga för att det bedrivs ett systematiskt, inkluderande arbetsmiljöarbete och för att trakasserier och diskriminering förebyggs.

Gävle Hamn AB:s bolagsstämma har under år 2025 beslutat att fastställa kommungemensamma styrande dokument som är beslutade av kommunfullmäktige.²

Gävle Hamns styrelse har beslutat om en arbetsmiljöpolicy³. Av policyn framgår att den ska följas upp och uppdateras årligen. Det uppges vid intervju att bolagsstyrelsen ska följa upp policyn under år 2026. Det framförs vidare vid intervju att arbetsmiljöpolicyn är sammankopplad med Gävle kommuns medarbetarpolicy, även om detta inte anges i arbetsmiljöpolicyn.

Arbetsmiljömål

Vi har tagit del av ett flertal arbetsmiljömål för 2025 som har formulerats av verkställande direktörens ledningsgrupp⁴. Målen är kopplade till ett flertal områden:

- Säkerhet:
 - Minska antalet tillbud och olyckor.
 - Införa tydliga rutiner.
 - Genomföra regelbundna medarbetarundersökningar.
- Hälsofrämjande:
 - Erbjuder friskvårdsbidrag och massage.
 - Tillhandahåller hälsosamma alternativ som till exempel gratis frukt.
 - Skapa en trivsamt arbetsmiljö.
- Kompetens och utveckling:
 - Utveckla och implementera individuella kompetensutvecklingsplaner.

¹ Kommunfullmäktige 2018-09-24, § 4 / Gävle Hamn AB 2025-05-21, § 12

² Bolagsstämma för Gävle Hamn AB 2025-05-21, § 12.

³ Gävle Hamn AB 2025-04-16, § 1634

⁴ VD, chef Verksamhetsstöd, chef Operativa avdelningen, chef Utvecklingsavdelningen och HR-specialist

- Säkerställa att all personal har nödvändig utbildning, kompetens och certifiering.
- Psykosociala mål:
 - Främja en inkluderande och respektfull arbetskultur.
 - Genomföra regelbundna medarbetarundersökningar.
 - Erbjuder stöd vid behov.

Det uppges vid intervju att målen är planerade att behandlas i skyddskommittén (se avsnitt 6.4.2 för en beskrivning av skyddsorganisationen) i oktober år 2025. I protokoll från mötet anges *genomgång av arbetsmiljömål* som en ej tidsangiven åtgärd kopplat till arbetsmiljöpolicyn.⁵ Det framgår att detta ska ses över/uppdateras senare inför år 2026.

Vid intervju uppges det att arbetsmiljömålen ska följas upp under arbetsplatsträffar (APT), personaldagar samt genom verksamhetsrapporter. Denna uppföljning tydliggörs inte i något styrande eller stödjande dokument. Vi noterar att ett flertal av arbetsmiljömålen berörs i verksamhetsrapporten per helår för år 2025. Det framgår ingen samlad uppföljning och utvärdering av samtliga mål i verksamhetsrapporten.

Riktlinjer och rutiner

Vi har tagit del av ett flertal riktlinjer med bäring på arbetsmiljöarbetet, däribland riktlinjer för arbetsplatsträffar⁶ och distansarbete⁷.

Utöver riktlinjer har vi även tagit del av skriftliga rutiner för riskbedömning⁸, skyddsorganisation⁹, skyddskommitté¹⁰, riskbedömning vid förändring¹¹, årlig uppföljning av SAM¹² samt för ansvar och fördelning av uppgifter inom arbetsmiljö, hälsa, säkerhet och yttre miljö¹³. Gävle Hamn har även en handbok för chefer¹⁴ som anger ett årshjul för arbetsmiljöarbetet. Handboken innehåller länkar till olika riktlinjer och rutiner.

Ovan nämnda riktlinjer och rutiner har en funktion inom bolaget angiven som dokumentansvarig. Samtliga dokument har även bolagets logotyp och anges gälla för anställda i bolaget.

Kommunfullmäktige har år 2020 beslutat om en riktlinje för likabehandling, trakasserier och kränkande särbehandling¹⁵. Det anges i protokoll från kommunfullmäktiges beslut att kommunen och respektive bolag ska utforma särskilda rutiner för tillämpning inom området. Rutinerna ska utgå från respektive organisationers förutsättningar och genomförande. Som tidigare nämnts har bolagsstämman beslutat under år 2025 att fastställa kommungemensamma styrande dokument som är beslutade av kommunfullmäktige. Det framgår inte av protokollet vilka kommungemensamma styrande dokument som avses. Det uppges vid intervju att

⁵ Skyddskommitté i Gävle Hamn AB 2025-10-06.

⁶ Dokumentansvarig HR 2025-06-09

⁷ HR 2025-02-28

⁸ Tillförorordnad trafikchef 2025-04-01

⁹ Verksamhetsstöd 2025-04-07

¹⁰ Verksamhetsstöd 2025-04-07

¹¹ Beslutsinstans och datering saknas

¹² Dokumentansvarig HR-specialist 2025-05-01

¹³ HR 2023-10-18

¹⁴ Chefshandboken är inte daterad och dokumentansvarig anges inte

¹⁵ Riktlinje för likabehandling, trakasserier och kränkande särbehandling. Kommunfullmäktige 2020-05-18, § 6.

dokumenterna som är fastställda av kommunen har implementerats i bolaget vid personaldagar, arbetsplatsträffar (APT), medarbetarundersökningar och utvecklingssamtal.

Vi har tagit del av rutin mot trakasserier, sexuella trakasserier och kränkande särbehandling¹⁶, vilken uppges vid intervju vara tillämplig för bolaget.

Det framgår inte några skrivningar om riktlinjen och rutinen i den erhållna chefshandboken. Det uppges vid intervju att chefshandboken har reviderats med skrivningar kring detta under granskningens genomförande. Vid intervjuer med anställda i bolaget har det inte framgått helt tydligt om det finns styrande/stödjande dokument med bäring på detta område. Under år 2024 har det dock genomförts personaldagar med fokus på likabehandling, trakasserier och kränkande särbehandling. Vi har tagit del av ett bildspel från detta tillfälle, vilket berör riktlinjen för likabehandling och mot trakasserier och kränkande särbehandling.

Det uppges vid intervju att samtliga styrande och stödjande dokument vi har tagit del av finns publicerade i bolagets ledningssystem på intranätet. Vid granskningens genomförande pågick ett arbete med att ta fram ett nytt ledningssystem.

Vid intervju beskrivs att det pågår ett arbete med att se över riktlinjer och rutiner inom tjänstemannaorganisationen i bolaget.

6.1.3 Bedömning

Vi bedömer att bolaget **har** en arbetsmiljöpolicy.

Vi baserar vår bedömning på att kommunfullmäktige har antagit en medarbetarpolicy för Gävle kommunkoncern som bolagsstämman har beslutat att fastställa. Bolagets styrelse har även beslutat om en arbetsmiljöpolicy.

Vi bedömer att det **endast delvis** finns mål och styrdokument som är vägledande för bolagets arbete mot att förhindra och åtgärda avvikelser.

Vi baserar vår bedömning på att vi tagit del av arbetsmiljömål om att till exempel minska antalet tillbud och olyckor, införa tydliga rutiner och genomföra regelbundna medarbetarundersökningar. Vi har inte tagit del av något styrande eller stödjande dokument som tydliggör processen för uppföljning av målen. Vi kan konstatera att några av målen och aktiviteterna för måluppfyllelse berörs i skyddskommittén och i verksamhetsrapporter. Däremot har vi inte tagit del av underlag för en sammanhållen uppföljning och utvärdering av uppfyllelsen av samtliga arbetsmiljömål.

¹⁶ HR-direktör Gävle kommun. 2019-11-13

Vi bedömer att bolaget i **allt väsentligt** har riktlinjer och rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vi baserar vår bedömning på att det finns riktlinjer och rutiner för väsentliga delar av det systematiska arbetsmiljöarbetet, vilka anges i erhållen chefshandboken. För dessa styrande dokument är Gävle Hamn AB dokumentansvarig och det framgår av dokumenten att de gäller för anställda i bolaget. Däremot kan vi konstatera att styrande dokument kring likabehandling, trakasserier och kränkande särbehandling inte finns angivna i erhållen chefshandbok. Det uppges att detta har justerats under granskningens genomförande. Vi kan även konstatera att bolagsstämmans beslut om att anta kommungemensamma styrande dokument fattades i maj år 2025. Det framgår inte heller av protokollet vilka de kommungemensamma styrande dokumenten är. Vi bedömer att detta behöver framgå då dessa är ägardirektiv.

6.2 SAMORDNINGSANSVAR

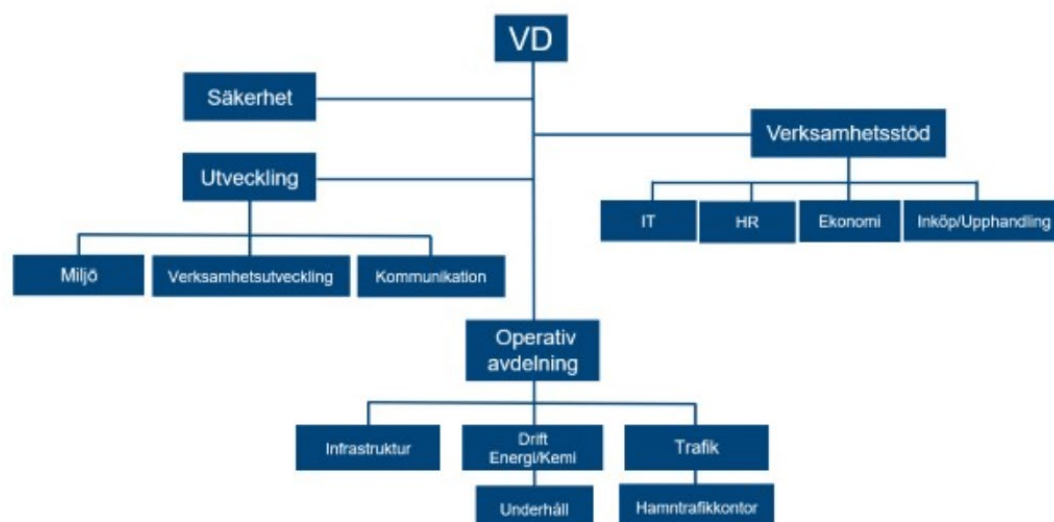
6.2.1 Styrande förutsättningar

Arbetsmiljölagen (1977:1160) gör gällande att den som råder över ett arbetsställe är ansvarig för samordningen av arbetsmiljöfrågor om det fasta driftsställe är gemensamt arbetsställe för flera verksamheter. Det framgår även att ansvaret för samordningen kan överlåtas till någon som bedriver verksamhet på arbetsstället eller, i fråga om lastning eller lossning av ett fartyg i svensk hamn, på hamnen eller redaren. Den som är ansvarig för samordning av arbetsmiljöfrågor ska, enligt arbetsmiljölagen, bland annat tillse att arbetet med att förebygga risker för ohälsa och olycksfall samordnas på det gemensamma arbetsstället.

6.2.2 Organisation

Vi har tagit del av en organisationsskiss för Gävle Hamn AB:s förvaltningsorganisation, se bild nedan.

Bild 1. Gävle Hamn AB:s förvaltningsorganisation



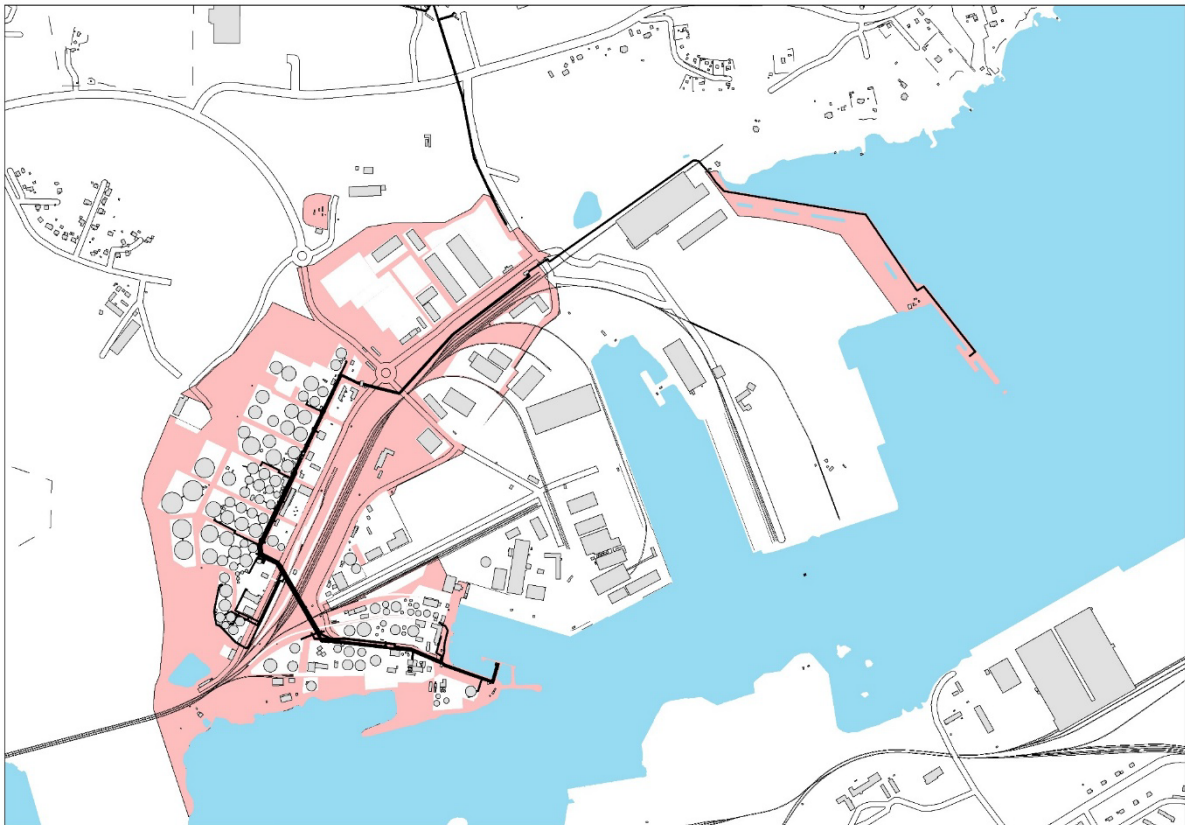
Källa: Internt arbetsmaterial

Det uppges vid intervju att avdelningarna *säkerhet, verksamhetsstöd, utveckling* samt *operativ avdelning* leds av avdelningschefer. Inom den operativa avdelningen finns det tre enheter: *infrastruktur, drift* och *trafik*. Enheterna leds av enhetschefer.

Vid intervju uppges att det fanns cirka 30 medarbetare anställda i bolaget vid granskningens genomförande.

Av rutin för samordningsansvar för gemensamt arbetsställe¹⁷ framgår hamnområdet och de områden Gävle Hamn AB har samordningsansvar för, se bild nedan.

Bild 2. Samordningsansvar i hamnområdet



Källa: Rutin för samordningsansvar för gemensamt arbetsställe

Det beskrivs vid intervju att de rosa områdena är gemensamma arbetsställen, vilka Gävle Hamn AB har samordningsansvar för. De vita områdena är övriga aktörers arbetsställen. Inom de vita områdena är det respektive aktör som har samordningsansvar.

Vid intervju uppges att förhållandena inom övriga aktörers arbetsställen regleras genom koncessionsavtal för det större koncessionsområde respektive genom arrendeavtal för övriga arrendeställen. Vi har tagit del av två exempel på sådana avtal. I ett av de erhållna avtalen finns det ett avsnitt för säkerhet och trygghet, vilket gör gällande att operatören ska ansvara helt för säkerheten på området. I avtalet finns det även ett särskilt avsnitt för arbetsmiljö. Det framgår i detta avsnitt att operatören förbinder sig att alltid och på egen bekostnad, bedriva

¹⁷ Infrastrukturchef 2023-11-06

verksamheten i enlighet med alla gällande arbetsmiljölagar, tillstånd, föreskrifter, regler och beslut som rör arbetsmiljön.

6.2.3 Samordningsansvar för gemensamt arbetsställe

Det framgår av rutin för samordningsansvar för gemensamt arbetsställe¹⁸ att den som råder över ett arbetsställe är ansvarig för samordning av arbetsmiljöfrågor i de fall ett fast driftsställe är ett gemensamt arbetsställe för flera verksamheter. Infrastrukturchef är dokumentansvarig för rutinen. Vid intervju uppges det att en dokumentansvarig ska säkerställa att dokumentet innehåller aktuell och korrekt information.

Rutinen gör gällande att Gävle Hamn AB har samordningsansvaret inom de områden där bolaget har rådighet över. Enligt rutinen kan bolaget överlåta ansvaret för samordningen av arbetsmiljöfrågor till någon annan som bedriver verksamhet inom området. Detta ska ske skriftligt och avse ett avgränsat område. Exempel som anges i rutinen är en tydligt avgränsad byggarbetsplats. Om flera verksamheter bedrivs på samma fysiska plats påverkar samordningsansvaret inte respektive verksamhetsutövers/företags arbetsgivaransvar.

Enligt rutinen ska den samordningsansvariga aktören bland annat tillse att arbetet med att förebygga risker för ohälsa och olycksfall samordnas på gemensamma arbetsställen. Den aktören med samordningsansvar ska även tillse att allmänna skyddsanordningar inrättas och underhålls samt att allmänna skyddsregler för arbetsstället utfärdas.

6.2.4 Samråd och samordning med andra verksamhetsutövare

Enligt rutin för samordningsansvar för gemensamt arbetsställe ska det genomföras samråd med övriga verksamhetsutövare/företag som bedriver verksamhet på, eller i direkt anslutning till, de områden där Gävle Hamn AB har samordningsansvaret. Det beskrivs vid intervju att Gävle Hamn AB genomför ett flertal samrådsmöten, däribland samarbetskommittémöten med aktörer i "energihamnen". Det uppges vidare vid intervju att mötena anordnas fyra gånger per år och dokumenteras. Vi har tagit del av ett protokoll från samarbetskommittémöte den 13 mars år 2025. Av protokollet framgår bland annat att avvikelser/incidenter har behandlats. Det beskrivs vid intervju att andra typer av samråd sker med aktörerna som har koncessionsavtal. Samråd sker tre till fyra gånger per år med respektive aktör. Vid mötena diskuteras frågor som arbetsmiljö. Även dessa möten ska dokumenteras.

Det anges i rutin för samordningsansvar för gemensamt arbetsställe att Gävle Hamn AB kan vara behjälplig då andra verksamhetsutövare/företag ska genomföra riskanalyser. Vid behov ska en gemensam riskbedömning genomföras avseende de arbeten som behöver samordnas. Det beskrivs vid intervju att detta genomförs i samband med de forum som beskrivs i stycket ovan, till exempel samarbetskommittén, och/eller i gemensamma byggprojekt. Riskanalyser som genomförs kopplat till byggprojekt dokumenteras i ett verksamhetssystem. Det uppges även att vid projekt ska projektansvarig genomföra en riskbedömning, vilken ska vara baserad på en arbetsmiljöprojektering. Denna riskbedömning ska utmynnas i en arbetsmiljöplan. Vi har tagit del av exempel på en arbetsmiljöprojektering, riskbedömning och arbetsmiljöplan kopplat till ett särskilt projekt.

¹⁸ Infrastrukturchef 2023-11-06

6.2.5 Bedömning

Vi bedömer att det **sker** en samordning av arbetsmiljöarbetet inom hamnområdet.

Vi baserar vår bedömning på att det finns koncessionsavtal och en rutin som reglerar samordningsansvaret av arbetsmiljöarbetet inom hamnområdet. För det område som Gävle Hamn AB har rådighet över har de samordningsansvaret. Inom detta område finns det systematiserade samrådsmöten med andra aktörer. Under samrådsmötena behandlas till exempel avvikelser/incidenter. Av rutinen framgår att Gävle hamn AB som samordningsansvarig är behjälplig vid andra företags riskanalyser.

6.3 FÖRDELNING AV ARBETSMILJÖUPPGIFTER

6.3.1 Styrande förutsättningar

Enligt 3 kap. 2 § i arbetsmiljölagen är det arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön.

Det anges i 8 kap. 4 § aktiebolagslag (2005:551) att bolagsstyrelsen svarar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Enligt 8 kap. 29 § ska den verkställande direktören sköta den löpande förvaltningen enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar. Det ska förstås som att den löpande förvaltningen inkluderar arbetsmiljöuppgifter.¹⁹

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete framgår att arbetsgivaren ska fördela uppgifterna i det systematiska arbetsmiljöarbetet till en eller flera chefer, arbetsledare eller andra arbetstagare i verksamheten. Uppgiftsfördelningen ska vara skriftlig om det finns tio eller fler arbetstagare i verksamheten. Det är vidare arbetsgivarens ansvar att tillse att de personer som blir tilldelad uppgifter har tillräckliga förutsättningar för detta. Det avser bland annat tillräckliga befogenheter och resurser, samt tillräcklig kompetens för att bedriva ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.

Enligt vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd bör det framgå vem som gjort fördelningen. Det finns däremot inget formellt krav på att den som får uppgifter ska skriva under, utan kravet är att personen har klart för sig vad uppgifterna innebär. Det beskrivs som praktiskt att ta med uppgiftsfördelningen på arbetsmiljöområdet i beslutsordningar, delegationsordningar, befattningsbeskrivningar eller andra dokument som ger besked om rätten till att fatta beslut.

6.3.2 Tydliggörande av fördelning av uppgifter

Av arbetsmiljöpolicyn framgår det att arbetsmiljöansvaret delas av alla i organisationen. Det beskrivs att ledningen, chefer och skyddsombud har ett särskilt ansvar att leda och utveckla arbetsmiljöarbetet. Det finns inget annat styrande dokument som tydliggör bolagsstyrelsens ansvar för arbetsmiljön eller tydliggör bolagets arbetssätt med fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Däremot anges det i chefshandboken att bolagsstyrelsen har det yttersta

¹⁹ [Vd:s ansvar och plikter | Ledarna](#)

ansvaret för arbetsmiljön. Det uppges även att det inte är möjligt att delegera detta ansvar men att det är möjligt att fördela arbetsmiljöuppgifter vidare i organisationen. Det framgår inte av chefshandboken om huruvida detta är ett formellt beslutat dokument.

Vid intervju anges det att bolagsstyrelsen har fördelat arbetsmiljöuppgifter till VD genom VD-instruktionen. Enligt instruktionen ska VD ansvara för bolagets löpande förvaltning enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar, vilket överensstämmer med skrivningen i aktiebolagslagen.²⁰ Det anges inte uttryckligen i instruktionen att styrelsen har fördelat arbetsmiljöuppgifter till VD.

Enligt chefshandboken är närmast överordnad chef ansvarig för att fördela arbetsmiljöuppgifter till underställd chef. Det anges även att samtliga chefer i bolaget ska ta emot eller avge fördelning av arbetsmiljöuppgifter samt att detta ska dokumenteras. Det framgår vidare av chefshandboken att om den som fått arbetsmiljöuppgifter fördelat till sig behöver vara frånvarande en längre period ska en ersättare utses. Det uppges vid intervju att det inte är definierat vad "en längre period" avser.

Det anges i chefshandboken att arbetsgivaren ska tillse att mottagare av arbetsmiljöuppgifter har tillräckliga befogenheter och resurser för att fullgöra uppgifterna de blivit fördelade. Om en mottagare av arbetsmiljöuppgifter bedömer sig sakna tillräckliga befogenheter och resurser eller kunskap och kompetens ska denna vända sig till den som har fördelat uppgifterna och efterfråga rätt förutsättningar. Om detta inte sker ska arbetsmiljöuppgiften skriftligen returneras till den som fördelat den genom en särskild blankett. Enligt rutin för utvecklingssamtal ska chef se över medarbetarens utbildningsbehov samt ansvar och fördelning av uppgifter inom arbetsmiljö, miljö och säkerhet i samband med samtalet. Vid intervju uppges att denna rutin även ska användas vid utvecklingssamtal för chefer. Det anges även vid intervju att ingen har returnerat arbetsmiljöuppgifter under år 2024 eller under år 2025.

Det uppges vid intervju att bolaget har utarbetat en ny blankett för fördelning av arbetsmiljöuppgifter under våren 2025. Tidigare ingick fördelningen av arbetsmiljöuppgifter i rollbeskrivningen/befattningsbeskrivningen för respektive tjänst. I blanketten för fördelning av arbetsmiljöuppgifter ska mottagaren kryssa i en ruta som anger att det åligger denna som chef att "ansvara för att du har tillräckliga kunskaper om fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljöförhållanden som kan leda till ohälsa i arbetet". Det beskrivs vid intervju att införandet av blanketten bland annat syftade till att tydliggöra det ansvar som fördelningen av uppgifter medför. Det uppges vid intervju att signerade blanketter ska tillföras respektive persons personalakt, vilka är förvarade i låsta arkivskåp. Vidare beskrivs att det inte finns ett sammanställt dokument med alla namn som har ett fördelat arbetsmiljöuppgifter.

6.3.3 Utbildning vid fördelning

Det uppges vid intervju att det inte genomförs någon obligatorisk utbildning avseende arbetsmiljöarbete vid fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Det anges att det genomförs en enskild bedömning av individens eventuella behov av utbildning inom området.

Vi har tagit del av ett bildspel från, en så kallad, chefsfrukost 5 maj år 2025. I bildspelet behandlas bland annat aktiviteter som ska genomföras under året samt ansvar och fördelning av uppgifter inom arbetsmiljö, hälsa, säkerhet och yttre miljö. Det beskrivs vid intervju att syftet

²⁰ Beslut av Gävle Hamns AB styrelse den 2024-06-18. 8 kap. 29 § Aktiebolagslagen.

med denna genomgång bland annat var att belysa det pågående revideringsarbetet av styrande dokument och påminna om de arbetsmiljöuppgifter som chefer är ansvariga för att genomföra.

6.3.4 Uppföljning av fördelade arbetsmiljöuppgifter

Enligt chefshandboken ska avstämningar av förutsättningar för de fördelade arbetsmiljöuppgifterna ske löpande samt vid medarbetarsamtal och årlig uppföljning av chefers eget systematiskt arbetsmiljöarbete. Det ska även ske en uppföljning, eller översyn av fördelningen när en medarbetare byter tjänst inom bolaget.

I den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024 anges att det finns en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter, befogenheter och resurser.

6.3.5 Kontroll av fördelning av arbetsmiljöuppgifter

Vi har begärt att ta del av samtliga skriftliga fördelningar av arbetsmiljöuppgifter i bolaget i syfte att kontrollera att det finns en sammanhängande "kedja" av fördelningar. Vi har begärt underlag som påvisar att det skett en fördelning från bolagsstyrelsen till VD och sedan ut i verksamheten i enlighet med organisationsstrukturen.

Som tidigare nämnts anges det inte uttryckligen i VD-instruktionen att styrelsen har fördelat arbetsmiljöuppgifter till VD. Vid intervju anges det att fördelningen har skett genom skrivningen "för bolagets löpande förvaltning enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar".

Vi har tagit del av underlag som påvisar att VD har fördelat arbetsmiljöuppgifter till samtliga av sina fyra direkt underställda chefer den 9 juni år 2025.

Endast chef för den operativa avdelningen har underställda chefer. Vi har tagit del av underlag som påvisar att chef för den operativa avdelningen har fördelat arbetsmiljöuppgifter till infrastruktur- och underhållschef den 9 oktober år 2025 och till trafikchef den 28 november år 2025.

Samtliga fördelningar har genomförts genom bolagets blankett för fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Det har skett en fördelning av samtliga uppgifter till alla chefer med undantag för trafikchef som inte ska genomföra APT.

6.3.6 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns rutiner för fördelning av arbetsmiljöuppgifter.

Vi baserar vår bedömning på att chefshandboken tydliggör bolagsstyrelsens ansvar för arbetsmiljön och beskriver processen för fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Däremot framgår det inte om chefshandboken är formellt beslutad. Med anledning av detta bedömer vi att chefshandbokens styrande funktion är otydlig.

Vår stickprovskontroll har visat att fördelning av arbetsmiljöuppgifter från styrelsen till VD skett i VD-instruktionen genom skrivningen "löpande förvaltning" där fördelning av arbetsmiljöuppgifter bedöms ingå. Fördelning från VD till underställda chefer har skett enligt fastställd blankett. Vår kontroll har därmed visat att rutiner för fördelningarna har tillämpats.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** sker en uppföljning av fördelning av arbetsmiljöuppgifterna.

Vi baserar vår bedömning på det framgår i chefshandboken att det ska ske regelbundna avstämmningar avseende fördelade arbetsmiljöuppgifterna. Det ska även ske en uppföljning i samband med när en medarbetare byter tjänst. Det anges även i bolagets rutiner att fördelning av arbetsmiljöuppgifter ska behandlas vid det årliga utvecklingssamtalet. Det sker även en uppföljning av den skriftliga fördelningen i den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vår bedömning baseras även på att vår kontroll av fördelningar påvisar att det skett en fördelning av arbetsmiljöuppgifter i enlighet med rutiner och organisationsstruktur.

6.4 UNDERSÖKA, BEDÖMA OCH ÅTGÄRDA

6.4.1 Styrande förutsättningar

Enligt Arbetsmiljölagen (1977:1160) ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. De åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska tidplaneras.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete gör gällande att arbetsgivaren regelbundet ska undersöka arbetsmiljöförhållandena i syfte att bedöma risker för ohälsa och olycksfall i arbetet. Vid planerade förändringar i verksamheten ska arbetsgivaren även undersöka om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall och bedöma dessa.

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete ska riskbedömningar alltid dokumenteras skriftligt. Av dokumentationen ska det framgå vilka riskerna är, och om de är allvarliga.

6.4.2 Arbetsmiljöarbetet i bolaget

Enligt rutin för skyddsorganisation för arbetsmiljö och hälsa är Gävle Hamn AB:s verksamhet uppdelad i fyra skyddsområden, utifrån organisatorisk samt geografisk indelning.

Chefshandboken gör gällande att bolagets skyddskommitté ska, på en övergripande nivå, delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet samt följa arbetets genomförande. I skyddskommittén ska frågor om arbetsmiljöns utmaningar och förändringsbehov behandlas. Exempel som anges i chefshandboken är sjukfrånvaro, anpassningar, rehabiliteringar, verksamhetsförändringar, tillbud och arbetsskador.

Det uppges vid intervju att bolagets operativa verksamhet saknar ett skyddsombud. Med anledning av detta ska det regionala skyddsombudet från fackförbundet Transport inkallas vid möten i skyddskommittén.

I chefshandboken finns det ett årshjul för arbetsmiljöaktiviteter som ska genomföras årligen. Vi har även tagit del av en checklista baserat på aktiviteterna i årshjulet.

Undersöka

Enligt chefshandboken ska arbetsförhållanden undersökas regelbundet genom bland annat medarbetarsamtal, medarbetarundersökningar, pulsmätningar, skyddsronder, bullermätningar samt utredning av sjukfrånvaro/rehabilitering och tillbud/arbetsskador.

Vi har tagit del av en mall för arbetsplatsträffar i bolaget, vilken gör gällande att arbetsmiljö är en stående punkt på dagordningen. I mallen framförs exempel på områden som kan diskuteras, däribland fysisk, social och organisatorisk arbetsmiljö samt inrapporterade tillbud och avvikelser.

Chefshandboken gör gällande att ansvarig chef ska boka in och genomföra skyddsronder. Vid skyddsronden ska en checklista användas, vilken kan anpassas till specifika skyddsområden. Det framgår av rutin för skyddsorganisation att det ska genomföras minst två skyddsronder och två skyddsmöten per år inom varje skyddsområde. Ronderna och mötena ska protokollföras. Vid skyddsronderna och skyddsmötena kan chef med samordningsansvar, arbetstagare som dagligen arbetar inom skyddsområdet, skyddsombud, regionalt skyddsombud och representant från operativa avdelningen delta.

I intervju uppges det att samtliga skyddsronder ska dokumenteras i det digitala systemet. Detta framgår även i protokoll från skyddskommittén i oktober år 2025.²¹

Det framförs i chefshandboken att chefer eller medarbetare ska anmäla tillbud och arbetsskador i bolagets verksamhetssystem för avvikelshantering. Rutin för hantering av ständiga förbättringar²² gör gällande för vilka händelsetyper som kan rapporteras in i systemet för avvikelshantering, däribland riskobservation, tillbud, olycksfall och kundklagomål. Vid intervjuer anges det att medarbetare har kännedom var avvikelshantering ska anmälas. Det anges däremot att det har hänt att en avvikelse har anmälts i efterhand, då den är åtgärdad. En del intervjupersoner beskriver upplevelser av att det finns ett mörkertal av inrapporterade avvikelser.

Bedöma och åtgärda

Enligt chefshandboken ska chefer bedöma risker i den dagliga arbetsmiljön samt inför förändringar i verksamhet. Exempel på sådana situationer uppges vara medarbetarförändringar, nya arbetstider/arbetsmetoder, organisationsförändringar, om- och nybyggnationer samt förekomst av hot och våld.

Det framförs i chefshandboken att chefer ska bedöma hur allvarliga riskerna är och prioritera de risker som kan leda till störst skada och som är mest troliga att de sker. Chefshandboken gör gällande att risk- och konsekvensbedömningen ska dokumenteras i bolagets system för avvikelshantering. Vi har även tagit del av en mall för genomförande av bedömningen, vilken

²¹ Skyddskommittén i Gävle Hamn AB 2025-10-06.

²² 2023-10-16

gör gällande att identifierade risker ska bedömas utifrån sannolikhet och konsekvens på en fyrgradig skala.

I den årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet år 2024²³ anges det att riskbedömningarna dokumenteras.

Enligt chefshandboken är målet att vidta åtgärder som eliminerar risken men ibland är inte detta möjligt. Vid sådana tillfällen ska vidtagna åtgärder syfta till att minska eller kontrollera risken. Det som inte åtgärdas direkt ska dokumenteras i en skriftlig handlingsplan.

Handlingsplanen ska beskriva vilken risk som ska åtgärdas, hur den ska åtgärdas, vem som är ansvarig, när det ska vara genomfört och när åtgärden ska följas upp. Chef är ansvarig för att åtgärderna i handlingsplanen genomförs enligt plan. Chefshandboken gör gällande att handlingsplanen ska dokumenteras i bolagets system för avvikelshantering.

Vid inrapportering av tillbud/arbetsskada får ansvarig chef en notis om detta via mejl.

Det anges i chefshandboken att chef och/eller medarbetare ska anmäla tillbud och arbetsskada i systemet för avvikelser. Vid intervju uppges det att berörd chef för en notifikation via mejl när en rapportering sker i systemet. Chefshandboken anger att det är chefen som är ansvarig för att utreda, upprätta en åtgärdsplan samt följa upp tillbudet/arbetsskadan. Dokumentation kring detta ska göras i systemet för avvikelser. Inrapporterade tillbud och arbetsskador ska, enligt chefshandboken, följas upp av skyddskommittén. Allvarliga tillbud och olyckor ska anmälas till arbetsmiljöverket av verksamhetschef.²⁴ Det anges i den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet för år 2024 att ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud utreds.

Chefshandboken gör gällande att ansvarig chef ska avsluta ärendet i verksamhetssystemet när ärendet anses vara avslutat.

Kontinuerligt arbete med kontroll och uppföljning av arbetsmiljöarbetet

Det uppges vid intervju att det inte genomförs några kontroller i syfte att säkerställa följsamhet till rutinerna för undersökning av arbetsmiljö, bedömning av risker och/eller vidtagande av åtgärder. Däremot ska det genomföras ett flertal uppföljningar av arbetet. I den årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet år 2024²⁵ anges det till exempel att risker för ohälsa och olycksfall undersöks, bedöms och åtgärdas fortlöpande både vad gäller både den fysiska samt den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Det anges även att åtgärder som inte kan genomföras omedelbart dokumenteras i en handlingsplan. Vi noterar även att skyddskommittén har följt upp riskbedömningar, förändringar i verksamheten, skyddsronder samt inspektioner i oktober år 2025.²⁶

Vid intervju uppges det att bolagets ledningsgrupp har följt upp avvikelser som rapporterats i bolagets digitala avvikelserrapporteringssystem per helår. Vi har tagit del av en sammanställning av inrapporterade avvikelser och vidtagna korrigerande åtgärder per helår 2024 för hela organisationen. Avvikelserna är indelade utifrån kategorier som till exempel arbetssjukdom,

²³ Gävle Hamn AB 2025-04-16, punkt 4

²⁴ Rutin för hantering av ständiga förbättringar - rapportering i IA

²⁵ Gävle Hamn AB 2025-04-16, punkt 4

²⁶ Skyddskommittén i Gävle Hamn AB 2025-10-06.

miljö, tillbud och färdolycksfall. Av sammanställningen framgår även andel avvikelser som har avslutats i systemet. För år 2024 var 81 procent av avvikelserna avslutade.

Ett flertal av personerna vi har intervjuat hade inte kännedom om att det har genomförts en uppföljning av avvikelser.

Under granskningens genomförande har en rutin för avvikelshantering²⁷ utarbetats. Rutinen gör gällande att samtliga²⁸ avvikelser ska rapporteras i det digitala systemet. När en händelse rapporteras i systemet blir närmsta chef notifierad om detta. Enligt rutinen ska chefen bekräfta mottagandet, besluta vem som utreder och informera berörda parter vid behov. Det anges i rutinen att efterföljande utredningen, beslut om åtgärder och uppföljning av åtgärder ska dokumenteras. Vid intervju uppges det även att systemet har inbyggda påminnelse-funktioner för de olika uppgifterna som tillkommer vid en inrapporterad händelse.

Enligt rutin för avvikelshantering ska det genomföras en årlig sammanställning och analys av inrapporterade avvikelser. Denna sammanställning ska presenteras på respektive avdelnings APT samt ledningsgruppsmöten. Utöver den årliga uppföljningen ska ett avvikelseråd följa upp rapporterade avvikelser månatligen.

6.4.3 Bedömning

Vår bedömning är att det **endast delvis** genomförs systematiska riskbedömningar av arbetsmiljön utifrån de arbetsmoment som normalt och återkommande utförs.

Vi baserar vår bedömning på att det finns rutiner för systematiska riskbedömningar som anger på vilka sätt arbetsmiljön ska undersökas samt riskbedömas. Vår bedömning baseras även på att den årliga uppföljningen anger att det genomförs undersökningar av arbetsmiljön samt riskbedömningar. Däremot genomförs inga systematiska kontroller eller uppföljningar under året för att säkerställa följsamhet till rutiner för vardagliga systematiska arbetsmiljöarbetet.

Vår bedömning är att det **endast delvis** har säkerställts att det vidtas åtgärder vid identifierade risker och brister i arbetsmiljön.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** upprättas handlingsplaner för att vidta åtgärder baserat på de identifierade riskerna i arbetsmiljön på olika nivåer i bolagen.

Vår bedömning baseras bland annat på att berörd chef blir notifierad om inrapporterade risker eller brister i arbetsmiljön rapporterats i det digitala systemet. Vi bedömer att detta skapar goda förutsättningar för att säkerställa att åtgärder vidtas. Däremot är det inte fullt ut säkerställt då det åligger chef att vidta åtgärd till följd av inrapporterad händelse. Vi bedömer att införandet av ett avvikelseråd kan främja följsamhet till rutinerna för detta.

²⁷ Rutin för avvikelshantering. 2026-01-22.

²⁸ Händelser kring säkerhet/egendom samt säkerhetsobservation ska rapporteras i ett annat digitalt system.

Vi baserar vår bedömning vidare på att det genomförs systematiska uppföljningar av inrapporterade avvikelser per helår på ledningsnivå. Vi bedömer att detta skapar möjligheter att fånga upp eventuellt förekommande avvikelser i hanteringen av inrapporterade risker/brister. Däremot tyder våra intervjuer på att processen för uppföljningen av avvikelser inte är helt känd i organisationen. Vi kan konstatera att det har utarbetats en rutin för avvikelshantering under granskningens genomförande, vilken tydliggör uppföljning av avvikelserna. Däremot genomförs inte några systematiska kontroller eller uppföljningar under året för att säkerställa att det vidtas åtgärder vid identifierade risker och brister. Vi bedömer att införandet av ett avvikelseråd kan främja följsamhet till rutinerna för detta.

Vår bedömning är att handlingsplaner **endast delvis** följs upp.

Vi baserar vår bedömning på att det bland annat framgår av rutiner att chefens är ansvarig för att följa upp handlingsplaner och säkerställa att åtgärderna har haft den effekt som de avser. Vi baserar vår bedömning även på att det anges i den årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet att åtgärder som inte kan vidtas omedelbart dokumenteras i en handlingsplan. Den årliga uppföljningen omfattar även uppföljning av att det sker kontroll och utvärdering av genomförda åtgärder. Utöver detta sker det, som tidigare nämnt, en uppföljning av avvikelser och åtgärder per helår på ledningsnivå. Vi bedömer att detta skapar möjligheter att fånga upp avvikelser i utarbetandet av handlingsplaner per helår. Uppföljningen av avvikelser och åtgärder omfattar däremot inte kontroll att vidtagna åtgärder haft avsedd effekt.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns ett systematiserat arbetssätt gällande rapportering av tillbud och olyckor.

Vår bedömning baseras på att det finns ett digitalt system för inrapportering av tillbud och olyckor som notifierar berörd chef om det sker en rapportering av tillbud eller olycka. Vår bedömning baseras på att våra intervjuer indikerar på att rapporteringssystemet är känt men att rapporteringen och hanteringen inte alltid sker enligt rutinerna. Rapportering av tillbud och olyckor förutsätter att den som drabbas eller bevittnar händelser rapporterar detta.

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns ett systematiserat arbetssätt gällande att utreda tillbud och olyckor.

Vår bedömning baseras bland annat på att berörd chef blir notifierad om inrapporterade tillbud och olyckor i det digitala systemet. Vi bedömer även att chefens ansvar för att utreda tillbud och olyckor framgår i styrande dokument. I rutinerna anges det även i vilka situationer utredning av händelser ska ske. Vi bedömer även att ett digitalt system för inrapportering av händelser och för dokumentering av det efterföljande arbetet skapar goda möjligheter för att säkerställa att inrapporterade händelser utreds.

Vår bedömning baseras även på att det anges i årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet att ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud utreds. Det genomförs även en uppföljning av inrapporterade avvikelser och åtgärder per helår. Vi kan däremot konstatera att det inte genomförs några systematiskt förekommande kontroller eller uppföljningar under året som syftar till att säkerställa att tillbud och olyckor utreds. Vi bedömer att införandet av ett avvikelseråd kan främja följsamhet till rutinerna för detta.

6.5 UPPFÖLJNING

6.5.1 Styrande förutsättningar

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete ska arbetsgivaren följa upp arbetet årligen. Om uppföljningen påvisar brister i arbetet ska arbetsgivaren vidta förbättrande åtgärder. Resultatet av uppföljningen ska dokumenteras skriftligt om det finns tio eller fler arbetstagare i verksamheten.

Som tidigare nämnts framgår det av Arbetsmiljölagen (1977:1160) att arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö.

6.5.2 Uppföljning av inrapporterade avvikelser

Som tidigare nämnts följer bolagets ledningsgrupp årligen upp avvikelser som rapporterats i det digitala avvikelserapporteringsystemet. Vi har tagit del av en sammanställning av inrapporterade avvikelser och vidtagna korrigerande åtgärder per helår 2024 för hela organisationen. Avvikelseerna är indelade utifrån kategorier som till exempel arbetssjukdom, miljö, tillbud och färdolycksfall. Av sammanställningen framgår även andel avvikelser som har avslutats i systemet. För år 2024 var 81 procent av avvikelseerna avslutade.

Rutin för hantering av ständiga förbättringar gör gällande att det bör genomföras en månatlig genomgång av inrapporterade händelser. Det beskrivs att detta kan ske i samband med APT eller vid ledningsgruppsmöten.

Vi har inte tagit del av underlag som påvisar att det sker någon annan typ av uppföljning av inrapporterade avvikelser. Till exempel uppföljning på verksamhetsnivå eller chefsområde. Det uppges vid intervju att verksamhetsrapporten och uppföljning av avvikelser och korrigerande åtgärder presenteras för verksamheten och medarbetare via arbetsplatsträffar och personalmöten. Denna uppföljning inte varit känd för ett flertal intervjupersoner. Som tidigare nämnts har det utarbetats en rutin för avvikelshantering under granskningens genomförande.

6.5.3 Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Enligt chefshandboken ska arbetsgivaren årligen följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet. Om uppföljningen påvisar brister ska arbetsgivaren vidta åtgärder. Resultatet av uppföljningen ska dokumenteras skriftligt, vilket bolagets HR-funktion ska bistå med.

Rutin för årlig uppföljning av SAM gör gällande att verkställande direktör/arbetsmiljöansvarig är ansvarig för att uppföljningen genomförs och dokumenteras. Chefer och arbetsledare uppges vara ansvarig för att bidra med underlag och delta i uppföljningsarbetet medan skyddsombud och medarbetarrepresentanter ska ges möjlighet att delta.

Vi har tagit del av bolagets årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet år 2024²⁹. Uppföljningen är utformad som en checklista, i vilken det ska anges om momentet är genomfört. Kopplat till området ska det även ske en riskvärdering (låg-medel-hög). Checklistan behandlar följande områden:

1. Sker arbetsmiljöarbetet i samverkan med skyddsombud och arbetstagare?
2. Har skyddsombudet tillräcklig arbetsmiljöutbildning för sitt uppdrag?
3. Finns det en arbetsmiljöpolicy?
4. Finns det tydliga och välkända mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön?
5. Följs dessa mål upp?
6. Finns rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) ska gå till?
7. Finns det en tydlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter, befogenheter och resurser?
8. Har behov av kunskap och utbildning för chefer och arbetsledande personalkarlagts och tillgodosetts?
9. Vet alla anställda vilka risker som förekommer i deras arbete?
10. Finns det skrivna instruktioner i det fall en riskbedömning visar på allvarligarisker?
11. Får nyanställda, inhyrd personal och personal med nya arbetsuppgifter en bra introduktion där arbetsmiljö ingår?
12. Undersöks, bedöms och åtgärdas risker för ohälsa och olycksfall fortlöpande både vad gäller den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön?
13. Dokumenteras riskbedömningarna?
14. Finns det skriftliga handlingsplaner för åtgärder som inte kan genomföras direkt?
15. Kontrolleras och utvärderas genomförda åtgärder?
16. Undersöks, bedöms och åtgärdas risker för ohälsa och olycksfall vid planering av och beslut om till exempel ny eller ändrad verksamhet, inköp, reparation, underhåll eller ombyggnad?
17. Utredds ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud?
18. Följs arbetsmiljöarbetet upp årligen?
19. Har behovet av extern hjälp i arbetsmiljöarbetet, till exempel från företagshälsovård, undersökts?

I den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet år 2024 har bolaget svarat ”Ja” på samtliga frågor med undantag för fråga 11 och fråga 18.

För att hantera avvikelser kopplat till om nyanställda, inhyrd personal och personal med nya arbetsuppgifter får en bra introduktion där arbetsmiljö ingår ska samtliga ansvariga chefer tillse att det genomförs en grundlig introduktion med fokus på arbetsmiljö. Ansvariga chefer ska även tillse att det genomförs en årlig uppföljning av arbetsmiljöarbetet.

Bolaget ska även vidta åtgärder kopplat till frågorna 1, 8, 9 och 10. Riskvärde på fråga 1 var låg medan övriga bedömdes som medel.

²⁹ Gävle Hamn AB 2025-04-16, punkt 4

6.5.4 Övrig uppföljning med bäring på arbetsmiljön

Mål för arbetsmiljö i verksamhetsplan

Genom verksamhetsrapport per helår 2024³⁰ har bolagsstyrelsen följt upp sina mål för verksamhetsåret, däribland mål om kompetens och medarbetarengagemang. Kopplat till målet anges det att bolaget arbetar aktivt för en hållbar arbetsmiljö genom att agera strategiskt och ansvarsfullt för att säkerställa långsiktig kompetensförsörjning samt erbjuda en positiv och stödjande arbetsplats. Det anges även att det har genomförts regelbundna medarbetarsamtal, arbetsplatsträffar samt samverkans- och ledningsmöten. Resultatet av medarbetarundersökningen år 2024 uppges även varit bra. Kopplat till målet har bolaget även följt upp tre indikatorer för måluppfyllelse:

- Ledarskapsindex (%)
- Sjukfrånvaro (%)
- Hållbart medarbetarengagemang (HME) (%)

Utfallet med ledarskapsindex och hållbart medarbetarengagemang uppnådde sitt målvärde medan sjukfrånvaron var något högre än målvärdet.

Av verksamhetsrapport per helår 2024 framgår att det funnits tre indikatorer kopplat till målet om en säker och trygg hamn: antal gemensamma övningar, skyddsronder samt antal arbetsplatsolyckor. Under året ska det ha genomförts fem gemensamma övningar och sju skyddsronder. Det framgår att det skett en arbetsplatsolycka som resulterade i en lite längre sjukskrivning. Vid tiden för verksamhetsuppföljningen hade den anställde återinträtt i tjänst med samma arbetsuppgifter som före olyckan.

I verksamhetsplan 2025–2028³¹ har bolaget fastställt ett mål om välmående medarbetare, vilket ska följas upp genom samma indikatorer för måluppfyllelse som arbetsmiljömålet år 2024, det vill säga ledarskapsindex, sjukfrånvaro och HME. Det framgår av verksamhetsrapport per delår 1 2025³² att bolaget uppnår målvärdena för indikatorerna ledarskapsindex och HME, men inte sjukfrånvaro. Det uppges att sjukfrånvaron främst beror på ett fåtal långtidssjukskrivningar.

Plan för intern kontroll

I bolagets plan för intern kontroll år 2025³³ är risken för att det brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet inkluderad. Risknivån bedöms vara kritisk. Kontrollmoment för risken är att aktivt arbete inom det systematiska arbetsmiljöarbetet. Bolagets HR-specialist anges som ansvarig för arbetet. Enligt planen ska utvärdering av den interna kontrollen ske tertialvis och för helåret. Vid intervju uppges att kontrollmomenten ska följas upp av bolagsstyrelsen per helår.

³⁰ Gävle Hamn AB 2025-02-19, § 1623

³¹ Gävle Hamn AB

³² Gävle Hamn AB

³³ Gävle Hamn AB

6.5.5 Bedömning

Vi bedömer att bolaget **har** säkerställt en systematisk uppföljning av arbetsmiljöarbetet på de olika nivåerna i organisationen.

Vår bedömning baseras på att det sker en årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Vi kan även konstatera att den årliga uppföljningen för år 2024 har utmynnat i planering av ett flertal åtgärder. Utöver detta kan vi konstatera att det sker uppföljningar av det systematiska arbetsmiljöarbetet inom ramen för uppföljning av avvikelser, verksamhetsplan och plan för intern kontroll.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om bolagsstyrelsen i Gävle Hamn AB har ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är Gävle Hamn AB endast delvis har ett systematiserat arbetsmiljöarbete.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi Gävle Hamn AB:s styrelse att:

- Tydliggöra på vilket sätt mål för arbetsmiljö ska ingå i planering och uppföljning av verksamheten.
- Följa upp och utvärdera uppfyllelsen av samtliga mål för arbetsmiljön.
- Systematiskt kontrollera att det genomförs riskbedömningar, att åtgärder vidtas vid identifierade risker/brister samt att vidtagna åtgärder följs upp.

Utöver våra iakttagelser och våra bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen i Gävle kommun och Gävle Stadshus AB att:

- Tydliggöra processen för beslutsfattandet för styrande dokument som även ska gälla för de kommunala bolagen.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Micaela Hedin

Certifierad kommunal revisor

Liam Alldén

Verksamhetsrevisor

Maria Wiksten

Verksamhetsrevisor

2026-04-15

Dnr:25REK30

Uppföljande granskning av löneprocessen

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

Mot bakgrund av bedömningen och rekommendationerna i den föregående granskningen har revisorerna gett PwC i uppdrag att följa upp granskningen. Tyngdpunkten har varit på kommunstyrelsen, medan nämnderna endast berörts i begränsad omfattning. Den uppföljande granskningen och detta missiv godkändes av revisorerna den 16 april 2025. Revisorerna delar bedömningarna i granskningen.

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

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Bilaga: Uppföljande granskning av löneprocessen.

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-05-03 19:54

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

978B5606340F3C21171CD5D78A5DF9A29385FB1AC901C12A7997766CF8764BEB

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-04-30 15:42

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

978B5606340F3C21171CD5D78A5DF9A29385FB1AC901C12A7997766CF8764BEB

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-05-01 20:08

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

978B5606340F3C21171CD5D78A5DF9A29385FB1AC901C12A7997766CF8764BEB

2026-04-15

Dnr:25REK30

Uppföljande granskning av löneprocessen

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

Mot bakgrund av bedömningen och rekommendationerna i den föregående granskningen har revisorerna gett PwC i uppdrag att följa upp den granskningen. Den uppföljande granskningen och detta missiv godkändes av revisorerna den 16 april 2025. Revisorerna delar bedömningen i granskningen att kommunstyrelsen i allt väsentligt har vidtagit åtgärder med hänsyn till våra rekommendationer i den föregående granskningen.

I denna uppföljande granskning lämnas fem rekommendationer till kommunstyrelsen. Revisionsrapporten överlämnas till kommunstyrelsen för kännedom och möjlighet till yttrande senast 30 september 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Bilaga: Uppföljande granskning av löneprocessen.

Signering

Sid 2(2)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-05-03 19:55

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

4E49BCF6BC6F5D3DCF4D51F04B9C2F71AD0D0AF9F25CD6F918A281D8560102EB

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-04-30 15:44

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

4E49BCF6BC6F5D3DCF4D51F04B9C2F71AD0D0AF9F25CD6F918A281D8560102EB

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-05-01 20:05

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

4E49BCF6BC6F5D3DCF4D51F04B9C2F71AD0D0AF9F25CD6F918A281D8560102EB

Uppföljande granskning av löneprocessen

Gävle kommun

Revisionsrapport

Januari 2026



Innehållsförteckning

Sid 2(30)

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

Inledning

Sid 3(30)

Bakgrund

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

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

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

Syfte och frågeställningar

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

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

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

Revisionskriterier

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

Följande revisionskriterier används i granskningen:

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

Avgränsning

Sid 4(30)

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

Metod

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

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

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

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

Bakgrund till uppföljning löneprocessen

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

I granskningen fanns följande revisionsfrågor uppställda:

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

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

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

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

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

Sid 6(30)

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

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

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

2. Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna har kontroller som säkerställer att det finns fullständiga och korrekta underlag till samtliga lönetransaktioner?
Sid 7(30)
3. Har kommunstyrelsen säkerställt att en fullständig dokumentation över lönehanteringsprocessen, rutiner, vilka manuella kontroller som ska utföras samt vilka kontroller som lönesystemet utför har upprättats?
4. Har kommunstyrelsen säkerställt att tidigare kontroller setts över samt kompletterats med kontroller inom områden där det saknas?
5. Har kommunstyrelsen säkerställt att det finns utförliga arbetsbeskrivningar kopplat till samtliga kontroller som ska genomföras?
6. Har kommunstyrelsen säkerställt att ansvarsfördelningen tydliggjorts kring kontroller och avstämning mellan HR-service och ekonomiavdelningen?
7. Har kommunstyrelsen säkerställt att de kontroller som görs dokumenteras så att de blir spårbara?
8. Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt att det finns en samlad dokumentation över attesträtter för lönehantering?
9. Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt att kontroller finns så att de personer/befattningar som ska ha rätt att attestera/bemyndiga är de som faktiskt gör det?
10. Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omföring av löner i styrelsen och i nämnderna?
11. Har kommunstyrelsen säkerställt att styrelsen och nämnderna tillsett att tid- och avvikelserapportering samt attest sker korrekt och i tid?
12. Har kommunstyrelsen säkerställt processen vid avslut av anställning så att risk för utbetalning av månadslön efter anställningens slut eliminerats?

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

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

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

Sid 8(30)

lakttagelser

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

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

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

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

Bedömning

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

Kommunstyrelsen - Delvis.

Nämnderna – Kan ej bedömas.

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

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

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Sid 9(30)

Iakttagelser

Internkontrollplaner

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 framgår att styrelsen inte kan överpröva eller styra över andra nämnders beslut om internkontrollplaner. Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

¹ Fastställd av kommunstyrelsen 2022-12-12 § 12

lönehanteringsprocessen”. De risker som identifierades i riskbedömningen 2024 anges vara hanterade. Det framgår att en ny riskbedömning är planerad att genomföras under 2026. Sid 10(30)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sid 11(30)

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

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

Stickprov internkontrollplaner

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

- **Omvårdnadsnämnden**

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

- **Samhällsbyggnadsnämnden**

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

- **Utbildningsnämnden**

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

³ Fastställd av omvårdnadsnämnden 2025-03-27 § 30

⁴ Fastställd av samhällsbyggnadsnämnden 2025-02-19 § 32

⁵ Fastställd av utbildningsnämnden 2025-03-26 § 19

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

Sid 12(30)

- **Överförmyndarnämnden**

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

Sammanfattning

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

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

Fullständiga och korrekta underlag

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

⁶ Fastställd av överförmyndarnämnden 2024-12-09 § 96

⁷ Bestämmelser för arbetstagare i arbetsmarknadspolitiska insatser.

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

Sid 13(30)

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

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

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

Sammanfattning

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

Dokumentation över lönehanteringsprocessen

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

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

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

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

Sid 14(30)

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning

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

Översyn av kontroller

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

⁹ Version 25.4, ej daterad.

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

Sid 16(30)

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

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

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

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

Sammanfattning

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

Arbetsbeskrivningar

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

Sammanfattning

Arbetsbeskrivningar med versionshistorik har upprättats och dokumenterats.

Ansvarsfördelning

I granskningen från 2020 noterades att kommunstyrelsen borde se över och tydliggöra Sid 18(30)
ansvarsfördelningen mellan HR-service och ekonomiavdelningen kring kontroller och avstämning,
för att säkerställa en god intern kontroll i löneprocessens olika delar.

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

Sammanfattning

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

Dokumentation av utförda kontroller

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

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

Sid 19(30)

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

Verifiering av kontroller

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning

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

Dokumentation av attesträtter

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

Vi har tagit del av *Attestreglemente*¹¹ där det framgår att syftet med reglerna är att undvika oavsiktliga och avsiktliga fel och säkerställa att bokförda transaktioner är korrekta. Sid 21(30)

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

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

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

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

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

¹¹ Antagen av kommunfullmäktige 2018-05-28 § 5

¹² Fastställt av kommunstyrelsen 2024-10-29 § 205

Sammanfattning

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

Sid 22(30)

Kontroll av attest/bemyndigande av löneutbetalning

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

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

Kommunstyrelsens yttrande

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

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

Sammanfattning

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

Beslut avseende omföreling av löner

Den uppföljande granskningen från 2022 kompletterades med revisionsfrågan ”Har kommunstyrelsen säkerställt att kontroller finns för rätt beslutattestant gällande omföreling av löner i styrelsen och i nämnderna?” Sid 23(30)

Kommunstyrelsens yttrande

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

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

Sammanfattning

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

Tid- och avvikelserapportering

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

¹³ Manualen SG-STÖ-8692-v.2.0

I kommunstyrelsens yttrande rörande den uppföljande granskningen från mars 2023 anges att det finns flertalet vidtagna åtgärder samt säkerställda arbetssätt och rutiner för löneutbetalningsprocessen. Av yttrandet framgår även att styrelsen delar revisorernas slutsats att det finns vissa brister i den interna kontrollen i löneutbetalningsprocessen. I övrigt framkom inget svar specifikt rörande att säkerställa att det finns tid- och avvikelserapportering. Sid 24(30)

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

Sammanfattning

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

Avslut av anställning

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

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

Kommunstyrelsens yttranden

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

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

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

Sid 25(30)

Iakttagelser från skriftliga svar och intervjuer

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

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

Sammanfattning

Åtgärder har genomförts genom digitalisering av processen.

Övriga iakttagelser

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

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

Bedömning

Revisionsfråga: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Kommunstyrelsen – Ja **Nämnderna – Delvis**

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

Grund för bedömning av kommunstyrelsen

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

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

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

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

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

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

Grund för bedömning av nämnderna

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

kopplat till sitt systematiska arbete och riskbedömningar kopplat till lönehanteringen utifrån deras ansvar för att säkerställa att nämndens driftsredovisning ger en rättvisande bild av nämndens resultat i förhållande till fastställd driftbudget. Sid 27(30)

Gemensam grund för bedömning av kommunstyrelsen och nämnderna

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

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

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Sid 28(30)

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

Revisionell bedömning

Sid 29(30)

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

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

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

Rekommendationer

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

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

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

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

2026-04-15

Hanna Franck

Uppdragsledare

Cecilia Axelsson

Projektledare

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



Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2025

Gävle kommun

April 2026



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

Innehållsförteckning

1

Sammanfattning

Sammanfattande revisionell bedömning

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

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

2

Inledning

Inledning

Bakgrund

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

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

Syfte och revisionsfrågor

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

Följande övergripande revisionsfrågor ska besvaras:

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

Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har använts i granskningen:

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

Inledning

Metod och avgränsning

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

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

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

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

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

Övergripande styrning

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

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

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

3

Kommunstyrelsen

Sammanfattning kommunstyrelsen

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning Kommunstyrelsen

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	(Forts). För den egna verksamheten har styrelsen erhållit följande prognoser under året: • April: +27,9 mnkr • Augusti: +93,5 mnkr Styrelsen har under året per april fått ekonomiska månadsrapporter för kommunen och de kommunala bolagen. I samband med rapporteringen lämnas även en översiktlig prognos för finansförvaltningen. Utöver detta lämnas även rapportering från nämnderna till styrelsen i samband med delårsrapport 1 och 2.
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Den är regelbunden och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. Vid styrelsens sammanträden har följande rapportering skett: • 2025-04-08 §84: Årsredovisning 2024 • 2025-05-06 § 116: Kommunstyrelsens månadsrapport jan-mars 2025 • 2025-06-03 § 104: Delårsrapport 1 2025 • 2025-09-16 § 163: Kommunstyrelsens månadsrapport jan-aug 2025 • 2025-10-14 § 188: Delårsrapport 2 2025 • 2025-11-25 § 217: Kommunstyrelsens månadsrapport jan-okt 2025 (Forts. nästa sida.)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	(Forts.) Styrelsen har under året även tagit del av rapportering avseende kommunkoncernens ekonomi: • 2025-04-08 § 84: Årsredovisning 2024 (inkl. helägda- och delägda bolag) • 2025-05-06 § 117: Ekonomiska månadsrapporter per mars 2025 för kommunen och de kommunala bolagen • 2025-06-03 § 141: Delårsrapport 1 2025 • 2025-09-16 § 164: Ekonomisk månadsrapport augusti 2025 för kommunen och de kommunala bolagen • 2025-10-14 § 189: Delårsrapport 2 2025 • 2025-11-25 § 218: Anmälan av kommunplan med årsbudget 2026
10.	Når styrelsen uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Kommunstyrelsens totala resultat uppgick till 162,9 mnkr, i jämförelse med reviderad budget på 84,7 mnkr. Det innebär en positiv avvikelse med +78,2 mnkr. Summering av resultatet utifrån styrelsens verksamhetsområden: • För den egna verksamheten redovisar styrelsen ett positivt resultat på 30 mnkr jämfört med en budget om 0 mnkr, • Exploateringsresultat uppgår till 89,4 mnkr mot en budget på 84,7 mnkr vilket ger en positiv budgetavvikelse om 4,7 mnkr. Verksamhetskostnader/övriga intäkter för exploateringsverksamhet uppgår till 18,1 mnkr. • Realisationsresultatet hos markreserven uppgår till 20,8 mnkr och verksamhetskostnader/övriga intäkter markreserv 2,1 mnkr. Kommunstyrelsens mål avseende stark finansiell ställning bedöms uppnås för året.

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

2.2.5 Gävle kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare

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

Indikator:

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

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

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

Måluppfyllelsen bedöms som gul.

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

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

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

Stickprov måluppfyllelse forts.

lakttagelser från verksamhetsrapport per helår

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

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-11 § 45.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Risk att det saknas ändamålsenliga rutiner, kontroller och årshjul för pensionsadministration • Risk för säkerhetsincidenter i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar eller informationsförlust • Risk för tekniska driftsstörningar i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar och informationsförlust • Risk för köp utanför avtal, inköpssystem och rutinerna för registrering av utförd direkt upphandling • Risk att det övergripande arbetsgivaransvaret med fokus på arbetsmiljö inte efterlevs • Risk att negativt resultat i Medarbetarundersökningen, MAU, indikerar försämrade förutsättningar för en god arbetsprestation (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	(Forts.) • Svårighet att hitta rätt kompetens till ledar- och specialistfunktioner • Risk att det försämrade omvärldsläget påverkar Gävle kommun • Risk att den grova brottsligheten påverkar Gävle kommun Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Risk att det saknas ändamålsenliga rutiner, kontroller och årshjul för pensionsadministration: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för säkerhetsincidenter i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar eller informationsförlust: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för tekniska driftsstörningar i IT-miljön som leder till verksamhetsstörningar och informationsförlust: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	(Forts.) • Risk att det övergripande arbetsgivaransvaret med fokus på arbetsmiljö inte efterlevs: 3 kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. ett kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. <i>Justeringar och förtydligande av SAM-indikatorer</i> beskrivs inte kunnat genomföras enligt plan på grund av personalbrist. • Risk att negativt resultat i Medarbetarundersökningen, MAU, indikerar försämrade förutsättningar för en god arbetsprestation: ett kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse och ett kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Kontrollmoment <i>Andel arbetsgrupper (i procent) som inte uppnår HME-index över 77</i> visar att 22 procent av arbetsgrupperna inte uppnått ett indexvärde för HME på 77 eller mer. Siffrorna från en undersökning som genomfördes under senhösten 2024. Ny undersökning är inte datumsatt. • Svårighet att hitta rätt kompetens till ledar- och specialistfunktioner: ett kontrollmoment får bedömningen grön utan avvikelse och ett gul med mindre avvikelse. • Risk att det försämrade omvärldsläget påverkar Gävle kommun: 2 kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. • Risk att den grova brottsligheten påverkar Gävle kommun: 2 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. Risk för köp utanför avtal, inköpssystem och rutinerna för registrering av utförd direkt upphandling följs inte upp i rapporten. Anledningen till detta lyfts inte. Risken avseende köp utan avtal följs inte upp i rapporteringen. Rapporteringen fokuserar inte på analys, endast resultat.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Exploateringsverksamheten

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

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

Årets prioriterade projekt är enligt verksamhetsplanen:

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

Exploateringsverksamheten

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

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

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

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

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

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

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

Exploateringsredovisning

lakttagelser från verksamhetsrapport per helår

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

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

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

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

lakttagelser från protokollsgenomgång:

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

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

Exploateringsredovisning

Noteringar från avstämningar

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

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

Exploateringsverksamhetens investeringar i anläggningstillgångar (avvikelse mot budget)

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

Exploateringsresultat

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

4

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Sammanfattning Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

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

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	(Forts.) Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • Februari: -20 mnkr • Mars: -20 mnkr • April: -20 mnkr • Augusti: -14 mnkr • September: -14 mnkr • Oktober: -11 mnkr • November: -7 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden: • 2025-02-26 §§ 5, 6, 8: Ekonomisk månadsrapport, årsredovisning 2024, åtgärder och återrapportering utifrån budget 2025 • 2025-03-26 § 24: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-29 § 34: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 §§ 52, 53, 55: Ekonomisk månadsrapport, delårsrapport 1, revidering verksamhetsplan (inkl. budget och finansiellt mål) • 2025-09-25 §§ 80, 81: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsrapport delår 2 • 2025-10-22 § 106: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-26 § 126: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-10 §§ 144, 146, 147: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsplan 2026, budget 2026

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - målstyrning

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

Granskningsiakttagelser - målstyrning

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer:

Antal försörjningsstödstagare som blivit självförsörjande genom arbete eller studier under 2025

Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd

Antal vuxna individer med ekonomiskt bistånd

Individer som slutför trappstegsutbildning

lakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

lakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Iakttagelser från helårsrapportering 2025

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

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

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-02-26 § 16.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig • Felaktiga utbetalningar • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker • Ej avtalstrohet inom organisationen • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Felaktiga utbetalningar: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker: kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. Mindre avvikelse då nämnden behöver stärka kontrollen inom särskilt riskutsatta områden, främst personlig assistans och köp av vuxenutbildning. • Ej avtalstrohet inom organisationen: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Området beskrivs tydligt förbättrats under 2025 med bättre följsamhet till inköp inom avtal. • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar: 2 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse och 3 kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. En kvarstående utmaning som beskrivs är att göra ledningssystemet känt för alla medarbetare samt att uppdatera befintliga rutiner i ledningssystemet.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Trygghetsanställda: protokollgenomgång

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

Trygghetsanställda: dokumentgenomgång

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

Trygghetsanställda - iakttagelser från granskning

Iakttagelser

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

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

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

Kommentarer

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

..

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

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

5

Kultur- och
fritidsnämnden

Sammanfattning Kultur- och fritidsnämnden

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

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

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

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

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

Sammanfattning Kultur- och fritidsnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
5.	Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Beslutad budget är att betrakta som mål för nämndens ekonomi. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans för året. Indikatorerna för delmålet beskrivs under fråga 4. <i>Nettokostnader idrotts- och fritidsanläggningar, kr/invånare, Nettokostnad musik- och kulturskola, kr/invånare samt Lönekostnader, utfall vid helår jmf med budget helår</i> saknar specifikt numerärt målvärde för 2025.
6.	Används mätetal för ekonomi, prestationer och kvalitet för att kontrollera ekonomin?	Grön	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin.
7.	Har nämnden upprättat instruktion för rapportering till nämnden avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har etablerade rutiner för ekonomisk rapportering, inklusive månadsrapporter och tertialuppföljningar. Arbetssättet utgår från kommunplan och reglementet samt anvisningar från sektor styrning och stöd.
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin. Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • Februari: 0 mnkr • Mars: 0 mnkr • September: +6,6 mnkr • November: +15,2 mnkr

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. Löpande uppföljning av ekonomi har skett vid följande sammanträden: • 2025-02-18 § 5: Årsredovisning 2024 • 2025-03-25 § 22: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-22 § 34: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-26 § 59: Delårsrapport 1 2025 • 2025-09-23 § 76: Delårsrapport 2 2025 • 2025-10-21 § 92: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-09 §§ 111-12: Ekonomisk månadsrapport, internbudget 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens resultat per april är +10,2 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +0,7 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till +0 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den positiva avvikelsen bero på exempelvis personalkostnader som var 4,2 mnkr lägre än budgeterat. I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens resultat per augusti är +15,3 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeten för samma period om +0,3 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till +0,7 mnkr. <i>(Forts. nästa sida)</i>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer:

Andel elever som tagit del av utbudet inom kulturtrappan 1)

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

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

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

Antal unika deltagare i Kulturskolans kursverksamheter inklusice El Sistema 5)

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

Stickprov måluppfyllelse, forts.

lakttagelser från helårsrapportering 2025

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

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

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

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2024-12-10 § 140.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. • Risk att trygghetsronder inte följer upp jämlikhet och jämställdhet. • Risk för förtroendeskada om vi inte följer Lagen om offentlig upphandling. • Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrott, mutor och jäv. • Risk att invånare inte får ut offentliga handlingar på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	(Forts.) - Nämndbeslut genomförs inte. - Delegationsordningen följs inte. - Risk för felaktigt ekonomiskt resultat. Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet, efterlevnad av externa och interna regelverk samt tillförlitlig rapportering internt och externt.
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. - Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. - Risk att trygghetsronder inte följer upp jämlikhet och jämställdhet: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Rutin finns att planera, genomföra och följa upp Trygghetsronder. Någon Trygghetsrond har dock inte genomförts under 2025. - Risk för förtroendeskada om vi inte följer Lagen om offentlig upphandling: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	(Forts.) • Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrott, mutor och jäv: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk att invånare inte får ut offentliga handlingar på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Nämndbeslut genomförs inte: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Delegationsordningen följs inte: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för felaktigt ekonomiskt resultat: 1 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse, 2 kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse och 1 kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Kontrollmomenten med gul bedömning avser mindre avvikelser vid stickprovskontroller. Kontrollmomentet med röd bedömning avser kontroll av fakturor som ligger ohanterade vid periodstängning. Kontrollerade månader – juli och november – stängdes med 69 respektive 9 ohanterade fakturor. Rapporteringen fokuserar på resultat och innehåller i låg grad analys.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

6

Omvårdnadsnämnden

Sammanfattning Omvårdnadsnämnden

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

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

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

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

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

Sammanfattning Omvårdnadsnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	(forts.) Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • Februari: +5,7 mnkr • Mars: +5,7 mnkr • April: +32 mnkr • Augusti: +30 mnkr • September: +30 mnkr • Oktober: +30 mnkr • November: +30 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden under verksamhetsåret 2025: • 2025-02-27 § 5: Ekonomisk månadsrapport • 2025-03-25 § 29: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-30 § 43: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 § 65: Ekonomisk månadsrapport • 2025-09-25 § 90: Ekonomisk månadsrapport • 2025-10-23 § 12: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-27 § 142: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-11 § 166: Ekonomisk månadsrapport Rapportering av ekonomi sker även i samband med delårsrapport 1 och 2.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer

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

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

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

Hemtjänstindex - sammanräknande indexvärde (0-100)

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

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

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Iakttagelser från helårsrapportering 2025

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-27 § 30.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig • Felaktiga utbetalningar • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker • Ej avtalstrohet inom organisationen • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar • Otillbörlig påverkan Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Felaktiga utbetalningar: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Nämnden gör regelbundna kontroller av privata utförare. Inga granskningar har lett till åtgärder kopplade till välfärdsbrott, men erinran och beställningsstopp har använts vid brister och avvikelser. • Ej avtalstrohet inom organisationen: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Noteras att området förbättras under 2025. (Forts. nästa sida)

Granskningsresultat - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	(Forts.) - Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar: två av kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. Beskrivs ex. att en omfattande utvecklingsinsats genomförts under våren-hösten 2025 för att skapa möjlighet att rapportera egenkontroll i ledningssystemet (Canea). Arbetet med anpassningar och införande i avdelningarna fortsätter under 2026. Två av kontrollmomenten får grön bedömning utan avvikelse. - Otillbörlig påverkan: kontrollmomentet får gul bedömning med mindre avvikelse. Beskrivs att beredskapsarbetet har erbjudits utbildning och genomförts.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs hur nämnden ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.



Samhällsbyggnadsnämnden

Sammanfattning Samhällsbyggnadsnämnden

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

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

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

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

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

Sammanfattning Samhällsbyggnadsnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Gul	Det finns mätetal för ekonomi och prestationer. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin. Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • September: +11,3 mnkr • Oktober: +21,6 mnkr • November: +26,2 mnkr I vår genomgång av protokollen noterar vi inte att några oegentligheter kopplat till ekonomi lyfts.
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden: • 2025-02-19 § 31: Årsredovisning 2024 • 2025-03-26 § 62: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-23 § 100: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 § 148: Delårsrapport 1 2025 • 2025-06-18 § 176: Ekonomisk månadsrapport

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	(Forts.) • 2025-08-27 § 199: Ekonomisk månadsrapport • 2025-09-24 § 228: Delårsrapport 2 2025 • 2025-10-22 § 280: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-19 §304: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-10 §§ 329, 330: Ekonomisk månadsrapport och internbudget drift 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	I delårsrapporten per april framgår att nämndens resultat per april är +12,8 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till -20,2 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till 0 mnkr. Av delårsrapporten framgår orsakerna till överskottet samt kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde. I delårsrapporten per augusti framgår att nämndens resultat per augusti är +31,3 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till -1,9 mnkr. Resultatförändringen mellan 2025 och 2024 beskrivs främst bero på högre intäkter från skogsdrift, ökade bygglovsvolymer och ett större detaljplaneärende samt Boverkets bidrag, medan 2024 års resultat belastades av makuleringar av felaktiga platsupplåtelsefakturer. Kostnaderna är lägre 2025 tack vare anställningsstopp och minskad vinterväghållning, samtidigt som 2024 tyngdes av höga vinterväghållningskostnader, kostnadsföring av stoppat Stadsbadetprojekt samt förändrade avskrivningar och internränta efter stora exploateringsprojekt. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till +9,2 mnkr. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer

NKI - Företag; Bygglov

NKI - Företag; Miljö- och hälsoskydd

NKI - Företag; Livsmedelskontroll

NKI - Företag; Markupplåtelse

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

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

Stickprov måluppfyllelse, forts.

Iakttagelser från helårsrapportering 2025

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

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

Av redovisningen framgår ingen förklaring till bedömningen.

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2024-12-11 § 301.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. • Risk för förtroendeskada om vi inte följer lagen om offentlig upphandling. • Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrottslighet, mutor och jäv. • Risk att invånare inte får ut offentliga handling på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering • Risk för felaktigt ekonomiskt resultat (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	(Forts.) Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet, efterlevnad av externa och interna regelverk samt tillförlitlig rapportering internt och externt.
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen: samtliga kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk för förtroendeskada om vi inte följer lagen om offentlig upphandling: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. • Risk att det inte finns kompetens, styrdokument och rutiner som stödjer i arbetet med att upptäcka välfärdsbrottslighet, mutor och jäv: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Risk att invånare inte får ut offentliga handlingar på grund av felaktig diarieföring, arkivering eller posthantering: 1 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse och 2 får gul bedömning med mindre avvikelse. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	(Forts.) Risk för felaktigt ekonomiskt resultat: 2 kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse, 1 kontrollmoment gul bedömning med mindre avvikelse och 1 kontrollmoment – kontroll av antal fakturor som ligger ohanterade vid periodstängning – röd bedömning med större avvikelse. Ohanterade belopp > 100 tkr anses som en avvikelse. För de två månader som granskades – juli resp. november – noterades ohanterade fakturor om ca 530 tkr i juli och 5,1 mnkr i november, varav en faktura stod för ca 4 mnkr.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	För de kontrollmoment där mindre avvikelser rapporteras beskrivs bristerna samt hur nämnden har/ska arbeta med att uppnå målen.
	e) Sker rapportering till styrelse/fullmäktige i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "göras enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Uppföljningen av nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter denna modell.



Socialnämnden

Sammanfattning Socialnämnden

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning Socialnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	(Forts.) Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • Februari: +2,2 mnkr • Mars: +2,2 mnkr • April: +22 mnkr • Augusti: +25 mnkr • September: +25 mnkr • Oktober: +25 mnkr • November: +30 mnkr I vår genomgång av protokollen noterar vi inte att några oegentligheter kopplat till ekonomi lyfts.
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. (Forts. nästa sida).

Granskningsiakttagelser- ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	(Forts.) Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden förutom augustisammanträdet: • 2025-02-25 §§ 18, 19: Ekonomisk månadsrapport samt årsredovisning 2024 • 2025-03-25 § 42: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-29 § 62: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-26 §§ 88, 89, 90: Ekonomisk månadsrapport, delårsrapport per april (1), revidering av verksamhetsplan (inkl. ekonomiska ramar och uppdateringar) • 2025-09-23 §§ 121, 122: Ekonomisk månadsrapport, delårsrapport per augusti (2) • 2025-10-21 § 144: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-25 § 164: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-09 §§ 188, 190, 191: Ekonomisk månadsrapport, internbudget 2026, verksamhetsplan 2026

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

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

Stickprov måluppfyllelse, forts.

lakttagelser från helårsrapportering 2025

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

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

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsresultat - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-25 § 43.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig • Felaktiga utbetalningar • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker • Ej avtalstrohet inom organisationen • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och efterlevnad av externa och interna regelverk.

Granskningsresultat - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Gul	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Felaktiga utbetalningar: kontrollmoment saknar bedömning. • Nämnden betalar för insatser som ej utförs enligt avtal eller utifrån förväntat genomförande, genom ekonomisk vinning eller bedrägeri, eller med stora kvalitetsrisker: kontrollmoment saknar bedömning. Noteras att det ska genomföras kontroller samt att kontrollmiljön ska utvecklas. • Ej avtalstrohet inom organisationen: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Noteras att förtydligande av information av upphandling och direktupphandlingar behövs. Ska göras lättare att kunna göra rätt. • Risk invånare lider skada då systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9 ej fungerar: kontrollmomenten får gul bedömning med mindre avvikelse. Beskrivs att utmaning kvarstår gällande att fortlöpande göra ledningssystemet känt för alla medarbetare och därtill göra rutinerna kända med god följsamhet. Fortsatt beskrivs att en omfattande utvecklingsinsats genomförts under våren-hösten 2025 för att skapa möjlighet att rapportera egenkontroll i ledningssystemet (Canea). Arbetet med anpassningar och införande i avdelningarna fortsätter under 2026.

Granskningsresultat - Intern kontroll

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



Utbildningsnämnden

Sammanfattning Utbildningsnämnden

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

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

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

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

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

Sammanfattning Utbildningsnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och delårsrapporter enligt beslutade riktlinjer. Det ekonomiska resultatet följs upp per avdelning och verksamhet. Avvikelse kommenteras i delårsrapporterna. Nämnden erhåller även prognos och utvärdering löpande under året. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin. Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • Januari: 0 mnkr • Februari: +20 mnkr • Mars: +25 mnkr • April: +27 mnkr • Augusti: +40 mnkr • September: +52 mnkr • Oktober: +58 mnkr • November: +58 mnkr
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. <i>(Forts. nästa sida).</i>

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	(Forts.) Löpande uppföljning av ekonomi framgår vid samtliga sammanträden förutom augusti sammanträdet: • 2025-02-26 §§ 2, 3, 5: verksamhetsrapport och verksamhetsrapport per helår 2024, underskottskompensation 2024, ekonomisk månadsrapport 2025 • 2025-03-26 § 18: Ekonomisk månadsrapport • 2025-04-23 § 35: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-27 §§ 53, 54: Verksamhetsrapport delår 1, kommentarer på ramar (ekonomiska ramar, förutsättningar inför budget 2026) • 2025-09-24 § 75: Verksamhetsrapport delår 2 • 2025-10-22 § 103: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-19 §§125, 126: Ekonomisk månadsrapport, resursfördelningsmodell 2026 • 2025-12-17 §§ 147-149: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsplan 2026, internbudget 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. april är +32,3 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot den periodiserade budgeten för samma period om +31,8 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till +27 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den positiva avvikelsen bero intäkterna som ökat med +7,6 mnkr tack vare två statsbidrag. Kostnaderna avvek med +24,1 mnkr, främst på grund av lägre PO, lägre materialkostnader och minskade köp av verksamhet. Även hyror var lägre än budget. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	(Forts.) I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens ackumulerade resultat t.o.m. augusti är +6 1,1 mnkr vilket innebär en positiv avvikelse mot budgeterat resultat om -2,9 mnkr för samma period. Prognostiserat helårsutfall uppgår per augusti till +40 mnkr. I delårsrapporten per augusti beskrivs den positiva avvikelsen bero på samma anledningar som lyfts ovan. Enligt verksamhetsrapport för helår för 2025 uppgår årets resultat till +59,7 mnkr för hela nämndens ansvarsområde vilket avviker positivt mot budgeterat resultat per helår om 0 mnkr. Statsbidragen överstiger budget med 39,1 mnkr, främst riktade satsningar med motsvarande kostnader i personal och läromedel. Köp av verksamhet minskar eftersom ca 300 färre barn/elever finns hos annan huvudman, framför allt i förskolan. Justering av kommunbidraget (lägre PO och högre löner) gav ett netto på -8,2 mnkr, utan ändring av elevpengen. Lokalkostnaderna blev 7,0 mnkr lägre än budget på grund av lägre indexuppräknings.
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
12.	Preciserar nämnden vid behov vad som ska göras, när det ska göras och av vem?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.
13.	Säkerställer nämnden att åtgärder genomförs enligt lämnade direktiv?	Grå	E/T, vi har inte noterat något i nämndens rapportering som visar på behov av åtgärder.

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer

Närvaro grundskolan

Närvaro anpassad grundskola

Närvaro gymnasieskola

Närvaro anpassad gymnasieskola

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

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

Stickprov måluppfyllelse, forts.

lakttagelser från delårsrapport 2 2025 forts.

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

lakttagelser från helårsrapportering 2025

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

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-03-26 § 19.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Omsättning av personal på förskolan medför att lokala rutiner på förskolan inte följs upp ändamålsenligt. • Bristar i uppföljning av fattade beslut enligt delegation. • Anmälan och utredning av kränkningar inte hanteras korrekt i alla led i styrkedjan. • Allvarligt våld/hot/kränkningar mot personal inrapporteras inte till arbetsmiljöverket. • Alla elever får inte den utmaning de behöver. • Alla elever får inte det stöd de behöver. • Brist på personal med rätt kompetens. • Brist i det främjande och förebyggande elevhälsoarbetet • Hög frånvaro påverkar måluppfyllelsen. • Brist på vikarier i verksamheten. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	(Forts.) • Elever på yrkesprogram får inte APL-plats • Osäkra elevprognoser – befolkningsprognos • Risker att verksamheter handlar utanför avtal Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker som inom risk- eller målområdena ändamålsenlighet och effektiv verksamhet, efterlevnad av externa och interna regelverk, tillförlitlig rapportering internt och externt, en förskola och skola som ger förutsättningar för fortsatt utbildning och arbetsliv samt utbildning Gävle ska möta psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk med en bredd av tidiga förebyggande insatser
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Omsättning av personal på förskolan medför att lokala rutiner på förskolan inte följs upp ändamålsenligt: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. • Brister i uppföljning av fattade beslut enligt delegation: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Uppföljning visade på att några av besluten inte markerats som delegationsbeslut i ärendehanteringssystemet, vilket medfört en ökad risk för att de inte anmäls till nämnden. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser – Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	(Forts.) - Anmälan och utredning av kränkningar inte hanteras korrekt i alla led i styrkedjan: kontrollmoment saknar resultat. Stickprov av hantering av kränkningar som har lämnats in från samtliga verksamheter gjorts men kontroll har inte genomförts. - Allvarligt våld/hot/kränkningar mot personal inrapporteras inte till arbetsmiljöverket: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Risker kontrollerades genom stickprov per verksamhet av att registrering och uppföljning av allvarligt våld, hot och kränkningar sker i enlighet med gällande rutiner i våra verksamheter: förskola, grundskola, gymnasiet och anpassad skola. Anmälningar registrerades för förskolan (1 st) och grundskolan (10 st). - Alla elever får inte den utmaning de behöver: kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Kontrollmomentet har genomförts genom att en enkät skickats ut till samtliga rektorer och biträdande rektorer i grundskola, gymnasieskola och anpassad skola. Enkäten visade att 58 procent av skolledarna kände till handlingsplanen samt att 44 procent av lärarna hade arbetat med den. Endast 52 procent av lärarna kände till planerna. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	(Forts.) - Alla elever får inte det stöd de behöver: kontrollmoment får röd bedömning med större avvikelse. Stickprov visade brister: åtgärdsprogram upprättas ibland utan föregående utredning, och flera elever med hög frånvaro saknar utredningar trots tydliga tecken på stödbehov. Med anledning av detta pågår ett utvecklingsarbete på skola för att ta fram en tydligare arbetsgång, som senare ska spridas till övriga skolor. - Brist på personal med rätt kompetens: kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. - Brist i det främjande och förebyggande elevhälsoarbetet: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Intervjuer har genomförts vilka visar att situationen är samma som föregående läsår, det råder fortsatt osäkerhet kring i vilken utsträckning och hur modellen används. - Hög frånvaro påverkar måluppfyllelsen: : kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse. - Brist på vikarier i verksamheten: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Bemanningsnivån av vikarier har minskat jämfört med föregående år. Under 2025 låg bokningsgraden mellan 83 och 97 procent. - Elever på yrkesprogram får inte APL-plats: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Drygt 5 procent av eleverna genomförde inte APL på en arbetsplats 2025. - Osäkra elevprognoser – befolkningsprognos: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. - Risker att verksamheter handlar utanför avtal: kontrollmoment får gul bedömning med mindre avvikelse. Utbildning Gävle har en avtalstrohet på 86,8 procent vilket är en ökning jämfört med 2024.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

10

Jävsnämnden

Sammanfattning Jävsnämnden

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

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

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

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

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

Sammanfattning Jävsnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8 – 9.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi? / Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har inga mål med bäring på ekonomi utöver beslutad budget. Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och delårsrapporter enligt beslutade riktlinjer. Nämnden erhåller prognos och utvärdering löpande under året genom månadsrapporter. Månadsrapporterna analyserar ekonomiskt resultat, årsprognos, investeringsverksamhet samt ger sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen. Nämnden har under året erhållit följande prognoser genom månadsrapporter: • Januari: 0 tkr • April: 0 tkr • Augusti: 0 tkr • Oktober: 0 tkr I nämndens delårsrapporter kommenteras eventuella avvikelser samt ekonomiskt resultat, årsprognos och förväntad utveckling kommenteras. • I delårsrapporten per april 2025 presenteras utfallet för jan-april uppgå till +19,9 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos förblir 0 tkr. • I delårsrapporten per augusti 2025 presenteras utfallet för jan-aug uppgå till +36,5 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos förblir 0 tkr.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Stickprov måluppfyllelse

Valt mål:

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

Indikatorer

Finns ej.

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 1

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

Iakttagelser från granskning av delårsrapport 2

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

Iakttagelser från helårsrapportering 2025

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

Kommentarer

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

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Beslut om internkontrollplan för verksamhetsår 2025 fattades 2025-03-17 § 8.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Gul	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Att beslut fattas på delegation där inte beslutanderätt har delegerats • Att inte delegationsbeslut anmäls till nämnd • Jäv och mutor • Att tjänstemän på sektor Livsmiljö fattar beslut som egentligen skulle ha fattas av Jävsnämnden Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena som bl.a. ändamålsenlighet och effektiv verksamhet och transparens och likabehandling av nämndens handläggning.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

11

Valnämnden

Sammanfattning Valnämnden

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

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

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

Nämnden har löpande under året erhållit ekonomisk rapportering inkl. prognos. Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett nollresultat hela året. Underskottet beskrivs som ett resultat av personalkostnaderna som överskridit budget då löner för obudgeterade medarbetare belastar i november och december. Denna kostnad flaggades dock för i ekonomisk rapportering under året. Nämndens underskott på 94 tkr är en negativ avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2 då nämndens årsprognos beräknades då till +74 tkr.

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

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

Sammanfattning Valnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8 - 9.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi? / Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Nämnden har inga mål med bäring på ekonomi utöver beslutad budget. Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter och delårsrapporter enligt beslutade riktlinjer. Nämnden erhåller prognos och utvärdering löpande under året genom månadsrapporter. Månadsrapporterna analyserar ekonomiskt resultat, årsprognos, investeringsverksamhet samt ger sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen. Nämnden har under året erhållit följande prognoser genom månadsrapporter: • April: Prognos ändras inte då osäkerheten kring de beräknade kostnader för översyn av valdistrikt och ny lagerlokal bedöms för stor. • Augusti: 0 tkr • September: 0 tkr • Oktober: 0 tkr I nämndens delårsrapporter kommenteras eventuella avvikelser samt ekonomiskt resultat, årsprognos och förväntad utveckling kommenteras. • I delårsrapporten per april 2025 presenteras utfallet för jan-april uppgå till +47 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos ändras ej enligt beskrivning för april ovan. • I delårsrapporten per augusti 2025 presenteras utfallet för jan-aug uppgå till +74 tkr. Kostnaden för köp av administrativa tjänster har reglerats. Årsprognos ändras ej enligt beskrivning för april ovan.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten ska "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO-modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2025-02-28 § 3.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Att beredskapen i händelse av ett extra val eller folkomröstning är för låg innebär en risk för valets genomförande. • Att förändrade förutsättningar gällande valets genomförande 2026 saknar förutsättningar för att förändringen ska kunna genomföras. • Ny valdistriktindelning som innebär fler valdistrikt . Vi bedömer planen heltäckande då den berör risker inom risk- eller målområdena som bl.a. beredskap och rättssäkerhet, förutsättningar för valets genomförande och indelning av valdistrikt.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

12

Överförmyndarnämnden

Sammanfattning Överförmyndarnämnden

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning Överförmyndarnämnden

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
8.	Fokuserar rapportering på analys av måluppfyllelse och resultat avseende ekonomi?	Grön	Nämnden får regelbundna ekonomiska rapporter enligt beslutade riktlinjer. I delårsrapporter per april och augusti redovisas prognos för respektive verksamhetsområde. I texten anges prognos och pågående arbete kopplat till ekonomin. Nämnden har under året även erhållit följande prognoser genom ekonomiska månadsrapporter: • Februari: 0 tkr • Mars: 0 tkr • April: -1,3 mnkr • Augusti: -1,3 mnkr • September: -1,3 mnkr Underskottet beskrivs bero på högre kostnader för arvoden. Dels för de ideella ställföreträdarna på grund av ökat prisbasbelopp och fler ärenden, dels på grund av de professionella ställföreträdarna där ärendena har ökat.
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	Rapporteringen sker enligt upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi. Rapporteringen sker regelbundet och inkluderar analyser av budgetutfall, prognoser och investeringar. All ekonomisk rapportering kopplas till mål och prioriteringar, vilket säkerställer att kommunens ekonomi följs upp i linje med direktiven. Löpande uppföljning av ekonomi har skett vid följande sammanträden: • 2025-01-27 § 3: Ekonomisk månadsrapport • 2025-02-24 § 9: Verksamhetsrapport helår 2024 • 2025-03-24 § 22: Ekonomisk månadsrapport (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
9.	Sker rapporteringen i enlighet med upprättade direktiv och instruktioner avseende ekonomi?	Grön	(Forts). • 2025-04-28 § 28: Ekonomisk månadsrapport • 2025-05-26 §§ 48, 49: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsrapport delår 1 2025 • 2025-06-23 § 61: Yttrande till KS om prognos för ekonomiskt underskott • 2025-09-22 §§ 68, 69: Ekonomisk månadsrapport, verksamhetsrapport delår 2 2025 • 2025-10-20 § 75: Ekonomisk månadsrapport • 2025-11-17 § 82: Ekonomisk månadsrapport • 2025-12-08 § 92: Internbudget 2026
10.	När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	I delårsrapporten per april 2025 framgår att nämndens resultat per april är -0,6 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till 0 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per april uppgår till -1,3 mnkr. I delårsrapporten per april beskrivs den negativa avvikelsen bero på högre kostnad för de ideella ställföreträdarna då prisbasbeloppet och antalet uppdrag har ökat. Kostnaden för Optio, SFE och Emmia har ökat på grund av fler uppdrag. Högre kostnad för Provisum och för personal på grund av ett avgångsvederlag och en frånvaro där återgången till arbetet har gjorts tidigare än planerat. I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att nämndens resultat per augusti är -1,5 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot budgeten för samma period som uppgick till 0 mnkr. Prognostiserat helårsutfall per augusti uppgår till -1,3 mnkr. I nämndens verksamhetsrapport per helår framgår att årets resultat för nämnden uppgår till -0,9 mnkr. Överförmyndarnämnden består av två delar, den ordinarie verksamheten och verksamheten för ensamkommande barn. (Forts. nästa sida)

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
10.	Når nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	Utfallet för ordinarie verksamhet uppgår till -1,1 mnkr och utfallet för ensamkommande barn uppgår till 0,2 mnkr. Det negativa resultatet för ordinarie verksamhet förklaras av ett flertal faktorer. Exempelvis beskrivs att intäkten för momsåterföring och anvisningsschablon från Migrationsverket är högre än budgeterat. Fortsatt beskrivs kostnaden för de ideella ställföreträdarna vara högre då antalet uppdrag har ökat. Kostnaden för Optio, SFE och Emmia har beskrivs även ha ökat pga fler uppdrag.
11.	Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	I delårsrapporterna per april och augusti beskrivs att nämnden har skurit ner på utbildningar för personal samt extern representation, exempelvis fika på utbildningar för ställföreträdare. Fortsatt beskrivs att trots ovan insatser kostar det mer att genomföra samma verksamhet med samma resurser som föregående år men att nämnden bedömer att de inte har någon verksamhet som kan läggas ner då all verksamhet som nämnden bedriver är det lagkrav på att kommunen genomför. Vid protokollgenomgång framgår följande: • 2025-06-23 § 61: Nämnden informerar KS om det prognostiserade underskottet om 1,3 mnkr och lyfter att ytterligare medel eller förändrade ramar behövs. • 2025-09-22 § 72: Planerad åtgärd: : kommande beslut om styrning/ändring av hur professionella ställföreträdare används för att hantera kostnader • 2025-10-20 § 78: Nämnden beslutar om en översyn av uppdrag med professionell ställföreträdare för att bedöma ekonomiska effekter och om högre arvoden är motiverade • 2025-11-17 § 87: Budgetläget diskuteras från KS perspektiv. Inga beslut om åtgärder kan spåras.

Granskningsiakttagelser - ekonomistyrning

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

Granskningsiakttagelser - Prognosarbete

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - måluppfyllelse

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
25. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Grön	I Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 beskrivs att rapporten "görs enligt den rapport och arbetsmodell som är upplagd i Stratsys och följer principerna i COSO- modellen". COSO-modellens fem komponenter är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning. Nämndens internkontrollplan för 2025 är uppbyggd efter COSO-modellen.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden antog internkontrollplan för verksamhetsåret 2025 vid sammanträdet 2024-12-09 § 96.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Gul	Internkontrollplanen för 2025 omfattar följande risker: • Det finns inte tillräckligt med resurser för behövlig personal. • Överförmyndarnämnden hinner inte granska årsräkningarna före den 1 september • Det finns inte tillräckligt många ställföreträdare • Personuppgiftsbehandling Vi bedömer att planen delvis har bäring på nämndens formulerade mål.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

Delfrågor		Bedömning	Noteringar
26. Rapportering	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Det finns endast nämndövergripande riktlinjer. Vi har tagit del av Anvisningar för verksamhetsrapportering 2025-12-31 i vilken instruktioner gällande hur och när rapportering ska ske.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Se ovan.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	Rapporteringen presenterar resultaten av kontrollmomenten. • Det finns inte tillräckligt med resurser för behövlig personal: ett kontrollmoment får grön bedömning utan avvikelse och ett kontrollmoment – tillräcklig bemanning – får röd bedömning med större avvikelse. Nämnden beskriver att kommande lagändring som väntas 1 juli 2026 innebär mer ansvar för beslutsfattande och myndighetsutövning samt fler ärenden. Därför bedöms befintlig bemanning inte vara tillräcklig för att möta detta. • Överförmyndarnämnden hinner inte granska årsräkningarna före den 1 september: kontrollmomentet – löpande uppföljning – får gul bedömning med mindre avvikelse. Det beskrivs i rapporten att 97,5 procent av årsräkningarna granskats inom tidsramen mot målet 100 procent. • Det finns inte tillräckligt många ställföreträdare: kontrollmomentet får grön bedömning utan avvikelse. • Personuppgiftsbehandling: kontrollmomentet saknar bedömning då nämnden inte blev granskad av dataskyddsombudet under 2025.

Granskningsiakttagelser - Intern kontroll

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

13

Gemensam nämnd
för verksamhetsstöd

Bakgrund och bedömning

Bakgrund

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

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

Bedömning

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

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

Vi lämnar därför bedömningen E/T för nämnden.

14

Bilagor

Sammanställning

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

Sammanställning

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

Sammanställning

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

Sammanställning

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

Sammanställning

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

2025-04-15

Hanna Franck

Projekt- och uppdragsledare



Till: Gävle Energi AB

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv – Grundläggande granskning

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Energi AB i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Energi AB:

- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Energi AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Tord Jansson
1:e vice ordförande

Kenneth Levin
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-02 14:29

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

E099DF66212D3944712E0841752881912DB313048260555259922A7B91C77E30

Namn: Tord Evan Jansson

Datum: 2026-04-07 08:44

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

E099DF66212D3944712E0841752881912DB313048260555259922A7B91C77E30

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-04-14 20:18

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

E099DF66212D3944712E0841752881912DB313048260555259922A7B91C77E30



**Till: Gavlefastigheter
Gävle kommun AB**

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv – Grundläggande granskning

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gavlefastigheter Gävle kommun AB i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gavlefastigheter Gävle kommun AB:

- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gavlefastigheter Gävle kommun AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Arne Övrelid
Lekmannarevisor

Kenneth Levin
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:11

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

35E490C713D7B6C0D75B9192ADCD34396F3D73CBD116427517E71FE2BBF7DA46

Namn: Arne Övrelid

Datum: 2026-04-01 17:06

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

35E490C713D7B6C0D75B9192ADCD34396F3D73CBD116427517E71FE2BBF7DA46

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2026-03-31 15:32

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

35E490C713D7B6C0D75B9192ADCD34396F3D73CBD116427517E71FE2BBF7DA46



Till: AB Gavlegårdarna

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv – Grundläggande granskning

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att AB Gavlegårdarna i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

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

- Tillse att samtliga bolagsmål är mätbara, i syfte att möjliggöra en årlig utvärdering av måluppfyllnaden.
- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.

- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från AB Gavlegårdarna med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Arne Övrelid
Lekmannarevisor

Ann-Katrin Myles
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:15

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

6CDD8DE88AF5150226309109C9408375924F06E5CF66CE2D32752981BB88E59E

Namn: Arne Övrelid

Datum: 2026-04-01 17:06

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

6CDD8DE88AF5150226309109C9408375924F06E5CF66CE2D32752981BB88E59E

Namn: Ann Katrine Myles

Datum: 2026-03-31 11:00

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

6CDD8DE88AF5150226309109C9408375924F06E5CF66CE2D32752981BB88E59E



**Till: Gävle
Parkeringservice AB**

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv – Grundläggande granskning

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Parkeringservice AB i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Parkeringservice AB:

- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Överväga att inkludera ekonomiska risker i internkontrollplanen.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Parkeringsservice AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Ann-Katrin Myles
Lekmannarevisor

Fredrik Sollenborn
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:10

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

0C4D9830CF53632624095C4A2B18158251B9D3E7D3B7549ECBE529B1B4D17952

Namn: Ann Katrine Myles

Datum: 2026-03-31 11:02

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

0C4D9830CF53632624095C4A2B18158251B9D3E7D3B7549ECBE529B1B4D17952

Namn: Fredrik Sollenborn

Datum: 2026-03-26 17:37

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

0C4D9830CF53632624095C4A2B18158251B9D3E7D3B7549ECBE529B1B4D17952



Till: Gävle Stadshus AB

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv – Grundläggande granskning

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Stadshus AB i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Stadshus AB:

- I dialog med ägaren verka för att ägaren tydliggör i vilken omfattning bolaget ska följa och bryta ned de kommunövergripande målen.
- Tydliggöra bolagets mål i verksamhetsplanen.
- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.

- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att internkontrollplanen innehåller beskrivning samt ansvarig för respektive kontrollmoment.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Stadshus AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Ann-Katrin Myles
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:08

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

9F3250180CE6FECE4026DC7075FB10B3D251B1BF07ECFDB75D45D0A69537C3CA

Namn: Ann Katrine Myles

Datum: 2026-03-31 11:04

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

9F3250180CE6FECE4026DC7075FB10B3D251B1BF07ECFDB75D45D0A69537C3CA



Till: Gävle Hamn AB

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv – Grundläggande granskning

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gävle kommun genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gävle Hamn AB i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. I revisionsrapporten framgår granskningsresultatet.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gävle Hamn AB:

- Tillse att samtliga bolagsmål är mätbara, i syfte att möjliggöra en årlig utvärdering av måluppfyllnaden.
- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.

- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gävle Hamn AB med kommentarer till samtliga rekommendationer. Yttrandet skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Ordförande

Yvonne Bäckius
2:e vice ordförande

Fredrik Sollenborn
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-03-27 08:07

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

35472996F8ED5FB6A70575A661147101848050D834B48627C1B7A5B1C2E96638

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2026-03-30 21:53

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

35472996F8ED5FB6A70575A661147101848050D834B48627C1B7A5B1C2E96638

Namn: Fredrik Sollenborn

Datum: 2026-03-26 17:37

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

35472996F8ED5FB6A70575A661147101848050D834B48627C1B7A5B1C2E96638



Grundläggande granskning av kommunala bolag

GSAB-koncernen

2026-03-24

Micaela Hedin, certifierad kommunal revisor
Anders Petersson, certifierad kommunal revisor
Mikaela Westien, verksamhetsrevisor

Azets Revision och Rådgivning AB

Innehåll

1.	Sammanfattning och rekommendationer	3
2.	Bakgrund och syfte	7
3.	Metod och avgränsning	12
4.	Styrande förutsättningar	15
5.	Resultat av granskningen	21
6.	Sammanfattande bedömning och rekommendationer	59



Sammanfattning och rekommendationer



1. Sammanfattning

Sid 4(62)

Azets Revision & Rådgivning har av Gävle kommuns lekmannarevisorer fått i uppdrag att göra en grundläggande granskning av kommunens kommunala bolag. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025. Rubricerad rapport avser moderbolaget Gävle Stadshus AB samt dotterbolagen AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter Gävle kommun AB, Gävle Hamn AB, Gävle Parkeringsservice AB och Gävle Energi AB.

Syftet med granskningen har varit att översiktligt bedöma om respektive bolagsstyrelse har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att bolagsstyrelserna i GSAB-koncernen moderbolag och respektive dotterbolag i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

För vidare beskrivning av bedömning per revisionsområde hänvisas till avsnitt 5 i rapporten.

1.1 Samlad bedömning

Sid 5(62)

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att GSAB-koncernen i allt väsentligt har säkerställt att bolaget har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Varje bolag följer sina ägardirektiv och har en verksamhetsplan som följs upp regelbundet under året. Vi noterar att dotterbolagen har brutit ned kommunfullmäktiges övergripande mål och har tagit fram bolagsmål, men anser att det i förekommande fall är fördelaktigt att komplettera dessa med tydligare indikatorer för att stärka förutsättningarna för en ändamålsenlig uppföljning. Vidare noterar vi av granskningen att det inte framgår av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelsen. Vi anser att detta bör framgå av styrelseprotokoll för tydlighet i styrelsens arbete med styrning och uppföljning.

Gällande ekonomin visar granskningen att bolagsstyrelserna har följt upp det ekonomiska resultatet under året och att i huvudsak bolagen uppvisar en budget i balans eller en positiv avvikelse gentemot budget.

Avseende internkontrollen föregås samtliga bolags internkontrollplan av en risk- och väsentlighetsanalys. Därtill finns kontrollmoment inkluderade i internkontrollplanerna. Dock finns det utvecklingsmöjligheter i utformningen av internkontrollplanen där planen kan fokusera på uppföljande kontroller som säkerställer att verksamheterna efterlever relevant lagstiftning, regelverk samt interna rutiner och riktlinjer. Därtill kan risker kopplade till verksamhetsområdet och kommande utmaningar med fördel inkluderas i arbetet med intern kontroll. Vidare kan uppföljningen av internkontrollplanen utvecklas genom att tydligare redovisa om kontrollmomenten identifierat några avvikelser, samt vilka åtgärder som vidtas vid eventuella avvikelser.

1.2 Rekommendationer

Sid 6(62)

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i respektive bolag i GSAB-koncernen att:

- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtagas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidtaga några åtgärder vid bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.
- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i AB Gavlegårdarna samt Gävle Hamn AB att:

- Tillse att samtliga bolagsmål är mätbara, i syfte att möjliggöra en årlig utvärdering av måluppfyllnaden.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Gävle Parkeringservice AB att:

- Överväga att inkludera ekonomiska risker i internkontrollplanen.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Gävle Stadshus AB att:

- I dialog med ägaren verka för att ägaren tydliggör i vilken omfattning bolaget ska följa och bryta ned de kommunövergripande målen.
- Tydliggöra bolagets mål i verksamhetsplanen.
- Säkerställ att internkontrollplanen innehåller beskrivning samt ansvarig för respektive kontrollmoment.



Bakgrund och syfte



2. Bakgrund

Sid 8(62)

De förtroendevalda revisorerna/lekmannarevisorerna är kommunfullmäktiges organ för kontroll och ansvarsprövning av styrelser nämnder och kommunala bolag. Revisionens arbete ska även ses som ett stöd till nämnderna, styrelsen och de kommunala bolagen. Kommunallagen (2017:725) 12 kap, 1 §, ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs i kommunen, vilket även omfattar den verksamhet som bedrivs i kommunala bolag.

Lekmannarevisorerna har i enlighet med aktiebolagslagen (kap 10. 3§) uppdraget att granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig. Räkenkaperna i bolagen granskas av auktoriserade revisorer.

Lekmannarevisorernas årliga granskning består av två delar; grundläggande granskning och fördjupad granskning utifrån riskanalys. Den grundläggande granskningen omfattar en översiktlig granskning av bolagets måluppfyllelse, ledning och styrning ur ett internkontrollperspektiv. Granskningen baseras generellt sett på revisorernas riskanalys 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 granskningsrapport.

Bolagets styrelse och verkställande direktör ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och kommunfullmäktiges mål och riktlinjer.

2.1 Syfte

Sid 9(62)

Granskningens syfte är att översiktligt bedöma om bolaget har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. De bedömningar som avlämnas ska utgöra en grund för säkerställande av att bolagen lever upp till de mål och beslut som fullmäktige fastställt.

Lekmannarevisorns underlag utgör även en grund för fullmäktiges beslut om ansvarsfrihet för kommunstyrelsen samt direktiv till ägarombud och slutligen beslut om ansvarsfrihet på bolagsstämma.

2.2 Revisionsfrågor

Sid 10(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning

- Har styrelsen säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med ägardirektiv som fullmäktige fastställt?
- Har styrelsen och VD säkerställt att verksamheten även i övrigt bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige fastställt?
- Hur arbetar VD och styrelse för att säkerställa att bolagets verksamhet bedrivs i enlighet med kommunfullmäktiges mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat också ska gälla för bolaget?
- Har styrelsen säkerställt att den får tillräcklig uppföljning och rapportering avseende verksamheten?
- Vidtar styrelsen åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende verksamhetsresultat under året?

Ekonomistyrning och uppföljning

- Har styrelsen säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med ekonomiska direktiv som fullmäktige fastställt?
- Har styrelsen säkerställt att den får tillräcklig uppföljning och rapportering avseende verksamhetens ekonomi?
- Vidtar styrelsen åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende ekonomiska resultat under året?

Intern kontroll

- Har styrelsen skapat förutsättningar att bedriva sin interna kontroll på ett systematiskt och ändamålsenligt sätt under året?
- Finns en tydlig process för uppföljning av den interna kontrollen som involverar styrelsen?
- Vidtar styrelsen åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende intern kontroll under året?



2.3 Revisionskriterier

Sid 11(62)

Granskningen har utgått ifrån nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725)
- Aktiebolagslagen
- Lagar som styr bolagets verksamhet
- Ägardirektiv och bolagsordning
- Kommunfullmäktiges mål och uppdrag
- Kommunplan 2025
- Anvisningar för verksamhetsplanering och verksamhetsrapportering
- Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut



Metod och avgränsning



3.1 Metod och avgränsning

Sid 13(62)

Granskningen har följt en årlig process, varpå granskningen avser hela granskningsåret 2025. Granskningen omfattar såväl granskning som bedömning utifrån styr- och uppföljningsdokument. Granskningen färdigställs och avslutas först efter slutrevisionsmöten 2025.

Granskningen har omfattat helägda bolag i Gävle kommunkoncern. För Gävle Energi AB genomförs den grundläggande granskningen endast mot moderbolaget, inte dess dotterbolag. Rubricerad rapport avser GSAB-koncernen.

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av underlag såsom mål- och uppföljningsdokument, uppdrag, ägardirektiv, bolagsordning, delårsrapport, årsredovisning och bolagsstyrningsrapport.
- Intervjuer med respektive bolag
- Protokollsgranskning

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med Azets interna rutiner. Rapporten har varit föremål för sakgranskning av respektive bolag.



3.2 Bedömningskriterier

Sid 14(62)

Bolagens/bolagets verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och interna kontroll bedöms utifrån följande bedömningsnivåer. Respektive bedömningsnivå har en tillhörande symbol.

Bedömningsnivå	Bedömningssymbol
Ja	
I allt väsentligt	
Endast delvis	
Nej	

Styrande förutsättningar



4.1 Styrmodell

Gävle kommun har fem kommunövergripande mål vilka är beslutade av kommunfullmäktige och gäller för hela kommunkoncernen. De kommunövergripande målen kompletteras med finansiella mål. Därtill kommunfullmäktige beslutat om målnedbrytningar som gäller för nämnder och bolag. Kommunfullmäktiges målnedbrytningar ska årligen brytas ned i nämnden/bolagets respektive verksamhetsplan.

Kommunfullmäktige använder sig av indikatorer vid uppföljningen av de kommunövergripande målen. Indikatorerna är olika typer av nyckeltal/mätetal. Varje indikator har ägarskap hos någon/några av kommunens förvaltningar eller bolag, vilka även är ansvariga för att indikatorn följs upp och analyseras.

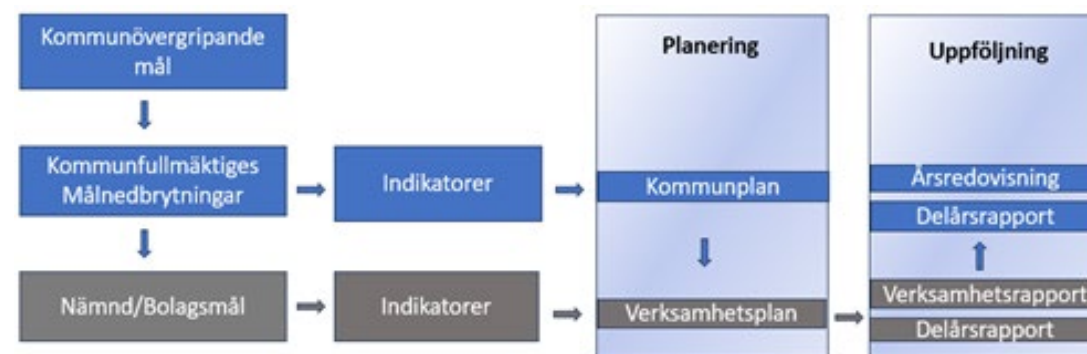
Utöver kommunövergripande mål och målnedbrytningarna arbetar Gävle kommun med tre strategiska program inom miljö, social hållbarhet och näringsliv samt en översiktsplan.

För att säkerställa att reglementen, ägardirektiv och förbundsordningar samt de fem kommunövergripande målen följs sker kontinuerlig uppföljning och rapportering.

Sid 16(62)

Nämnder och bolagsstyrelser ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt dessa styrdokument samt regelbundet rapportera till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige.

Genom att följa uppsatt modell kan kommunen säkerställa att verksamheten bedrivs på ett rättssäkert, effektivt och målinriktat sätt, i linje med de politiska beslut som fattas av kommunfullmäktige.



Figur: Gävle kommunens planering och uppföljningsstruktur

4.1 Styrmodell forts.

Sid 17(62)

Nedan följer Gävle kommuns kommunövergripande mål:

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

De kommunövergripande målen har i sin tur brutits ned till 21 delmål med tillhörande indikatorer.

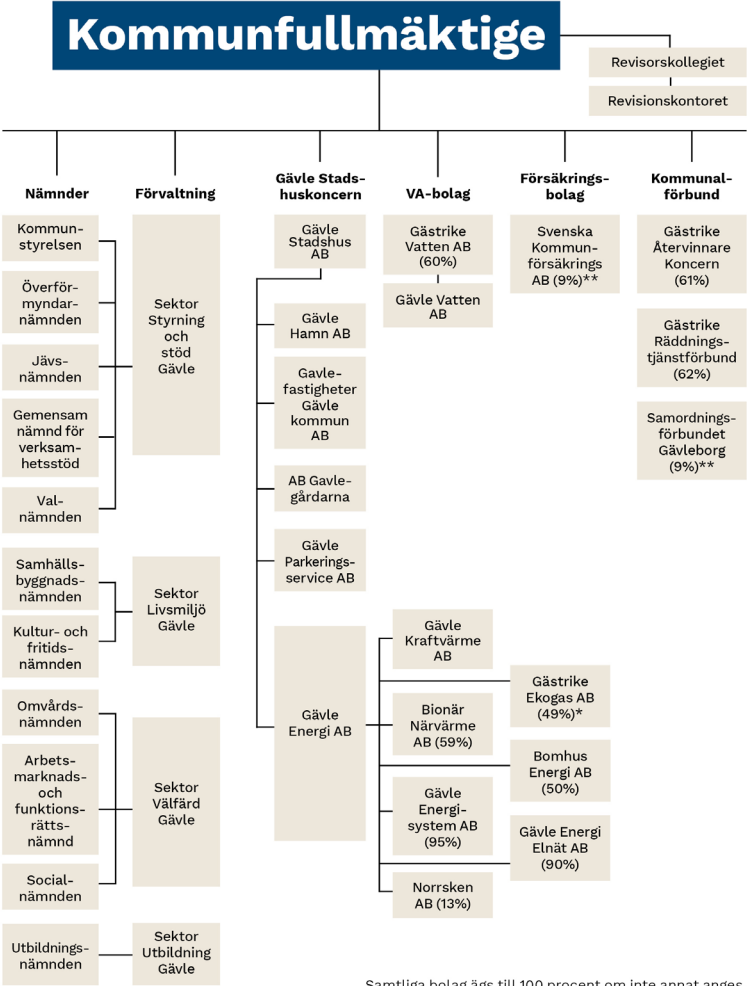


Figur: Gävle kommuns övergripande mål

4.1 Styrmodell forts.

Den kommunala koncernen

Sid 18(62)



Samtliga bolag ägs till 100 procent om inte annat anges.
* Ägs till 51 procent av Gästrike Återvinnare koncern.
** Ingår ej i den sammanställda redovisningen.



4.2 Riktlinjer för intern kontroll

Sid 19(62)

Intern styrning och kontroll är en central del av verksamhets- och ekonomistyrningen och omfattar alla system, processer och rutiner. Nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet har lämnats över till exempelvis ett kommunalt bolag.

Gävle kommunkoncern tillämpar ramverket COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) och har satt upp följande målområden som en förutsättning för god intern kontroll:

- Ändamålsenlig och effektiv verksamhet
- Efterlevnad av externa och interna regelverk
- Tillförlitlig rapportering internt och externt

För att uppnå dessa mål har följande 5 komponenter tagits fram enligt COSO-modellen:

1. Styr- och kontrollmiljö
2. Riskvärdering
3. Kontrollaktiviteter
4. Information och kommunikation
5. Uppföljning



4.2 Riktlinjer för intern kontroll forts.

Sid 20(62)

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



Resultat av granskningen



5. Resultat av granskningen

Sid 22(62)

I detta avsnitt presenteras granskningens resultat. Resultatet baseras på de underlag som vi har mottagit under året, intervju som genomförts med bolagen samt protokollsgranskning.

Under granskningens gång har ett antal kontrollfrågor besvarats som också utgör en grund för vår bedömning.



5.1 Gävle Stadshus AB/moderbolag



5.1.1 Verksamhetsstyrning

Sid 24(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv 2023-2026	Antagen 2024-11-25
Bolagsordning	Antagen 2015-02-23
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Nej
Bolagets mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Bolaget har inte brutit ned kommunfullmäktiges mål.
Målen är formulerade så att de är mätbara	Bolaget har inte brutit ned kommunfullmäktiges mål.
Styrelsen följer upp måluppfyllelsens utveckling under året	Enbart finansiella mål
Vid avvikelser från måluppfyllelsen får styrelsen en analys av orsaker till avvikelsen	Framgår ej av mottagen dokumentation.
Styrelsen beslutar om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Styrelsen antog verksamhetsplanen för 2025 för Gävle Stadshus AB samt dotterbolagens verksamhetsplaner vid sitt sammanträde 2025-04-23.

I Gävle Stadshus AB:s verksamhetsplan 2025-2028 anges att kommunkoncernen har fem strategiska bolagsmål där merparten av bolagsmålen har tillhörande delmål. Bolagsmålen är samma som de kommunövergripande målen och har inte brutits ned till egna mål eller tilldelats indikatorer.

Föregående års granskning lämnade en notering om att bolaget inte följer målstyrningen som är satt av kommunen då bolaget uppgav att det inte har några egna mål, vilket är detsamma som i årets granskning.

Styrelsen följer bolagets utveckling genom upprättade månadsrapporter vid samtliga sammanträden under 2025.

I och med att bolaget inte har formulerat bolagsmål har ingen uppföljning av dessa genomförts i årsrapporteringen.

5.1.2 Ekonomistyrning

Sid 25(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Ej aktuellt.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	– 4,2 mnkr	– 2,4 mnkr

Generella iakttagelser

Gävle Stadshus AB har antagit en budget för koncernen för 2025 där budgeterat rörelseresultat är – 4,2 mnkr och budgeterat resultat efter finansiella poster för 2025 är – 36,1 mnkr.

Av de styrelseprotokoll vi tagit del av framgår att styrelsen får månatliga ekonomiska rapporter från bolaget.

Vid bolagets sammanträde 2025-02-05 beslutades om GSAB-koncernens bokslutsdispositioner samt koncernbidrag. Vid sitt sammanträde 2025-02-19 beslutades om att föreslå kommunstyrelsen att fullmäktige att godkänna att bolaget lämnar ett aktieägartillskott på 125 mnkr till Gävle Parkeringsservice AB.

Bolaget har följt upp det ekonomiska resultatet delårsrapport 1 (per 30 april) samt delårsrapport 2 (per 31 augusti). Vid både delår 1 och delår 2 prognosticeras ett resultat i linje med budget. Det framgår av rapporterna att redovisat resultat är exklusive erhållna aktieutdelningar och koncernbidrag.

Forts. nästa sida.

5.1.2 Ekonomistyrning forts.

Sid 26(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Ej aktuellt.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	– 4,2 mnkr	– 2,4 mnkr

Generella iakttagelser

Av årsredovisningen framgår att årets rörelseresultat uppgår till – 2,4 mnkr, vilket är 1,8 mnkr skillnad jämfört med budget. Årets resultat efter finansiella poster uppgår till – 30,4 mnkr (budgeterat – 36,1 mnkr). Det framgår att redovisat resultat är exklusive erhållna aktieutdelningar, koncernbidrag och nedskrivning av aktier i dotterbolag. Föregående år skrev bolaget ner värdet på aktierna i Gävle Parkeringsservice AB med 125 mnkr vilket redovisades som en finansiell kostnad. Den positiva avvikelser från budget förklaras av något lägre personalkostnader och lägre övriga kostnader än budgeterat.

Av bolagsstyrningsrapporten framgår att bolaget uppfyller avkastningskravet att lämna en aktieutdelning till Gävle kommun på 144,8 mnkr. Av aktieutdelningen avser 16 mnkr vidareförmedlad aktieutdelning från AB Gavlegårdarna för användning till bostadssociala åtgärder inom ramen för kommunens bostadsförsörjningsansvar.

5.1.3 Intern kontroll

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Antagen 2025-04-23
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	4 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	I allt väsentligt

Generella iakttagelser

Sid 27(62)

Gävle Stadshus AB antog 2025-04-23 sin internkontrollplan för 2025. Av protokollet från sammanträdet framgår att VD gavs i uppdrag att återkomma med en förfinad analys och förstärkt uppföljning av bolagets och koncernens riskmiljö till kommande styrelsemöte. Nästa sammanträde ägde rum 2025-05-21, av efterföljande protokoll framgår ingen information om att detta har skett.

Bolagets internkontrollplan omfattas av fyra risk- eller målområden med tio stycken risker kopplade till sig. Dessa föregås av en riskvärdering. Risknivåerna är låg, medium eller kritisk. Ingen risk har värderats som kritisk, men två har värderats som medium. Ingen av dessa risker har inkluderats som risk i internkontrollplanen. Följande riskområden har inkluderats i internkontrollplanen:

- Efterlevnad av externa och interna regelverk
- Enligt företagspolicyn ska bolaget svara för GSAB-koncernens ekonomiska optimering. Här inkluderas riskerna att bolagets finansiella kostnader inte årligen täcks till 100 % genom erhållna likvider från dotterbolagen och värdering av finansiella anläggningstillgångar.

Utifrån riskområdena har totalt fem kontrollmoment formulerats. För fyra kontrollmoment saknas beskrivningar samt ansvarig.

Av bolagsstyrningsrapporten för 2025 anges att i internkontrollplanen för 2025 bedömdes risker i bolagets egen verksamhet. Därtill framhålls att bolaget är ett holdingbolag och den egna verksamheten är förhållandevis liten. Under året har bolaget börjat ett arbete med dotterbolagens riskhantering i investeringsverksamhet då erfarenhet från tidigare år visar att risk för värdejusteringar finns vid nyproduktion av byggnader.

Forts. nästa sida



5.1.3 Intern kontroll forts.

Sid 28(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Antagen 2025-04-23
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	4 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	I allt väsentligt

Generella iakttagelser

Uppföljning per helår av internkontrollplanen visar att bolaget har genomfört ett arbete med respektive riskområde och kontrollmoment. Detta framgår av beskrivningar för varje kontrollmoment. Därtill redovisas att inga avvikelser har noterats.

För fyra av kontrollmomenten är aktiviteter pågående då bolaget inväntar bokslut från dotterbolagen och slutlig skatteberäkning. En analys av dotterbolagens resultat per affärsområde för 2025 kommer att utföras i maj 2026. Detta kontrollmoment inkluderas även i internkontrollplanen för år 2026.

5.1.4 Moderbolagets övergripande roll

Sid 29(62)

Moderbolagets koncernövergripande roll: verksamhet, ekonomi och intern kontroll	
Moderbolaget följer upp att bolagen har fastställt mål och uppdrag i sina verksamheter	Ja
Moderbolaget får regelbundet uppföljningar över bolagens ekonomi i förhållande till budget	Ja
Moderbolaget följer upp bolagens följsamhet till ägardirektiv	Ja
Moderbolaget tar del av redovisning av bolagens arbete med intern kontroll	Ja

Generella iakttagelser

Moderbolaget har tagit del av samtliga dotterbolags verksamhetsplaner för 2025 vid sitt sammanträde 2025-04-23.

Bolaget har vid samtliga sammanträden tagit del av månadsrapporter från dotterbolagen.

Bolaget har vid sammanträde 2025-05-21 följt upp den ekonomiska uppföljningen och verksamhetsuppföljningen per sista april. Moderbolaget godkände uppföljningen från koncernen.

Bolaget har vid sitt sammanträde 2025-09-24 följt upp delårsbokslut per augusti och prognos för 2025 för koncernen.

Vidare har moderbolaget följt upp dotterbolaget Gävle Parkeringsservices utredning/transformation till följd av tidigare års ekonomiska resultat. Styrelsen har erhållit information om bolagets finansiella utveckling under 2025 samt arbete med kommande affärsområden och större affärsrisker.

5.1.5 Bedömning per område

Sid 30(62)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Vi noterar i granskningen, likt föregående år, att bolaget inte har brutit ned kommunfullmäktiges mål i sin verksamhetsplan utan enbart har brutit ned finansiella mål. Vi anser att bolaget bör utveckla sina mål och tillämpa målnedbrytningar med tillhörande mätetal för att underlätta uppföljning av satta mål.



Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning under verksamhetsåret. Bedömningen grundar sig på att bolaget löpande har följt upp sin ekonomi samt dotterbolagens under verksamhetsåret. Därtill redovisar bolaget ett resultat som ligger i linje med budgeterat resultat.



Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning. Vi grundar vår bedömning på att tillhörande beskrivningar till kontrollmomenten i internkontrollplanen saknas i huvudsak. Därtill har de två riskerna som tilldelats risknivå medium inte inkluderats som kontrollmoment i internkontrollplanen. Vi noterar att risker kopplade till dotterbolagen har inkluderats, däribland risken att GSAB kan behöva tillskott från Gävle kommun om bolagets finansiella kostnader inte täcks. Dock saknas beskrivning över hur kontrollmomentet ska genomföras i internkontrollplanen, dock framgår detta av årsuppföljningen. Därtill visar granskningen att internkontrollplanen antogs i april 2025, vilket är senare än vad kommunens anvisningar gör gällande (2025-03-31). Därav gör vi bedömningen att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning.



5.2 AB Gavlegårdarna



5.2.1 Verksamhetsstyrning

Sid 32(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv 2025-2028	Antagen 2024-11-25
Bolagsordning 2025	Antagen 2014-11-24
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Bolagets mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	I allt väsentligt
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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av AB Gavlegårdarnas verksamhetsplan för 2025 framgår att bolaget har tagit Gävle kommuns strategiska program samt kommunövergripande mål i beaktande.

Bolaget har brutit ned de kommunövergripande målen till fem strategiska bolagsmål och elva delmål. Målen är till stor del formulerade så att de är mätbara och har tillhörande beskrivningar och indikatorer för året. För tre av bolagsmålen saknas mätbara indikatorer och för dessa ges enbart beskrivningar över målområdet.

Vi har tagit del av bolagets verksamhetsrapporter för delår 1 och 2. Vid delårsrapport 2 framgår prognos av måluppfyllelsen. Bolaget prognostiserar att fem delmål kommer uppnås och att sex mål kommer vara nära att uppnås, men inte helt vid helår.

Av uppföljningen per helår framgår att sju av elva delmål är nära att uppfyllas, men uppfylls inte helt. Av dessa är enbart en indikator som visar på en stor avvikelse från målvärdet (avseende omhändertagna grovsopor). Alla delmål följs av en beskrivning samt analys av indikatorerna. Dock framgår inte om bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för de målen som inte har uppnåtts helt under året.

5.2.2 Ekonomistyrning

Sid 33(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Antagen 2024-12-13
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

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	213 mnkr	193,1 mnkr

Generella iakttagelser

AB Gavlegårdarna har antagit en budget för 2025 där årets rörelseresultat budgeteras till 210 mnkr och resultat efter finansiella poster budgeteras till 100 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per april 2025 prognostiseras för ett rörelseresultat på 200 mnkr och vid delår 2 ett prognosticerat rörelseresultat om 213 mnkr.

Av delårsrapport 2 framgår att bolagets investeringsvolym sänks med drygt 50 mnkr för helåret. Bolaget fått en stor faktura från kommunen på exploateringskostnader på 42 mnkr i juni. Ytterligare en faktura för resterande halvår landar på enligt uppgift runt 48 mnkr.

Av årsredovisningen framgår att årets rörelseresultat uppgår till 193,1 mnkr och resultat efter finansiella poster uppgår till 108,9 mnkr. Det anges att differensen mellan budget och prognos är +20 mnkr. Skälet till att prognosen har höjts gentemot budget är dels att vakanskostnaderna beräknas bli 12 mnkr lägre än tidigare budgeterat, dels att hyresintäkterna prognosticeras att bli högre än budgeterat.

Vidare framgår av ägardirektivet att bolagets resultat efter finansiella poster för år 2025 ska uppgå till 100 mnkr samt att bolagets soliditet ska uppgå till minst i spannet 38 – 40 procent. Av årsuppföljningen framgår att bolaget har uppnått ägardirektivets ekonomiska mål.

5.2.3 Intern kontroll

Sid 34(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Antagen 2025-03-25
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	15 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Bolaget antog sin internkontrollplan 2025-03-25. Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering. Totalt innehåller internkontrollplanen 69 risker uppdelade på 15 risk- eller målområden. Riskerna har värderats utifrån skalan låg – medium – kritisk. Elva riskområden har risknivån kritisk.

Vid föregående års granskning framfördes att det är viktigt att bolaget fortsätter värdera risker kopplat till sin ekonomi. Internkontrollplanen för 2025 innehåller riskvärderingar kopplat till ekonomi och har samlats under riskområdet "Sund ekonomi" i internkontrollplanen som består av åtta risker: räntekostnader, nyproduktionskalkylering, taxebundna avgifter, direktavkastningskrav, hyresförhandling, värdebevarande underhåll samt AB Gavlegårdarna som affärspartner.

Enligt internkontrollplanen ska varje kontrollaktivitet följas upp tertialvis via Stratsys. Avvikelser från den internkontrollplanen noteras i samband med tertialvis uppföljning och beskrivs vidare i den internkontrollrapport som sammanställs och presenteras för styrelsen en gång per år. Beroende på kontrollmomentets utformning följs kontrollerna upp tertialvis, halvårsvis eller årsvis.

Av uppföljning per helår av internkontrollplanen visar att bolaget har genomfört ett arbete med respektive riskområde och kontrollmoment. Fyra mindre avvikelser har noterats, till dessa framgår kommentarer som beskriver vilket åtgärder som har vidtagits.

5.2.4 Bedömning per område

Sid 35(62)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att uppföljning av bolagets verksamhet och mål har genomförts under året. Vidare konstaterar vi att det inte framgår för samtliga mål hur dessa ska mätas. Vi anser att det finns ett syfte att komplettera med beskrivning över hur målen ska mätas för att underlätta målanalys och värdering. Vi kan dock konstatera av granskningen att alla mål inte uppnås. Vi noterar att bolaget vid årsredovisningen bedömer att sju av elva bolagsmål är nära att uppfyllas, men uppfylls inte helt. Av den dokumentation vi har tagit del av har vi inte kunnat urskilja att bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att nå målen. Vi anser att det bör framgå av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelse. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning.



Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning under verksamhetsåret. Vi grundar vår bedömning på att bolaget under 2025 löpande har följt upp på bolagets ekonomiska utfall. Vi ser positivt på att bolaget redovisar ett positivt resultat jämfört med budget samt uppnått de ekonomiska målen enligt ägardirektivet.



Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolaget har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning under verksamhetsåret. Bedömningen grundar sig i att bolaget har antagit en internkontrollplan för 2025 som har föregåtts av en risk- och väsentlighetsanalys där ekonomiska risker och verksamhetsrisker inkluderas. Vi ser positivt på att det av internkontrollplanen framgår tydliga kontrollmoment och att samtliga kontroller har genomförts.



5.3 Gavlefastigheter Gävle kommun AB



5.3.1 Verksamhetsstyrning

Sid 37(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv 2025	Antagen 2024-11-27
Bolagsordning 2025	Antagen 2024-06-17
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Bolagets mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av Gavlefastigheters verksamhetsplan för 2025-2028 framgår att bolaget har brutit ned de kommunövergripande målen till 14 strategiska bolagsmål. De fem huvudmålen är inkluderade. Till alla mål finns en tillhörande indikator samt beskrivning som tydliggör hur målet ska mätas.

Av protokoll framgår att styrelsen har getts fördjupad information om måluppföljning vid sammanträden under året.

Vi har tagit del av bolagets verksamhetsrapporter för delår 1 och 2. Varje mål har en tillhörande analys av indikatorerna. Vid delårsrapport 2 framgår prognos av måluppfyllelsen. Bolagets prognosticerade utfall vid delår är att fem delmål uppnås och att nio mål kommer vara nära att uppnås, men inte helt vid helår. Vid helår prognostiseras majoriteten av indikatorerna att uppnås.

Det framgår av underlag att bolaget under året har arbetat löpande med åtgärder för att uppnå en god måluppfyllelse. Styrelsen har tagit del av uppföljningarna under året och på grund av vissa externa faktorer har det varit svårt för styrelsen att vidta åtgärder.

Av helårsuppföljningen framgår att fem av 14 bolagsmål är nära att uppnås, men inte helt. Resterande mål har uppnåtts. För varje bolagsmål finns en målanalys samt analys av indikatorerna. Dock framgår inte av underlag om bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder med anledning av de mål som inte helt har uppnåtts.

5.3.2 Ekonomistyrning

Sid 38(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Antagen 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	Ej aktuellt

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	172,5 mnkr	186,4 mnkr

Generella iakttagelser

Gavlefastigheter har antagit en budget för 2025 där årets resultat efter finansiella poster budgeteras till 56,8 mnkr. Rörelseresultat budgeteras till 169,8 mnkr. Av ägardirektivet framgår att bolaget har ett resultatkrav på 56,8 mnkr.

Av styrelseprotokoll framgår att styrelsen har fått ta del av finansiell rapportering, där ekonomiskt utfall och väsentliga händelser redovisas.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per sista augusti 2025 prognostiseras för ett resultat om 74,5 mnkr efter finansiella poster (jämfört med budgeterat 56,8 mnkr). Vidare uppgår prognosticerat rörelseresultat till 172,5 mnkr (jämfört med budgeterat 169,8 mnkr). Resultatförbättringen återfinns i huvudsak inom området kommunala fastigheter. Resultatkravet förväntas att överträffas.

Av helårsuppföljningen framgår att årets rörelseresultat uppgår till 186,4 mnkr och resultat efter finansiella poster uppgår till 90,1 mnkr. Resultatet överträffar budget. Resultatet förklaras av en ökning i intäkter som har drivits av färdigställda projekt och nya hyresavtal samt lägre rörelse- och personalkostnader.

Bolaget uppnår de ekonomiska målen enligt ägardirektivet, där både resultatkrav och soliditetskrav överstiger de angivna kraven.

5.3.3 Intern kontroll

Sid 39(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Antagen 2025-03-19
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	13 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja

Generella iakttagelser

Bolaget antog sin internkontrollplan 2025-03-19. Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering. Totalt innehåller internkontrollplanen 42 risker uppdelade på 13 risk- eller målområden. Riskerna har värderats utifrån skalan låg – medium – kritisk. Tio riskområden har risknivån kritisk.

Internkontrollplanen innehåller information om risker samt kontrollmoment. Därtill framgår ansvar för kontrollmoment för identifierade risker. Det finns en tilldelad ansvarig för samtliga kontrollmoment. Däremot saknar 13 av kontrollmomenten beskrivning av kontrollmomentet. Av internkontrollplanen framgår ingen identifierad risk avseende demografiska förändringar och lokalförsörjning.

Av årsuppföljningen av internkontrollplanen framgår att samtliga kontrollmoment har genomförts, två av momenten hade mindre avvikelser. För resten identifierades inga avvikelser. Aktiviteter finns kopplade till respektive risk med tillhörande kommentarer över arbetet som har genomförts.

5.3.4 Bedömning per område

Sid 40(62)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att uppföljning av bolagets verksamhet och mål har genomförts under året. Vi noterar att bolaget vid årsredovisningen bedömer att nio av 14 bolagsmål är uppfyllda. Vi ser positivt på att årsredovisningen innehåller en analys av de genomförda aktiviteterna och hur dessa bidragit till måluppfyllelsen. Det framgår av granskningen att ett aktivt arbete med målen har genomförts under verksamhetsåret, dock kan vi konstatera att alla mål inte har uppnåtts helt. Av den dokumentation vi har tagit del av har vi inte kunnat urskilja att bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att nå målen. Vi anser att det bör framgå av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas till följd av bristande måluppfyllelse. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning.

Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning under verksamhetsåret. Vi grundar vår bedömning på att bolaget löpande har följt upp sin ekonomi löpande under verksamhetsåret. Vi ser positivt på att bolaget redovisar ett positivt resultat jämfört med budget samt uppnått resultatmålet enligt ägardirektivet.

Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning under verksamhetsåret. Bedömningen grundar sig i att bolaget har antagit en internkontrollplan för 2025 som har föregåtts av en risk- och väsentlighetsanalys. Vi noterar i granskningen att internkontrollplanen antogs i mars 2025, vilket är inom kommunens angivelse. Dock bedömer vi att internkontrollplanen bör fastställas innan det verksamhetsår den avser påbörjas. Vidare bedömer vi att styrelsen bör överväga att inkludera demografiska förändringar och dess påverkan på lokalförsörjning i sin riskvärdering och internkontrollplan framgent.



5.4 Gävle Hamn AB



5.4.1 Verksamhetsstyrning

Sid 42(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv 2025	Antagen 2024-11-25
Bolagsordning 2025	Antagen 2022-12-12
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Bolagets mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	I allt väsentligt
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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av Gävle Hamn AB:s verksamhetsplan för 2025-2028 framgår att bolaget har brutit ned fyra av de fem kommunövergripande målen till åtta strategiska bolagsmål. Fem av åtta mål har en eller fler mätbara indikatorer. Samtliga av bolagsmålen har en tillhörande beskrivning.

Vi har tagit del av bolagets verksamhetsrapporter för delår 1 och 2. Vid delårsrapport 2 framgår prognos av måluppfyllelsen. Bolaget prognostiserar att fem delmål kommer delvis uppnås och att tre mål kommer uppnås vid helår. Varje mål har en tillhörande analys av indikatorerna.

Av helårsuppföljningen framgår att tre av åtta bolagsmål är nära att uppnås men uppfylls inte helt, resterande fem mål har uppnåtts under året. För majoriteten av bolagsmålen finns en målanalys samt analys av indikatorerna. Dock framgår inte om bolagsstyrelsen har beslutat om åtgärder för de målen som inte har uppnåtts.

5.4.2 Ekonomistyrning

Sid 43(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Antagen 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	Ej aktuellt

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	73,6 mnkr	74,4 mnkr

Generella iakttagelser

Gävle Hamn AB har antagit en budget för 2025 där årets resultat efter finansiella poster budgeteras till 23,6 mnkr, och rörelseresultat budgeteras till 60,3 mnkr. Av ägardirektivet framgår att bolaget har ett resultatkrav på 23,6 mnkr.

Av styrelseprotokoll framgår att styrelsen har fått ta del av redogörelse av ekonomiskt resultat samt prognos för helåret av ekonomichef.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiserades för ett resultat om 41,3 mnkr efter finansiella poster (jämfört med budgeterat 23,6 mnkr). Resultatförbättringen återfinns bland annat i att hyres- och arrendeintäkterna är högre än budgeterat på grund av uthyrning av bergrum samt lägre räntekostnader.

I intervju med bolaget har det lyfts att det har skett en nedgång runt 15 % i trafikvolym och godsvolymshantering under 2025 jämfört med föregående år.

Uppföljningen per helår redovisar ett rörelseresultat som uppgår till 74,4 mnkr och resultat efter finansiella poster uppgår till 43,1 mnkr. Resultat efter finansiella poster överträffar budget med 19,5 mnkr och förklaras av att hyres- och arrendeintäkterna är högre än budgeterat, personalkostnader och avskrivningar understiger budget samt lägre räntekostnader. Dock är rörelseresultatet lägre än föregående år vilket förklaras av minskade fartygsintäkter.

Bolaget uppnår sina ekonomiska mål uppställda i ägardirektivet.



5.4.3 Intern kontroll

Sid 44(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Antagen 2025-02-19
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	10 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	I allt väsentligt

Generella iakttagelser

Bolaget antog sin internkontrollplan 2025-02-19. Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering. Totalt innehåller internkontrollplanen 30 risker uppdelade på nio risk- eller målområden. Av dessa togs sju risker med i internkontrollplanen. Riskerna har värderats utifrån skalan låg – medium – kritisk.

Internkontrollplanen innehåller information om risker samt sju kontrollmoment. Därtill framgår ansvarig för kontrollmoment för identifierade risker. Det finns en tilldelad ansvarig för samtliga kontrollmoment.

Av årsuppföljningen av internkontrollplanen framgår att det har genomförts ett arbete med den interna kontrollen under verksamhetsåret. Fyra av tio av kontrollmoment har genomförts utan avvikelser. För riskområdet *Otydliga gränssnitt mellan Gävle Hamn AB och operatörer* noteras en större avvikelse för tillhörande kontrollområde där arbetet med att planera en större åtgärd för att reglera ansvar gentemot andra operatörer inom hamnområdet har flyttats till 2026 som en övergripande målaktivitet på grund av tidsbrist. Kontrollmomentet har inte genomförts under 2025, dock framgår en förklaring till varför. Vidare har mindre avvikelser noterats för fem kontrollmoment fördelade på tre riskområden.

5.4.4 Bedömning per område

Sid 45(62)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att uppföljning av bolagets verksamhet och mål har genomförts under året. Vi noterar att bolaget vid årsredovisningen bedömer att fem av åtta bolagsmål är uppfyllda. Vi ser positivt på att det vid årsredovisningen framgår en analys tillhörande de genomförda aktiviteterna som beskriver måluppfyllelsen. Vi kan dock konstatera av granskningen att alla mål inte uppnås. Av den dokumentation vi har tagit del av har vi inte kunnat urskilja att bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att nå målen. Vi anser att det bör framgå av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelse. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning.



Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning under verksamhetsåret. Vi grundar vår bedömning på att bolaget löpande har följt upp sin ekonomi löpande under verksamhetsåret. Vi ser positivt på att bolaget redovisar ett positivt resultat jämfört med budget samt uppnått resultatmålet enligt ägardirektivet.



Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning under verksamhetsåret. Bedömningen grundar sig i att bolaget har haft en internkontrollplan för 2025 som har föregåtts av en risk- och väsentlighetsanalys. Vi konstaterar att samtliga kontrollmoment inte har genomförts under verksamhetsåret, utan ett moment har flyttats till 2026 som en målaktivitet istället. Dock ser vi positivt på att det framgår en förklaring till varför kontrollmomentet inte har genomförts inom tidplan. Vi anser att det är eftersträvänsvärt att samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen genomförs under gällande år.



5.5 Gävle Parkeringservice AB



5.5.1 Verksamhetsstyrning

Sid 47(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv 2025	Antagen 2024-11-25
Bolagsordning 2025	Antagen 2022-12-12
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Bolagets mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av Gävle Parkeringsservice AB:s verksamhetsplan för 2025-2028 framgår att bolaget har brutit ned samtliga av de fem kommunövergripande huvudmålen till fem strategiska bolagsmål. Samtliga mål har en mätbar indikator. Därtill har respektive bolagsmål en tillhörande beskrivning.

Vi har tagit del av bolagets verksamhetsrapporter för delår 1 och 2. Vid delårsrapport 2 framgår prognos av måluppfyllelsen. Bolaget prognostiserar att två delmål kommer vara nära att uppnås, men inte uppnås helt och att tre delmål kommer uppnås vid helår. Varje mål har en tillhörande analys av indikatorerna.

I intervju med bolaget lyfts att bolaget har gjort om alla indikatorer från i år för att bättre passa bolagets uppdrag. Vidare framförs att målet med parkeringsanmärkningar inte har uppfyllts till följd av begränsad bemanning.

Av helårsuppföljningen framgår att fyra av fem bolagsmål har uppnåtts under verksamhetsåret. Bolagsmålet *Trygghet och en ordnad trafiksituation* är nära att uppnås men inte helt, vilket förklaras av personalomsättning och bemanning.

För samtliga bolagsmål finns tillhörande målanalys samt analys av indikatorerna. Dock framgår inte om bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för det mål som inte har uppnåtts helt.

5.5.2 Ekonomistyrning

Sid 48(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Antagen 2025-02-19
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

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	17,6 mnkr	18,1 mnkr

Generella iakttagelser

Gävle Parkeringsservice AB har antagit en budget för 2025 där årets resultat efter finansiella poster budgeteras till 14,5 mnkr och rörelseresultatet budgeteras till 20,6 mnkr. Av ägardirektivet framgår att bolaget har ett krav på avkastning efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar, men före bokslutsdispositioner på 17 mnkr. Vidare framgår även att en utredning pågår för att skapa ekonomisk hållbarhet i bolaget.

Av uppgift från bolaget framhålls att ett stort arbete har gjorts med ekonomisk och affärsmässig planering sedan inträde av ny VD i mars 2025. Däribland har det tagits fram och implementerats modeller för risk- och prognosplanering, aktiviteter för att öka beläggningen i mobilitetshusen har genomförts och en översyn av organiseringen har gjorts. Vidare har affärsrisker på bolags- och styrelsenivå identifierats.

Av styrelseprotokoll daterat 2025-02-05 framgår att styrelsen har beslutat att från Gävle Stadshus begära ett ägartillskott på 125 mnkr då bolagets egna kapital inte är tillräckligt stort för att hantera beslutad nedskrivning.

Ekonomi har följts upp i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiseras för ett resultat om 14,5 mnkr efter finansiella poster och ett rörelseresultat om 17,6 mnkr.

Forts. nästa sida

5.5.2 Ekonomistyrning forts.

Sid 49(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Antagen 2025-02-19
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

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	17,6 mnkr	18,1 mnkr

Generella iakttagelser

Av verksamhetsrapporten för 2025 framgår att bolaget överträffar budgeterat resultat och redovisar ett rörelseresultat om 18,1 mnkr och ett resultat efter finansiella poster som uppgår till 15 mnkr. Det framgår av verksamhetsrapporten att omsättningen är något lägre än budget, men bolaget klarar budgeterat resultat på grund av lägre personalkostnader, avskrivningar och räntekostnader än budgeterat.

Vi noterar att det anges i helårsuppföljningen att i ägardirektivet för 2025 ska bolaget ha ett resultat på 14,5 mnkr och att bolaget uppnår detta. Dock anges det i ägardirektivet att bolaget har ett krav på avkastning efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar, men före bokslutsdispositioner på 17 mnkr.

Efter beslut i kommunfullmäktige initierades en utredning av bolagets framtida inriktning, mot bakgrund av att bolaget under en längre tid inte uppnått ägarens avkastningskrav. Parallellt beslutades även om ägardirektiv för verksamhetsåret 2025 i november. Enligt uppgift skulle nya ägardirektiv fastställas först efter att utredningen slutförts. Utredningen slutredovisades under 2025. Ägardirektiven för 2025 reviderades dock inte efter de nya förutsättningarna, utan i stället fastställdes nytt ägardirektiv för 2026. I ägardirektivet anges att bolagets ekonomiska mål för år 2026 är ett resultat efter finansiella poster om 1 mnkr. Mot bakgrund av att utredningen pågick under hela 2025 och att ägardirektivet inte anpassades till de förändrade förutsättningarna finns det förklarliga skäl till att det ekonomiska målet uppsatt i ägardirektivet för 2025 inte uppnåddes.

Vi har inte tagit del av bolagsstyrningsrapporten för 2025 vid tidpunkten för granskningen.

5.5.3 Intern kontroll

Sid 50(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Nej
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	5 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja

Generella iakttagelser

Bolaget har inte formellt antagit sin internkontrollplan. Planen klarmarkerades i Stratsys 2025-04-02 men har sedan dess inte formellt antagits av styrelsen. Vid sammanträdet 2025-04-23 gavs information om löpande internkontrollarbetet till styrelsen. Vid sammanträdet 2025-05-27 gavs styrelsen en genomgång av bolagets arbete med den interna kontrollen. Dock framgår inget formellt beslut av protokollgranskningen.

Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering. Totalt innehåller internkontrollplanen tolv risker uppdelade på fem risk- eller målområden. Riskerna har värderats utifrån skalan låg – medium – kritisk. Ett riskområde bedöms ha risknivån kritisk.

Internkontrollplanen innehåller information om risker samt fyra kontrollaktiviteter. Därtill framgår ansvarig för kontrollmoment för identifierade risker. Det finns en tilldelad ansvarig för samtliga kontrollmoment. Det finns tillhörande beskrivning till samtliga utom ett kontrollmoment. Ekonomiska risker fångas inte upp i internkontrollplanen.

Forts. nästa sida



5.5.3 Intern kontroll

Sid 51(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Nej
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	5 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	Ja
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja

Generella iakttagelser

Av årsuppföljningen av internkontrollplanen framgår att samtliga kontrollmoment har genomförts där kontrollmomentet *Återkommande avstämningar med Gävle kommun om strategi för kommunala parkeringar* hade mindre avvikelser. För resten identifierades inga avvikelser.

För varje riskområde finns det en kommentar som beskriver kontrollen.

5.5.4 Bedömning per område

Sid 52(62)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att uppföljning av bolagets verksamhet och mål har genomförts under året. Vi noterar att bolaget vid årsredovisningen bedömer att fyra av fem bolagsmål är uppfyllda och att ett mål är nära att uppnås men uppnås inte helt. Vi ser positivt på att det vid årsredovisningen framgår en analys tillhörande de genomförda aktiviteterna som beskriver måluppfyllelsen. Vi kan dock konstatera av granskningen att alla mål inte uppnås. Av den dokumentation vi har tagit del av har vi inte kunnat urskilja att bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att nå målen. Vi anser att det bör framgå av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelse. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning.

Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Vi grundar vår bedömning på att bolaget löpande har följt upp sin ekonomi löpande under verksamhetsåret samt vidtagit åtgärder vid ekonomiska avvikelser. Vi noterar att bolaget har fokuserat på ekonomi- och ekonomistyrning under verksamhetsåret. Därtill har bolaget uppnått budgeterat resultat som anges i den reviderade budgeten som antogs februari 2025. Dock har bolaget inte fullt ut uppnått avkastningskravet som framgår av ägardirektivet. Detta framgår heller inte tydligt av verksamhetsrapporten. Däremot, som framgår av granskningen, föreligger förklarande skäl till att uppställt ekonomiskt mål i ägardirektivet för 2025 inte har uppnåtts. Därav är vår bedömning av bolagsstyrelsen i allt väsentligt har en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning.



5.5.4 Bedömning per område forts.

Sid 53(62)

Bedömning – Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning. Vi grundar vår bedömning på att det inte framgår av protokollgranskning att styrelsen formellt har fattat beslut om internkontrollplanen för 2025. Vi noterar att bolaget har genomfört en risk- och väsentlighetsanalys där riskvärdering framgår. Vi kan konstatera att bolagsstyrelsen följer upp internkontrollplanen per helår samt att det framgår vilka kontrollmoment som har genomförts och om avvikelser har noterats. Vi anser att styrelsen bör överväga att inkludera ekonomiska risker i sin internkontrollplan framgent.



5.6 Gävle Energi AB



5.6.1 Verksamhetsstyrning

Sid 55(62)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv 2025	2024-11-25
Bolagsordning 2025	2022-12-12
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Bolagets mål har en tydlig koppling till kommunfullmäktiges mål	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av Gävle Energi AB:s verksamhetsplan för 2025-2028 framgår att bolaget har brutit ned samtliga av de kommunövergripande huvudmålen till tio strategiska bolagsmål. Samtliga mål har en tillhörande beskrivning dock saknar tre av tio mål en mätbar indikator.

Vi har tagit del av bolagets verksamhetsrapporter för delår 1 och 2. Vid delårsrapport 2 framgår prognos av måluppfyllelsen. Bolaget prognostiserar att fem mål kommer vara nära att uppnås, men inte uppnås helt och att fem mål kommer uppnås vid helår.

I sin verksamhetsrapport har bolaget följt upp sina bolagsmål. Av uppföljningen framgår att fyra mål bedöms vara uppfyllda, fem mål är nära att uppnås, men inte helt uppnådda och ett mål har bedömts ha en stor avvikelse mot målet. Målet *Tillgänglighet – drift- och leveranssäkerhet* bedöms ha en stor avvikelse, där utfallet av medelavbrottstiden landade på 187,3 minuter (målvärde < 21 min/kund). Det förklaras av att stormen Johannes i december påverkade den oplanerade avbrottstiden.

För samtliga bolagsmål finns tillhörande målanalys samt analys av indikatorerna. Det framgår inte om bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för de mål som inte har uppnåtts helt.

5.6.2 Ekonomistyrning

Sid 56(62)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	2024-12-19
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	Ej aktuellt

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår 2	Resultat helår
Årets rörelseresultat	305 mnkr	273,7 mnkr

Generella iakttagelser

Gävle Energi AB har antagit en budget för 2025 där årets resultat efter finansiella poster budgeteras till 221,7 mnkr och rörelseresultatet budgeteras till 248,9 mnkr. Av ägardirektivet framgår att bolagets resultat efter finansiella poster, exklusive värdejusteringar men före bokslutsdispositioner, bör uppgå till 222 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiseras för ett resultat om 278 mnkr efter finansiella poster (jämfört med ursprungliga 221 mnkr). Den positiva avvikelsen från budget förklaras av utfallet av andelar i intresseföretag. Omsättningen är dock lägre än budget vilket förklaras av den varma väderleken. Den positiva årsprognosen beskrivs vara ett resultat av kostnadsmedvetenhet, effektiv bränslemix samt underhållskostnader som har flyttats till senare under året.

Av årsuppföljningen redovisar bolaget ett rörelseresultat som uppgår till 273,7 mnkr och ett resultat efter finansiella poster om 256 mnkr. Den positiva avvikelsen förklaras av högre elpris i slutet av året samt intäktsförda anslutningsavgifter.

Resultatet efter finansiella poster avviker positivt med 34,3 mnkr gentemot budget och 22 mnkr lägre än prognosen vilket förklaras främst av de större avsättningarna för stormen Johannes.

Bolaget uppnår sina ekonomiska mål uppställda i ägardirektivet.

5.6.3 Intern kontroll

Sid 57(62)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	2024-12-19
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	13 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	I allt väsentligt

Generella iakttagelser

Bolaget antog sin internkontrollplan för 2025 2024-12-19. Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering. Totalt innehåller internkontrollplanen 58 risker inom 13 olika riskområden. Av dessa togs tio med till internkontrollplanen. Riskerna har värderats utifrån skalan låg – medium – kritisk. Åtta riskområden bedöms ha risknivån kritisk.

Bolaget har även ett internkontrollråd bestående av ekonomichef, vice VD, säkerhetsansvarig, controller, styrelseordförande, vice ordförande och 2:e vice ordförande. Därtill har bolaget en internkontrollgrupp som arbetar operativt med riskvärderingen.

Internkontrollplanen innehåller information om risker samt tio kontrollmoment. Därtill framgår ansvarig för kontrollmoment för identifierade risker. Det finns en tilldelad ansvarig för samtliga kontrollmoment.

Vidare framgår av internkontrollplanen att utvärdering och rapportering sker tre gånger per år till styrelsen och en gång per år till ägaren. Av protokoll framgår att en uppföljning av internkontrollplanen har gjorts vid sammanträdena 2025-05-21, 2025-09-25 och 2026-02-19.

Vid årsuppföljningen av internkontrollplanen för 2025 framgår att bolaget inte genomfört två kontrollmoment. Dessa rör cybersäkerhetskollen och penetrationstest. Dock framgår förklaring till varför kontrollmomenten inte har genomförts under året. Resterande kontrollmoment har genomförts där fem mindre avvikelser har noterats.

För varje riskområde finns det en beskrivning om kontrollmomentet.



5.6.4 Bedömning per område

Sid 58(62)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att uppföljning av bolagets verksamhet och mål har genomförts under året.. Vi ser positivt på att det vid årsredovisningen framgår en analys tillhörande de genomförda aktiviteterna som beskriver måluppfyllelsen. Vi noterar att bolaget vid årsredovisningen bedömer att fyra av tio bolagsmål är uppfyllda. Vi kan konstatera av granskningen att alla mål inte uppnås. Av den dokumentation vi har tagit del av har vi inte kunnat urskilja att bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att nå målen. Vi anser att det bör framgå av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelse. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning.



Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning under verksamhetsåret. Vi grundar vår bedömning på att bolaget löpande har följt upp sin ekonomi löpande under verksamhetsåret. Vi ser positivt på att bolaget redovisar ett positivt resultat jämfört med budget samt uppnått resultatmålet enligt ägardirektivet.



Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning. Bedömningen grundar sig i att bolaget har antagit en internkontrollplan för 2025 som har föregåtts av en risk- och väsentlighetsanalys. Vidare framgår av granskningen att två kontrollmoment inte har genomförts under verksamhetsåret. Dock framgår förklaring till varför dessa inte har genomförts, vilket är positivt. Vi anser att det är eftersträvänsvärt att samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen genomförs under innevarande år.



Samlad bedömning och rekommendationer



6.1 Samlad bedömning

Sid 60(62)

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att GSAB-koncernen i allt väsentligt har säkerställt att bolaget har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Varje bolag följer sina ägardirektiv och har en verksamhetsplan som följs upp regelbundet under året. Vi noterar att dotterbolagen har brutit ned kommunfullmäktiges övergripande mål och har tagit fram bolagsmål, men anser att det i förekommande fall är fördelaktigt att komplettera dessa med tydligare indikatorer för att stärka förutsättningarna för en ändamålsenlig uppföljning. Vidare noterar vi av granskningen att det inte framgår av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelsen. Vi anser att detta bör framgå av styrelseprotokoll för tydlighet i styrelsens arbete med styrning och uppföljning.

Gällande ekonomin visar granskningen att bolagsstyrelserna har följt upp det ekonomiska resultatet under året och att i huvudsak bolagen uppvisar en budget i balans eller en positiv avvikelse gentemot budget.

Avseende internkontrollen föregås samtliga bolags internkontrollplan av en risk- och väsentlighetsanalys. Därtill finns kontrollmoment inkluderade i internkontrollplanerna. Dock finns det utvecklingsmöjligheter i utformningen av internkontrollplanen där planen kan fokusera på uppföljande kontroller som säkerställer att verksamheterna efterlever relevant lagstiftning, regelverk samt interna rutiner och riktlinjer. Därtill kan risker kopplade till verksamhetsområdet och kommande utmaningar med fördel inkluderas i arbetet med intern kontroll. Vidare kan uppföljningen av internkontrollplanen utvecklas genom att tydligare redovisa om kontrollmomenten identifierat några avvikelser, samt vilka åtgärder som vidtas vid eventuella avvikelser.

6.2 Rekommendationer

Sid 61(62)

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i respektive bolag i GSAB-koncernen att:

- Tillse att det i styrelseprotokollen vid avvikelser vad gäller måluppfyllelsen tydligt framgår vilka åtgärder som styrelsen beslutar ska vidtas med anledning av detta. Om styrelsen väljer att inte vidta några åtgärder vid bristande måluppfyllelse bör även detta dokumenteras tydligt i styrelseprotokollen.
- Överväga att fastställa internkontrollplanen innan det verksamhetsår den avser påbörjas.
- Säkerställ att uppföljning sker av samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i AB Gavlegårdarna samt Gävle Hamn AB att:

- Tillse att samtliga bolagsmål är mätbara, i syfte att möjliggöra en årlig utvärdering av måluppfyllnaden.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Gävle Parkeringservice AB att:

- Överväga att inkludera ekonomiska risker i internkontrollplanen.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Gävle Stadshus AB att:

- I dialog med ägaren verka för att ägaren tydliggör i vilken omfattning bolaget ska följa och bryta ned de kommunövergripande målen.
- Tydliggöra bolagets mål i verksamhetsplanen.
- Säkerställ att internkontrollplanen innehåller beskrivning samt ansvarig för respektive kontrollmoment.



6.3 Samlad bedömning per bolag

Sid 62(62)

Bedömning revisionsområde	Gävle stadshus AB	AB Gavlegårdarna	Gavlefastigheter Gävle kommun AB	Gävle hamn AB	Gävle Parkeringservice AB	Gävle Energi AB
Verksamhetsstyrning och uppföljning						
Ekonomistyrning och uppföljning						
Intern kontroll						

Bomhus Energi AB

Grundläggande granskning 2025

Innehåll

Bomhus Energi AB	1
Grundläggande granskning 2025.....	1
1 Sammanfattande bedömning.....	3
2 Inledning.....	4
2.1 Bakgrund.....	4
2.1.1 Syfte och revisionsfrågor	4
2.1.2 Avgränsning	4
2.1.3 Revisionskriterier	4
2.1.4 Metod	5
2.1.5 Projektorganisation	5
2.1.6 Prövning av oberoende och integritet	5
2.1.7 Kvalitetssäkring	5
2.1.8 Bedömningsskala	6
3 Bolagets verksamhet.....	6
3.1 Ledning och styrning	6
3.1.1 Bedömning bygga, äga och driva	7
3.2 Verksamhet	7
3.3 Ekonomi	8
3.3.1 Uppföljning av ekonomi	9
3.3.2 Budget och årsredovisning	10
3.4 Intern kontroll.....	10
3.4.1 Septembers uppföljning av Intern kontroll	10
3.4.2 Uppföljning av Intern kontroll per helår	11
4 Svar på revisionsfrågor.....	11

1 Sammanfattande bedömning

Nedan redovisas den sammanfattande bedömningen baserat på resultatet av revisionen inom de områden vi granskat.

Verksamhet	Intern kontroll	Ekonomi
Ändamålsenlig	Tillräcklig	Tillfredsställande

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Den grundläggande granskningen syftar till att ge den förtroendevalda lekmannarevisorn en tillräcklig grund för att uttala sig i rapporteringen till kommunfullmäktige. Denna rapportering avser att uttala sig om:

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

2.1.1 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge lekmannarevisorn ett tillräckligt underlag för dennes bedömning om Bomhus Energi AB har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen varit tillräcklig.

För att ge ett underlag ska följande frågor besvaras:

- Har bolagsstyrelsen säkerställt att verksamheten styrs utifrån bestämda mål och riktlinjer?
- Har bolagsstyrelsen en tillräcklig styrning, ledning, uppföljning och kontroll av ekonomin?
- Har bolagsstyrelsen säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i enlighet med kraven i aktiebolagslagen och kommunallagen?

2.1.2 Avgränsning

Auktoriserad revisor ansvarar för granskning av bolagens räkenskaper och avrapporterar den granskningen i separat rapport.

2.1.3 Revisionskriterier

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

- Kommunallagen 6 kap. 6 §: Bolaget¹ 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 och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- Aktiebolagslagen 8 kap 4 §: Styrelsen svarar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Styrelsen skall fortlöpande bedöma bolagets ekonomiska situation. Styrelsen skall se till att bolagets organisation är utformad så att bokföringen, medelsförvaltningen och bolagets ekonomiska förhållanden i övrigt kontrolleras på ett betryggande sätt. Om vissa uppgifter delegeras till en eller flera av styrelsens ledamöter eller till andra, skall styrelsen handla med omsorg och fortlöpande kontrollera om delegationen kan upprätthållas.

2.1.4 Metod

Den grundläggande granskningen har genomförts genom dokumentstudier och skriftliga frågor som skickats till bolagets ledning för besvarande.

2.1.5 Projektorganisation

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

2.1.6 Prövning av oberoende och integritet

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

2.1.7 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring av granskningen har skett genom avstämning tillika uppföljning med bolagets ledning i så att ingen uppgift saknats eller misstolkats.

¹ Bestämmelsen gäller även när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

2.1.8 Bedömningsskala

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

Bedömningsbegrepp	Förklaring
Ändamålsenlig målstyrning Tillräcklig intern kontroll Tillfredsställande ekonomi	Revisionskriterierna bedöms vara uppfyllda.
I huvudsak ändamålsenlig målstyrning I huvudsak tillräcklig intern kontroll I huvudsak tillfredsställande ekonomi	Revisionskriterierna bedöms vara i huvudsak uppfyllda. Det förekommer avvikelser som behöver åtgärdas.
Delvis ändamålsenlig målstyrning Delvis tillräcklig intern kontroll Delvis tillfredsställande ekonomi	Revisionskriterierna bedöms vara delvis uppfyllda. Det finns brister som behöver åtgärdas.
Inte ändamålsenlig målstyrning Inte tillräcklig intern kontroll Inte tillfredsställande ekonomi	Revisionskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas snarast.

3 Bolagets verksamhet

3.1 Ledning och styrning

I denna rapport behandlas Bomhus Energi AB, benämnt även som bolaget. Bolaget bildades 2010 och är ett resultat av ett samgående mellan kommunägda Gävle Energi AB och Billerud Skog & Industri AB. Av bolagsordningen, daterad 2011-12-30, framgår att bolaget har till föremål att vid Bomhus i Gävle kommun bygga, äga och driva kraftvärmeverk, äga fast och lös egendom samt att utöva därmed förenlig verksamhet.

Bolagets egna bolagsstyrningsdokument omfattar bolagsstyrelsens arbetsordning, instruktion för verkställande direktör samt instruktion för ekonomisk rapportering. Av bolagsstyrningsdokumentet framgår bland annat att styrelsen minst ska ha fyra sammanträden under räkenskapsåret. Sammanträdena ska äga rum i januari, april, augusti/september och november. Protokollsgranskning visar att styrelsens sammanträden har varit i februari, maj, och december. Enligt uppgift har ett sammanträde ställts in under året, vilket är ovanligt.

3.1.1 Bedömning bygga, äga och driva

Vi noterar att bolaget vid tre tillfällen inte haft sitt sammanträde i den kalendermånad som bolagsstyrningsdokumentet fastslår. Ett sammanträde har utgått (aug/sep).

Bolaget bör se till att sammanträdena äger rum enligt bolagsstyrningsdokumentet alternativt revidera bolagsstyrningsdokumentet för en flexibilitet när sammanträdena kan äga rum under året.

3.2 Verksamhet

Bolaget omfattas inte av Gävle kommuns fastställda mål, däremot styrs bolaget av kommunens vision om ett konkurrenskraftigare Gävle. Därtill tillämpar bolaget Gävle kommuns miljöstrategiska program och upprättar en årlig hållbarhetsrapport som presenteras i årsredovisningen. Där beskrivs hur bolaget bidragit till varje mål i det miljöstrategiska programmet.

För 2024 fanns en framtagna verksamhetsplan, med innehållande vision, uppdrag, övergripande mål och strategier. Vidare hade bolaget, nyckeltal (key performance indicators) för att utvärdera olika delar av verksamheten. Under 2025 har motsvarande verksamhetsplan tillika handlingsplan tagits fram, som presenterats för styrelsen i februari 2025. Dock har den inte fastställts av styrelsen. Verksamhetsplanen tillika handlingsplanen beskrivs omfatta till exempel målområden samt nyckeltal, aktiviteter, beslutspunkter och kortsiktiga respektive långsiktiga frågor. 2025 års målområden samt nyckeltal är desamma som föregående år och dessa är:

- Säker arbetsplats och miljömässigt bra anläggning är en förutsättning för hållbara leveranser (ett nyckeltal).
- Hög tillgänglighet och leveranssäkerhet ger förutsättningar (sex nyckeltal).
- Fortsatt utveckling av Bomhus Energi och även bidra till regionens hållbara utveckling (tre nyckeltal).

Verksamhetsplanen tillika handlingsplanen har som helhet följts upp i samband med månadsrapportering. Av månadsrapporteringen framgår uppföljningsgrad och avvikelser samt adekvata åtgärdsplaner. Uppföljning av nyckeltalen redovisas per helår 2025 enligt följande:

- Säker arbetsplats: Inga avvikelser under året. Nyckeltalet uppfyllt.

- Hög tillgänglighet och leveranssäkerhet: En del större avvikelser rapporteras. Tre av sex nyckeltal uppfyllda. Samtliga avvikelser är åtgärdade i december.
- Fortsatt utveckling och hållbar utveckling: Inga avvikelser under året. Tre av tre nyckeltal uppfyllda.

Enligt uppgift blir årsuppföljningen en grund för kommande års verksamhetsplan tillika handlingsplan och vilka delar av verksamheten som behöver prioriteras kommande år.

3.3 Ekonomi

I figurerna nedan redovisas budget mot utfall samt resultaträkning för helåret 2025.

Enligt årsredovisningen 2025 redovisar bolaget ett positivt resultat för helåret. Bolagets rörelseresultat för år 119 842 tkr, vilket är ca 53 500 tkr högre än budgeterade 66 266 tkr. På intäktssidan redovisas ett sämre utfall jämfört med budget, vilket uppges bero på lägre el- och ångproduktion än budgeterat. På kostnadssidan redovisar bolaget lägre rörelsekostnader än budgeterat, vilket representeras av lägre kostnader för produktion, d.v.s. bränsle och el.

Resultaträkning	Utfall JAN-DEC 2025	Budget JAN-DEC 2025	Diff	JAN-DEC 2024
Intäkter el	107 171	115 636	-8 465	103 753
Intäkter elcertifikat	102	21	81	138
Intäkt processånga Billerud	245 117	249 076	-3 959	209 472
Intäkt fjärrvärme GKVAB	69 906	78 856	-8 950	64 770
Intäkt processvärme Setra	40 038	40 700	-662	41 070
Intäkter utsläppsrätter	10 587	6 191	4 396	9 290
Övriga intäkter	4 395	0	4 395	16 676
Summa intäkter	477 316	490 479	-13 163	445 168
Produktionskostnader	-194 057	-241 305	47 248	-172 344
-Bränslekostnader	-175 999	-222 816	46 816	-156 535
-Elkostnader	-18 058	-18 490	432	-15 810
Bruttoresultat	283 259	249 174	34 085	272 823
TB1 Bruttomarginal	59%	51%		61%
Övriga kostnader varav	-69 440	-92 852	23 411	-77 697
-Underhållskostnader	-28 006	-38 128	10 122	-34 417
-Driftkostnader	-24 040	-34 114	10 073	-24 552
-Fabriksomkostnader	-9 305	-10 736	1 431	-10 257
-Övriga fasta omkostnader	-7 769	-9 874	2 105	-6 930
Personalkostnader	-6 131	-6 765	634	-5 743
Avskrivningar	-87 845	-83 291	-4 554	-83 275
Rörelseresultat	119 842	66 266	53 576	106 107
TB2 Rörelsemarginal	25%	14%		24%
Räntenetto	-8 510	-7 981	-529	-9 617
Resultat efter ränta	111 332	58 285	53 047	96 490
TB3 Nettomarginal	23%	12%		22%

(Bild hämtad från Bomhus Energi Månadsrapport december 2025.)

Resultaträkning		
<i>Belopp i KSEK</i>	<i>Not</i>	<i>2025-01-01 -2025-12-31</i>
Nettoomsättning	3	462 334
Övriga rörelseintäkter/intäkter	4	15 390
		<u>477 724</u>
Rörelsens kostnader		
Råvaror och förnödenheter		-194 466
Övriga externa kostnader	5	-69 440
Personalkostnader	6	-6 131
Avskrivningar av immateriella och materiella anläggningstillgångar enligt plan	7	-87 845
Summa rörelsens kostnader		<u>-357 882</u>
Rörelseresultat		<u>119 842</u>
Resultat från finansiella poster		
Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter		261
Övriga räntekostnader och liknande resultatposter	8	-8 771
Resultat efter finansiella poster		<u>111 332</u>
Skatt på årets resultat	9	-34 380
Årets uppskjulna skatt		11 337
Årets resultat		<u>88 289</u>

(Bild hämtad från Bomhus Energi Årsredovisning 2025.)

3.3.1 Uppföljning av ekonomi

Som tidigare beskrivet har styrelsen sammanträtt i februari, maj och december. Av protokoll och månadsrapporter framgår även att styrelsen har följt den ekonomiska utvecklingen och fått återkommande rapporter under året. Rapporteringen har bestått av:

- VD-rapport: väsentliga händelser sedan föregående sammanträde
- Ekonomi
 - Föregående års årsredovisning. Därtill förslag till resultatdisposition.
 - Ekonomiskt utfall för perioden och gentemot budget. Därtill prognos för året.
 - Likviditetprognoser och kassaflödesanalyser.
 - Investeringar och projekt.

3.3.2 Budget och årsredovisning

Styrelsen godkände årsredovisning på sammanträdet i mars 2026. Styrelse beslutade även om en utdelning till aktieägarna om 15 mnkr. Utdelningen bedömdes inte hindra bolaget från att fullgöra sina förpliktelser på kort och lång sikt samt inte heller att fullgöra erforderliga investeringar. Den föreslagna utdelningen beslutades att utbetalas under 2026.

3.4 Intern kontroll

Årets internkontrollplan, som baseras på en riskanalys, godkändes av styrelsen på sammanträdet i december 2024. I internkontrollplanen anges en rutin för arbetet med planen samt innehåller 13 risker, vilket är desamma både till antal och innehåll som för 2024. I interkontrollplanen beskrivs: risken och dess innebörd, kontrollmoment, uppföljning av kontrollmomentet (dess effektivitet och efterlevnad), värdering av kontrollmomentets resultat, åtgärder för att förbättra kontrollmomentet, kontrollmomentsansvarig, frekvens samt mottagare av rapportering och riskens status.

Interkontrollplanen har följts upp under året och planen uppdaterades vid två tillfällen, i september och december. Med anledning av att ordinarie sammanträde i september uteblev, så blev både september och decembers revidering av internkontrollplan antagna av styrelsen vid samma tidpunkt (2025-12-12).

Under hösten 2024 gjordes en extern utvärdering av bolagets arbete med intern kontroll. Utvärderingen visade att sex av 10 delområden bedömdes som tillräckligt bra. För övriga delområden var bedömningen "synligt förbättringsområde". Utvärderingen presenterades för styrelsen på sammanträdet i december 2024.

3.4.1 Septembers uppföljning av Intern kontroll

I septembers uppdaterade version utvecklades två riskers innebörd samt att värdering av ett kontrollmomentets resultat utvecklades. Därtill omformulerades två risker. Därtill vidtogs åtgärder för att förbättra sex riskers kontrollmoment. En risks status sänktes från orange till gul och en risks status höjdes från gul till orange.

3.4.2 Uppföljning av Intern kontroll per helår

I uppföljning per helår utvecklades värdering av kontrollmomentets resultat för en av riskerna. Därtill vidtogs åtgärder för att förbättra två riskers kontrollmoment samt att den risk som i uppföljningen per september sänktes från gul till orange höjdes till åter orange. Status för de övriga 13 riskerna bedömdes vara: fem gröna (ok), fyra gula (kräver någon ökad bevakning), fyra orangea (åtgärd krävs) och noll röda (akut). Ansvarig och rutiner kring återrapportering har varit oförändrade under året.

4 Svar på revisionsfrågor

Nedan redovisas på revisionsfrågorna.

Har bolagsstyrelsen säkerställt att verksamheten styrs utifrån de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige bestämt?	Ja. Bolaget omfattas inte av kommunfullmäktiges fastställda mål, men följer av kommunen andra styrdokument. Därtill har bolaget upprättat relevanta nyckeltal som med tät rapportering följs upp under året.
Har bolagsstyrelsen en tillräcklig styrning, ledning, uppföljning och kontroll av ekonomi?	Ja. Vi bedömer bolagets ekonomistyrning som tillfredsställande. Styrelsens ledning, styrning och uppföljning gällande ekonomi bedöms under 2025 ha varit tillräcklig. Beslut om utdelning har fattats av styrelsen.
Har bolagsstyrelsen säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll i enlighet med kraven i aktiebolagslagen och kommunallagen?	Ja. Bolagsstyrelsen och ledningen arbetar aktivt med den interna kontrollen. En riskanalys samt intern kontrollplan finns har upprättats och beslutats. Planen har följts upp vid två tillfällen och åtgärder har vidtagits för att hantera risker. Bolaget genomför en årlig utvärdering av den interna kontrollen.



**Till: Gästrike Vatten AB,
Hofors Vatten AB och
Älvkarleby Vatten AB**

2026-03-24

Dnr:25REK17

Missiv - Granskning av investeringsprocessen

Azets Revision & Rådgivning AB har på uppdrag av lekmannarevisorerna i Gästrike Vatten AB-koncernen genomfört grundläggande granskning. Granskningens syfte har varit att översiktligt bedöma om bolagsstyrelserna har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Lekmannarevisorerna godkände revisionsrapporten och detta missiv den 24 mars 2026. Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning¹ att Gästrike Vatten AB-koncernen i allt väsentligt har säkerställt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Gästrike Vatten AB:

- Formulera bolagsmål med tillhörande mätetal/aktiviteter vid antagande av affärsplan för att säkerställa ett stringent målarbete.
- Tillse att samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen genomförs

¹ Bedömningsskalan som har använts är en fyrgradigskala: ja, i allt väsentligt, endast delvis och nej.

Mot bakgrund av de iakttagelser och bedömningar som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till Hofors Vatten AB och Älvkarleby Vatten AB:

- Vidta åtgärder för att säkerställa följsamhet till budget.

Lekmannarevisorerna vill ha ett yttrande från Gästrike Vatten AB, Hofors Vatten AB respektive Älvkarleby Vatten AB med kommentarer till samtliga rekommendationer.

Yttranden skickas till kommunrevisionen@gavle.se senast den 26 juni 2026.

Eva-Karin Hamilton
Lekmannarevisor

Anders Olsson
Lekmannarevisor

Peter G Jansson
Lekmannarevisor

Daniel Hermansson
Lekmannarevisor

SusAnne Mastonstråle
Lekmannarevisor

Bilaga:

- Revisionsrapport

Signering

Sid 3(3)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2026-04-06 09:03

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: Anders Olsson

Datum: 2026-03-26 16:19

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: DANIEL HERMANSSON

Datum: 2026-03-26 14:16

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: PETER JANSSON

Datum: 2026-03-27 07:30

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C

Namn: Susanne C W Mastonstråle

Datum: 2026-03-26 14:44

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

43A05E36FEA6F60B6C2B6205E40D5B3B238E196AB969E92885B1F0F8457DAD2C



Grundläggande granskning av kommunala bolag

Gästrike Vatten AB och dotterbolag

2026-03-24

Micaela Hedin, certifierad kommunal revisor
Anders Peterson, certifierad kommunal revisor
Mikaela Westien, verksamhetsrevisor

Azets Revision och Rådgivning AB

Innehåll

1.	Sammanfattning och rekommendationer	3
2.	Inledning och bakgrund	7
3.	Metod och avgränsning	12
4.	Styrande förutsättningar	15
5.	Resultat av granskningen	17
6.	Sammanfattande bedömning och rekommendationer	51



Sammanfattning och rekommendationer



1. Sammanfattning

Sid 4(54)

Azets Revision & Rådgivning har av Gävle kommuns lekmannarevisorer fått i uppdrag att göra en grundläggande granskning av kommunens kommunala bolag. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025. För respektive moderbolag i bolagskoncernen upprättas en separat rapport. Rubricerad rapport avser Gästrike Vatten AB och dotterbolagen Gävle Vatten AB, Hofors Vatten AB, Ockelbo Vatten AB, Älvkarleby Vatten AB och Östhammar Vatten AB.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om bolagen har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att Gästrike Vatten AB har i allt väsentligt har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

I följande avsnitt följer de rekommendationer som avlämnas i samband med granskningen. För vidare beskrivning av bedömning per revisionsområde hänvisas till avsnitt 5 i rapporten. Samlad bedömning och rekommendationer återfinns i rapportens sjätte kapitel.



1.1 Samlad bedömning

Sid 5(54)

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att Gästrike Vatten AB säkerställt att bolaget har i allt väsentligt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på att moderbolaget har en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning samt att de följer upp dotterbolagens ekonomistyrning. Granskningen visar även att moderbolagets styrelse har mottagit information och följt upp dotterbolagens arbete under verksamhetsåret. Moderbolaget har presterat mot budget. Därtill har dotterbolagen i huvudsak presterat i linje med budget, med vissa undantag.

Däremot konstaterar vi i granskningen att Gästrike Vattens målarbete är till viss del otydligt då mätetal och aktiviteter för respektive verksamhetsmål inte fastställdes vid antagande av affärsplanen utan vid efterföljande delårsuppföljningar. Därtill skiljde sig målen till viss del i verksamhetsrapporten jämfört med delårsuppföljningarna. Vi anser att bolagsstyrelsen bör säkerställa att mål och mätetal fastställs i samband med antagande av affärsplanen för att tydliggöra målarbetet.

Gällande internkontrollarbetet har bolagsstyrelsen fastställt en internkontrollplan som har följts upp under året. Vid årsrapportering har i huvudsak samtliga aktiviteter kopplade till riskområdena genomförts, dock inte för ett riskområde där det vid årsslutet fortfarande finns aktiviteter som inte har genomförts. Därtill förtydligas inte varför samtliga aktiviteter inte har genomförts. Vi bedömer att det är av vikt att samtliga kontrollområden genomförs under verksamhetsåret för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning.



1.1 Rekommendationer

Sid 6(54)

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Gästrike Vatten AB att:

- Formulera bolagsmål med tillhörande mätetal/aktiviteter vid antagande av affärsplan för att säkerställa ett stringent målarbete.
- Tillse att samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen genomförs.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Hofors Vatten AB och Älvkarleby Vatten AB att:

- Vidta åtgärder för att säkerställa följsamhet till budget.



Inledning och bakgrund



2. Bakgrund

Sid 8(54)

De förtroendevalda revisorerna/lekmannarevisorerna är kommunfullmäktiges organ för kontroll och ansvarsprövning av styrelser nämnder och kommunala bolag. Revisionens arbete ska även ses som ett stöd till nämnderna, styrelsen och de kommunala bolagen. Kommunallagen (2017:725) 12 kap, 1 §, ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs i kommunen, vilket även omfattar den verksamhet som bedrivs i kommunala bolag.

Lekmannarevisorerna har i enlighet med aktiebolagslagen (kap 10. 3§) uppdraget att granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om bolagets interna kontroll är tillräcklig. Räkenkaperna i bolagen granskas av auktoriserade revisorer.

Lekmannarevisorernas årliga granskning består av två delar; grundläggande granskning och fördjupad granskning utifrån riskanalys. Den grundläggande granskningen omfattar en översiktlig granskning av bolagets måluppfyllelse, ledning och styrning ur ett internkontrollperspektiv. Granskningen baseras generellt sett på revisorernas riskanalys 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 granskningsrapport.

Bolagets styrelse och verkställande direktör ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och kommunfullmäktiges mål och riktlinjer.

2.1 Syfte

Sid 9(54)

Granskningens syfte är att översiktligt bedöma om bolagsstyrelsen har en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. De bedömningar som avlämnas ska utgöra en grund för säkerställande av att bolagen lever upp till de mål och beslut som fullmäktige fastställt.

Lekmannarevisorns underlag utgör även en grund för fullmäktiges beslut om ansvarsfrihet för kommunstyrelsen samt direktiv till ägarombud och slutligen beslut om ansvarsfrihet på bolagsstämma.

2.2 Revisionsfrågor

Sid 10(54)

Verksamhetsstyrning och uppföljning

- Har styrelsen säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med ägardirektiv som fullmäktige fastställt?
- Har styrelsen säkerställt att verksamheten även i övrigt bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige fastställt?
- Hur arbetar VD och styrelse för att säkerställa att bolagets verksamhet bedrivs i enlighet med kommunfullmäktiges mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat också ska gälla för bolaget?
- Har styrelsen säkerställt att den får tillräcklig uppföljning och rapportering avseende verksamheten?
- Vidtar styrelsen åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende verksamhetsresultat under året?

Ekonomistyrning och uppföljning

- Har styrelsen och VD säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med ekonomiska direktiv som fullmäktige fastställt?
- Har styrelsen och VD säkerställt att den får tillräcklig uppföljning och rapportering avseende verksamhetens ekonomi?
- Vidtar styrelsen och VD åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende ekonomiska resultat under året?

Intern kontroll

- Har styrelsen skapat förutsättningar att bedriva sin interna kontroll på ett systematiskt och ändamålsenligt sätt under året?
- Finns en tydlig process för uppföljning av den interna kontrollen som involverar styrelsen?
- Vidtar styrelsen åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende intern kontroll under året?



2.3 Revisionskriterier

Sid 11(54)

Granskningen har utgått ifrån nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725)
- Aktiebolagslagen
- Lagar som styr bolagets verksamhet
- Kommunfullmäktiges mål och uppdrag, ägardirektiv, bolagsordning
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut exempelvis styrelsens arbetsordning eller VD-instruktion



Metod och avgränsning



3. Metod och avgränsning

Sid 13(54)

Granskningen har följt en årlig process, varpå granskningen avser hela granskningsåret 2025. Granskningen omfattar såväl granskning som bedömning utifrån styr- och uppföljningsdokument. Granskningen färdigställs och avslutas först efter slutrevisionsmöten under 2026.

Rubricerad rapport avser Gästrike Vatten AB och dotterbolagen Gävle Vatten AB, Hofors Vatten AB, Ockelbo Vatten AB, Älvkarleby Vatten AB och Östhammar Vatten AB.

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av underlag såsom mål- och uppföljningsdokument, uppdrag, ägardirektiv, bolagsordning, delårsrapport, årsredovisning och bolagsstyrningsrapport.
- Intervju
- Protokollsgranskning

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med Azets interna rutiner. Rapporten har varit föremål för sakgranskning av tjänstepersoner vid bolaget.



3.1 Bedömningskriterier

Sid 14(54)

Bolagens/bolagets verksamhetsstyrning, ekonomistyrning och interna kontroll bedöms utifrån följande bedömningsnivåer. Respektive bedömningsnivå har en tillhörande symbol.

Bedömningsnivå	Bedömningssymbol
Ja	
I allt väsentligt	
Endast delvis	
Nej	

Styrande förutsättningar

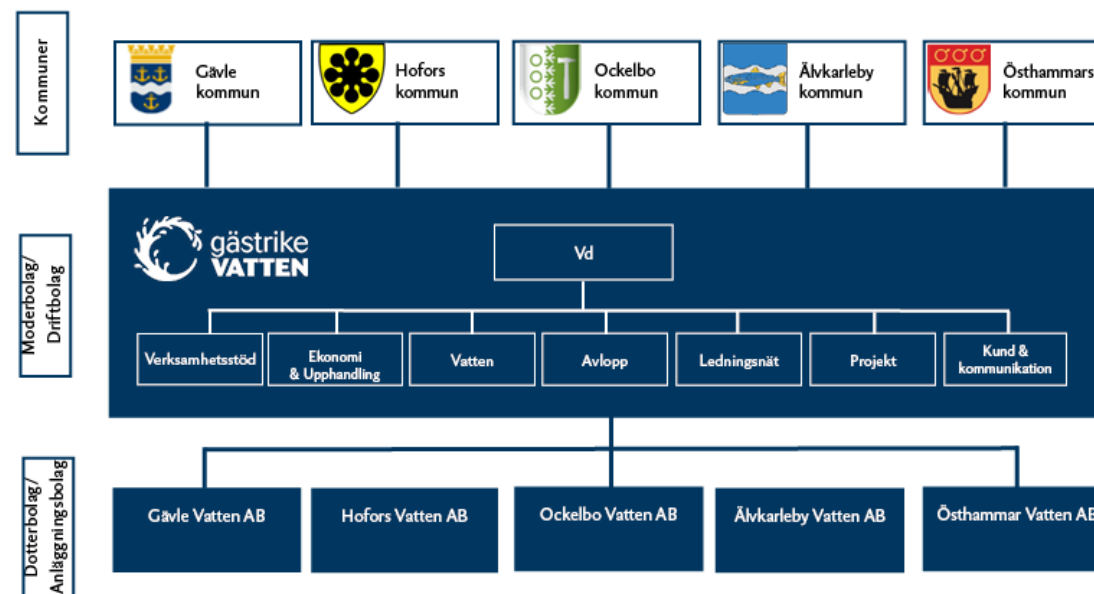


4.1 Styrmodell

Sid 16(54)

Gävle kommun är delägare i Gästrike Vatten AB tillsammans med kommunerna Hofors, Ockelbo, Älvkarleby och Östhammar. Gävle kommun äger 60 procent av aktierna och övriga kommuner äger 10 procent vardera. Dotterbolagen Gävle Vatten AB, Hofors Vatten AB, Ockelbo Vatten AB, Älvkarleby Vatten AB samt Östhammar Vatten AB äger anläggningarna i respektive kommun och är huvudman för den kommunala vattenförsörjningen och avloppshantering.

Gästrike Vatten AB sköter driften av vattenverk, reningsverk, ledningar för vatten, spill- och dagvatten samt tryckstegringar, pumpstationer och vattentorn i kommunerna Gävle, Hofors, Ockelbo, Älvkarleby och Östhammar. All personal är anställd i Gästrike Vatten AB och all utrustning som behövs för att driva VA-anläggningarna finns hos Gästrike Vatten AB.



Resultat av granskningen



5. Resultat av granskningen

Sid 18(54)

I detta avsnitt presenteras granskningens resultat. Resultatet baseras på de underlag som vi har mottagit under året, intervju med moderbolaget samt protokollsgranskning.

Under granskningens gång har ett antal kontrollfrågor besvarats som också utgör en grund för vår bedömning.



5.1 Gästrike Vatten AB/moderbolag



5.1.1 Verksamhetsstyrning

Sid 20(54)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv	2017-04-26
Bolagsordning 2025	2020-03-10
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	I allt väsentligt
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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av affärsplanen framgår fyra strategiska målområden där varje målområde har mellan tre till fyra tillhörande fokusområden. De strategiska målområdena är: *leveranssäkerhet, kompetens och arbetsmiljö, kvalitet samt kostnadseffektivitet*. För varje strategiskt målområde finns, eller kommer det att tas fram bolagsmål. Det framgår av affärsplanen att sex av tio bolagsmål ska formuleras och beslutas till delårsuppföljning 2 per den sista augusti.

Affärsplanen redogör även för prioriteringar under 2025. Dessa konkretiseras i delårsrapport 1 per den sista april till elva prioriterade områden som är fördelade på tre av de fyra strategiska målområdena.

Av delårsrapport 1 per den sista april har 18 mätetal tagits fram fördelade på de fyra strategiska målområden. För fem av mätetalen saknas start- och målvärde. Därtill framgår det att mätetal för bolagsmålen ska formuleras och beslutas under delårsrapport 2 och rapportering påbörjas under tertial 3.

I delårsrapport 2 per den sista augusti presenteras tolv bolagsmål fördelade på de fyra strategiska målområdena. Bolagsmålen är till stor del samma som mätetalen som presenterades i delårsrapport 1. Bolagsmålen avseende bra dricksvattenkvalitet och god tillståndshantering för respektive dotterbolag var tidigare uppdelade. I delårsrapport 2 inkluderar bolagsmålet för bra dricksvattenkvalitet samtliga dotterbolag. Bolagsmålet god tillståndshantering har delats upp på tre, istället för tidigare fem. Därav att det är en skillnad i antal bolagsmål mellan delårsuppföljningarna. För fem av bolagsmålen saknas målvärde.

Forts. nästa sida



5.1.1 Verksamhetsstyrning forts.

Sid 21(54)

Verksamhetsstyrning och uppföljning	
Ägardirektiv	2017-04-26
Bolagsordning 2025	2020-03-10
Styrelsen har säkerställt att verksamheten följer kommunfullmäktiges direktiv	Ja
Målen är formulerade så att de är mätbara	I allt väsentligt
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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Generella iakttagelser

Av intervju framhålls att bolaget har jobbat mycket med mätetal under 2025 och har arbetat med att sätta ett ramverk för 2026 och framåt.

Vid verksamhetsrapporten för helår 2025 har måluppfyllelsen följts upp. För bolagsmålen bedöms två av sex mål ha uppnåtts. Resterande fyra mål är nära att uppnås, men uppfylls inte helt. Dessa har tillhörande kommentarer som kortfattat beskriver status för målet. Bolagsmålen representerar två av fyra strategiska målområden: leveranssäkerhet samt kompetens och arbetsmiljö.

Vidare framgår utfallet för elva prioriterade områden fördelade på tre av de strategiska målområdena: leveranssäkerhet, kvalitet samt kompetens och arbetsmiljö (kostnadseffektivitet saknas). Tre av elva prioriterade områden är nära att uppnås, men uppnås inte helt medan resterande har uppfyllts.

För att förtydliga målarbetet och uppföljningen av bolagsmålen hade det varit önskvärt att bolagsmål och mätetal formulerades vid antagande av affärsplanen. Därtill framgår inte av dokumentation om bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för de mål som inte har uppnåtts helt.

5.1.2 Ekonomistyrning

Sid 22(54)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	2024-11-25
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	Ej aktuellt.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår	Resultat helår
Årets rörelseresultat	0,7 mnkr	0,7 mnkr

Generella iakttagelser

Gästrike Vatten AB har antagit en budget för 2025 där årets resultat efter finansiella poster budgeteras till 0,1 mnkr och budgeterat rörelseresultat uppgår till 0,7 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognosticeras både resultat efter finansiella poster och rörelseresultat ligga i linje med budget. Av delårsrapport 2 framgår att bolagets totala kostnader är ca 15 mnkr lägre än budgeterat, den lägre kostnadsnivån (12,5 mnkr) är till stor del relaterad till personalkostnader.

Årets resultat efter finansiella poster är 0,2 mnkr, vilket är över budgeterade 0,1 mnkr. Intäkterna från dotterbolagen är lägre än budgeterat, dock är även kostnaderna lägre vilket förklaras främst bero på lägre personalkostnader. Utfallet är i linje med helårsprognosen vid delår 2.

5.1.3 Intern kontroll

Sid 23(54)

Intern kontroll	
Det finns en process för uppföljning av intern kontroll	Ja
Styrelsen är involverad i internkontrollprocessen	Ja
Internkontrollplan 2025 antagen av styrelsen	Ja
Internkontrollplanen innehåller information om riskvärdering	Ja
Antal kontrollområden 2025	4 stycken
Uppföljning av internkontrollplan 2025	Ja
Uppföljning har skett av samtliga kontrollområden 2025	I allt väsentligt

Generella iakttagelser

Internkontrollplanen för 2025 godkändes vid styrelsemöte 2025-01-30 § 6. Internkontrollplanen gäller även Gästrike Vatten AB:s dotterbolag.

Av internkontrollplan för 2025 framgår fyra strategiska målområden med tillhörande riskområden, risk, riskens innebörd, risknivå, kontrollmoment, utsedd ansvarig för uppföljning och periodicitet. Målområden är samma som i verksamhetsplanen, men i internkontrollplanen har riskområden kopplats till dessa. Internkontrollplanen utgår från en riskmatris där ledningsgruppen har sammanställt nio risker, utav dessa risker har sedan fyra riskområden tagits upp i internkontrollplanen. Riskmatrisen inkluderar risknivå för sju av riskerna.

Av verksamhetsrapport för delår 2 framgår uppföljning av styrelsens prioriterade områden. Vidare framgår status av de strategiska målområden som ingår i internkontrollplanen.

Av intervju framhålls att bolaget arbetar kontinuerligt med riskanalyser men har valt att ha färre i sin internkontrollplan, men att bolaget jobbar med riskanalys i sitt dagliga arbete.

Uppföljning av 2025 års internkontrollplan visar att för kontrollområdet "Leveranssäkerhet" kvarstår delar av aktiviteter i det omfattande arbetet. Det saknas dock en mer utförlig förklaring till varför delar av aktiviteter kvarstår. För resterande kontrollområden har kontrollmomenten genomförts under 2025. Det framgår även att inom samtliga kontrollområden har framdrift skett och inga nya avvikelser identifierats.

5.1.4 Moderbolagets övergripande roll

Sid 24(54)

Moderbolagets koncernövergripande roll: verksamhet, ekonomi och intern kontroll	
Moderbolaget följer upp att bolagen har fastställda direktiv / fastställt mål och uppdrag i sina verksamheter	Ej tillämpligt
Moderbolaget får regelbundet uppföljningar över bolagens ekonomi i förhållande till budget	Ja
Moderbolaget följer upp bolagens följsamhet till ägardirektiv	Ja
Moderbolaget tar del av redovisning av bolagens arbete med intern kontroll	Ej tillämpligt

Generella iakttagelser

I Gästrike Vatten-koncernen finns en affärsplan och internkontrollplan som gäller för både moderbolaget och samtliga dotterbolag enligt uppgift från moderbolaget.

Bolaget har vid sammanträde 2025-02-28 2025 och 2025-10-02 delgetts information från dotterbolagen enligt protokoll. Under samtliga sammanträden under 2025 inkluderas informationsärenden.

Bolaget har vid sitt sammanträde 2025-06-12 följt upp koncernens ekonomiska uppföljning, internkontroll och verksamhetsuppföljning per sista april. Moderbolaget beslutade att godkänna förslag till verksamhetsrapporter samt tertialbokslut och överlämna dessa till ägarkommunerna.

Bolaget har vid sitt sammanträde 2025-10-02 följt upp delårsbokslut per augusti och prognos 2025 för koncernen. Moderbolaget beslutade att godkänna förslag till verksamhetsrapporter samt tertialbokslut och överlämna dessa till ägarkommunerna.

Respektive dotterbolag har tagit fram bolagsstyrningsrapporter som överlämnats till moderbolagets styrelse. Moderbolaget har även tagit fram en bolagsstyrningsrapport. Av dessa framgår hur styrningen av respektive bolag har bedrivits under året.

5.1.5 Bedömningar per område

Sid 25(54)

Bedömning - Verksamhetsstyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning. Vi grundar vår bedömning på att det är otydligt i affärsplanen hur uppställda bolagsmål ska mätas samt att måtetal inte togs fram vid antagande av affärsplanen utan under respektive delårsuppföljning. Detta har medfört att uppföljningen under året delvis saknat tydliga måtetal och att dessa tillkommit först i efterhand. Vi anser att styrelsen bör tillse att bolagsmål med tillhörande måtetal/indikatorer formuleras vid antagande av affärsplanen för att underlätta målarbetet. Vidare konstaterar vi av granskningen att inte alla mål har uppnåtts. Av den dokumentation vi har tagit del av har vi inte kunnat urskilja att bolagsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att nå målen. Vi anser att det bör framgå av styrelseprotokoll om åtgärder inte vidtas vid avvikelser i måluppfyllelse. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig verksamhetsstyrning och uppföljning.



Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att granskningen visar att styrelsen erhållit uppföljning och rapportering avseende verksamhetens ekonomiska ställning. Vidare visar årsbokslutet att bolaget har levererat mot budget.



Bedömning - Intern kontroll och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsens i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning. Granskningen visar att det för år 2025 finns en upprättad internkontrollplan som antagits av styrelsen som har föregåtts av en övergripande riskanalys. Internkontrollplanen har följts upp i delår och helår. Delar av aktiviteter kvarstår för ett kontrollområde vid årsrapportering, i övrigt har samtliga aktiviteter genomförts för de andra kontrollområdena. Dock saknas en mer utförlig förklaring till varför vissa delar av aktiviteterna i kontrollmomentet kvarstår. Därav är vår bedömning att bolagsstyrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning.



5.2 Gävle Vatten AB



5.2.1 Gävle Vatten AB - Verksamhetsstyrning

Sid 27(54)

Gästrike Vatten AB:s ägardirektiv gäller i tillämpliga delar även för bolagets dotterbolag. Moderbolagets verksamhetsrapport med bolagsmål inkluderar även dotterbolagen, se avsnitt 5.1.1.

Generella iakttagelser

Gävle Vatten AB har fastställt en bolagsstyrningsrapport för år 2025, vilken beskriver hur styrningen av bolaget har bedrivits under året. Rapporten beskriver att styrelsen gör bedömningen att bolaget har efterlevt bolagsordning och ägardirektiv under året. Därtill framgår särskilda ärenden som har lämnats vidare till styrelse och kommunstyrelse/kommunfullmäktige för delgivning eller beslut.

5.2.2 Gävle Vatten AB - Ekonomistyrning

Sid 28(54)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Ej aktuellt.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår	Resultat helår
Årets rörelseresultat	53,8 mnkr	60,8 mnkr

Generella iakttagelser

Gävle Vatten AB har antagit en budget för 2025 där årets rörelseresultat budgeteras till 52 mnkr och resultat efter finansiella poster budgeteras till 14,9 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiseras för ett resultat om 27,8 mnkr efter finansiella poster (jämfört med ursprungliga 14,9 mnkr). Det positiva avvikelserna förklaras av lägre kapitalkostnader än budgeterat samt lägre rörelsekostnader.

Styrelsen har även fått rapporterat kring status av skadeståndsanspråk efter skyfallet 2021 med beskrivning av nuläge. Information framgår även i årsrapporten.

Årets resultat efter finansiella poster är 37,1 mnkr, vilket är över budgeterade 14,9 mnkr. Resultatet förklaras av lägre kapitalkostnader (totalt 18 mnkr) och lägre rörelsekostnader (totalt 7 mnkr) än budgeterat. De lägre kapitalkostnaderna beror på att lånevolymer varit lägre än budgeterat efter förskjutna tidplaner i investeringsprojekt och utbetalningar avseende regresskrav efter skyfallet 2021 (som har genomförts under perioden men inte i den takt som var budgeterad), men också av sänkt administrativ internbanksavgift till Gävle kommun.

Det anges även att prognosen för Gävle Vatten AB:s kostnader kopplade till regresskrav för skador till följd av nederbörd i augusti 2021 är oförändrad, 400 mnkr, vilket motsvarar tidigare gjord avsättning och tidigare mottaget rörelsebidrag från Gävle kommun. Efter att utbetalningar gjorts till försäkringsbolag och berörda kunder (självriser) under 2024–2025 med totalt ca 90 mnkr, återstår ca 310 mnkr av ursprunglig avsättning.

5.2.3 Gävle Vatten AB - Intern kontroll

Sid 29(54)

Generella iakttagelser

Se avsnitt 5.1.3.

Internkontrollplanen görs enbart för Gästrike Vatten AB eftersom de moment som kontrolleras är utifrån arbetssätt och processer.



5.2.4 Gävle Vatten AB - Bedömning

Sid 30(54)

Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att granskningen visar att styrelsen erhållit uppföljning och rapportering avseende verksamhetens ekonomiska ställning. Vidare visar årsbokslutet att bolaget har levererat mot budget.



5.3 Hofors Vatten AB



5.3.1 Hofors Vatten AB - Verksamhetsstyrning

Sid 32(54)

Gästrike Vatten AB:s ägardirektiv gäller i tillämpliga delar även för bolagets dotterbolag. Moderbolagets verksamhetsrapport med bolagsmål inkluderar även dotterbolagen, se avsnitt 5.1.1.

Generella iakttagelser

Hofors Vatten AB har fastställt en bolagsstyrningsrapport för år 2025, vilken beskriver hur styrningen av bolaget har bedrivits under året. Rapporten beskriver att styrelsen gör bedömningen att bolaget har efterlevt bolagsordning och ägardirektiv under året. Därtill framgår särskilda ärenden som har lämnats vidare till styrelse och kommunstyrelse/kommunfullmäktige för delgivning eller beslut.



5.3.2 Hofors Vatten AB - Ekonomistyrning

Sid 33(54)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår	Resultat helår
Årets rörelseresultat	1,1 mnkr	0,1 mnkr

Generella iakttagelser

Hofors Vatten AB har antagit en budget för 2025 där årets rörelseresultat budgeteras till 2 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiseras för ett rörelseresultat om 1,1 mnkr (jämfört med budgeterat 2 mnkr). Avvikelsen förklaras av till verksamhetsprojekten, närmare bestämt till ej budgeterade kostnader för skyfallsutredningar. Det är en post som togs upp som en risk inför beslut om budget för 2025. Helårsprognosen är per den sista augusti 1,8 mnkr, men efter översyn av övrig verksamhet för att minska överdraget stannar beräknad kostnadsökning för verksamhetsprojekt totalt på 1,4 mnkr. Viss dämpning beräknas ges genom de tillkommande anslutningsintäkterna och en ytterligare något sänkt prognos för fördelade kostnader från Gästrike Vatten.

Årets rörelseresultat är 0,1 mnkr, vilket är 1,9 mnkr lägre än budgeterade 2 mnkr. Den negativa avvikelsen beror på icke budgeterade kostnader för skyfallsutredningar. Årets resultat är drygt 1 mnkr lägre än prognosen efter tertial 2, främst på grund av ytterligare kostnader för skyfallsutredningar eftersom analysarbetet blev mer omfattande än tidigare bedömt, samt ökade entreprenadkostnader i den löpande verksamheten.

5.3.3 Hofors Vatten AB - Intern kontroll

Sid 34(54)

Generella iakttagelser

Se avsnitt 5.1.3.

Internkontrollplanen görs enbart för Gästrike Vatten AB eftersom de moment som kontrolleras är utifrån arbetssätt och processer.



5.3.4 Hofors Vatten AB - Bedömning

Sid 35(54)

Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen endast delvis har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Styrelsen har fastställt en budget för år 2025 samt följt upp denna i del- och helår. Granskningen visar dock att årets ekonomiska utfall avviker väsentligt från budget. Bolagets rörelseresultat för året visade ett utfall på 1,9 mnkr under budget. Resultatet är otillfredsställande i förhållande till beslutad budget. Vi konstaterar att bolagsstyrelsens ekonomistyrning inte fullt ut säkerställt att verksamheten har bedrivits inom givna ekonomiska ramar. Därav gör vi bedömningen att bolagsstyrelsen endast delvis har en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning.



5.4 Ockelbo Vatten AB



5.4.1 Ockelbo Vatten AB - Verksamhetsstyrning

Sid 37(54)

Gästrike Vatten AB:s ägardirektiv gäller i tillämpliga delar även för bolagets dotterbolag. Moderbolagets verksamhetsrapport med bolagsmål inkluderar även dotterbolagen, se avsnitt 5.1.1.

Generella iakttagelser

Ockelbo Vatten AB har fastställt en bolagsstyrningsrapport för år 2025, vilken beskriver hur styrningen av bolaget har bedrivits under året. Rapporten beskriver att styrelsen gör bedömningen att bolaget har efterlevt bolagsordning och ägardirektiv under året. Därtill framgår särskilda ärenden som har lämnats vidare till styrelse och kommunstyrelse/kommunfullmäktige för delgivning eller beslut.

5.4.2 Ockelbo Vatten AB - Ekonomistyrning

Sid 38(54)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Ej aktuellt

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår	Resultat helår
Årets rörelseresultat	3,3 mnkr	2,8 mnkr

Generella iakttagelser

Ockelbo Vatten AB har antagit en budget för 2025 där årets rörelseresultat budgeteras till 2 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i delårsrapport 1 per den sista april och delårsrapport 2 per den sista augusti. Per augusti 2025 prognostiseras för ett rörelseresultat om 3,3 mnkr (jämfört med ursprungliga 2 mnkr). Rörelseresultatet för perioden är 2,5 mnkr. Den positiva avvikelsen förklaras främst av lägre kostnad än budgeterat för verksamhetskostnader, i huvudsak till följd av att mindre kostnader än budgeterat har fördelats från Gästrike Vatten, samt för verksamhetsprojekt.

Årets rörelseresultat är 2,8 mnkr, vilket är högre än budgeterade 2 mnkr. Årets resultat efter finansiella poster är 0,9 mnkr (budgeterat -0,1). Den positiva avvikelsen förklaras främst av lägre kostnad än budgeterat för verksamhetsprojekt, då inga större utredningar eller utvecklingsaktiviteter har genomförts under året.

Vidare anges att årets resultat är 0,5 mnkr lägre än den prognos som lämnades efter delårsrapport 2. Den avvikelsen är tydligt kopplad till verksamhetskostnaderna, då entreprenadkostnaderna avseende drift och underhåll har varit högre än beräknat under hösten inom flera delar av verksamheten.

5.4.3 Ockelbo Vatten AB - Intern kontroll

Sid 39(54)

Generella iakttagelser

Se avsnitt 5.1.3.

Internkontrollplanen görs enbart för Gästrike Vatten AB eftersom de moment som kontrolleras är utifrån arbetssätt och processer.



5.2.4 Ockelbo Vatten AB - Bedömning

Sid 40(54)

Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att granskningen visar att styrelsen erhållit uppföljning och rapportering avseende verksamhetens ekonomiska ställning. Vidare visar årsbokslutet att bolaget har levererat mot budget.



5.5 Älvkarleby Vatten AB



5.5.1 Älvkarleby Vatten AB - Verksamhetsstyrning

Sid 42(54)

Gästrike Vatten AB:s ägardirektiv gäller i tillämpliga delar även för bolagets dotterbolag. Moderbolagets verksamhetsrapport med bolagsmål inkluderar även dotterbolagen, se avsnitt 5.1.1.

Generella iakttagelser

Älvkarleby Vatten AB har fastställt en bolagsstyrningsrapport för år 2025, vilken beskriver hur styrningen av bolaget har bedrivits under året. Rapporten beskriver att styrelsen gör bedömningen att bolaget har efterlevt bolagsordning och ägardirektiv under året. Därtill framgår särskilda ärenden som har lämnats vidare till styrelse och kommunstyrelse/kommunfullmäktige för delgivning eller beslut.

5.5.2 Älvkarleby Vatten AB - Ekonomistyrning

Sid 43(54)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Framgår ej av mottagen dokumentation.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår	Resultat helår
Årets rörelseresultat	- 2,0 mnkr	-1,3 mnkr

Generella iakttagelser

Älvkarleby Vatten AB har antagit en budget för 2025 där årets rörelseresultat budgeteras till -1 mnkr. Budget för resultat efter finansiella poster uppgår till -3 mnkr.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiseras för ett rörelseresultat om -2 mnkr och resultat efter finansiella poster prognosticeras till -4,3 mnkr. Utfallet till och med augusti visar ett resultat på -2,2 mnkr, vilket är ungefär i nivå med periodens budget. Som även rapporterades efter delår 1 ingår i periodens verksamhetskostnader såväl ökad avsättning för befarade skadestånd med drygt 1 mnkr, som retroaktiva entreprenadkostnader avseende 2024 med ca 0,5 mnkr, vilka inte var beaktade i budget. De totala intäkterna bedöms på helårsbasis bli 2 mnkr lägre än budget, kopplat till den retroaktiva krediteringen till Gävle Vatten.

Årets rörelseresultat är -1,3 mnkr, vilket är lägre än budgeterade -0,7 mnkr. Årets resultat efter finansiella poster är -3,5 mnkr (budgeterat -3,2). Den negativa avvikelsen förklaras av att de totala intäkterna är lägre än budgeterat efter att en retroaktiv kreditering gjorts till Gävle Vatten AB avseende bruksintäkter för åren 2021-2024.

Årets resultat är 0,8 mnkr högre än den prognos som lämnades efter tertial 2. En missbedömd kostnadsnivå i de verksamhetsprojekt som bedrivits kopplade till ledningsnätet, samt ett lägre utfall än beräknat för löpande reparation och underhåll under hösten, är faktorer som har bidragit till resultatökningen. Något lägre bruksintäkter än prognostiserat under tertial 3 har inneburit viss dämpning.



5.2.3 Älvkarleby Vatten AB - Intern kontroll

Sid 44(54)

Generella iakttagelser

Se avsnitt 5.1.3.

Internkontrollplanen görs enbart för Gästrike Vatten AB eftersom de moment som kontrolleras är utifrån arbetssätt och processer.



5.5.4 Älvkarleby Vatten AB - Bedömning

Sid 45(54)

Bedömning - Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen endast delvis har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Granskningen visar att styrelsen har fastställt en budget för år 2025 och att denna har följts upp i del- och helår. Bolagets rörelseresultat för året visade ett utfall på - 1,3 mnkr, jämfört med budgeterat -0,7 mnkr. Vid delårsuppföljningarna prognosticerades att årets resultat förväntades bli lägre än budgeterat, dock förbättrades resultatet i jämförelse med prognoserna i delårsrapporteringarna. Resultatet är otillfredsställande i förhållande till beslutad budget. Vi konstaterar att ekonomistyrningen inte fullt ut säkerställt att verksamheten har bedrivits inom givna ekonomiska ramar. Därav gör vi bedömningen att bolagsstyrelsen endast delvis har en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning.



5.6 Östhammar Vatten AB



5.6.1 Östhammar Vatten AB - Verksamhetsstyrning

Sid 47(54)

Gästrike Vatten AB:s ägardirektiv gäller i tillämpliga delar även för bolagets dotterbolag. Moderbolagets verksamhetsrapport med bolagsmål inkluderar även dotterbolagen, se avsnitt 5.1.1.

Generella iakttagelser

Östhammar Vatten AB har fastställt en bolagsstyrningsrapport för år 2025, vilken beskriver hur styrningen av bolaget har bedrivits under året. Rapporten beskriver att styrelsen gör bedömningen att bolaget har efterlevt bolagsordning och ägardirektiv under året.



5.6.2 Östhammar Vatten AB - Ekonomistyrning

Sid 48(54)

Ekonomistyrning och uppföljning	
Budget för 2025 antagen	Ja
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	Ej aktuellt.

Ekonomiskt resultat 2025	Helårsprognos vid delår	Resultat helår
Årets rörelseresultat	10,8 mnkr	11,6 mnkr

Generella iakttagelser

Östhammar Vatten AB har antagit en budget för 2025 där årets rörelseresultat budgeteras till 10,5 mnkr och budgeterat resultat efter finansiella poster uppgår till 1 mnkr.

Kommunfullmäktige i Östhammar kommun beslutade i sin budget för 2025 att ge driftbidrag på 6 mnkr till Östhammar Vatten AB.

Bolaget har följt upp budgeten i verksamhetsrapporterna för delår 1 och delår 2. Per augusti 2025 prognostiseras för ett rörelseresultat om 10,8 mnkr. Den positiva avvikelsen förklaras bland annat av verksamhetskostnaderna, som är 3,7 mnkr lägre än budget. Detta förklaras främst av att lägre kostnader än budgeterat har fördelats från Gästrike Vatten, efter att mindre tid än beräknat har redovisats mot Östhammar Vatten.

Årets rörelseresultat är 11,6 mnkr, vilket är högre än budget. Årets resultat efter finansiella poster är 2,2 mnkr (budgeterat 1 mnkr). Rörelseresultatet är drygt 1 mnkr högre än budget, men en tidigare ej beaktad skattekostnad på 1 mnkr har tillkommit till följd av regelverket om ränteavdragsbegränsningar vilket gör att det periodens resultatet är i nivå med budget (1 mnkr).

5.6.3 Östhammar Vatten AB - Intern kontroll

Sid 49(54)

Generella iakttagelser

Se avsnitt 5.1.3.

Internkontrollplanen görs enbart för Gästrike Vatten AB eftersom de moment som kontrolleras är utifrån arbetssätt och processer.



5.6.4 Östhammar Vatten AB - Bedömning

Sid 50(54)

Bedömning – Ekonomistyrning och uppföljning

Vår bedömning är att bolagsstyrelsen har haft en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning. Bedömningen grundar sig på att granskningen visar att styrelsen erhållit uppföljning och rapportering avseende verksamhetens ekonomiska ställning. Vidare visar årsbokslutet att bolaget har levererat ett resultat som landar något över budgeterat resultat.



Samlad bedömning och rekommendationer



6.1 Samlad bedömning

Sid 52(54)

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att Gästrike Vatten AB säkerställt att bolaget har i allt väsentligt en tillräcklig struktur för styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på att moderbolaget har en ändamålsenlig ekonomistyrning och uppföljning samt att de följer upp dotterbolagens ekonomistyrning. Granskningen visar även att moderbolagets styrelse har mottagit information och följt upp dotterbolagens arbete under verksamhetsåret. Moderbolaget har presterat mot budget. Därtill har dotterbolagen i huvudsak presterat i linje med budget, med vissa undantag.

Däremot konstaterar vi i granskningen att Gästrike Vattens målarbete är till viss del otydligt då måtetal och aktiviteter för respektive verksamhetsmål inte fastställdes vid antagande av affärsplanen utan vid efterföljande delårsuppföljningar. Därtill skiljde sig målen till viss del i verksamhetsrapporten jämfört med delårsuppföljningarna. Vi anser att bolagsstyrelsen bör säkerställa att mål och måtetal fastställs i samband med antagande av affärsplanen för att tydliggöra målarbetet.

Gällande internkontrollarbetet har bolagsstyrelsen fastställt en internkontrollplan som har följts upp under året. Vid årsrapportering har i huvudsak samtliga aktiviteter kopplade till riskområdena genomförts, dock inte för ett riskområde där det vid årsslutet fortfarande finns aktiviteter som inte har genomförts. Därtill förtydligas inte varför samtliga aktiviteter inte har genomförts. Vi bedömer att det är av vikt att samtliga kontrollområden genomförs under verksamhetsåret för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll och uppföljning.



6.2 Rekommendationer

Sid 53(54)

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Gästrike Vatten AB att:

- Formulera bolagsmål med tillhörande mätetal/aktiviteter vid antagande av affärsplan för att säkerställa ett stringent målarbete.
- Tillse att samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen genomförs.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi VD och styrelse i Hofors Vatten AB och Älvkarleby Vatten AB att:

- Vidta åtgärder för att säkerställa följsamhet till budget.



6.3 Samlad bedömning

Sid 54(54)

Bedömning revisionsområde	Gästrike Vatten AB	Gävle Vatten AB	Hofors Vatten AB	Ockelbo Vatten AB	Älvkarleby Vatten AB	Östhammar Vatten AB
Verksamhetsstyrning och uppföljning		—	—	—	—	—
Ekonomistyrning och uppföljning						
Intern kontroll		—	—	—	—	—