

REVISIONSKONTORET

Omvårdnadsnämnden

Grundläggande granskning 2021

Grundläggande granskning 2021

Omvårdnadsnämnden

Andreas Halvarsson, revisionskontoret

Gävle kommun 2021-03-24

Dnr:21REK15

www.gavle.se

Innehållsförteckning

Grundläggande granskning av Omvårdnadsnämnden	3
Bakgrund	3
Metod	3
Revisionskriterier	3
Begreppsförklaringar	4
Granskningsresultat	4
Kort om omvårdnadsnämnden ansvar	4
Lagstiftning	5
Reglemente	5
Tillsynsmyndigheter	5
Målstyrning och måluppfyllelse	5
Ekonomistyrning	8
Riskhantering	10
Intern kontroll	11
Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande	12

Grundläggande granskning av Omvårdnadsnämnden

Bakgrund

Den grundläggande granskningen syftar till att ge de förtroendevalda revisorerna en grund för beslutet att till- eller avstyrka ansvarsfrihet för nämnden i rapporteringen till kommunfullmäktige. Den skall också ge ett underlag till om kritik eller anmärkning ska framföras till nämnden.

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

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

Den grundläggande granskningen i denna rapport är ett av underlagen för revisorernas bedömning om de ska tillstyrka att nämnden beviljas ansvarsfrihet.

Granskning av om räkenskaperna är rättvisande sker i granskningsrapporterna för Gävle kommuns delårsrapport och årsredovisning. Eventuella fördjupade granskningar rapporteras i separata revisionsrapporter.

Metod

De metoder som kommer att användas i granskningsarbetet är följande:

- Dokumentanalys
- Intervjuer/mailkontakter
- Löpande följa kallelser, handlingar och protokoll från nämnderna
- Dialogmöten där de förtroendevalda revisorerna samt sakkunniga biträden deltar.

Kommunrevisionen planerar årligen in ett dialogmöte med nämnden som ett led i den grundläggande granskningen. Inför dialogmötet ber Kommunrevisionen nämnden att lämna skriftliga svar på frågor Kommunrevisionen behöver för den grundläggande granskningen. Dessa frågor diskuteras sedan med nämnden under dialogmötet. Kommunrevisionens frågor är bilagda rapporten.

Redovisningen för kommun och nämnder granskas dels översiktligt i delårsrapporten, dels i en mer omfattande granskning av årsredovisningen, vilket resulterar i separata rapporter.

Revisionskriterier

En utgångspunkt för granskningen är de övergripande styrdokument som finns för Gävle kommunkoncern alternativt Gävle kommun. Exempel på dessa är:

Övergripande: Fullmäktiges kommunplan med mål, uppdrag och ekonomiska ramar. Internkontrollreglemente och attestreglemente.

Nämnder: Reglementen, delegationsordningar, attestordningar
Tillsynsrapporter och beslut från de statliga organ som granskar myndighetsutövningen inom olika nämnder samt domstolsbeslut.

Begreppsförklaringar

Nedan följer en förklaring av de begrepp som yrkesrevisorerna använder vid sin bedömning:

Verksamhetens målstyrning

Begrepp:	Förklaring:
Ej ändamålsenlig	Förstärkningar i målstyrningen krävs
Ändamålsenlig	Fungerande målstyrning

Ekonomistyrning

Begrepp:	Förklaring:
Ej tillfredsställande	Anpassning till budget har inte skett. Avvikelse kan inte förklaras.
Tillfredsställande	Anpassning till budget har skett eller avvikelse kan förklaras.

Internkontroll

Begrepp:	Förklaring:
Bristfällig	Omedelbara förstärkningar krävs.
Tillräcklig	Fungerande internkontroll men behov av förstärkningar kan föreligga.

Granskningsresultat

Kort om omvårdnadsnämndens ansvar

Enligt nämndens reglemente¹ svarar nämnden för:

1. kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) som avser sådana omsorger och service som har som mål att kompensera för bortfall av fysiska och psykiska funktioner samt anknytande planering och uppsökande verksamhet, utom vad gäller särskilt boende enligt SoL 7 kap 1 §, punkt 2 och 3 i form av gruppboende/serviceboende för personer med funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt hemtjänst som utförs av boendestöd samt personligt stöd, träffpunkter och dagverksamheter till målgruppen funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt anknytande planering,
2. stöd till anhöriga till långvarigt sjuka och övriga inom omvårdnadsnämndens målgrupp,

¹ Senast reviderat 14 december 2020, dnr: 19KS455.

3. ledning av och ansvar som vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
4. besluta om fördelning av medel ur stiftelser och fonder samt föreningsbidrag inom nämndens ansvarsområde,
5. att inom nämndens verksamhetsområde, avge yttranden eller upplysningar enligt särskild lagstiftning om dessa enligt författningen skall avges av socialnämnd eller den nämnd som enligt fullmäktiges beslut fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller annars faller inom nämndens verksamhetsområde.

Lagstiftning

Utöver speciallagstiftningen regleras nämndens verksamhet av bland annat:

- kommunallag (2017:725)
- lag (2016:1145) om offentlig upphandling
- lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning

Reglemente

Utöver det som föreskrivs i "Huvudreglemente för kommunstyrelse och nämnder i Gävle kommun", kommunallagen och annan författning gäller bestämmelserna i nämndens reglemente.

Tillsynsmyndigheter

Genomgång av nämndens protokoll under 2021 visar att vid sammanträdet i januari fick nämnden information om Inspektion för vård och omsorgs (IVO) fördjupade tillsyn av vård- och omsorgsboendet Vallongården. Nämnden yttrade sig över tillsynen i mars 2021. Vidare har nämnden, i samband med anmälan av delegationsbeslut, fått återrapporterat beslutade yttranden till IVO och Lex Sarah-anmälningar. Av beslutsunderlagen tillika sammanställningar över besluten² framgår ingen uppgift om hur många beslut om yttranden eller anmälningar som fattats.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Vi noterar att nämnden fått information om ovan tillsyn. Vi menar att nämndens redovisning av delegationsbeslut bör vara mer detaljerad, så att det av berörda sammanställningar framgår exempelvis vem som varit beslutsfattare, ärendetyp, antalet beslut och beslutsdatum. Detta skulle göra beslutsunderlagen och protokollen mera överskådliga.

Målstyrning och måluppfyllelse

Nämndens bedömning

Som tabellen nedan visar omfattas nämnden av de två kommunövergripande målen "trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen" och "en ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun". Varje kommunövergripande mål bryts ner i ett nämndmål,

² Dnr: 21ON52.

totalt två nämndmål. Detta är en ökning jämfört med 2020 då nämnden inte hade egna nämndmål. Nämndmålet "ändamålsenlig effektiv verksamhet" mäts genom sex indikatorer, två för verksamheten inom hemtjänsten och fyra för verksamheten på vård- och omsorgsboende. Indikatorerna är samma sedan 2018. Indikatorerna baseras, enligt verksamhetsrapporten³, på Socialstyrelsens brukarundersökning. Nämndmålet "ett klimatneutralt Gävle 2035" mäts genom en indikator.

Kommunfullmäktiges mål	Nämndspecifikt mål	Utfall	
Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen.	Ändamålsenlig och effektiv verksamhet	●	
Nämndens indikatorer för hemtjänsten		Målvärde	Utfall
1. Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.		90 %	-
2. Andel äldre som uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen.		65 %	-
Nämndens indikatorer för vård- och omsorgsboende			
3. Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.		82 %	-
4. Andel äldre som anger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen.		64 %	-
5. Andel äldre på vård- och omsorgsboende som är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds.		72 %	-
6. Andel äldre som uppger att det känns mycket eller ganska tryggt på vård- och omsorgsboendet		92 %	-
Kommunfullmäktiges mål	Nämndspecifikt mål	Utfall	
En ekologiskt hållbar- och klimatneutral kommun	Ett klimatneutralt Gävle 2035	●	
Nämndens indikatorer för målet		Målvärde	Utfall
Fem aktiviteter		5	3

Nämndens analys av utfall

Som tabellen ovan visar bedömer nämnden båda sina nämndmål som delvis uppfyllda (gula). De sex indikatorerna för målet "ändamålsenlig och effektiv verksamhet" har inte kunnat mätas tillika följts upp eftersom Socialstyrelsen inte genomfört sin brukarundersökning under 2021. Förra året tillämpade nämnden samma indikatorer för att mäta måluppfyllelsen av det kommunövergripande målet "trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen". Då uppfylldes en indikator (grön) medan övriga fem uppfylldes delvis.⁴

Nämndens mål om "ett klimatneutralt Gävle 2035" uppfylls delvis, utfallet förklaras av att tre av fem aktiviteter genomförts under året.

Utöver måluppfyllelsen beskriver nämnden i sin verksamhetsrapport genomförda aktiviteter och summering av årets arbete. Årets verksamhetsrapport är mera uttömmande sett till beskrivning jämfört med verksamhetsrapport 2020⁵. Allmänt beskrivs Coronapandemin ha haft en fortsatt hög påverkan på nämndens verksamheter. Det har inneburit stränga prioriteringar och nya arbetssätt för att få verksamheten att

³ Dnr: 21ON360.

⁴ Dessa fem indikatorer var alla ca två procent från målvärdet.

⁵ Dnr: 20ON432.

fungera. Nedan följer summering av genomförda aktiviteter och årets arbete inom sektor välfärds kontor (som tillhör omvårdnadsnämnden)

Kontor myndighet, som ansvarar för handläggning och uppföljning av beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), har anpassat sina arbetsätt utifrån restriktionerna där kontakt med kunder skett genom telefon eller digitalt. Totalt har kontoret fattat 4297 beslut om hjälp i hemmet. Uppföljning av beslut i verksamhetssystemet Treserva har fortsatt utvecklats. Det pågår utvärdering av ett pilotprojekt inom sektor välfärd rörande utskrivningsprocessen från slutenvården. Vidare pågår fortsatt arbete med Region Gävleborg om god och nära vård.

Kontor boendes (hälso- och sjukvårdsenheterna) ansvar för tillfälliga krisorganisationen för hälso- och sjukvården har övertagits av kontor stöd i hemmet. En ny krisplan har tagits fram. Olika kvalitetsgranskningar (egenkontroll) och kvalitetsmöten har genomförts i syfte att höja kvaliteten inom verksamheten. I verksamhetsrapporten beskrivs lärdomar och åtgärder utifrån Corona-pandemin, till exempel enhetschefers närvaro vid vård- och omsorgsboenden, kommunikation till anhöriga och följsamhet till basala hygienrutiner.

Inom kontor stöd i hemmet har olika åtgärder vidtagits för att garantera patientsäkerhet, bland annat förändrad personalplanering. Det så kallade Covid-teamet, som startades i Corona-pandemins början (maj 2020) har utvecklats på grund av minskad samhällssmitta och hög vaccinationstakt. En hög sjukfrånvaro bland personalen har påverkat verksamheten i hög grad i slutet av 2021. En korttidsenhet stängdes under året (beslut i nämnden i februari) vilket innebar en kostnad på 1 mnkr. I övrigt har fortsatta utvecklingsinsatser genomförts inom kontoret.

Inom kontor förebyggande och kompetens har verksamheterna bedrivits i begränsad omfattning på grund av pandemin.

Vidare beskrivs den allmänna bemanningssituationen inom hela sektorn som ansträngande vilket fått konsekvenser på ekonomi, arbetsmiljö och kundkvalitet.

När det gäller arbetet med nämndens miljömål beskrivs olika insatser såsom byte till miljövänligare drivmedel, byte till elbilar, minska engångsartiklar och inköp av närodlat mat. Handlingsplanen för fossilfria transporter har inte hunnit tagits fram.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

” Enligt kap 6 § 6 kommunallagen ska nämnderna 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”. Detta framgår även i reglementet för Gävle kommuns styrelse och nämnder⁶. I detta reglemente framgår vidare att nämnden har ansvar för att dess uppdrag och verksamhet är tydligt och genomförs på ett ändamålsenligt sätt med hänsyn till fullmäktiges mål och styrning, samt lagar och andra författningar för verksamheten.

⁶ Dnr:19KS455-29.

Vi noterar att nämnden förhåller sig till två av fullmäktiges fem övergripande mål. Det är inget krav på att nämnderna behöver förhålla sig till samtliga mål. Nämnden har även, jämfört med 2020, antagit två nämndmål vilket vi ser positivt på då det närmare preciserar vad nämnden ska uppnå under 2021. Vi konstaterar att nämndens indikatorer inte följts upp under 2021 på grund av att Socialstyrelsen inte genomfört sin brukarundersökning. I verksamhetsrapporten ges en detaljerad redovisning av den verksamhet och aktiviteter som genomförts under året.

Vi bedömer att det finns flera risker i nämndens målstyrning. Utgångspunkten för bedömningen är nämndens eget mål och dess formulering "ändamålsenlig och effektiv verksamhet". Ena risken är att nämnden inte formulerat indikator(er) för att följa upp sin myndighetsutövning enligt SoL och verksamheten som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den andra risken är att nämnden inte fullt ut fastställt indikatorer som mäter effektiviteten inom dess verksamheter. Den tredje risken är att nämnden förlitar sin uppföljning av sina indikatorer på en extern undersökning. Konsekvensen blir som ovan beskrivit att utfall inte kan redovisas om undersökningen inte genomförs.

Ekonomistyrning

Nämndens bedömning

I figuren nedan illustreras nämndens budget (intäkter och kostnader) och utfall vid delår 1, delår 2 och verksamhetsrapport. Budgeterade intäkter beräknas till 208,3 mnkr och 1 296,6 mnkr i kommunbidrag. Kostnaderna beräknas till 1 504,2 mnkr fördelat på personalkostnader (-754,6 mnkr), köp av verksamhet (-461,9 mnkr), övriga kostnader (-280,6 mnkr) och avskrivningar/ränta (7,7 mnkr). Investeringsbudgeten uppgår 12,4 mnkr. Årets resultat beräknas till 0,0 mnkr.

(mnkr)	Verksamhetsplan/budget helår 2021	Delår 1 Utfall	Prognos helår 1	Förändrat kommunbidrag	Delår 2	Prognos helår 2	Förändrat kommunbidrag	Utfall 2021-12-31	Utfall 2020-12-31
Verksamhetens intäkter	208,3	69,4	208,3		138,7	210,0		227,4	227,6
Personalkostnader	-754,6	-240,5	-799,6 (budget -754,6)		-501,3	-810,0 (budget -747,8)		-811,3 (budget -764,1)	-791,9
Köp av verksamhet	-461,9	anges inte	anges inte		anges inte	anges inte		anges inte	anges inte
Övriga kostnader	-280,6	-242,1	-757,7		-510,8	-728,4		-730,3	-668,3
Avskrivningar/nedskrivningar/ränta	-7,7	-2,7	-7,8		-8,5	-8,5		-7,5	-7,0
Resultat före kommunbidrag	-1 296,6	-415,9	-1 356,8		-1 321,9	-1 336,9		-1 321,7	-1 239,6
Kommunbidrag	1 296,6	432,8	1 296,8	30,0	1 321,9	1 321,9	15,0, omfördelning 7,0	1 338,2	1 201,0
				1 321,9			1 338,2		
Årets resultat	0,0	16,9	-60,0		2,1	-15,0		16,5	-38,6
Investeringar	12,4	4,1	12,4		8,2	12,4		7,4	3,0

I verksamhetsrapport delår 17, som godkändes vid sammanträdet den 27 maj, var utfallet positivt (16,9 mnkr). Däremot prognosticerades ett negativt resultat (- 60 mnkr), som förklarades av ökade personalkostnader (-45 mnkr) och övriga kostnader (- 15 mnkr). Det prognosticerade utfallet baserades på att Corona-pandemin pågår över sommaren och inga budgeterade intäkter för merkostnader.

Kommunfullmäktige beslutade i juni att tillföra 30 mnkr till nämnden, som kompensation för årets pandemikostnader.

I verksamhetsrapport delår 2^a, som godkändes vid nämndens sammanträde den 30 september, var utfallet fortfarande positivt fast lägre (2,1 mnkr). Årets prognosticerade resultat var fortsatt negativt (-15 mnkr), dock en förbättring från delår 1 (- 45 mnkr). Prognosticerade personalkostnader för helåret fortsatte att öka (- 62,2 mnkr). Budget för personalkostnader hade ändrats från ursprungligen -754,6 mnkr till -747,8 mnkr.

Kommunstyrelsen beslutade i oktober att tillföra nämnden ytterligare 15 mnkr. Kommunfullmäktige beslutade samma månad att omfördela 7 mnkr i kommunbidraget från omvårdnadsnämnden till arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden. Omfördelningen grundar sig på en förändring i båda nämnders reglementen där ansvaret för träffpunkter och dagverksamhet till målgruppen funktionsnedsättning och socialpsykiatri flyttats från nämnden till arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Årets resultat, enligt verksamhetsrapport per helår, uppgår till 16,5 mnkr, vilket motsvarar ett överskott om 16,5 mnkr. Överskottet beror på ytterligare ersättningar från Socialstyrelsen om ca 7 mnkr för merkostnader kopplade till Corona-pandemin. Därtill en lägre kostnad även inom vård- och omsorgsboende.

Som figuren ovan visar har nämndens budget för personalkostnader varierat under året. Personalkostnaderna överstiger budget med 47,2 mnkr. I samtliga verksamhetsrapporter beskrivs den stora kostnadsavvikelsen härröra till bemanning inom vård- och omsorgsboenden. Därtill beskrivs Corona-pandemin har inneburit ökade personalkostnader, utöver vård- och omsorgsboende, inom hemtjänst. Vidare visar figuren att kostnader (se post köp av verksamhet) grupperas på olika sätt i verksamhetsplan och i samtliga verksamhetsrapporter.

Nämnden bedömer att ekonomistyrningen är tillfredsställande.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Vi konstaterar att nämndens budget varierat under året, genom att kommunbidrag tillförts vid två tillfällen samtidigt som kommunbidrag omfördelats. Givet att budgeten varierat har även resultat och prognos varierat vid delårsrapporter (1 och 2) och verksamhetsrapport. Nämndens resultat vid samtliga rapporter var positivt med ett slutgiltigt överskott om 16,5 mnkr vilken är en positiv avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delårsrapport 2. Vi noterar dock att jämförelseåret har ett felaktigt resultat då nämnden skulle haft ett lägre resultat om 4,6 mnkr, till följd av en tidigare förändring i nämndens ansvar där en del av verksamheten överfördes till arbetsmarknad- och funktionsrättsnämnden.

Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.

Vi noterar att nämndens personalkostnader ökat under året och underskottet blev 47,2 mnkr. Vi kommer att under 2022 följa nämndens personalkostnader. Vidare noterar vi att köp av verksamhet inte följts upp

i någon av verksamhetsrapporterna. Detta är dock i enlighet med de mallar för rapporter som tillhandahålls av kommunstyrelsen.

Vi noterar att nämnden tar upp ekonomiska månadsrapporter för beslut löpande och uppdaterar prognoserna i samband med detta.

Riskhantering

En riskanalys ska ligga till grund för internkontrollplanen (6 § Gävle kommuns Internkontrollreglemente). Den omfattar ofta flera risker än de som tas med i internkontrollplanen.

Kritiska risker som tas med in i internkontrollplanen

Riskerna kan gå mot verksamhetsmål, finansiell rapportering samt lagstiftning. Nedan redovisas i princip endast de risker nämnden bedömer som kritiska. Det kan även finnas ytterligare risker som bedöms som mindre allvarliga i internkontrollplanen.

När ärendet om internkontroll behandlades i nämnden 2021-02-25 fanns riskanalys och riskmatris med enligt läsanvisning i ärendet. Dessa innehöll också instruktioner till nämndens ledamöter och ersättare att ta del av riskbedömningarna och att dessa själva skulle ta ställning till om detta var heltäckande och/eller om några riskbedömningar skulle ändras.

Riskanalysen innehåller totalt 22 risker fördelade under tre områden: 1) finansiell rapportering, 2) efterlevnad av externa och interna regelverk och 3) trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen.⁹ Av dessa 22 beskrivs nio vara kritiska (röda). Dessa tre risker rör finansiell rapportering:

- bristande avtalstrohet.
- risk att nämnden inte når ställda ekonomiska krav i budget och att planerade resurser inte räcker till för att täcka kostnaderna.
- avtalstrohet.

Övriga sex risker, som går mot det kommunövergripande målet tillika tredje området, är:

- ej fungerande kompetensförsörjning/Personalbrist inom vissa professioner.
- pandemin innebär fortsatta störningar i verksamheten.
- att organisationen inte lär av misstag.
- brister i förmågan prioritera utvecklingsinsatser.
- kontroller av system och rutiner.
- beredskapslager skyddsutrustning.

⁹ Omvårdnadsnämnden har ändrat benämning, från ändamålsenlig och effektiv verksamhet till det kommunövergripande målet tillika nämndens mål (trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på).

För temat efterlevnad av externa och interna regelverk beskrivs ingen kritisk risk. Däremot beskrivs bristande intern kontrollorganisation som en "måttlig risk" (gul).

Yrkesrevisorernas iakttagelser

En iakttagelse är att riskanalysen i år varit med i beslutsunderlagen till internkontrollplanen. Det innebär att nämnden varit mer involverad i arbetet med riskanalysen än tidigare. Däremot har nämnden inte fattat beslut om riskanalys vilket vi rekommenderade nämnden föregående år för att nämnden ska kunna säkerställa en tillräcklig internkontroll enligt kommunallagen.

Vi noterar att riskanalysen innehåller nio risker, tre som rör finansiell rapportering och övriga sex med koppling till det nämndspecifika målet. Samtliga risker i riskanalysen är med i internkontrollplanen. Det betyder att nämnden får ta del av samtliga risker som identifierats i riskanalysen.

Intern kontroll

Nämndens bedömning

Som tidigare beskrivits bedömer nämnden en bristande intern kontrollorganisation som en måttlig risk. Risken handlar om dels att självvärderingar och egenkontroll av riskmoment i verksamheten inte genomförs, dels att avvikelser och risker i organisationen inte dokumenteras samt att avvikelser inte fångas upp. Likaså att åtgärder inte sker. Risken ska kontrolleras genom systematisk uppföljning och utvärderingar via intern kontrollrapporter.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Nämnden ska enligt 6 kap 7 § kommunallagen se till att den interna kontrollen är tillräcklig.

Varje nämnd har en skyldighet att löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom nämndens verksamhetsområde (5 § Gävle kommuns Internkontrollreglemente).

Varje nämnd skall årligen antaga en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Olika granskningsområden bör väljas ut med utgångspunkt från en väsentlighets- och riskbedömning. Kontrollplanen styrs av den omfattning och volym som nämndens verksamhet har, och de väsentlighets- och riskbedömningar som har gjorts (6 § internkontrollreglementet inklusive tillhörande tillämpningsanvisningar).

- Vi noterar att internkontrollplanen har antagits i nämnden i enlighet med internkontrollreglementet. Internkontrollplanen färdigställdes enligt den tidplan som kommunstyrelsen fastställt. Däremot är intern kontrollplanen inte "klarmarkerad" i verksamhetssystemet Stratys.
- För kontroll av samtliga nio risker finns ett kontrollmoment. För sju¹⁰ risker beskrivs kontrollmomentet översiktligt dvs. ingen

10 Riskerna är: 1) bristande avtalstrohet, 2) risk att nämnden inte når ställda krav i budget och att planerade resurser inte räcker till för att täcka kostnaderna, 3) avtalstrohet, 4) ej fungerande kompetensförsörjning/personalbrist inom vissa professioner, 5) pandemin innebär fortsatta störningar i

närmare beskrivning av själva kontrollmomentet. För dessa sju kontrollmoment anges inte vem som ansvarar för kontrollmomentet.

Kommunstyrelsen har gjort en uppföljning av internkontrollen för samtliga nämnder vilken presenterades i samband med sammanträdet i juni 2021. Förutom mål och uppdrag finns även ett antal program som kommunfullmäktige tagit beslut om. Ett av dessa program beslutades under maj 2018 och det är "Mål och riktlinjer för privata utförare".

- Nämnden har ingen risk som är kopplad gentemot detta, vilket kan vara i sin ordning om de inte har identifierat risker som bör omfattas av internkontrollplanen.

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollen skall, med utgångspunkt från antagen plan, löpande rapporteras till nämnden. Rapportering skall ske skriftligt (7§ Internkontrollreglementet).

- Vi noterar att nämndens internkontrollrapport fastställts i nämnden i enlighet med internkontrollreglementet. Nämnden klarmarkerade internkontrollrapporten i enlighet med kommunstyrelsens instruktioner.
- Av uppföljningen framkommer att sex av nio risker kontrollerats. Av dessa visar resultatet av kontrollen ingen avvikelse (grön) för fyra risker. För kvarvarande två visar resultatet av kontrollen en mindre avvikelse (gul) respektive större avvikelse (röd). Avvikelsen gäller risken om ej fungerande kompetensförsörjning/personalbrist inom vissa professioner. Beskrivna förklaringar till avvikelsen är bemanningsproblematik och stora utmaningar att tillgodose behovet av vikarier under året.
- För två risker¹¹ har kontroll inte varit möjlig. För en risk¹² har ingen kontroll genomförts dvs. risken ingår inte i intern kontrollrapport.
- Kontroll av risken om en bristande intern kontrollorganisation visar en mindre avvikelse (gul). Behov beskrivs finnas att fortsatt utveckla formerna och strukturen för den interna kontrollen för att göra den så relevant, effektiv och funktionell som möjligt.

Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande

Utifrån den grundläggande granskning som gjorts via nämndens egen rapportering, dialogmöte med kommunrevisionen samt uppföljning av tillsynsrapporter gör yrkesrevisorerna nedanstående bedömningar och rekommendationer. Nämnden omfattas även av redovisningsrevision som resulterar i granskning av delår 2 och årsredovisning.

Yrkesrevisorerna tar nedan ställning till om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt sätt, om ekonomistyrningen är tillfredsställande samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Verksamhetens målstyrning

Yrkesrevisorerna noterar att nämnden delvis uppfyller sina mål. Utfall för en av nämndens mål redovisas. För det andra målet finns en rad indikatorer där utfall inte redovisas på grund av den undersökning som

verksamheten, 6) att organisationen inte lär av misstag, 7) brister i förmågan att prioritera utvecklingsinsatser, kontroller av system och rutiner och 8) beredskapslager skyddsutrustning.

11 Riskerna är: bristande avtalstrohet och att organisationen inte lär av misstag.

12 Risken är avtalstrohet.

indikatorerna förlitar sig på inte har genomförts av Socialstyrelsen. I verksamhetsrapporten ges en detaljerad redovisning av den verksamhet och de aktiviteter som genomförts under året. Vi bedömer att det finns flera risker i nämndens målstyrning, riskerna är brist på indikatorer för nämndens verksamhet. Med anledning av ovanstående har yrkesrevisorerna svårt att bedöma nämndens ändamålsenlighet och måluppfyllelse.

Ekonomistyrning

Yrkesrevisorerna noterar att nämndens resultat håller sig inom den ekonomiska ramen från kommunfullmäktige. Nämndens budget har under utökats genom tillskott (totalt 45 mnkr) av kommunbidrag. En omfördelning (-7 mnkr) av kommunbidraget till arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden har skett avseende överföring av ansvar för träffpunkter och dagverksamhet till målgruppen funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Det finns en återkommande rapportering av det ekonomiska utfallet och nämnden får även uppdaterade prognoser i samband med nämndsammanträden.

Yrkesrevisorernas bedömning är att nämndens ledning, styrning och uppföljning gällande ekonomi för 2021 varit tillfredsställande.

Rekommendationer

Yrkesrevisorerna rekommenderar nämnden att säkerställa att internbudgeten omfattar den verksamhet som nämnden ansvarar för enligt fullmäktigebeslut.

Internkontroll

Internkontrollplan samt internkontrollrapport är upprättat i enlighet med reglemente och har antagits i nämnd. För en fullständig intern kontrollplan bör samtliga kontrollmoment beskrivas närmare och att en ansvarig för varje kontrollmoment anges. Nämnden är delaktig i framtagande av riskanalysen men den är inte godkänd av nämnden, vilket revisionen rekommenderade förra året. Yrkesrevisorernas bedömning är att nämndens interna kontroll delvis är bristfällig. För att den interna kontrollen ska anses vara tillräcklig är yrkesrevisorernas bedömning att nämnden behöver se över ovanstående.

Rekommendationer

Yrkesrevisorerna rekommenderar nämnden att fatta beslut om riskanalys då ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig ligger enligt 6 kap 7 § kommunallagen på nämnden.