

REVISIONSKONTORET

Omvårdnadsnämnden

Grundläggande granskning 2022

Grundläggande granskning 2022

Omvårdnadsnämnden

Andreas Halvarsson, certifierad kommunal yrkesrevisor
Gunilla Beckman Ljung, revisionschef kvalitetsäkrare

Gävle kommun 2023-03-30

Dnr:22REK8

www.gavle.se

Innehållsförteckning

Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande	3
Grundläggande granskning av omvårdnadsnämnden	5
Bakgrund	5
Avgränsning	5
Metod	5
Revisionskriterier	5
Bedömningsskala	6
Allmänt om nämnden	6
Målstyrning och måluppfyllelse	7
Nämndens planering	7
Nämndens uppföljning av målstyrning och måluppfyllelse delår 2	7
Nämndens uppföljning av målstyrning och måluppfyllelse per helår	8
Ekonomistyrning	10
Nämndens budget och resultat	10
Intern kontroll och riskanalys	12
Nämndens riskhantering och riskanalys	12
Nämndens internkontrollplan	12
Uppföljning av tidigare granskningar	14
Nämndens yttrande över grundläggande granskningsrapport 2021	14

Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande

Utifrån den grundläggande granskning som utförts gör yrkesrevisorerna nedanstående bedömningar och rekommendationer.

Yrkesrevisorerna tar nedan ställning till om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt sätt, om ekonomistyrningen är tillfredsställande samt om den interna kontrollen är tillräcklig. Bedömningarna baseras på resultatet av revisionen inom de områden vi granskat.

Verksamhetens målstyrning

Yrkesrevisorerna bedömer nämndens målstyrning som inte helt ändamålsenlig. Bedömningen baseras på att verksamhetsplan och verksamhetsrapporter godkänts av nämnden och upprättade i enlighet med kommunstyrelsens anvisningar. Vi konstaterar att målet "trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i kommunen" uppnås delvis. Alla indikatorer med undantag för en uppnås delvis. Årets utfall jämfört med tidigare år visar på en försämring för varje indikator. Vi delar nämndens uppfattning att förklaringar till denna försämring behöver utredas närmare. Vidare konstaterar vi att målet "ett klimatneutralt Gävle 2023" uppnås vilket är en förbättring jämfört med föregående år (uppnåddes delvis 2021). Måluppfyllelsen för båda mål baseras på en sammanvägd bedömning av indikatorers utfall och genomförda aktiviteter. Nämndens analys av indikatorers är utfall detaljerad och begriplig. Aktiviteter beskrivs i verksamhetsplanen på ett översiktligt sätt, däremot är redovisning i verksamhetsrapport per helår av genomförda aktiviteter detaljerad. Vi bedömer att det inte på ett tydligt sätt går att följa arbetet med aktiviteterna från verksamhetsplanen till verksamhetsrapporten.

Föregående års bedömning kvarstår att nämnden behöver arbeta vidare med sin målstyrning. Likaså att det finns en risk i att nämnden förlitar sin uppföljning av indikatorer på en extern brukarundersökning. Ovan handlar om att formulera ytterligare indikator(er) för att följa upp myndighetsutövningen enligt socialtjänstlagen (SoL) och verksamheten enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Att nämnden hörsammat vår bedömning ser vi positivt på genom de åtgärder som vidtagits för att lyfta hälso- och sjukvårdsfrågorna inom sektorn och utveckla mål samt indikatorer till verksamhetsplan 2023.

Rekommendation

- Definiera och konkretisera aktiviteter i verksamhetsplanen så att de blir uppföljningsbara under året.
- Fortsätt arbetet med att utveckla mål och indikatorer så att de omfattar hela nämndens verksamhet.

Ekonomistyrning

Yrkesrevisorerna bedömer nämndens ekonomistyrning som tillfredsställande. Bedömningen baseras på att nämndens resultat håller sig inom den ekonomiska ramen från kommunfullmäktige. Nämnden gör

ett överskott på 26,8 mnkr och förklaringen till den positiva avvikelser mot budget är rimlig. Det finns en återkommande rapportering av det ekonomiska utfallet och nämnden får även uppdaterade prognoser i samband med nämndsammanträden.

Intern kontroll

Yrkesrevisorerna bedömer nämndens interna kontroll som tillräcklig. Bedömningen avser nämndens arbete med intern kontroll (riskanalys, internkontrollplan samt uppföljning av internkontrollplanen). Bedömningen baseras på att internkontrollplan och internkontrollrapport har upprättats i enlighet med reglemente och antagits i nämnd. Internkontrollplanen kompletterades med kontrollmoment under våren. En förbättring jämfört med föregående år, vilket vi ser positivt på, är att internkontrollplanen och internkontrollrapporter innehåller fullständiga beskrivningar av kontrollmoment och ansvarig för varje kontrollmoment. Periodiciteten för genomförande och uppföljning av kontrollmoment är tätare, vilket är i enlighet med tidigare lämnad rekommendation till nämnden. Nämnden är delaktig i framtagande av riskanalysen men den är inte godkänd av nämnden, vilket revisionen rekommenderade förra året.

Grundläggande granskning av omvårdnadsnämnden

Bakgrund

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

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

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

Avgränsning

I den grundläggande granskningen ingår inte bedömning av nämndens genomförande av kommunfullmäktiges politiska uppdrag. Ej heller ingår granskning av verksamhetsrapport per delår 1.

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

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

Metod

Metoder som använts i granskningsarbetet har varit följande:

- Dokumentanalys (till exempel sammanträdeshandlingar, verksamhetsplan, verksamhetsrapporter)
- Intervjuer/maillkontakter
- Dialogmöte 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 ombeds nämnden att inkomma med skriftliga svar på frågor från kommunrevisionen som behövs för den grundläggande granskningen. Frågorna diskuteras sedan med nämnden under dialogmötet.

Revisionskriterier

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

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Gemensamt reglemente för kommunstyrelse och nämnder i Gävle kommun 3 § p.1,2,4,5 och 6
- Nämndens reglemente

- Reglemente för intern kontroll 2 §, 5 § och 6–8 §§
- Kommunplan med årsbudget 2022
- Kommunstyrelsens anvisningar

Bedömningskala

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

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

Allmänt om nämnden

Kort om nämndens ansvar

Utöver det som föreskrivs i "Huvudreglemente för kommunstyrelse och nämnder i Gävle kommun", kommunallagen och annan författning gäller bestämmelserna i nämndens reglemente. Nämndens ansvar och uppgifter är enligt reglementet (senast reviderat 2020-12-14):

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,
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)

offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

lag (2016:1145) om offentlig upphandling

lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning

Målstyrning och måluppfyllelse

Nämndens planering

Nämndens verksamhetsplan antogs i nämnden 2021-12-14. I verksamhetsplanen beskrivs budget, mål, indikatorer och de aktiviteter som ska genomföras under verksamhetsåret. En del i nämndens målstyrning är fem fokusområden¹ vilka beskrivs vara prioriterade för att uppnå god måluppfyllelse.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Nämnden förhåller sig till två av kommunfullmäktiges fem övergripande mål. Nämnden bryter ner varje övergripande mål till egna nämndmål. Ena målet är förändrat jämfört med föregående år. Samtliga mål mäts genom indikatorer och är samma indikatorer som användes föregående år. Vidare anges att beslutade aktiviteter i miljöstrategiska programmet kopplas till nämndens miljömål.

Vidare beskrivs i verksamhetsplanen för varje mål vilka aktiviteter som verksamheten ska genomföra under året.

Nämndens uppföljning av målstyrning och måluppfyllelse delår 2

Kommunstyrelsens anvisningar (benämns hädanefter anvisningarna) anger att nämnden ska följa upp målstyrning och måluppfyllelse under året i en verksamhetsrapport för delår 2 samt för helåret. Nämndens verksamhetsrapport för delår 2 antogs i nämnden och klarmarkerades

¹ Exempel på fokusområde är: Omvårdnadsnämnden har kunden i centrum med fokus på tillgänglighet och ett självständigt liv. Kunden ska kunna bibehålla självständighet i så hög utsträckning som möjligt. Verksamheten ska därför anpassas efter kundens behov och denna ska erbjudas god och nära vård.

enligt den tidplan kommunstyrelsen fastställt. I rapporten lämnar nämnden en prognos för måluppfyllelse.

Yrkesrevisorernas iakttagelser





Nämndens prognos i delår 2 var att ena målet kommer att delvis uppnås medan det saknades förutsättningar för att lämna en prognos för det andra målet. För detta mål lämnades dock en prognos för målets indikatorer som var att samtliga skulle uppnås.

Nämndens uppföljning av målstyrning och måluppfyllelse per helår

Nämndens verksamhetsrapport antogs i nämnden och klarmarkerades enligt den tidplan kommunstyrelsen fastställt. I rapporten beskrivs måluppfyllelse samt målanalys, genomförda aktiviteter och ekonomiskt resultat.

Nämndens bedömning av måluppfyllelse

I figuren nedan redovisas bedömning av måluppfyllelsen.

Kommunfullmäktiges mål (de nämnden använder)	Nämndspecifikt mål	Måluppfyllelse 2021	Måluppfyllelse 2022
Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen	Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen		
Ett klimatneutralt Gävle 2035	Ett klimatneutralt Gävle 2035		

Måluppfyllelse helår - Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen

Nämnden bedömer att kommunfullmäktiges mål (och) nämndmålet delvis uppnås. Det är en ingen förändring jämfört med föregående år då målet delvis uppnåddes. Nedanstående figurer visar sammanlagt att fem indikatorer uppnås delvis och en indikator uppnås ej. För en indikator redovisas inget utfall.

Indikator	Målvärde 2020	Utfall 2020	Status 2020	Målvärde 2021	Utfall 2021	Status 2021	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Vård- och omsorgsboende	82 %	80 %		82 %			82 %	73 %	
Andel äldre som anger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Vård- och omsorgsboende	64 %	67 %		64 %			65 %	58 %	
Andel äldre på vård- och omsorgsboende som är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds	69 %	72 %		72 %			73 %	50 %	
Andel äldre som uppger att det känns mycket eller ganska tryggt på vård- och omsorgsboendet	92 %	90 %		92 %			92 %	86 %	

Indikator	Målvärde 2020	Utfall 2020	Status 2020	Målvärde 2021	Utfall 2021	Status 2021	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast hänsyn till åsikter och önskemål. Hemtjänst	90 %	88 %		90 %			90 %	86 %	
Andel äldre som uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Hemtjänst	65 %	60 %		65 %			65 %	57 %	
Utvecklingsindikator - Förebyggande arbete									

Anvisningarna ställer inga krav på att nämnden ska göra en jämförelse av årets måluppfyllelse eller indikatorernas utfall med tidigare års måluppfyllelse. Dock har yrkesrevisorerna jämfört årets utfall med tidigare år. År 2021 redovisades inget utfall för indikatorerna eftersom Socialstyrelsens brukarundersökning, som indikatorerna baseras på, inte genomfördes. Däremot genomfördes brukarundersökningen år 2020. Nämnden anger i sin verksamhetsrapport att årets utfall för indikatorer överlag är något försämrat jämfört med utfallet år 2020. Förklaring till försämring i utfall behövs utredas närmare för att kunna dra precisa slutsatser.

Måluppfyllelse helår – Ett klimatneutralt Gävle 2035

Nämnden bedömer att kommunfullmäktiges mål (och) nämndmålet uppnås. Det är en förbättring jämfört med föregående år då målet delvis uppnåddes. Nedanstående figur visar att indikatorn uppnås.

Indikator	Målvärde 2021	Utfall 2021	Status 2021	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022
Uppnådda delmål	5	3	Mindre avvikelse	100%	100 %	

Jämförelsen visar att indikatorn har bättre utfall i år jämfört med föregående år.

I verksamhetsrapporten redovisas aktiviteter som genomförts under året.

I övrigt framgår av verksamhetsrapporten att nämnden instämmer i iakttagelser och bedömningar i förra årets granskning om att nämndens målstyrning och indikatorer behöver utvecklas. Inriktningen för 2023 beskrivs vara att omvärdera och komplettera indikatorer. Vidare framgår att det fortgår ett förbättringsarbete knutet till hälso- och sjukvård. Inriktningen är att höja kvaliteten, tydliggöra ansvar och minska sårbarhet. Ett hälso- och sjukvårdskontor kommer att inrättas från 1 april 2023 som ska samla legitimerad personal.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

” Enligt 6 kap 6 § kommunallagen ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten”. Detta framgår även i reglementet för Gävle kommuns styrelse och nämnder (Dnr: 19KS455). I reglementet framgår vidare att nämnden har ansvar för att dess uppdrag och verksamhet är tydligt och genomförs på ett ändamålsenligt sätt. Detta med hänsyn till fullmäktiges mål och styrning, samt lagar och andra författningar för verksamheten.

Vi noterar att nämndens bedömning av måluppfyllelse baseras på en sammanvägning av de aktiviteter som genomförts under året och utfall samt status på indikatorer. Verksamhetsrapporten innehåller en detaljerad beskrivning av aktiviteterna som genomförts under året. Nämndens analys av indikatorernas utfall är detaljerad och begriplig.

Jämförelsen av indikatorers utfall visar, totalt sett, att årets utfall och status inte innebär någon förbättring jämfört med föregående år.

Ekonomistyrning

Nämndens budget och resultat

Resultaträkningen nedan visar nämndens budget och utfall. Budgeterade intäkter beräknades till 243,0 mkr och 1 357,4 mnkr i kommunbidrag. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans. Nämndens kommunbidrag förändrades under året genom omfördelningar och en utökning. I februari fick nämnden ett tillskott på 1,35 mnkr². I mars minskades nämndens kommunbidrag med 4,65 mnkr³. I november fick nämnden åter ett tillskott på 0,3 mnkr⁴.

² Enligt beslut på delegation av ekonomidirektör.

³ Fullmäktige 2022-03-28 § 6.

⁴ Kommunstyrelsen 2022-11-29 § 245.

(mnkr)	Utfall 2022-12-31	Utfall 2021-12-31	Budget helår 2022
Verksamhetens intäkter	283,2	227,4	243,0
Personalkostnader	-794,4	-811,3	-799,6
Övriga kostnader	-805,6	-728,2	-787,6
Avskrivningar/nedskrivningar	-9,3	-6,8	-8,2
Internränta	-0,4	-0,7	-0,9
Resultat före kommunbidrag	-1326,5	-1319,6	-1353,3
Kommunbidrag	1353,3	1338,2	1353,3
Resultat efter kommunbidrag	26,8	18,6	0,0
Extraordinära kostnader	0,0	-2,1	0,0
Årets resultat	26,8	16,5	0,0
Investeringar	11,3	7,4	13,9
Erhållet investeringsbidrag	0,0	0,0	0,0

Nämndens årsprognos i delår 2 var ett positivt resultat på 10,3 mnkr. Överskottet förklaras av lägre utförd hemtjänst än planerat, minskade köp av enskilda platser på vård- och omsorgsboenden och mottagna statsbidrag.

Årets resultat uppgår till 26,8 mnkr, vilket motsvarar ett överskott på 26,8 mnkr. Överskottet förklaras på, samma sätt som i delår 2, av lägre utförd hemtjänst än budget, minskade köp av enskilda platser på boenden och mottagna statsbidrag.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Vi noterar att nämndens resultat håller sig inom den ekonomiska ramen från kommunfullmäktige. Nämndens överskott på 26,8 mnkr är en avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2. Nämndens årsprognos beräknades då till 10,3 mnkr vilket var en positiv avvikelse mot budget med 10,3 mnkr.

Utifrån en analytisk granskning av nämndens resultaträkning, anses förklaringen till avvikelse mot budget vara rimlig. Avvikelsen om 26,8 mnkr utgör 2,0 % av nämndens ekonomiska ram om 1 353,3 mnkr.

Föregående års granskning visade på ökade personalkostnader där underskottet år 2021 blev 47,2 mnkr⁵ jämfört med budget. Yrkesrevisorerna avsåg att följa upp personalkostnaderna. Årets granskning visar på lägre personalkostnader jämfört med både budget och 2021 års utfall. Årets utfall för personalkostnader blev ungefär 5,2 mnkr lägre än budget.

Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.

Nämnden tar upp ekonomiska månadsrapporter för beslut löpande och uppdaterar prognoserna i samband med detta.

⁵ Budget var 764,1 mnkr och utfallet 811,3 mnkr.

Intern kontroll och riskanalys

Nämndens riskhantering och riskanalys

Gävle kommuns reglemente för intern kontroll (antaget av kommunfullmäktige 1999-05-31) anger att en riskanalys ska ligga till grund för internkontrollplanen. Enligt reglementet och dess tillämpningsanvisningar 5–7 §§ bör olika granskningsområden väljas ut med utgångspunkt från en väsentlighets- och riskbedömning. Internkontrollplanen styrs av den omfattning och volym som nämndens verksamhet har, och de väsentlighets- och riskbedömningar som gjorts.

Nämndens arbete med riskanalys och internkontroll plan för 2022 har skett stegvis under hösten 2021. I november och december informerades nämnd om riskanalys och intern kontrollplan. Av underlag⁶ till informationen framgår inriktning för arbetet med riskanalys och interkontroll. Inriktningen beskrivs bland annat vara ett mera fokuserat arbete med färre och generella risker.

Riskanalys har inte beslutats i nämnden men varit med som underlag när nämnden antog internkontrollplanen. Riskanalysen innehåller totalt 22 risker, varav fem är kritiska. Riskerna är fördelade under områdena finansiell rapportering, efterlevnad av externa och interna regelverk, ändamålsenlig och effektiv verksamhet samt övriga risker.

Riskanalysen innehåller generella risker med koppling till målen.

Kommunfullmäktiges program för mål och riktlinjer för privata utförare fastställdes i maj 2018. Programmet anger att det i nämndernas riskanalys ska framgå hur verksamheten säkerställer tillräcklig insyn, uppföljning och kontroll av privata utförare. Nämnden har i sin riskanalys risker med koppling till privata utförare. Riskerna ingår inte i internkontrollplanen eftersom risknivån är låg.

Nämndens internkontrollplan

Internkontrollplanen har antagits i nämnden i enlighet med internkontrollreglementet. Den internkontrollplan som antogs innehöll inga kontrollmoment utan dessa kompletterades till planen genom en information till nämnden i april⁷. Internkontrollplanen baseras på riskanalysen och innehåller totalt fem risker. Dessa risker är fördelade under samma områden som i riskanalysen och är kritiska risker. De kritiska riskerna avser exempelvis:

- att personal/kompetensförsörjningen inte tillgodoser organisationens behov.
- att sektorn ej har beredskap att klara av extraordinära händelser.
- risk att kund lider skada då kvalitetsarbetet inte fungerar som avsett.

Den sistnämnda risken handlar om kvalitetsarbetet, tillämpning av föreskrifter och användning av ledningssystemet samt rapportering av avvikelser.

⁶ Daterat 2021-12-07, diarienummer: 21ON394.

⁷ Av protokollet 2022-02-24, när internkontrollplanen antogs, framgår att kontrollmoment kommer återrapporteras till nämnden senare under våren.

De två förstnämnda är generella risker med koppling till målen.

Uppföljning av internkontrollplan

Enligt reglementet och dess tillämpningsanvisningar 5–7 §§ har varje nämnd en skyldighet att, med utgångspunkt från antagen plan, löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom nämndens verksamhetsområde.

Nämnden har under året följt upp internkontrollplanen per delår 2 samt per helår. Av rapporteringen per delår 2 framkommer att nästan alla kontrollmoment genomförts, de som inte genomförts kommer att genomföras per helår. Resultatet av genomförda kontrollmoment varierar, vissa kontrollmoment har ingen avvikelse medan andra en mindre avvikelse. Kontrollmoment för risken om personal-/kompetensförsörjning anges ha en större avvikelse.

Nämndens internkontrollrapport har antagits i nämnden i enlighet med internkontrollreglementet. I rapport för intern kontroll per helår följdes samtliga risker upp. Däremot har ett kontrollmoment inte genomförts, förklaring av detta lämnas i internkontrollrapporten. Kontrollmomentet är planerat att genomföras under 2023.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig ligger enligt 6 kap 6 § kommunallagen på nämnden. Vi noterar att riskanalysen inte är beslutad av nämnden. Däremot har nämnden fått information om arbetet med riskanalys och internkontrollplan vid flera tillfällen, på så sätt har nämnden varit involverad i arbetet med riskanalysen. Vi bedömer fortsatt att riskanalysen behöver beslutas av nämnden för att säkerställa en tillräcklig intern kontroll. Rekommendationen bedöms därför som delvis åtgärdad.

Internkontrollplanen baseras på nämndens riskanalys. Vi noterar att riskanalysen varit med i beslutsunderlagen till internkontrollplanen, vilket innebär att nämnden tagit del av samtliga risker som är identifierade i riskanalysen i samband med att internkontrollplanen beslutades.

Internkontrollplanen innehåller fullständiga beskrivningar av: risker, risknivåer, kontrollmomentansvariga och periodicitet. Detta är en förbättring jämfört med föregående års internkontrollplan. Under året kompletterades (se tidigare beskrivning) internkontrollplanen med kontrollmoment. När det gäller periodicitet anges att varje kontrollmoment ska genomföras och följas upp tertialvis.

I rapport per helår ges detaljerade och begripliga beskrivningar om uppföljningen, alltså vilka kontrollmoment som genomförts och resultatet av dem. Som tidigare beskrivet ges en förklaring till varför ett kontrollmoment inte genomförts. När det gäller risken (att kund lider skada då kvalitetsarbetet inter fungerar som avsett) visar uppföljningen att två av fyra kontrollmoment genomförts utan avvikelse. Övriga två

kontrollmomenterna har större avvikelser. Som tidigare beskrivet ges detaljerade och begripliga beskrivningar varför kontrollmomenten har en större avvikelse.

Uppföljning av tidigare granskningar

I tidigare granskningar har rekommendationer framförts till nämnden. I årets grundläggande granskning har vi gjort en uppföljning av vidtagna åtgärder. Som tidigare beskrivet noterar vi att nämnden delvis vidtagit de åtgärder vi rekommenderat om att nämnden behöver godkänna riskanalysen.

Vidare har nämnden rekommenderats att se över behovet av tätare uppföljning av de identifierade riskerna som grund för ett systematiskt internkontrollarbete. Som tidigare beskrivet är periodiciteten tertiärsvis för varje kontrollmoment. Vi bedömer det som tillräckligt och rekommendationen bedöms därmed som åtgärdad.

Nämndens yttrande över grundläggande granskningsrapport 2021

Kommunrevisionen överlämnade rapporten 2022-05-19 till nämnden för kännedom med möjlighet att yttra sig. Nämnden har 2022-09-22 lämnat ett yttrande över rapporten och har i yttrandet kommenterat kommunrevisionens synpunkter. Nämnden menar att dess målstyrning och hur den ska bedömas av kommunrevisionen, påverkas i hög grad av kommunens övergripande målstyrning. Nämnden anser att den övergripande målstyrningen behöver, sett till syfte och funktion, tydliggöras och utvecklas.⁹ Grundförutsättningar i form av anvisningar och instruktioner, för nämnden att utgå ifrån i planerings- och uppföljningsarbetet, är inte tillräckligt utvecklade. Därtill saknas ett ramverk för hur den övergripande målstyrningen förhåller sig till övrig styrning. När det gäller indikatorer menar nämnden att det i praktiken är omöjligt att garantera utfall på indikatorer då de ligger utom nämndens kontroll. Samtidigt är det av vikt att ha ett bredare urval av indikatorer. Inför 2023 kommer alla indikatorer att ses över.

När det gäller internkontroll menar nämnden att det inte finns något krav i kommunallagen att nämnden ska besluta om riskanalys. Nämnden anger, som också den här granskningen visar, att riskanalys varit beslutsunderlag till internkontrollplanen och kommunicerats samt förankrats vid flera nämndsammanträden. Riskanalysen är därmed behandlad av nämnden.

8 Kontrollmomenten är: a) Ej genomförda egenkontroller och/eller ej uppdaterade genomförandeplaner och b) hantering inkomna avvikelser.

9 Kommunstyrelsen & sektor styrning och stöd har flera uppdrag syftande till att utveckla kommunens styrmodell och målstyrningen.