



**ÖSTERSUNDS
KOMMUN**
STAAREN TJÆLTE

REVISIONSRAPPORT
**GRUNDLÄGGANDE
GRANSKNING AV VÅRD- OCH
OMSORGSNÄMNDEN**

Anneth Nyqvist, Certifierad kommunal revisor
Dnr: REV/00018/2023

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	3
1.1	BAKGRUND.....	3
1.2	SYFTE	3
1.3	AVGRÄNSNING	4
1.4	REVISIONSKRITERIER	4
1.5	ANSVARIG NÄMND/STYRELSE.....	4
1.6	METODER.....	4
2	RESULTAT AV GRANSKNINGEN	5
2.1	HAR NÄMNDEN BEDRIVIT VERKSAMHETEN PÅ ETT ÄNDAMÅLSENLIGT SÄTT?	5
2.1.1	Förändringar under året som har påverkat nämndens ansvarsområde	5
2.1.2	Styrdokument	5
2.1.3	Nämndens verksamhetsplan	5
2.1.4	Arbetet med fullmäktige- och nämnduppdragen.....	5
2.1.5	Vidtagna åtgärder vid avvikelser i uppdrag.....	6
2.1.6	Nämndens löpande uppdrag till förvaltningen	6
2.1.7	Uppföljning.....	6
2.2	HAR NÄMNDEN EN ÄNDAMÅLSENLIG STYRNING, UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING AV SIN EKONOMI?	7
2.2.1	Effektiviseringar, besparingar och intäktsökningar.....	8
2.2.2	Investeringar	8
2.2.3	Har nämnden agerat vid budgetavvikelser	8
2.3	HAR NÄMNDEN SETT TILL ATT DEN INTERNA STYRNINGEN, UPPFÖLJNINGEN OCH KONTROLLEN ÄR TILLRÄCKLIG?.....	9
2.4	VÄLFÄRDSBROTT, OTILLÅTEN PÅVERKAN OCH OEGENTLIGHETER.....	10
2.4.1	Organisation och riktlinjer	10
2.4.2	Omhändertagande av incidenter	10
2.5	FÖRDJUPADE GRANSKNINGAR UNDER ÅRET	11
2.6	HAR NÄMNDEN VIDTAGIT ÅTGÄRDER UTIFRÅN FÖREGÅENDE ÅRS GRUNDLÄGGANDE GRANSKNING?.....	11

1 INLEDNING

1.1 BAKGRUND

Kommunens revisorer granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionsred all verksamhet som bedrivs inom styrelsen och nämndernas verksamhetsområden. Revisorererna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten följs. De ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Den grundläggande granskningen genomförs varje år avseende nämnder och styrelser och är till sin karaktär en löpande insamling av fakta och iakttagelser. Granskningens upplägg har anpassats till Skyrevs vägledning för grundläggande granskning.

En gemensam projektplan har upprättats för samtliga nämnder. För kommunstyrelsen har en separat projektplan tagits fram. Tillkommande revisionsfrågor kan tillkomma för de enskilda nämnderna och beslutas separat.

1.2 SYFTE

Syftet med den grundläggande granskningen är att ge underlag för revisorererna att uttala sig om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt sätt, om verksamheten sköts på ett ekonomiskt tillfredställande sätt och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt?
 - Verksamheten har genomförts enligt reglemente och lagstiftning.
 - Nämnden har agerat för att säkerställa att uppdragen från fullmäktige och de egna nämnduppdragen genomförs.
 - Det finns processer för planering, genomförande och uppföljning.
- Har nämnden en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?
 - Nämnden styr verksamheten så att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna.
 - Det finns en tillräcklig och kontinuerlig uppföljning av ekonomin.
 - Nämnden har agerat vid budgetavvikelser.
- Har nämnden sett till att den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen är tillräcklig?
 - Det finns ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll.
 - Det finns kontroller och riskhantering inom väsentliga områden.
 - Arbetet med intern kontroll är en integrerad del av organisation, system och löpande arbete.
- Finns det en organisation och riktlinjer för att hantera otillåten påverkan och oegentligheter samt hur dessa sak hanteras vid misstanke?
 - Hur omhändertas incidenter som uppstår i verksamheten? Vet medarbetare till vart och till vem de ska vända sig vid misstanke?
- Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning?

1.3 AVGRÄNSNING

Granskningen är avgränsad till verksamhetsåret 2023. Nämndens räkenskaper omfattas inte av denna granskning då de granskas i samband med kommunens bokslut.

1.4 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven i:

- Kommunallagen (2017:725)
- Reglemente för nämnden
- Mål och budget 2023
- Riktlinje mål och budget i Östersunds kommun
- Fullmäktigebeslut

1.5 ANSVARIG NÄMND/STYRELSE

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden.

1.6 METODER

Granskningen genomförs i enlighet med *God revisionssed i kommunal verksamhet 2022, Skyrevs vägledning för grundläggande granskning* och i dialog med bolagets auktoriserade revisor. I granskningen används ett standardiserat granskningsprogram där samtliga beslutsunderlag och dokument som ligger till grund för gjorda bedömningar dokumenteras. Granskningsprogrammet bifogas den slutliga rapporten.

Granskningen utförs genom inhämtning och granskning av relevanta dokument och intervjuer med berörda tjänstemän.

Substansgranskning utförs för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

2 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

2.1 HAR NÄMNDEN BEDRIVIT VERKSAMHETEN PÅ ETT ÄNDAMÅLSENLIGT SÄTT?

2.1.1 Förändringar under året som har påverkat nämndens ansvarsområde

2.1.2 Styrdokument

Nämnden har under året bl.a. behandlat följande styrdokument:

- Risk- och sårbarhetsanalys mandatperioden 2023-2026, remissvar
- Styrdokument för krisberedskap och civilt försvar mandatperioden 2023-2026, remissvar
- Riktlinje och bakgrundsrapport för stödinsatser till personer med funktionsnedsättning
- Länsgemensam målbild och strategier för god och nära vård
- Riktlinje för mat och måltider inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde
- Uppdatering av riktlinje för bidrag till föreningar inom nämndens verksamhetsområdet 2023

2.1.3 Nämndens verksamhetsplan

Enligt kommunens styrmodell ska nämnderna ta fram en verksamhetsplan som dels visar de fullmäktigeuppdrag som nämnden omfattas av, dels de uppdrag som nämnden utöver fullmäktiges uppdrag avser att ha specifikt fokus på det kommande året. Politiska nyckeltal som har direkt bäring på nämndens verksamhet ska också redovisas i nämndens verksamhetsplan tillsammans med övriga nyckeltal som bedöms nödvändiga.

Nämnderna ska följa upp och analysera vad som åstadkommit i förhållande till de kommunövergripande målen och specifikt de politiska uppdragen. Tyngdpunkten ska ligga på analyser, slutsatser och kommentarer som förklarar det egna resultatet och vad det betyder för kommunen i sin helhet.¹

Vård- och omsorgsnämnden beslutade att föreslå fullmäktige att besluta om verksamhetsplan 2023 i september 2022.

2.1.4 Arbetet med fullmäktige- och nämnduppdragen

Utifrån fullmäktiges åtta kommunövergripande mål hade nämnden fem uppdrag från kommunfullmäktige och tre egna nämnduppdrag som är kopplade till två av de kommunövergripande målen.

Nämnden har bedömt att samtliga fullmäktigeuppdrag är genomförda men att ett av tre nämnduppdrag inte har genomförts. Uppdraget som inte är genomfört avser att utforma förslag till nya modeller för ersättningar och avgifter. Av kommentarerna i nämndens årsredovisning framgår att regelverket för avgifter har uppdaterats och tillämpas och arbetet pågår med att se över modellen för ersättningar och avgifter. Arbetet är omfattande och de ekonomiska konsekvenserna kommer inte vara tillräckligt genomlysta under 2023 för att kunna föreslå nya modeller för ersättningar och avgifter. Vidare framgår att översyn av ersättning och avgifter ingår i Kommunfullmäktiges uppdrag till Vård- och omsorgsnämnden 2024 "Minska minutjakten inom hemtjänsten".

När det gäller fullmäktigeuppdraget "säkerställ en boendemiljö i kommunens särskilda boenden som kännetecknas av värdighet, kvalitet och tillgänglighet" hade nämnden i

¹ Riktlinje för mål och budget i Östersunds kommun Dnr 00258-2021

andra tertialrapporten gjort bedömningen att uppdraget inte var genomfört. Vi har utifrån nämndens kommentarer i årsredovisningen svårt att förstå hur nämnden har gjort bedömningen att uppdraget är genomfört. Exempelvis framgår att en åtgärdslista har tagits fram och att arbetet är så omfattande att det kommer att ta flera år att säkerställa boendemiljön på samtliga särskilda boenden.

Uppdrag som inte bedömdes genomförda föregående år

Utöver årets uppdrag ska nämnden hantera de uppdrag som inte bedömdes genomförda föregående år. Nämnden genomförde samtliga uppdrag 2022.

Redovisning av nyckeltal

I nämndens verksamhetsplan återfinns totalt 15 nyckeltal som har fastställts av fullmäktige. Samtliga nyckeltal är hämtade från Kolada och avser uppgifter från 2022 eller 2023 års verksamhet och redovisning.

Förvaltningen har inte själva kunnat påverka vilka nyckeltal som ska följas upp. Vid intervjuer framkommer att det anses finnas andra nyckeltal i Kolada som anses ge en bättre bild av verksamheten. Exempelvis redovisas inte nyckeltal avseende hälsofrämjande kommun.

Nämnden har inte gjort någon samlad analys av om utfallet av nyckeltalen förväntas bidra till att fullmäktiges övergripande mål uppnås.

2.1.5 Vidtagna åtgärder vid avvikelser i uppdrag

Vid andra tertialrapporten bedömdes två uppdrag inte att kunna genomföras. Nämnden fattade inte beslut om några åtgärder. Vid årsredovisningen var ett av uppdragen fortfarande inte genomfört medan det andra bedömdes som genomfört, se även punkt 2.1.4 ovan.

2.1.6 Nämndens löpande uppdrag till förvaltningen

Nämnden har lämnat två uppdrag till förvaltningen under 2023 som inte har tidsatts. Uppföljning av lämnade uppdrag görs enligt uppgift på beredningsmöten inför sammanträdena.

2.1.7 Uppföljning

Nämnden har beslutat om rutin för uppföljning av verksamheten 2023 utifrån fullmäktiges riktlinjer.

Nämnden har löpande tagit del av information om verksamheten vid nämndens sammanträden. Nedan är exempel på informationspunkter som behandlats vid sammanträdena.

- Ensoulution – genomlysning av hemtjänsten samt kostnad per brukare
- Ledningens genomgång av kvalitetsledningssystemet
- Samiska rådet och pensionärsrådet
- Brandskyddsåtgärder i LSS-bostäder
- Utveckla mötesplatser – motverka ofrivillig ensamhet
- Tre aktuella samverkansprojekt med region Jämtland Härjedalen m.fl.

Under året har presidiet haft gemensam beredning tillsammans med kultur- och fritidsnämnden, miljö- och samhällsnämnden och tekniska nämnden. Nämnden har informerat om detta.

Ett gemensamt nämndsammanträde med social- och arbetsmarknadsnämnden har genomförts.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

- Nämnden har fastställt styrande dokument, verksamhetsplan och budget.
- Inga avvikelser från reglemente eller lagstiftning har identifierats. Omfattningen av vår granskning är begränsad och utesluter inte att avvikelser kan förekomma.
- Nämnden har bedömt att samtliga uppdrag från fullmäktige har genomförts, men att ett av nämnduppdragen inte har genomförts. Nämnden har inte fattat några beslut om åtgärder för att säkerställa att uppdragen genomförs.
- I kommentarerna till uppdragen är det likhet med tidigare år svårt att utläsa om genomförda aktiviteter har gett önskade effekter.
- Nämnden följer kommunens övergripande processer för planering, genomförande och uppföljning.
- Nämnden har löpande gett uppdrag till förvaltningen. Vi noterar att uppdragen inte är tidsatta.
- Nämnden har hållit sig informerad om verksamheten genom informationspunkter på sammanträden.

Rekommendationer

- Vi rekommenderar nämnden att säkerställa att det finns arbetssätt för att vidta åtgärder om ett uppdrag inte bedöms kunna genomföras.

2.2 HAR NÄMNDEN EN ÄNDAMÅLSENLIG STYRNING, UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING AV SIN EKONOMI?

Kommunstyrelsen följer månatligen upp nämndernas ekonomiska resultat och prognos. Nämnderna rapporterar resultat kopplat till mål och uppdrag till fullmäktige per den sista april, augusti och december.²

Nämnden fastställde detaljbudget 2023-02-08³ för verksamhetsåret 2023. Kommunbidraget uppgick till 1 719,3 mnkr. Budget antas normalt i december men fördröjdes eftersom fullmäktige fastställde budget i december.

Nämndens verksamhet, inklusive fullmäktiges uppdrag, och ekonomi har följts upp per april, augusti och december. Nämnden har därutöver tagit del av månadsrapporter i februari, mars, april, september, oktober och november.

Nämndens prognos för bokslutet har varierat under året. Fullmäktige har beviljat tilläggsanslag med totalt 77 mnkr.

Månad då prognos upprättats	Helårsprognos	Tilläggsanslag
Februari	0	
Mars	0	
April, T1	-27,5	13,9
Maj	-27,5	
Augusti	-48,2	
September	-44,9	49,0
Oktober	0	
November	0	
December	-16,9	

² Riktlinje för mål och budget i Östersunds kommun Dnr 00258-2021

³ Vård- och omsorgsnämnden 2023-02-08 § 2 Dnr 00025-2023

I den första tertialrapporten framgår att LSS-verksamheten redovisar ett underskott med 30,9 mnkr. Nämnden begärde tilläggsanslag med 12,9 mnkr avseende två nya boenden och 20,0 mnkr avseende ökat behov från den centrala LSS-bufferten.

Fullmäktige beviljade i juni⁴ tilläggsanslag med 12,8 mnkr för de två nystartade boendena. Däremot avslogs begäran om tilläggsanslag med 20,0 mnkr för ökade behov inom LSS. Nämnden uppmanades återkomma med en detaljerad redovisning av påvisade ökade kostnader i samband med uppföljning per augusti 2023.

I oktober⁵ beviljade fullmäktige tilläggsanslag med 31,7 mnkr avseende ökad dagtäckning inom LSS, med 2,9 mnkr avseende ökade lokalkostnader samt med 1,3 mnkr avseende ökade matkostnader. Nämnden beviljades även tilläggsanslag med 13,1 mnkr för särskilda satsningar i årets lönerörelse. Fullmäktige beslutade att nämnden skulle inkomma med åtgärdsplan för att nå en budget i balans vid årsskiftet.

Nämnden redovisar i månadsuppföljningen per oktober⁶ att om nämnden erhåller det man har äskat för år 2023 kommer nämnden i årsbokslutet att redovisa en ekonomi i balans. I månadsuppföljningen per november prognostiserades ett nollresultat då nämnden erhöll samtliga begärda tilläggsanslag.

I årsredovisningen redovisar nämnden ett underskott med 16,9 mnkr. Förklaringen anges vara tillkommande kostnader i december som inte var möjliga att prognostisera i november. När det gäller statsbidrag sjuksköterskor där nämnden hänvisar till RKR (rådet för kommunal redovisning) och ändrade redovisningsprinciper meddelades förändringen till berörda kommuner 7 november. Posten påverkar resultatet med 4,4 mnkr. I övrigt kan vi utifrån granskningens omfattning inte avgöra om de tillkommande posterna i december borde ha varit kända.

2.2.1 Effektiviseringar, besparingar och intäktsökningar

I budget 2023 framgår att nämnden haft ett effektiviseringskrav från fullmäktige på 20,9 mnkr under året. Sex effektiviseringar har beslutats av nämnden. Två effektiviseringar avser lokaler och de har inte kunnat genomföras under 2023 men effektiviseringen avseende förebyggande och hälsofrämjande arbete har gett ökad effekt vilket innebär att det totala effektiviseringskravet ändå har genomförts.

2.2.2 Investeringar

Nämndens investeringsbudget uppgick till 20,5 mnkr. Utfallet för år 2023 blev 12,9 mnkr. Avvikelsen beror på att flera av de beslutade projekten inte har genomförts.

2.2.3 Har nämnden agerat vid budgetavvikelser

I samband med tertialrapporterna har nämnden begärt utökad ram med totalt 77,3 mnkr.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden har haft en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.

- Nämnden resultat uppgår till ca -16,9 mnkr, vilket motsvarar en avvikelse på 0,9 % jämfört med kommunbidraget.
- Nämnden har både begärt utökad budget och löpande vidtagit åtgärder för att bedriva verksamheten inom de ekonomiska ramarna. Effektiviseringar/besparingar har genomförts enligt plan.
- Nämnden har följt upp ekonomin i enlighet med kommunens riktlinjer.

⁴ Kommunfullmäktige 2023-06-19 § 130 Dnr 00030-2023

⁵ Kommunfullmäktige 2023-10-19 § 177 Dnr 00031-2023

⁶ Vård- och omsorgsnämnden 2023-10-25 § 67 Dnr 00064-2023

2.3 HAR NÄMNDEN SETT TILL ATT DEN INTERNA STYRNINGEN, UPPFÖLJNINGEN OCH KONTROLLEN ÄR TILLRÄCKLIG?

Av kommunallagen och i nämndens reglemente framgår att nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Enligt riktlinje för intern kontroll och styrning ska nämnderna senast i februari varje år anta en särskild plan för den interna kontrollen. Det framgår också av nämndens reglemente att nämnden årligen ska fastställa och följa upp en plan för den interna kontrollen. Planen ska överlämnas till kommunstyrelsen senast under mars.⁷

Nämnden fastställde sin internkontrollplan 2023-02-08⁸.

Nämndens riskanalys utgår från kommunens övergripande processer. En arbetsgrupp bestående av förvaltningschef, sektorchefer, HR-representant samt ett urval av stabens enhetschefer har genomfört riskanalysen. Presidiet har varit delaktigt i riskanalysen och nämndens ledamöter har haft möjlighet att lämna synpunkter i samband med beslut om interkontrollplanen.

Nämnden hade identifierat fem risker fördelat på nio kontrollmoment i sin internkontrollplan.

Uppföljning ska, enligt Riktlinje för intern kontroll och styrning, göras till nämnden i anslutning till ordinarie verksamhetsuppföljning, d.v.s. per april, augusti och vid årsbokslut. Vid bokslut ska nämnder rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till kommunstyrelsen. Av tjänsteskrivelsen till vård- och omsorgsnämndens beslut framgår att internkontrollplanen kommer att följas upp i samband med tertial 1, tertial 2 och tertial 3/bokslut. Vidare framgår att vid tertial 3/bokslut kommer nämnden att få en redovisning av förvaltningens arbete med internkontrollen för det gångna året.

Vård och omsorgsnämnden har följt upp internkontrollplanen vid varje tertial. Vi saknar dokumentation av uppföljningen vid första tertialet. Uppföljningen ingår dock i andra tertialets redovisning då kommentarer till uppföljningen i både T1 och T2 finns med. I årsredovisningens finns kommentarer till samtliga tertialuppföljningar.

Uppföljningarna innehåller kommentarer som beskriver om och hur kontrollerna genomförts och vilket arbete som pågår för att åtgärda eventuella avvikelser.

Av de nio kontrollmomenten har fem kontrollerats utan avvikelser (grön), tre har kontrollerats med vissa avvikelser (gul) och en risk har kontrollerats med stora avvikelser (röd). Den senare avser risken att inte kunna tillgodose behovet av boendeplatser och kontrollmomentet är kommunikation och samverkan med teknisk förvaltning. Ett antal utvecklingsprojekt och arbetssätt för att förbättra samverkan och utveckla lokalförsörjningsprocessen beskrivs.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen är tillräcklig.

- Nämnden har fastställt internkontrollplan som utgår från kommunens övergripande processer.
- Presidiet har deltagit i riskanalysen och nämnden har haft möjlighet att lämna synpunkter på internkontrollplanen.
- Avvikelser har identifierats gällande flera risker men nämndens redovisning visar på att avvikelserna har hanterats och att åtgärder har vidtagits.

⁷ Riktlinje för intern kontroll och styrning Dnr 00263-2023

⁸ Vård- och omsorgsnämnden 2023-02-08 § 6Dnr 00026-2023

2.4 VÄLFÄRDSBROTT, OTILLÅTEN PÅVERKAN OCH OEGENTLIGHETER

Revisorerna har beslutat att en övergripande granskning av nämndernas rutiner kring välfärdsbrott, otillåten påverkan och oegentligheter ska ingå i årets grundläggande granskning.

2.4.1 Organisation och riktlinjer

Vård- och omsorgsnämnden har en egen riktlinje "Riktlinje för farliga förmåner inom vård- och omsorgsförvaltningen" som länkar till kommunövergripande riktlinjer och policy.

Förvaltningen har lämnat följande svar gällande nämndens rutiner:

Vid utbetalningar till externa utförare finns både en gransknings- och beslutsattestant för att undvika välfärdsbrott som har med felaktiga utbetalningar att göra. Enligt delegationsordningen finns det ett förtydligande kring vem som har mandat och inte gällande utbetalningar, inköp osv.

Det görs återkommande riskanalyser och interna kontroller gällande utbetalningar på välfärdsområdet; såsom hemvårdsbidrag/anhörigbidrag (utbetalning till enskild), köp av hemtjänst (äldreomsorg), köp av korttidsboende (äldreomsorg), köp av särskilt boende (äldreomsorg), köp av insatser enligt SoL (personer med funktionsnedsättning) och köp av insatser enligt LSS och SFB (personer med funktionsnedsättning). För att förebygga och motverka felaktiga utbetalningar finns en koppling mellan verksamhetssystemet och aktuell banks utbetalningssystem (SUS). Genomlysning sker för att i synnerhet granska medborgare med många insatstimmar inom ramen för HSL- och SoL-beslut. Det förs återkommande dialog med externa utförare.

Vård- och omsorgsförvaltningen lägger inte upp nya externa leverantörer, kontroll och upplägg görs av den centrala ekonomifunktionen inom kommunen.

Rapportering av bisyssla ska göras av samtliga anställda. Det finns dock ingen kontroll av bisysslor av anställda om de inte själva anmält detta.

Förvaltningen behöver löpande se över rutiner och utöka den dagliga rutinen.

Vid upptäckt av felaktigheter görs en avvikelshantering i DF respons och vid misstanke om brott görs polisanmälan.

2.4.2 Omhändertagande av incidenter

Förvaltningen och kommunen har ett verksamhetssystem för rapportering och anmälan av incidenter som uppstår i verksamheten.

Incidenterna utreds av närmaste chef i linjen som har stöd från sakkunniga utifrån den specifika incidenten.

Vård- och omsorgsförvaltningen anser att de följer kommunens övergripande riktlinjer och policy när det gäller incidenthantering. Chefer erbjuds även återkommande utbildningar via HR som rör exempelvis förebyggande av mutor och jäv.

Av förvaltningens svar framgår att det är väl känt att medarbetarna ska lyfta misstanke till närmste chef i linjen samt att incidentrapportering ska ske i DF-respons.

Bedömning

Vi bedömer utifrån den övergripande granskning som gjorts att vård- och omsorgsnämnden har en organisation och riktlinjer för att hantera otillåten påverkan och oegentligheter. Det finns även rutiner för hur incidenter ska omhändertas och enligt förvaltningen är det allmänt känt till vart och vem medarbetarna ska vända sig vid misstanke.

Vi vill dock poängtera att detta är en övergripande granskning och att vi inte har granskat om rutinerna är tillräckliga eller om de efterlevs.

2.5 FÖRDJUPADE GRANSKNINGAR UNDER ÅRET

Följande fördjupade granskningar som berör nämndens ansvarsområde har genomförts 2023.

Personal- och kompetensförsörjning

Granskningen visar att kommunstyrelsen och granskade nämnder delvis har säkerställt att det systematiska arbetet med personal- och kompetensförsörjning är ändamålsenligt. Bedömningen grundar sig framför allt på att arbetet med strategisk kompetensförsörjning inte prioriteras inom samtliga nämnder. Vård- och omsorgsnämnden har byggt upp en egen organisation för personal- och kompetensförsörjningsfrågor och har därmed skapat förutsättningar för att prioritera arbetet med dessa frågor i högre utsträckning.

Läkemedelshantering

Av granskningen framgår att det till stora delar finns en tillfredsställande styrning av läkemedelshanteringen. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har tagit fram riktlinjer för läkemedelshantering och enhetschefer har formulerat rutiner utifrån dessa riktlinjer. De brister som har framkommit avser riktlinjer för delegering av läkemedelshantering.

Vidare framkommer att läkemedelsgenomgångar inte genomförs i tillfredsställande omfattning inom hemsjukvården. Kommunen genomför i stora delar ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, dock kvarstår ett arbete med att involvera verksamheten i detta arbete fullt ut. Granskningen visar på att det finns behov av att utveckla samverkan med region Jämtland Härjedalen.

2.6 HAR NÄMNDEN VIDTAGIT ÅTGÄRDER UTIFRÅN FÖREGÅENDE ÅRS GRUNDLÄGGANDE GRANSKNING?

Vid föregående års grundläggande granskning lämnades ett antal rekommendationer. Vård- och omsorgsnämnden har 2023-06-22 § 50 lämnat ett yttrande om vilka åtgärder som ska vidtas med anledning av rekommendationerna. I samband med årets granskning har vi följt upp om nämnden har vidtagit de åtgärder som beslutats.

Rekommendation	Vidtagen åtgärd
Tidsätta de uppdrag som lämnas till förvaltningen.	<p>Nämndens svar: Nämnden har tidigare inte formellt tidsatt de uppdrag som lämnats till förvaltningen. Presidieberedningar används som avstämning mellan förvaltning och nämnd och hur långt förvaltningen har kommit i arbetet. Nämnden håller med revisionen i förslag och planerar att tidsätta fler av uppdragen som lämnas till förvaltningen för ökad tydlighet och transparens.</p> <p>Vår kommentar: Nämnden har inte tidsatt de uppdrag som lämnats till förvaltningen under 2023.</p>
Säkerställa att det finns arbetssätt för att hantera åtgärder under året och att åtgärder vidtas om ett uppdrag inte bedöms kunna genomföras.	<p>Nämndens svar: Uppdragen tidsätts i Stratsys och det framgår även vem som är ansvarig handläggare. Det blir därför tydligt om ett uppdrag kan genomföras eller inte följer tidsplan. Denna egenkontroll presenteras för nämnden två gånger per år som ett beslutsärende, nämnden har då möjlighet att revidera eller avsluta uppdragen. Om ett uppdrag inte kan genomföras eller inte genomförs enligt tidsplan skriver förvaltningen en tjänsteskrivelse till nämnden där det framgår varför inte uppdraget kan genomföras, vad det beror på och förslag till beslut.</p>

	<p>Vår kommentar: Under 2023 har två uppdrag rödmarkerats vid uppföljningar under året. Nämnden har inte fattat några beslut med anledning av rapporteringen.</p>
<p>Säkerställa att identifierade brister som uppmärksammas inom ramen för den interna kontrollen åtgärdas under kommande år.</p>	<p>Nämndens svar: Majoriteten av riskerna kan inte åtgärdas i den utsträckning att risker försvinner. Målet är istället att kontrollmomenten ska arbetas med under året och åtgärdas. Kontrollmomenten kommer därmed att hanteras och åtgärdas. Riskerna kommer dock att bestå och nya kontrollmoment kommer att tillsättas och arbetas med till risken är på en acceptabel nivå.</p> <p>Vår kommentar: Av 2023 års uppföljning framgår att även om kontrollmoment är markerade som gröna och avklarade så kommer arbetet med samtliga kontrollmoment att fortlöpa. Åtgärd har vidtagits.</p>
<p>Säkerställa att det finns kontroller och riskhantering inom väsentliga områden. Rekommendationen grundar sig på att nämnden inte följer kommunens övergripande modell för riskanalys som utgår från de övergripande processerna.</p>	<p>Nämndens svar: Riskanalysen kopplat till den interna kontrollen görs utifrån processgrupper som modellen förevisar. Dock sker inhämtande av data på ett annat sätt då riskerna som lyfts identifieras på lägsta nivå i linjen för att sedan aggregeras uppåt i flera led. I varje led görs bedömning om vilka risker som ska lyftas till nästa nivå och till nämndens internkontrollplan och vilka identifierade risker som endast berör respektive enhet och ska hanteras på dennes nivå.</p> <p>Vår kommentar: Nämndens riskanalys följer kommunens processgrupper.</p>
<p>Säkerställa att krisövningar genomförs i tillräcklig utsträckning</p>	<p>Nämndens svar: I och med att krishanteringen kring pandemin nu har upphört finns utrymme att återuppta krisövningar för krisledningsstaben. I förvaltningens nya plan för kris, extraordinär händelse och höjd beredskap finns ett avsnitt som reglerar hur övning och utbildning ska genomföras. Inledningsvis kommer förvaltningen att låta samtliga som ska ingå i krisledningsstaben genomgå MSB:s grundläggande stabsutbildning. Fortsatt kommer förvaltningen att hålla minst två övningar utifrån MSB:s övningsstöd och verktyg under 2023.</p> <p>När kommunens övergripande övnings- och utbildningsplan är fastställd, beräknat till årsskiftet 2023-2024, kommer förvaltningens egen plan att anpassas utifrån nivåerna som är fastställd i denna.</p> <p>Vår kommentar: Åtgärd har vidtagits.</p>

Bedömning

Vi bedömer sammantaget att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån föregående års rekommendationer.

2.7 BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Vår bedömning är att nämnden i huvudsak har en tillfredsställande ledning och styrning och att den interna kontrollen i huvudsak är tillräcklig inom de områden som vi granskat. Åtgärder har i huvudsak vidtagits utifrån föregående års granskning.

Bedömningen grundar sig på följande:

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Har nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt?	I huvudsak	Nämnden har en systematisk planering och uppföljning utifrån uppdragen. Nämndens styrning har uttryckts genom att fastställa styrdokument och ge uppdrag till förvaltningen. Nämnden har följt upp lämnade uppdrag och hållit sig informerad om verksamheten genom information på sammanträden. Fördjupade granskningar under året har visat på visat på brister gällande ändamålsenlighet.
Har nämnden en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?	Ja	Nämnden redovisar ett negativt resultat men i förhållande till kommunbidraget är avvikelserna endast 0,9 %. Nämnden har vidtagit åtgärder under året, både i form av att begära utökad budget och att genomföra effektiviseringar enligt plan.
Har nämnden sett till att den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen är tillräcklig?	Ja	Nämnden har fastställt och följt upp internkontrollplanen utifrån kommunens riktlinjer. Avvikelse har identifierat gällande flera risker men avvikelserna har hanterats. Fördjupade granskningen under året har visat på brister gällande den interna kontrollen.
Finns det en organisation och riktlinjer för att hantera otillåten påverkan och oegentligheter samt hur dessa sak hanteras vid misstanke?	Ja	Nämnden har en organisation och riktlinjer för att hantera otillåten påverkan och oegentligheter. Det finns även rutiner för hur incidenter ska omhändertas och medarbetarna vet vem de ska vända sig till.
Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån föregående års grundläggande granskning?	I huvudsak	Samtliga rekommendationer har i huvudsak åtgärdats.

Vi rekommenderar nämnden att:

- *Säkerställa att det finns arbetssätt för att vidta åtgärder om ett uppdrag inte bedöms kunna genomföras.*

Anneth Nyqvist
Certifierad kommunal revisor

Moa Strömkvist
Verksamhetsrevisor