

Granskning av intern kontroll i fyra nämnder

Lunds kommun



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande och avgränsning	4
2.4. Revisionskriterier	4
3. Iakttagelser övergripande nivå	5
3.1. Styrdokument	5
3.2. Riskanalys	7
3.3. Kontroll och uppföljning	8
3.4. Resultat av stickprov kommungemensam kontrollaktivitet	10
3.5. Kommunstyrelsens arbete med intern kontroll	13
3.6. Bedömning	13
4. Iakttagelser för respektive nämnd	15
4.1. Vård- och omsorgsnämnden	15
4.2. Bedömning	19
4.3. Servicenämnden	20
4.4. Bedömning	23
4.5. Utbildningsnämnden	25
4.6. Bedömning	28
4.7. Miljönämnden	29
4.8. Bedömning	32
5. Slutsats	34
Bilaga 1: Källförteckning	28
Bilaga 2: Revisionskriterium	31
Bilaga 3: Kommungemensamma anvisningar	34

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun granskat huruvida vård- och omsorgsnämnden, servicenämnden, utbildningsnämnden och miljönämndens arbete med intern kontroll är ändamålsenligt. Kommunstyrelsens övergripande arbete med intern kontroll har också ingått i granskningen.

Granskningen har genomförts genom intervjuer med nyckelfunktioner för arbetet med intern kontroll och förvaltningschefer och nämndspresidier från granskade nämnder. Granskningen grundas även på dokumentstudier av kommungemensamma och nämndspecifika styrande dokument, planer och rapporter. Vi har även genomfört åtta stickprov på genomförda kontrollaktiviteter från verksamhetsåret 2022.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden och utbildningsnämnden i hög utsträckning har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll. Vidare bedömer vi att miljönämnden och servicenämnden i viss utsträckning har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll. Kommunstyrelsen bedömer vi i hög utsträckning ha ett ändamålsenligt arbete avseende att ta fram riktlinjer och stöd för intern kontroll samt med att styra och leda de kommungemensamma intern kontrollerna.

Vår bedömning grundar sig på att det tydligt framgår att det finns ett etablerat arbetssätt utifrån de kommunövergripande rutiner som finns. Dock framgår det att utförandet och dokumentationen inte genomförs likvärdigt inom de granskade nämnderna. Vi noterar att nämnderna i stort inte är direkt aktiva i arbetet med intern kontroll, men en del nämnder har påbörjat nya sätt för att involveras.

Vi rekommenderar kommunstyrelsen att:

- ▶ Tillse att nämnderna följer de anvisningar som gäller för kommunövergripande kontrollmoment och rapporterar resultatet i sina granskningsrapporter samt ställer krav på att nämnderna dokumenterar genomförda kontroller så att resultatet kan analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete.

Vi rekommenderar miljönämnden att:

- ▶ Dokumentera sin riskanalys i en bruttorisklista i enlighet med sina nämndspecifika rutiner.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden, servicenämnden, utbildningsnämnden och miljönämndens arbete:

- ▶ Uppmanas stärka sin kontrolldokumentation: vem kontrollerar vad, när och hur samt hur sker information och uppföljning.
- ▶ På förhand, i sina anvisningar, ange vad som ska betraktas som en avvikelse för ett beslutat kontrollmoment.
- ▶ Öka involveringen av nämndernas politiker i arbetet med intern kontroll.
- ▶ Tillse att granskningsrapporterna tydligt svarar på de frågor som ställts i handlingsplanerna.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Intern kontroll är ledningens verktyg för att säkerställa god ordning och reda i verksamheten samt en hög grad av regelefterlevnad i förhållande till relevanta normeringar. Som stöd för arbetet har flertalet organisationer: kommuner, regioner och kommunala bolag antagit ett reglemente för intern kontroll som anger ansvar, organisation och övergripande metoder för genomförande. Därutöver finns ett internationellt vedertaget ramverk för intern kontroll, den s.k. COSO-metoden, som erbjuder bland annat metoder för genomförande och uppföljning.

Beståndsdelarna i ramverket för intern kontroll är uppbyggda kring fem komponenter: kontrollmiljön, riskanalysen, kontrollerna, information/kommunikation och uppföljning. Erfarenheter visar att en svaghet i kommunernas internkontrollprocess finns i utformandet av kontrollerna, risk finns att organisationen väljer en kontroll eller metod för kontroll som är enkel att genomföra, snarare än för att den leder till minskade risker i verksamheten. För att komma åt detta behöver granskningen ske på en relativt detaljerad eller operativ nivå, med stickprov av nämndernas genomförda kontroller.

Lunds kommun har sedan länge haft en metod för arbetet med intern kontroll, arbetet sker i Stratsys, kommunens ledningssystem, där alla nämnder årligen rapporterar in riskanalyser och kontrollplaner samt resultatet av genomförda kontroller. Respektive nämnd har ansvar för och beslutar om internkontrollplan samt uppföljningsresultatet. Kommunstyrelsen beslutar om kommungemensamma kontrollmoment och sammanställer resultatet av årets internkontrollarbete på en aggregerad nivå.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte har varit att bedöma om ansvariga nämnder har ett arbete med intern kontroll som kan bedömas vara ändamålsenligt.

- ▶ Finns regelverk, interna riktlinjer och rutiner för hur arbetet ska bedrivas?
- ▶ Genomförs en årlig och ändamålsenlig riskanalys?
 - Beaktas strategiska, finansiella, regulatoriska och operationella risker?
- ▶ Är kontroller som genomförs effektiva och ändamålsenliga?
- ▶ Dokumenteras arbetet och informeras medarbetare om pågående arbete?
- ▶ Hur analyseras och utvärderas arbetet?
 - Särskilt med fokus på avvikelserapportering.
- ▶ Deltar nämnden och nämndsledamöterna i arbetet med intern kontroll?
- ▶ Hur återrapporteras arbetet till nämnden?

2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen har genomförts under perioden mars-juni 2023. Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnden, servicenämnden, utbildningsnämnden och miljönämnden. Kommunstyrelsens övergripande arbete med intern kontroll ingår i granskningen.

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier och stickprov på genomförda kontrollaktiviteter. Sammantaget har dokumentation för åtta stickprov granskats för att bedöma huruvida kontrollerna har genomförts på ett ändamålsenligt sätt. Urval av stickprov har avgränsats till verksamhetsåret 2022 och för var nämnd har en nämndspecifik respektive en kommungemensam kontrollaktivitet ingått. Intervjuer har genomförts med nyckelpersoner från förvaltningarna samt respektive nämnds presidium. Därutöver har iakttagelser hämtats via dokumentstudier.

2.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar har utgått från följande revisionskriterier, för att läsa mer om revisionskriterierna se bilaga 2.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagens 6 kap.
- ▶ Interna riktlinjer, regelverk och beslut.
- ▶ Framework on internal control, COSO¹

¹ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

3. Iakttagelser övergripande nivå

3.1. Styrdokument

Kommunstyrelsen har ett särskilt uppdrag att leda och samordna kommunens arbete med intern kontroll och att ha uppsikt över nämnderna. I *Handbok om styrning och ledning i Lunds kommun* från januari 2023 framgår det att arbetet med intern kontroll ingår i kommunens planerings- och uppföljningsprocess. I planeringsprocessen ingår arbetet med riskanalyser på kommunövergripande nivå samt framtagande av gemensamma kontrollaktiviteter som ska dokumenteras i en handlingsplan för intern kontroll. I uppföljningsprocessen är det de olika verksamheternas granskningsrapporter avseende intern kontroll som är en del av processen. Granskningsrapporterna fastställs i början på ett nytt år och är en uppföljning av föregående års handlingsplan för intern kontroll samt redovisning av eventuella åtgärder utifrån tidigare granskningsrapporter. En sammanställning av samtliga verksamheters rapporter beslutas av kommunfullmäktige och granskas översiktligt av kommunrevisionen inom ramen för den grundläggande granskningen. Arbetet med intern kontroll kan beskrivas i följande steg:

1. Riskanalys
2. Handlingsplan
3. Genomförandet av kontrollaktiviteter
4. Granskningsrapport
5. Utvärdering av intern kontroll

Det finns ett reglemente för intern kontroll som kommunfullmäktige beslutat om från 2005. Av intervjuer framkommer det att kännedom om reglementet inte är vida spridd i den nuvarande politiska ledningen och nyttjas inte av kommunledningen. Dokumentet är därmed inte heller kommunicerat till kommunens förvaltningar eller styrelser. I beslutet framgår det att reglementet ska tillämpas genom de anvisningar som är antagna av kommunstyrelsen. Anvisningarna som används är från 2017 och uppges vara kommunicerade till kommunens förvaltningar. Centralt finns även en *Handbok för intern kontroll i Stratsys*. Handboken redogör för hur förvaltningarna ska arbeta med intern kontroll i kommunens IT-baserade ledningssystem Stratsys.

I anvisningarna från 2017 framgår ansvarsfördelningen och hur arbetet med intern kontroll ska genomföras. Kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar att se till:

- ▶ Att nämnderna arbetar med sin interna kontroll på ett tillfredsställande sätt
- ▶ Att kommunövergripande regler för intern kontroll upprättas
- ▶ Att utforma en övergripande organisation för den interna kontrollen
- ▶ Att utvärdera kommunens samlade system för intern kontroll och i de fall förbättringar behövs besluta om sådana

Nämnderna har ansvar för att kommunövergripande reglementen och regler följs inom sitt verksamhetsområde. Nämnden ska planera och följa upp arbetet med intern kontroll och ta en aktiv roll i arbetet med riskanalys.

I anvisningarna finns ett årshjul för arbetet med intern kontroll. Av årshjulet framgår det när de olika stegen i det interna kontrollarbetet ska genomföras. Kontrollaktiviteter ska löpande ske under året.



Av anvisningarna framgår det att kommunen utgår ifrån COSO-modellens fem komponenter i arbetet med intern kontroll och beskrivs kortfattat enligt följande:

Kontrollmiljö	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organisationskultur som den interna styrningen och kulturen verkar i och som påverkar kontrollmedvetenheten hos medarbetarna ▶ Dokument som vägleder, stödjer och formar som ska vara systematiskt ordnade och lättillgängliga
Riskanalys	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Genomförandet av riskanalys i fyra steg: identifiera risker, värdera riskerna, prioritera risker och hantera risker
Kontrollaktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrollaktiviteter ska dokumenteras på ett systematiskt sätt
Information & kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kommunikation som följer kommunens kommunikationsplattform och ska vara öppen, tillgänglig och tydlig ▶ Tillgänglig information till berörda ▶ Information i form av årliga handlingsplaner och granskningsrapporter ▶ Löpande information till nämnderna
Uppföljning & utvärdering	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Löpande uppföljningar och utvärderingar ▶ Kommunstyrelsens årligen samlade utvärdering

3.2. Riskanalys

Av anvisningar framgår det att det årligen ska göras en riskanalys för intern kontroll. Inträffade händelser och genomförd riskanalys är det som ligger till grund för identifierade kontrollaktiviteter i kommunfullmäktiges och nämndernas handlingsplaner. Riskanalysen omfattar fyra steg:



I handbok för intern kontroll framgår det att riskanalysen ska utgå ifrån ett antal processer som är samma för hela kommunen. Processerna kan delas upp i delprocesser och varje förvaltning kan anpassa uppdelningen efter vad som passar deras organisation. I den gemensamma riskmatrisen för kommunen framgår kommunens gemensamma processer och delprocesser. Av intervju framgår det att om en förvaltning upplever att en process eller delprocess saknas kan de lägga till den. I kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens mall som används för riskmatriser framgår ett antal processer och delprocesser som olika typer av risker kan tillhöra. De övergripande processerna som är listade i mallen är:

- ▶ Arbetsgivarrollen
- ▶ Ekonomi
- ▶ Kommunikation
- ▶ Ledning
- ▶ Miljöledning
- ▶ Politisk verksamhet
- ▶ Riskhantering
- ▶ Ärendehantering
- ▶ Infrastruktur och skydd
- ▶ Fritid och kultur
- ▶ Pedagogisk verksamhet
- ▶ Vård och omsorg
- ▶ Särskilt riktade insatser
- ▶ Verksamheten
- ▶ Gemensamma lokaler och övrig verksamhet
- ▶ IT och digitalisering

Vidare framgår det av anvisningarna att utvalda risker ska värderas utifrån perspektiven sannolikhet och konsekvens. När riskerna är identifierade görs en bedömning utifrån en firsiffrig skala av hur stor sannolikheten är för att den oönskade händelsen ska inträffa och för hur allvarlig konsekvensen blir om det inträffar. Riskvärdet tas fram genom att multiplicera värdena för den bedömda sannolikheten och konsekvensen med varandra. Efter värdering ska riskerna prioriteras, och alla risker med högt riskvärde ska åtföljas av en riskreducerande åtgärd. I kommunen används följande hanteringsbegrepp: accepteras, löpande kontroll, specifika kontroller, direktåtgärd eller annan hantering. Risker som inte kan accepteras ska hanteras och för risker som hanteras inom ramen för intern kontroll ska en tydlig frågeställning för kontrollen formuleras och dokumenteras. En tidsplan och ansvariga för kontrollerna ska även utses.

Kommungemensamma risker och kontrollaktiviteter

Kommunstyrelsen beslutar årligen om cirka tre kommungemensamma kontrollaktiviteter som alla nämnder ska granska. Utöver dessa ska även var nämnd besluta om 1-3 nämndspecifika kontrollaktiviteter. Vid intervju uppges det att de kommungemensamma kontrollaktiviteterna arbetas fram av en arbetsgrupp på kommunkontoret. Det uppges även finnas en förvaltningsöverskridande arbetsgrupp samt ett nätverk för intern kontroll. Det är arbetsgruppen på kommunkontoret som förbereder ett förslag på risker och den förvaltningsöverskridande arbetsgruppen och nätverket kan bidra med perspektiv och synpunkter. Arbetsgruppen på kommunkontoret består av personer som arbetar i olika kommunövergripande processer avseende intern kontroll. Arbetsgruppen som är förvaltningsöverskridande består av personer ute på förvaltningarna som själva uttryckt att de vill arbeta mer operativt med intern kontroll. Nätverket för intern kontroll består av representanter från samtliga förvaltningar. De ansvarar för det förvaltningsspecifika intern kontrollarbetet. Båda arbetsgrupperna och nätverket är grupper bestående av tjänstepersoner, förtroendevalda från nämnden är inte delaktiga i dessa och det finns ingen motsvarande grupp för nämndens ledamöter.

Nätverket för intern kontroll träffas 3-4 gånger per år och är till för att tillsammans skapa goda förutsättningar för arbetet, ställa frågor, diskutera goda exempel och liknande. Nätverket uppges vara en viktig funktion för att diskutera och identifiera de risker som blir påtagliga på aggregerad nivå, men kanske inte för de enskilda förvaltningarna. Genom en gemensam analys blir det tydligare att se det faktiska riskvärdet. Inom nätverket genomförs det ibland kompetenshöjande insatser. Vi har fått ta del av underlag i form av minnesanteckningar från arbetsgruppens möte i april 2022. Nätverket har även regelbundna nätverksträffar och vi har även tagit del av minnesanteckningar från två nätverksträffar 2022. Från nätverksträffarnas minnesanteckningar framgår det att nätverket diskuterat status för pågående kontrollaktiviteter för året men även fortsatt tidsplanering för arbetet med intern kontroll för nätverket och arbetsgruppen.

Det framgår vid intervju att den gemensamma bruttorisklista som finns för kommunfullmäktige och kommunstyrelsen ses som en riskbank. Dokumentet uppdateras årligen när arbetet med risker inför nästkommande år aktualiseras. I samband med detta kan risker tas bort men även läggas till i listan. Det framgår även av listan vilka risker som tidigare har granskats. Inför förslag till beslut om risker presenteras en kortare lista med de risker som arbetsgruppen föreslår.

3.3. Kontroll och uppföljning

För kommungemensamma kontrollaktiviteter tas det fram anvisningar för hur de ska genomföras. Vid intervju framgår det att ett tillfälle när den förvaltningsöverskridande arbetsgruppen kan bjudas in för diskussion av arbetsgruppen på kommunkontoret är när de arbetar med att ta fram anvisningar för kontrollaktiviteter. Anvisningarna för de kommungemensamma

kontrollaktiviteterna är samma för alla nämnder. Dock uppges det att anvisningar kan skiljas åt vid behov om de behöver anpassas efter en förvaltnings storlek eller liknande. Vid intervju framgår det att förvaltningarna vanligtvis får planera fritt för när det ska utföra kontrollaktiviteter utifrån det datum när granskningsrapporten ska vara klar. Under 2022 styrde kommunledningskontoret kontrollaktiviteten mer än vanligt. Det bedömdes nödvändigt då bland annat enkäter skulle genomföras vilket krävde att det fanns en tydlig tidsplan för alla att följa.

Enligt anvisningarna ska nämnderna årligen ta fram en granskningsrapport för kalenderåret och en handlingsplan för nästkommande år. Rapporterna ska beslutas och överlämnas till kommunstyrelsen senast den 31 januari. Granskningsrapporten ska bestå av en granskning av årets kommungemensamma och nämndspecifika kontrollaktiviteter samt en uppföljning med förbättringsåtgärder utifrån tidigare års avvikelsegranskning. Kommunstyrelsen ska årligen göra en samlad utvärdering av nämndernas interna kontrollarbete och en sammanfattning av utvärderingen genomförs i kommunens årsredovisning. I enlighet med COSO-modellens fem komponenter ska utvärderingarna omfatta hela systemet för intern kontroll.

Av intervju framgår det att den kommunövergripande värderingen delvis är en utvärdering av den gemensamma kontrollaktiviteten men även en sammanställning av samtliga nämnders resultat. Intervjuade uppger att det vid utvärdering främst är nämndernas granskningsrapporter som utgör underlaget för bedömningen. Kommunledningskontoret kontrollerar inte den dokumentation som ligger till grund för granskningsrapporterna. Analyserna görs av kommunledningskontoret och ofta görs det tillsammans med relevanta experter och med de som varit med och tagit fram kontrollaktiviteterna. Nämnden själv ska föreslå åtgärder för kommungemensam nivå som de själva inte kan genomföra, och kommunkontoret tar fram det slutliga förslaget på åtgärder på kommunövergripande nivå.

I den senaste kommunövergripande utvärderingen av intern kontroll 2022 framgår det att den samlade bedömningen är att kommunens nämnder arbetat systematiskt med den interna kontrollen och att den fungerar väl. Utvärderingen påvisar även att det över lag fungerar väl gällande samtliga COSO-komponenter. Inga påtagliga brister identifierades i kommunens egen uppföljning och utvärdering av det interna kontrollarbetet under verksamhetsåret 2022. Vid intervju uppges att det finns en syn på avvikelser som något positivt och att det är bra när avvikelser uppmärksammas, såvida inte avvikelserna har en alltför negativ effekt. Intervjuade uppger att arbetet med intern kontroll ska fånga avvikelser i det dagliga som annars inte hade uppmärksamats. Det uttrycks ha funnits ett fokus de senaste åren på att försöka identifiera de risker som är svåra att fånga i vardagen.

I nedanstående tabell framgår de kommungemensamma kontrollaktiviteter för åren 2019-2023. Var nämnds resultat är färgkodad med grönt respektive rött, efter deras egen bedömning om avvikelser respektive ej avvikelser i

kontrollaktiviteten. Kolumnen för kommunstyrelsen är kommunstyrelsens gemensamma bedömning samt riskvärdet på kontrollaktiviteten.

Tabell 1. Kommungemensamma risker 2019-2023

<i>Risker 2019</i>	VON	SN	UN	MN	KS
Att obehöriga utför mottagnings- eller beslutsattest av ekonomiska transaktioner					8
Att nämnder och styrelser brister i följsamhet mot rutiner kring direktupphandling					8
Att det förebyggande arbetet för att utsättas för bedrägligt beteende är otillräckligt				*	12
<i>Risker 2020</i>					
Att löner och ersättningar till medarbetare och förtroendevalda är felaktiga och inte utbetalas i rätt tid					12
Att medarbetare och förtroendevalda blir utsatta för hot och våld					8
Att brister finns i leverantörstroheten och att de inköp som görs inom organisationen inte sker hos leverantörer med vilka organisationen har ingått avtal					12
Att kompetensen brister kring vad som gäller för verksamheten utifrån GDPR och att personuppgifter därför hanteras felaktigt					9
<i>Risker 2021</i>					
Att styrdokument inte tas fram på rätt sätt och/eller inte efterlevs					9**
Att brister finns i tydligheten gällande uppdrag och uppgiftsfördelning för chefsledet om vad som ingår i arbetsmiljöansvaret					12
Att information om beslut av kommunstyrelsen eller kommunfullmäktige inte når berörda och därmed inte efterlevs					9
<i>Risker 2022</i>					
Att styrdokument inte tas fram på rätt sätt och/eller inte efterlevs					9
Att rutiner och systemstöd för hantering av konvertering och företrädesrätt enligt LAS inte är ändamålsenliga och/eller kända i organisationen vilket kan leda till bristfällig hantering av anställningar					12
Att sekretessbelagd eller annan känslig information hanteras felaktigt och riskerar att röjas					9
<i>Risker 2023</i>					
Risk att kommunen saknar samlad översikt över gällande avtal och dess innehåll vilket kan leda till stora kostnader, skadestånd och skada på Lunds kommuns varumärke					12
Risk att kommunen saknar ändamålsenliga kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och verksamhetssystem, vilket kan leda till stor negativ påverkan på kommunens leverans av insatser, kritiska funktioner och informationssäkerhet i händelse av att kommunens verksamhet drabbas av en allvarlig störning					12
Att kommunens flöden för att hantera och redovisa externa intäkter inte hanteras och kontrolleras systematiskt, vilket kan leda till ineffektiv och felaktig redovisning, förlorade intäkter och förtroendeskada					9

* Saknar bedömning

** Risken utgick med anledning av att implementeringen av Program för styrning försenades till följd av Corona pandemin. Granskningen återupptogs 2022.

3.4. Resultat av stickprov kommungemensam kontrollaktivitet

I vår granskning har vi genomfört 4 stickprov avseende en kommungemensam risk från verksamhetsåret 2022. Stickprovet avser risken att styrdokument inte tas fram på rätt sätt och/eller inte efterlevs. Kontrollaktiviteten bestod av två delar.

En del avseende nämndens egna styrdokument och en del avseende kännedom om kommunövergripande styrdokument. I de kommunövergripande anvisningarna beskrivs detaljerat hur kontrollaktiviteten ska genomföras, bland annat att styrdokumenterna ska tas fram enligt en rutin, att de är lättillgängliga och om förvaltningen säkerställer efterlevnaden. Se bilaga 3 för anvisningarna.

Tabell 2. Stickprov kommungemensam kontrollaktivitet 2022

	VON	SN	UN	MN	Kommentar
Har frågeställningarna besvarats?	Delvis	Delvis	Ja	Delvis	I anvisningarna framgår de frågor som ska besvaras.
Finns dokumentation av genomförandet?	Delvis	Nej	Delvis	Delvis	Det finns dokumentation men det framgår inte när eller vem som har genomfört kontrollen.
Har en kartläggning gjorts?	Ja	Ja	Ja	Ja	
Har en inventering gjorts?	Ja	Ja	Ja	Ja	I granskningsrapporten framgår inte detta för SN eller UN.
Har nämnden tagit fram egna styrdokument för perioden?	3	7	Nej	4	Framgår inte i SN eller UN granskningsrapport.
Hur många kommunövergripande styrdokument har ingått i granskningen?	8	3	6	8	I anvisningarna framgår 8. I granskningsrapporten för SN framgår inte detta.
Vid avvikelser, finns det föreslagna åtgärder?	Ja	-	-	Ja	

Vård- och omsorgsnämnden

Av granskningsrapport framgår det att en kartläggning och inventering av förvaltningens egna framtagna dokument har genomförts. Av underlagen framgår det att kartläggningen av de 8 kommunövergripande styrdokumenterna är dokumenterad. Resultatet av granskningen beskriver att det var tydligt vilken beslutsnivå som ansvarar för implementeringen av kommunövergripande styrdokument. Samtliga av frågeställningarna från anvisningarna är inte besvarade i nämndens granskningsrapport och framgår inte heller av det underlag vi har tagit del av. Enligt uppgift ses anvisningarna som ett stöd i att besvara de huvudsakliga frågeställningarna för kontrollen. Dock framgår det inte hur förvaltningen säkerställer att beslutade styrdokument efterlevs, vilket var en av huvudfrågorna. Det förekom även brister gällande nämndens egna styrdokument avseende uppföljning, aktualisering och revidering.

Servicenämnden

Enligt inkomna uppgifter framgår det inte av de kommunövergripande anvisningarna att nämnden har ett uppdrag att redovisa underlaget för respektive kontrollaktivitet utan enbart resultatet från genomförandet av granskningarna. Därav finns det ingen dokumentation att ta del av från servicenämnden avseende denna kontrollaktivitet utöver det som framgår av nämndens granskningsrapport.

Vi har dock fått ta del av minnesanteckningar från ansvarig för kontrollaktiviteten. I nämndens granskningsrapport framgår det inte hur många styrdokument nämnden har tagit fram för perioden eller hur många egna kommunövergripande dokument som har ingått i granskningen, men av minnesanteckningarna framgår det att 7 styrdokument från nämnden har ingått och att 3 av 8 kommunövergripande styrdokument har inkluderats i kontrollen. I minnesanteckningar är samtliga frågor utifrån anvisningarna besvarade. Samtliga av frågeställningar från anvisningarna är inte besvarade i granskningsrapporten.

Utbildningsnämnden

Av den dokumentation vi tagit del av framgår det att 6 av 8 kommunövergripande styrdokument har kartlagts avseende om de skickats till ansvarig enhet eller handläggare. Det framgår inte i granskningsrapporten varför endast 6 av 8 kommunövergripande styrdokument har inkluderats i granskningen. De styrdokument som inte är inkluderade är Utbyggnadsplan 2030 och Näringslivsprogram för Lunds kommun 2022-2030. Enligt uppgift ingick bara de styrdokument i kontrollen som i mer eller mindre grad ansågs beröra nämndens verksamhet och dagliga arbete. De två styrdokument som inte ingick berör inte nämndens verksamhet eller dagliga arbete och därför valdes dessa bort i kontrollen. I nämndens granskningsrapport framgår det inte hur många egna styrdokument nämnden har tagit fram för perioden. Enligt uppgift tog inte nämnden fram några styrdokument under den angivna perioden. I stora drag har samtliga av frågorna besvarats, men inventeringen och kartläggningen är inte tydligt redovisad i granskningsrapporten.

Miljönämnden

Enligt inkomna uppgifter finns det ingen dokumentation för genomförandet utöver den information som framgår av granskningsrapporten. Dock har vi tagit del av protokollsutdrag för året där det framgår när kommunövergripande styrdokument har rapporterats till nämnden. Av granskningsrapporten framgår det att 6 av 8 kommunövergripande styrdokument har rapporterats till nämnden. I granskningsrapporten framgår det att det är Lund kommuns strategiska lokalförsörjningsplan samt handlingsplan mot hedersrelaterat våld och förtryck som inte har redovisats för miljönämnden. Av underlaget vi har tagit del bekräftar vi det resultatet men iakttar att samtliga av frågorna i anvisningarna inte är besvarade.

Gemensamma iakttagelser

I anvisningarna för kontrollaktiviteten framgår det att frågeställningarna ska besvaras med hjälp av självskattning som metod. En av de övergripande frågorna är huruvida styrdokumenten är lättillgängliga för berörda medarbetare. Det framgår inte vem som har varit involverad i självskattningen som ligger till grund för svaret.

En av de övergripande frågorna berör huruvida förvaltningen säkerställer att beslutade styrdokument efterlevs, där finns även tre underfrågor i anvisningarna som berör implementering på olika sätt. Ingen av nämnderna har tydligt besvarat samtliga av dessa frågor i sina granskningsrapporter. Slutligen framgår det att den generella uppfattningen är att nämnderna inte fullt ut har besvarat samtliga av frågeställningarna som framgår av de kommungemensamma anvisningarna för kontrollaktiviteten.

3.5. Kommunstyrelsens arbete med intern kontroll

Av intervju framgår det att det finns en uppfattning om att kommunstyrelsen har mer insyn och delaktighet i arbetet med intern kontroll än tidigare. Kommunstyrelsens arbetsutskott har en typ av workshop med den arbetsgrupp som arbetar med riskanalysen från kommunkontoret. Kommunstyrelsens arbetsutskott får därmed en möjlighet att lämna eventuella synpunkter om föreslagna risker. Skulle kommunstyrelsen önska att en specifik risk ska läggas till i riskanalysen är uppfattningen att det är möjligt. Kommunstyrelsen har ingen egen direkt dialog med de andra nämnderna, men kommunkontoret har en nära dialog med samtliga av kommunens förvaltningar i arbetet med intern kontroll. Samtliga ärenden som berör intern kontroll förbereds av kommunstyrelsens arbetsutskott innan ärenden når kommunstyrelsen för beslut.

3.6. Bedömning

Vi bedömer att kommunstyrelsen i hög utsträckning har ett ändamålsenligt arbete avseende att ta fram riktlinjer och stöd för intern kontroll samt med att styra och leda de kommungemensamma intern kontrollerna.

Det finns framtagna styrdokument i form av anvisningar och vägledande handbok för arbetet med intern kontroll. För arbetet med riskanalys finns det tydliga kommungemensamma förhållningssätt beskrivna som samtliga av kommunens nämnder ska förhålla sig till. Utifrån kommungemensamma processer och delprocesser uppmanas nämnderna att inkludera risker från flera olika verksamhetsområden och vi bedömer att kommunkontoret arbetar i olika forum med att ta fram meningsfulla kommungemensamma risker och kontrollaktiviteter.

Kommunkontoret tar årligen fram anvisningar till de kommungemensamma kontrollaktiviteterna. Avseende de genomförda stickproven på den kommungemensamma kontrollaktiviteten bedömer vi att andra metoder än självskattning borde ha valts. Två av de övergripande frågorna avsåg huruvida styrdokument var lättillgängliga för berörda medarbetare samt om förvaltningen säkerställde efterlevnaden. För att besvara om medarbetare upplever att styrdokument är lättillgängliga bör medarbetare besvara denna fråga, förslagsvis genom intervjuer eller enkäter. Huruvida styrdokument efterlevs eller ej går att kontrollera på många sätt annat än via självskattning.

I samband med att den kommunövergripande värderingen görs i den årliga uppföljningen av intern kontroll följs inte kontrolldokumentationen som ligger till

grund för nämndernas granskningsrapporter upp. Av genomfört stickprov framgår det att det inte finns fullständig dokumentation över genomförd kontrollaktivitet och att samtliga frågeställningar inte heller är besvarade i granskningsrapporten. Vår bedömning är att dokumentationen av kontrollaktiviteterna är central för att organisationen ska kunna lära av brister och förstå de bakomliggande anledningarna till avvikelserna. Ska det vara kvalitet i åtgärds- och handlingsplaner måste dokumentation finnas för att kunna utvecklas vidare, därutöver gör de internkontrollarbetet mer personoberoende. Vi bedömer att detta är utvecklingsområden för kommunstyrelsen att ta fasta på i sin framtida uppföljning.

Vi konstaterar avslutningsvis att kommunstyrelsens presidium är mer involverade idag i den interna kontrollen än tidigare, vilket vi bedömer vara positivt.

4. Iakttagelser för respektive nämnd

4.1. Vård- och omsorgsnämnden

Styrdokument

I vård- och omsorgsförvaltningens riktlinje avseende systematiskt kvalitetsarbete från 2023 framgår det att förvaltningen har en egen rutin från 2021 för intern kontroll på nämnds nivå. Intervjuade uppger att förvaltningen främst utgår ifrån denna rutin samt kommunkontorets anvisningar och handboken för arbetet med intern kontroll. Rutinen avseende intern kontroll på nämnds nivå beskriver att arbetet med intern kontroll ska ske systematiskt och strukturerat enligt följande:



Utifrån följande aktiviteter beskrivs sedan hur arbetet ska bedrivas. Det finns en nämndspecifikt framtagen processbild för hur arbetet ska genomföras under en treårsperiod. Av processbilden framgår det vad och när olika steg ska genomföras samt vem som är ansvarig för respektive steg.

Riskanalys

I nämndens rutin framgår det att verksamheten i sin riskanalys ska identifiera risker som påverkar kvaliteten och är kopplade till verksamhetens styr- och stödprocesser. I processen med att identifiera risker används underlag som rutiner, processbeskrivningar, årsanalyser och medarbetarenkäter. Riskerna dokumenteras i en bruttorisklista som årligen revideras i samband med ny riskanalys. Alla risker sammanställs i en lista för vidare hantering och utifrån listan väljs risker för årets interna kontroll. Intervjuade uppger att arbetet med intern kontroll tar avstamp i riskanalysen där medarbetare inom förvaltningens stab och gemensamma administration arbetar fram en bruttorisklista med förslag på vidare hantering. Respektive funktion kallas till riskanalys där en riskvärdering görs. Samtliga närvarande presenterar vilka risker de har uppmärksammat och får även motivera riskvärderingen för dessa. Riskanalyser genomförs med ekonomer, lokaplanerare, HR, rekryteringsenheten, kommunikatörer, kansli- och nämndshantering och kvalitetsstrateger. Riskvärderingen görs innan den kommer till ledningsgruppen som kvalitetssäkrar förslaget. Det framgår att det skett ett förbättringsarbete gällande riskvärderingarna till följd av kravet att riskerna ska vara väl motiverade. Bruttoreisklista och riskanalysen presenteras sammanställt med riskvärdering och motivering.

Förslaget presenteras till förvaltningsledningen som utifrån underlaget föreslår hur riskerna kan hanteras och vilka risker som bör utformas till kontroller. Ledningsgruppen kvalitetssäkrar och godkänner eller föreslår annan hantering för en de utvalda riskerna. Det är nämnden som beslutar om de risker som bedöms

behöva kontroller kommande år. En handlingsplan sammanställs som sedan går upp till nämnden för beslut. Av intervju framgår det att nämnden inte aktivt deltar i processen av identifiering och värdering av risker.

Utifrån nämndens egna risker tillkommer de kommunövergripande kontrollaktiviteterna. Intervjuade uppger att förvaltningens arbete med de nämndspecifika kontrollaktiviteterna sker parallellt med de kommunövergripande. Det uppges att det finns en stor lyhördhet och god dialog med kommunkontoret avseende arbetet med de kommunövergripande kontrollaktiviteterna.

Kontroll och uppföljning

I rutin för intern kontroll på nämndsnivå framgår det att kontroller ska genomföras utifrån beslutad handlingsplan. Resultatet av kontrollerna ska studeras för att utvärdera om de uppfyller målen eller om det finns avvikelser. Det är chefer på gemensam administration och/eller enhetschefer som ansvarar för att kontroller genomförs. För åren 2020-2022 har vi fått ta del av dokumentation gällande anvisningar för ett antal kontrollaktiviteter. Anvisningar innehåller i generella drag en tidsplan för den specifika kontrollaktiviteten och instruktioner för genomförandet. Anvisningarna är särskilt riktade till ansvarig tjänsteperson för kontrollaktiviteten. Av rutin framgår vidare att kontrollerna ska dokumenteras i Stratsys och resultatet av kontrollmomenten sammanställs i granskningsrapport som nämnden beslutar om. Därefter kommuniceras arbetet med intern kontroll till chefer och medarbetare.

Vid intervju framgår det att det finns en dialog med verksamheternas kvalitetsutvecklare om kontrollernas utformning i samband med att kontrollerna ska tas fram för att säkerställa att anvisningarna är tydliga inför genomförandet av kontrollerna. Om en risk anses vara allvarlig kan det bedömas kräva en direktåtgärd. Kontrollaktiviteterna planeras in under året och förhåller sig till årshjulet. Stratsys används för att dokumentera arbetet med kontrollerna, och systemet kan även användas för att skicka ut enkäter med frågor kopplade till en specifik kontrollaktivitet. Om de kommunövergripande kontrollerna berör fler nivåer och funktioner är det kvalitetsstrategen som samordnar och säkerställer att svar från berörda inkommer.

Det framgår av rutin att om resultatet för en kontroll avviker ska en förbättringsåtgärd testas enligt modellen PSGA-hjulet. Hjulet består av fyra steg: planera, genomföra, studera och agera. Utöver detta tar förvaltningen även fram en uppföljning av beslutade åtgärder i form av en slutrapport. I slutrapporten presenteras resultatet av årets granskning för de områden där avvikelser förekom och kommentarer om arbetet med pågående och genomförda åtgärder. Åtgärderna sammanställs i slutrapporten och presenteras till nämnden.

Det uppges vid intervju att medarbetare informeras om pågående intern kontrollarbete genom främst Stratsys. Direkt kontakt sker både muntligt och i olika typer av forum. Ett exempel på forum som lyfts är Chefsnytt där riktad information till chefer lyfts. Det uppges även att det för kontrollaktiviteter i form

av enkäter och intervjuer finns en uppfattning om vad som anses vara acceptabel svarsfrekvens. För chefer förväntas en 100 procentig svarsfrekvens men för grupper som vårdpersonal och undersköterskor är en lägre svarsfrekvens acceptabel. För dessa grupper uppges en 50 procentig svarsfrekvens som godtagbar. Förvaltningen har över 3000 medarbetare och det är många av dessa som är svåra att nå då de inte sitter vid sin dator dagligen eller har en egen dator. Chefer kan välja att informera om planerade stickprov och liknande inom sin organisation men det sker ingen riktad information. Nämnden deltar inte i riskanalysen eller genomförandet av kontrollaktiviteterna.

I nedanstående tabell framgår de nämndspecifika riskerna för åren 2019-2023. Var risk är färgkodad med grönt respektive rött, efter bedömning om det förekom avvikelser eller ej i genomförd kontrollaktivitet. Siffran står för riskens riskvärde.

Tabell 3. Vård- och omsorgsnämndens nämndspecifika risker 2019-2023

Risk	2019	2020	2021	2022	2023
Kontroll inte görs av att hälso- och sjukvårdspersonal innehar giltig yrkeslegitimation	6				
Medarbetares bisyssla inte anmäls till arbetsgivaren	6				
Dokumentation i HSL-journal avslutas inte	8				
Risk att sjukfrånvaro inte registreras i HR/IT- portalen och felaktig löneutbetalning sker		12			
Hög sjukfrånvaro		12			
Medarbetarna vet inte hur de ska agera vid en brand i verksamheten			16		
Arbets- och uppehållstillstånd (för personer utanför EU) kontrolleras inte i samband med rekrytering av nyanställda.			16		
Bristfällig referenstagning i samband med rekrytering			12		
Fel leverantör får ersättning				6	
Hjälpmedelsprodukt fungerar inte med befintliga system				12	
Att arbetsgivaren inte förebygger ohälsa och sjukskrivningar, undersöker/fångar upp behov av anpassningar utifrån AFS 2020:5 och uppfyller arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.					12

Resultat av stickprov vård- och omsorgsnämnden

Vi har genomfört ett stickprov avseende den nämndspecifika risken att fel leverantör får ersättning från 2022. Kontrollaktiviteten består av två delar. Dels en enkät till alla enhetschefer inom förvaltningen, dels ett stickprov av 20 fakturor som betalats till företag som anlitar factoringbolag för perioden 1 oktober 2021 - 31 mars 2022. Följande frågor skulle besvaras:

- ▶ Känner du till att det kan finnas avtal där förvaltningen ska godkänna leverantörers anlitan av factoringbolag för att betalning ska kunna ske?
- ▶ Vet du vem du kan vända dig till om du har frågor gällande fakturor från avtalade leverantörer som anlitar factoringbolag?

- Finns avtal för de leverantörer som anlitar factoringbolag?

Tabell 4. Stickprov vård- och omsorgsnämnden kontrollaktivitet 2022

	<i>Svar</i>	<i>Kommentar</i>
Finns anvisningar för kontrollens genomförande?	Ja	
Framgår kontrollansvarig och tidsplan?	Ja	Framgår av anvisningar.
Har frågeställningarna besvarats?	Ja	
Har en enkät skickats ut?	Ja	67 av 78 svarade.
Är enkätsvar dokumenterat?	Ja	
Har stickprov genomförts?	Ja	Stickprov genomfördes inte som beskrivet i anvisningarna.
Är stickprov dokumenterat?	Ja	
Går det att spåra vilka stickprov som har gjorts?	Ja	Lista över 33 leverantörer, varav 4 ramavtal.
Vid avvikelser, finns det föreslagna förbättringsåtgärder?	Ja	

Enligt inkomna uppgifter bedömdes det vid genomförandet av kontrollen att det inte var relevant att kontrollera enskilda fakturor utifrån kontrollaktivitetens frågeställning. Istället för ett stickprov av 20 fakturor genomfördes en totalgranskning av avtal med samtliga leverantörer som fakturerat förvaltningen och som anlitat factoringbolag. Syftet med denna granskning av avtal var att kontrollera om factoring var tillåtet eller ej utifrån avtal. Bytet av metod framgår inte tydligt av granskningsrapporten.

Av inkomna underlag för stickprovet framgår det att det är 33 leverantörer som granskats för perioden. Av dessa 33 leverantörer har förvaltningen ett ramavtal med 4. Utav granskningsrapporten framgår det att anlitage av factoringbolag inte är reglerat i avtalet för en av leverantörerna. För övriga tre krävs ett godkännande, vilket fanns för dessa. Utifrån vår kontroll av stickprovet framgår det att anlitage av factoringbolag är reglerat i avtal för dessa tre.

Det framkom i granskningen att 49 procent av de svarande enhetscheferna inte kände till att ett godkännande vid anlitage av factoringbolag kan krävas. I granskningen framkom även, utöver det interna kontrollmomentet, att inköp genomförts från leverantörer där ramavtal saknas.

Nämndens arbete med intern kontroll

Av rutin för intern kontroll på nämndsnivå framgår det att nämndens ansvar är att besluta om handlingsplan, granskningsrapport samt ta del av slutrapport för intern kontroll. Det framgår att nämndens samlade arbete och uppföljning av intern kontroll utvärderas i granskningsrapporten och sammanfattas i årsanalysen. Vid intervju bekräftas det att nämndens involvering i arbetet med

intern kontroll främst avser fastställande av handlingsplaner för intern kontroll och att de tar del av granskningsrapporter och slutrapporter. Utöver detta tar nämnden inte del av någon annan löpande uppföljning. Dock lyfts det att slutrapporten som nämnden tar del av är något som förvaltningen själva valt att göra och inget som krävs. Det uppges även att om nämnden har synpunkter eller önskemål om att lägga till risker är förvaltningen positiva till det.

Det framgår även vid intervju att förtroendeskadliga risker löpande diskuteras och tidigare har hanterats av den kommunövergripande arbetsgruppen för intern kontroll. Ett exempel som lyfts är mutor och jäv som var en risk för ett par år sedan kopplat till avtal. En del intervjuade uppger dock att de inte anser att närvaron av det förtroendeskadliga perspektivet samt förtroendevaldas inkludering i arbetet sker i en tillräckligt stor omfattning.

4.2. Bedömning

Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden i hög grad har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll.

Nämnden arbetar efter de kommungemensamma rutinerna men har även nämndspecifikt framtagen rutin och processbild. Riskanalys genomförs årligen och dokumenteras i en bruttorisklista. Förvaltningens arbete med riskanalys sker i olika steg via olika forum och vi bedömer arbetet som välorganiserat. De kommungemensamma processerna som nämnderna uppmanas att utgå ifrån beaktas och av riskanalys för 2023 framgår 23 risker som därmed täcker sex av de kommungemensamma processerna. Analysen beaktar strategiska, finansiella och operationella risker, men vi ser inga tydliga regulatoriska risker. Det finns ett antal ekonomiska risker utifrån redovisningslagen och avtalstrohet, men det finns inga risker tydligt kopplade till den lagstiftning som nämndens verksamhet i allra största grad är styrd av socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen eller lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. Därutöver ingår det inte risker som tydligt berör den politiska verksamheten.

Genomförda kontroller har de senaste åren haft anvisningar där tidsplan och kontrollansvarig i flertalet fall framgått. Vi bedömer utifrån vårt stickprov att arbetet med kontroller är strukturerat och dokumenteras väl. Utöver handlingsplan och granskningsrapport tar nämnden även fram en slutrapport. Slutrapporten är en ytterligare analys och utvärdering av resultatet och åtgärderna för de kontrollaktiviteter som haft avvikelser. Det sker ingen proaktiv kommunikation till medarbetare om arbetet med intern kontroll, men medarbetarna uppges informeras löpande om arbetet muntligt och via olika forum.

Av stickprovet som berörde den kommungemensamma kontrollaktiviteten är bedömningen att delfrågorna om efterlevnad och tillgänglighet inte kunnat besvaras med den valda metoden.

Nämnden är inte aktiva i arbetet med intern kontroll utöver beslut om handlingsplan, granskningsrapport och slutrapport. Vi konstaterar avslutningsvis

att det är positivt att vård- och omsorgsnämnden tar fram en slutrapport, men hade sett det som fördelaktigt om nämnden varit mer aktivt involverade i arbetet.

4.3. Servicenämnden

Styrdokument

Serviceförvaltningens arbete med intern kontroll utgår från de kommungemensamma anvisningarna från 2017 med stöd från handboken avseende intern kontroll i Stratsys. Servicenämnden har inga egna beslutade riktlinjer eller rutiner för arbetet med intern kontroll, men enligt inkomna uppgifter har servicenämnden kartlagt process- och rutinbeskrivning för arbetet i verksamhetssystemet 2c8. Arbetet drivs av en intern kontroll samordnare, vilket är en utvecklingsstrateg inom serviceförvaltningens stab.

I handlingsplanen för 2023 framgår det att förvaltningen har ett pågående arbete med att integrera intern kontroll med andra ledningssystem. Syftet är att intern kontroll ska vara en naturlig del av förvaltningens styr- och planeringsprocesser men även en tydligare koppling till omvärlds- och intressenternas krav. Det framgår även att efterhand som förvaltningens processer kartläggs kan även riskerna tydligare kopplas till specifika processer eller aktiviteter.

Riskanalys

Förvaltningen genomför årligen en bedömning av riskerna i en riskmatris utifrån tidigare beskrivet tillvägagångssätt gällande sannolikhet och konsekvens. I handlingsplanen presenteras de nämndspecifika risker som valts för året. Riskerna är ett urval av de risker som identifierats vid riskanalys under våren året innan det året handlingsplanen avser. Enligt inkomna uppgifter arbetar förvaltningen med riskanalyser i Stratsys. Förvaltningsledningen genomför årligen en gemensam workshop kring riskanalysen. Riskerna går muntligt igenom och det sker en bedömning och urval av risker inför kommande års handlingsplan. Av intervju framgår det att riskerna kategoriseras i olika processer och delprocesser. Intervjuade uppger att det risker som identifierats i flera fall väl har fallit in i de beslutade kommungemensamma kontrollaktiviteterna.

De risker som förvaltningen själva identifierar bedöms årligen för att hålla koll på utvecklingen mellan åren. Det uppges även att de arbetar med SWOT-analyser. SWOT-analyserna uppfattas bredare än riskanalyser, och kan fånga upp fler delar som kan inkluderas i riskanalysen.

Av granskningsrapporten för 2022 framgår det att årets riskanalyser först gjordes på affärsområdena och därefter prioriterades kontrollaktiviteter för hela nämnden. Riskbedömning görs enskilt för respektive affärsområde, då affärsområden skiljer sig från varandra och kan därför identifiera olika risker. Det framgår att det har påbörjats ett arbete med att få ner processen ytterligare en nivå, där avdelningsledningsgrupper med enhetschefer har möjlighet att diskutera risker. Riskerna blir inte kontrollaktiviteter, utan stannar på avdelningarna i form

av kontrollåtgärder och följs upp i samband med delår och årsanalys. Detta uppges ha bidragit till en bättre förankring i arbetet med intern kontroll i samtliga verksamheter. Det framgår även att alla diskussioner och information från de olika affärsområden registreras i Stratsys och rapporteras till förvaltningsledningen för att säkerställa löpande kommunikation.

Av inkomna underlag framgår det att det mellan åren 2019-2023 utöver nämndens specifika kontrollaktiviteter även funnits 2-4 löpande kontrollaktiviteter. Dessa löpande kontrollaktiviteter har varit en typ av uppföljning kopplade till tidigare års nämndspecifika kontrollaktiviteter där det har varit avvikelser. Därav har vissa av dem varit återkommande mer än en gång, då det har bedömts att behovet har funnits. Några av de återkommande löpande kontrollerna har varit:

- ▶ Att brister i personuppgiftshantering gör att lagkrav inte följs
- ▶ Att direktupphandlingar inte dokumenteras och följs upp på ett korrekt sätt
- ▶ Att levererade tjänster och material inte hanteras och faktureras på ett korrekt sätt

I nedanstående tabell framgår de nämndspecifika riskerna för åren 2019-2023. Varje risk är färgkodad med grönt respektive rött, efter nämndens bedömning om det förekommit avvikelser eller ej i kontrollaktiviteten. Siffran står för riskens riskvärde. Av tabellen framgår det att nämnden haft en nämndspecifik kontrollaktivitet per år. Riskvärdet på riskerna har varierat mellan 4 och 12. Av inkomna underlag framgår inte riskvärdet för den nämndspecifika risken år 2021.

Tabell 5. Servicenämndens nämndspecifika risker 2019-2023

Risk	2019	2020	2021	2022	2023
Att krisberedskapsplanen inte fungerar vid kris	8				
Att direktupphandlingar inte dokumenteras och följs upp på ett korrekt sätt		4			
Att personalens arbetsmiljö försämras som en följd av att kommunens förhållningssätt inte efterlevs på alla nivåer					
Att förvaltningen pga. resursbrist inte driver digitaliseringen i den takt som behövs för långsiktig utveckling				12	
Att beredskap för att snabbt ställa om till minskad energiförbrukning och säkra energiförsörjning till samhällsviktiga verksamheter saknas					9
Att det saknas ändamålsenliga rutiner för uppföljning och återkoppling av genomförda beslut vilket riskerar påverka nämndens möjlighet att följa upp förvaltningens arbete					4
Att ineffektiva arbetssätt gällande servicetjänster uppstår på grund av avsaknad av tydligt mandat genom reglemente och samordning mellan förvaltningar. Risk för konkurrens mellan kommunala förvaltningar när parallella serviceorganisationer byggs upp.					12

Kontroll och uppföljning

Vid intervju uppges det arbetet med kontrollaktiviteter påbörjas med ett startmöte där ansvariga för kontrollaktiviteterna deltar. Ansvariga identifierar vilka som är berörda av kontrollaktiviteten och informerar därefter. Det är många medarbetare som bara indirekt är berörda av kontrollaktiviteterna, därför informeras bara de som är direkt berörda. I enlighet med de kommunövergripande anvisningarna analyseras och utvärderas arbetet med intern kontroll årligen i en granskningsrapport. Arbetet med kontroller sker främst i Stratsys. Vi har inte tagit del av anvisningar för de nämndspecifika kontrollaktiviteterna där tidsplan eller ansvarig framgår, men vid intervju framgår det att det i Stratsys finns beskrivningar om vad det är som ska göras, startdatum, avstämningsdatum och slutdatum samt vem som är uppföljningsansvarig. Slutgiltig dokumentation av kontrollaktiviteter sker i granskningsrapporterna som rapporteras till nämnden. I samband med delårsrapport görs en kontroll för att notera vad som har gjorts fram till dess, men det sker inte en rapportering till nämnden förrän i slutet av året i samband med årsanalysen.

Resultat av stickprov servicenämnden

Vi har genomfört ett stickprov avseende den nämndspecifika risken från 2022 avseende att förvaltningen på grund av resursbrist inte driver digitaliseringen i den takt som behövs för långsiktig utveckling. Metoden för kontrollaktiviteten var kartläggning och frågeställningarna som skulle besvaras var:

- ▶ Vilka resurser finns idag för att samordna förvaltningens system i enlighet med kommunens systemförvaltningsmodell?
- ▶ Vilka insatser behövs för att få en effektiv digital utveckling inom förvaltningen?
- ▶ Finns det tillräcklig kompetens inom förvaltningen för att lyckas med digitaliseringen?
- ▶ Vad blir konsekvensen om digitaliseringen inte drivs framåt?

Tabell 6. Stickprov servicenämnden kontrollaktivitet 2022

	<i>Svar</i>	<i>Kommentar</i>
Finns en kontrollansvarig och tidsplan för kontrollaktiviteten?	Ja	Framgår av Stratsys.
Har frågeställningar besvarats?	Delvis	Alla frågor är inte besvarade.
Finns en beskrivning av kontrollens genomförande?	Ja	
Har en kartläggning genomförts?	Ja	
Har kartläggningen dokumenterats?	Ja	
Finns en beskrivning av resultatet?	Ja	Har identifierat fem aktiviteter i syfte att främja digitaliseringen som sker i samhället såväl som inom förvaltningen.

Vid avvikelser, finns beskrivning av åtgärder?	Inga avvikelser	Oklart vad som hade varit en avvikelse.
--	-----------------	---

Av intervju framgår det att kontrollansvarig och tidsplan framgår av Stratsys. För kontrollaktiviteten framgår inte ett svar på frågorna avseende om tillräcklig kompetens finns på förvaltningen eller vad konsekvensen blir om digitaliseringen inte drivs framåt. Därutöver är det inte heller tydligt vad som hade varit en avvikelse i detta sammanhang.

Nämndens arbete med intern kontroll

Från och med hösten 2022 följer riskbedömning och kontrollaktiviteter en ny struktur vilket framgår av granskningsrapporten för 2022. Förändringen innebär att förtroendevalda under september månad genomför en prioritering av nämndens övergripande riskområden. Följt av nämndens prioritering genomförs en riskbedömning på förvaltningsledningsnivå. Utifrån riskbedömningen och prioritering arbetas ett förslag avseende kontrollaktiviteter fram för beslut.

Enligt inkomna uppgifter hölls en utbildning och workshop för servicenämnden under tidigare mandatperiod avseende internkontroll 2022-09-12. Tillfället ägnades åt att diskutera risker och utmaningar kopplade till verksamheten som skulle kunna tas med in i arbetet med intern kontroll. Resultatet av workshopen låg till grund för den riskanalys som förvaltningsledningen genomförde i november 2022. Den nyvalda nämnden fick en grundläggande utbildning i intern kontroll 2023-01-18. Utöver detta har nämnden under tidigare mandatperiod regelbundet bjudit in tjänstepersoner för att diskutera olika aktuella pågående projekt. Det har även varit en möjlighet för att ställa frågor som ett sätt att stärka den löpande interna kontrollen under åren. Det framgår vid intervju att det ska hållas en utbildning och workshop för nämnden till hösten detta år. Servicenämnden har uttryckt önskemål om fortsatt involvering i arbetet med intern kontroll. Förvaltningen planerar för en workshop där nämnden ska delta i framtagandet av risker inför handlingsplan för intern kontroll 2024.

Vid intervju uppges det att nämnden inte är delaktiga i arbetet med kontrollaktiviteter. Det uppges dock vara ett förbättringsområde som förvaltningen ställer sig positiva till. Nämnden uppges vid intervju att det finns ett mervärde av att ha återkommande kontroller för att skapa någon form av mätbarhet men att det är en svår balansgång.

4.4. Bedömning

Vi bedömer att servicenämnden i viss utsträckning har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll.

Servicenämndens arbete med intern kontroll utgår ifrån de kommungemensamma styrdokumenterna som finns. Det genomförs årligen en riskanalys som dokumenteras i en bruttorisklista. De kommungemensamma processerna beaktas och av riskanalys för 2023 framgår det att servicenämnden har identifierat 25

risker och täcker därmed 8 olika processer. Analysen beaktar strategiska, finansiella, operationella och regulatoriska risker. Därutöver ingår även en risk som berör den politiska verksamheten. Utifrån de stickprov vi genomfört framgår det att arbetet med kontrollaktiviteterna inte i tillräcklig grad dokumenterats för den kommungemensamma, men i något större utsträckning för den nämndspecifika kontrollaktiviteten.

Den nämndspecifika kontrollen bedömer nämnden vara grön, det vill säga utan avvikelse. Enligt vår bedömning har inte två av fyra delfrågor besvarats, och det framgår inte i övrigt vad en avvikelse skulle vara. Vi kan därför inte göra någon bedömning av kontrollaktivitetens resultat.

Vi ser det som positivt att nämnden under åren 2019-2023 haft löpande kontrollaktiviteter utöver de nämndspecifika. De löpande kontrollaktiviteterna har varit en extra uppföljning av tidigare års kontrollaktiviteter där det förekommit avvikelser. Sedan förra året har nämndens presidium en mer aktiv roll i arbetet med risker, men är inte involverade i arbetet med kontrollaktiviteter.

Vi konstaterar avslutningsvis att servicenämndens presidium är mer involverade idag i den intern kontrollen än tidigare, vilket vi ser som positivt.

4.5. Utbildningsnämnden

Styrdokument

Utbildningsförvaltningens arbete med intern kontroll förhåller sig främst till de kommungemensamma anvisningarna. Utbildningsnämnden har ett eget dokument med tidsplan för arbetet med intern kontroll. Vid intervju uppges det att tidplanen är uppdaterad 2023. Tidplanen beskriver kortfattat hur arbetet med intern kontroll månadsvis ska förläggas under året.

Av handlingsplan för intern kontroll 2023 framgår det att förvaltningens arbete med intern kontroll samordnas och leds av en utvecklingsstrateg. Det är utvecklingsstrategen som sammanställer underlag och rapporter till nämnden samt sammankallar och leder förvaltningens arbetsgrupper kopplade till intern kontroll. Vid intervju framgår det att förvaltningen är med i den förvaltningsöverskridande arbetsgruppen som arbetar med intern kontroll. Det lyfts att minnesanteckningar från mötena sparas i en gemensam teamsgrupp. I teamsgruppen finns det möjlighet för att ställa frågor och liknande. Det upplevs att denna grupp bidragit till mer återkoppling och uppföljning än tidigare men även en bättre samverkan. Gruppens möten uppges vara ett bra forum för diskussion för hur de kommungemensamma kontrollaktiviteterna ska passa för samtliga förvaltningar.

Risikanalys

Kansliets ledningsgrupp beslutar under januari-februari om vilka medarbetare som ska ingå i det innevarande årets arbetsgrupp för intern kontroll. Bedömningen görs utifrån årets kontrollområden samt eventuella åtgärder från tidigare år. Vid intervju framgår det att kansliets ledningsgrupp består av chefer för samtliga av förvaltningens enheter. Utbildningsförvaltningens ledningsgrupp beslutar även vilka som ska representera verksamheterna i förvaltningens riskbedömningsgrupp inför nästkommande års interna kontroll.

I handlingsplan intern kontroll 2023 framkommer det att sammansättningen av riskbedömningsgruppen ändrades under 2022 och innehåller nu fler funktioner än tidigare. Några exempel som lyfts är rektor, biträdande rektor, administrativ chef, IKT-expert och juridisk expertis. Det är förvaltningens ledningsgrupp som beslutar om sammansättningen av gruppen och tanken är att gruppens medlemmar ska bytas ut mellan åren för att säkerställa att alla verksamheter blir representerade. Vid intervju uppges det att detta bidragit till en god bredd för risikanalysen då arbetsgruppen är bemannad med olika kompetenser och funktioner.

Av tidsplan framgår det att utbildningsförvaltningens riskbedömningsgrupp under april-oktober träffas vid 2-3 tillfällen för att identifiera, värdera och hantera potentiella risker. Från handlingsplan för 2023 framgår det att identifieringen av risker utgår ifrån de kommunövergripande processerna och delprocesserna. Riskerna bedöms utifrån den kommungemensamma riskmatrisen. Utifrån identifierade risker görs en avgränsning avseende vad som är möjligt att granska

inom ramen för intern kontroll och slutligen görs ett urval av de riskerna med högst riskvärde. Baserat på urvalet ger ledningsgruppen och presidiet sina synpunkter innan ärendet behandlas av nämnden. Det framgår att tanken med detta har varit att presidiet ska få en större insyn i arbetet med intern kontroll.

I nedanstående tabell framgår de nämndspecifika riskerna för åren 2019-2023. Varje risks resultat är färgkodad med grönt respektive rött, efter nämndens bedömning om det förekom avvikelser eller ej i kontrollaktiviteten. Siffran står för riskens tilldelade riskvärde. Utifrån ovanstående tabell kan vi se att utbildningsnämnden genomgående har haft risker med högt riskvärde. Nämnden har för samtliga år haft två nämndspecifika kontrollaktiviteter.

Tabell 7. Utbildningsnämndens nämndspecifika risker 2019-2023

Risk	2019	2020	2021	2022	2023
Att det blir löneglidning i samband med rekryteringar	12				
Att elevers frånvaro påverkar deras betyg negativt	9				
Att det finns brister i arbetet med övertalighet		9			
Att det finns en diskrepans mellan krav, mål och de resurser som tillskjuts		12			
Rektors möjlighet att ta ansvar för sin verksamhet försvåras när planering och utförande av tjänster och processer samordnas extern/att det finns processer och tjänster som påverkar gymnasieskolornas ekonomi och verksamhetsplanering som rektorerna ansvarar för men inte har rådighet över**			12*	12	
Nämndens verksamheter saknar underlag från HR-portalerna för att kunna följa upp och utveckla nämndens verksamheter			12		
Att vissa elevgrupper har påverkats negativt av den fjärr- och distansundervisning som bedrivits under pandemin				12	
Risk för att handlingsplan i händelse av kris inte är känd eller av annan anledning inte följs om en krissituation uppstår					8
Risk för bristande likvärdighet i bedömning av elever på grund av nya riktlinjer från Skolverket					8

* Saknas bedömning

** Risken beskrivs olika för 2021 och 2022 men har samma kontrollaktivitet för åren: Kartläggning av processer och tjänster som påverkar gymnasieskolornas ekonomi och verksamhetsplanering som rektorerna ansvarar för men inte kan påverka. Kontrollaktiviteten genomfördes inte under 2021 pga. Ökad arbetsbörda under pandemin och fortsatte därför under 2022.

Kontroll och uppföljning

Av förvaltningens tidsplan framgår det att kansliets arbetsgrupp under februari-oktober träffas och granska årets kontrollområden. Under oktober-november läggs resultatet av granskningarna och åtgärderna in i Stratsys. Även en handlingsplan för nästa års interna kontroll med tillhörande riskbedömningar läggs in. Vid eventuella avvikelser är det kansliets ledningsgrupp som godkänner förslag på åtgärder. I december beslutar nämnden om granskningsrapport för årets kontrollområden samt handlingsplan för nästkommande år.

För år 2022 framgår det av inkommet underlag att det funnits anvisningar för kontrollaktiviteterna. I stora drag beskriver anvisningarna vad det är som ska kontrolleras och hur kontrollaktiviteterna ska genomföras. Till viss del framgår en typ av tidsplan och ansvarig för kontrollaktiviteten men inte i samtliga av anvisningarna. Vid intervju framgår det att uppfattningen är att de anvisningar som kommer för de kommundemensamma kontrollaktiviteterna anses vara tydliga. Intervjuade uppger att kansliets ledningsgrupp beslutar om ansvarig för respektive kontrollaktivitet och vilka som sitter i riskbedömningsgruppen.

Vid intervju framgår det att information om arbetet med intern kontroll främst sker i ledningsgruppen. Det är upp till respektive chef att sedan informera i sin ledningsgrupp efter behov. Det skickas ut ett nyhetsbrev till alla medarbetare efter varje nämnd. I detta brev finns information om alla ärenden som behandlats på nämndens sammanträde, så som ärenden avseende intern kontroll.

Det framgår även av intervju att metoden enkäter inte är vanligt i samband med kontrollaktiviteter. När enkäter har använts har svarsfrekvensen upplevts som förhållandevis bra. Arbetet med kontrollaktiviteterna dokumenteras olika beroende på vad det är för typ av uppgift och metod. Förvaltningen uppger att det går att följa arbetet med kontrollaktiviteterna utifrån deras dokumentation.

Resultat av stickprov utbildningsnämnden

Vi har genomfört ett stickprov avseende den nämndspecifika risken från 2022 att det finns processer och tjänster som påverkar gymnasieskolornas ekonomi och verksamhetsplanering som rektorerna ansvarar för men inte har rådighet över. Metoden för kontrollaktiviteten var kartläggning, intervju och enkät och frågeställningarna som skulle besvaras var:

- ▶ Vilka tjänster och/eller processer finns där rektorn hålls ansvarig, men inte har rådighet över?
- ▶ Hur stor del av budgeten upptar dessa tjänster och/eller processer?
- ▶ Erbjuder dessa tjänster och/eller processer allt våra verksamheter behöver för att kunna bedriva sitt arbete både effektivt samt med hög kvalitet?
- ▶ Om nej på ovanstående fråga, vilka funktioner saknar verksamheterna?

Tabell 8. Stickprov utbildningsnämnden kontrollaktivitet 2022

	Svar	Kommentar
Finns anvisningar för kontrollens genomförande?	Ja	
Framgår kontrollansvarig och tidsplan för kontrollaktiviteten?	Nej	Framgår ej av anvisningar.
Har frågeställningarna besvarats?	Ja	
Har kartläggning genomförts?	Ja	
Är kartläggningen dokumenterad?	Ja	
Har intervjuer genomförts?	Ja	

Är intervjuer dokumenterade?	Ja	
Har en enkät skickats ut?	Ja	
Är enkätsvar dokumenterat?	Ja	
Vid avvikelser, finns det föreslagna förbättringsåtgärder?	Ja	

Kontrollaktivitetens olika moment är väl dokumenterad och det går att följa kontrollen steg för steg. Av resultatet i granskningsrapporten framgår bedömningen att avvikelser förekom i kontrollaktiviteten. Dock framgår det inte tydligt vad det faktiskt är som anses vara en avvikelse i detta sammanhang. Förslag på förbättringsåtgärder är beskrivna men det är oklart vad är som är en avvikelse i kontrollens resultat.

Nämndens arbete med intern kontroll

Vid intervju framgår det att nämnden har önskat en större delaktighet i arbetet med intern kontroll. Därav beslutet att presidiet blir involverade i ett tidigare skede. Nämnden är inte involverade i arbetet som sker i riskbedömningsgruppen men förvaltningen är öppna för deras input utifrån vad de kan ha identifierat i verksamheterna.

4.6. Bedömning

Vi bedömer att utbildningsnämnden i hög grad har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll.

Förvaltningen följer de kommungemensamma styrdokumenterna i sitt arbete med intern kontroll men har även en nämndspecifikt framtagen tidsplan. Förvaltningen genomför årligen en riskanalys där flertalet kompetenser inom förvaltningen är involverade. Sen förra året har det beslutats att nämnden ska bli mer involverade i arbetet med riskanalys. Nämndens ska därför vid två tillfällen bjudas in för att få riskbedömningsprocessen presenterad med möjligheten för diskussion, vilket vi ser som positivt. Förvaltningen dokumenterar riskanalysen i den riskmatris som finns kommungemensamt. De kommungemensamma processerna beaktas i detta arbete och av riskanalys för 2023 framgår det att utbildningsnämnden har identifierat 10 risker och därmed täckt 7 olika processer. Vi ser dock inte att det finns tydliga regulatoriska risker utifrån den lagstiftning som nämndens verksamhet är styrd av utifrån bland annat skollagen. Därutöver ingår det en risk som berör den politiska verksamheten.

I granskat stickprov framgår inte vad en avvikelse skulle vara, kontrollområdet synes dels vara svårt att hantera inom organisationen, dels vara svårt att bedöma om avvikelse förekommit eller inte. Vi kan därför inte göra någon bedömning av kontrollaktivitetens resultat. Arbetet med intern kontroll är väldokumenterat och i vårt stickprov var det enkelt att följa förvaltningens arbete med den nämndspecifika kontrollaktiviteten. I stickprovet för den kommunövergripande

kontrollaktiviteten framgick inte resultatet i granskningsrapporten lika tydligt från dokumentationen.

4.7. Miljönämnden

Styrdokument

I miljönämndens arbete med intern kontroll är det i första hand de kommungemensamma anvisningarna som styr arbetet. För miljönämndens nämndspecifika kontrollområden finns det en rutin från 2022. Av rutin framgår det att det är nämndsekreteraren tillsammans med ledningsgruppen som ansvarar för arbetet med intern kontroll. Rutinen beskriver arbetet utifrån risker, prioritera och hantera risker, planera kontrollaktiviteter och skapa en handlingsplan samt genomför kontrollaktiviteter och skriv en granskningsrapport.

Riskanalys

Av nämndens rutin för intern kontroll framgår det att det är ledningsgruppen som ansvarar för inventering av risker. Inventeringen av risker sker under augusti-september. När risker har identifierats sker en värdering av riskerna och de risker som väljs till den interna kontrollplanen ska sammanställas i en bruttorisklista. Enligt uppgift dokumenteras inte en bruttorisklista. Nästa steg innefattar att nämndsekreterare tar fram ett förslag på kontrollaktiviteter för riskerna och skapar en handlingsplan där förslag på ansvarig för var respektive kontroll ska framgå. Handlingsplanen ska sedan godkännas av förvaltningschef och ordförande för att sedan behandlas som ett ärende av nämnden. Vi har tagit del av en lista över förslag på kontrollaktiviteter som nyligen är uppdaterad. Listan innehåller ett mindre antal förslag på kontrollaktiviteter.

Av granskningsrapport för 2022 framgår det att det skett en omorganisation av det interna kontrollarbetet. Tidigare genomfördes det av samordningsgruppen, men genomförs nu av förvaltningens ledningsgrupp. Ledningsgruppen består av avdelningscheferna, miljödirektören, förvaltningssamordnaren och IKT-samordnaren. Det är ledningsgruppen som ansvarar för riskbedömningen och sen tillsammans med nämndsekreteraren tar fram förslag på möjliga kontrollpunkter.

I nedanstående tabell framgår de nämndspecifika riskerna för åren 2019-2023. Varje risk är färgkodad med grönt respektive rött, efter nämndens bedömning om det förekom avvikelser eller ej i kontrollaktiviteten. Siffran står för riskens riskvärde. Av nedanstående tabell framgår det att nämnden mellan åren 2019-2023 haft två nämndspecifika risker per år.

Tabell 9. Miljönämndens nämndspecifika risker 2019-2023

<i>Risk</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>
Risk att regelbundna tillsynsbesök på industriutsläppsverksamheter inte hanteras adekvat	9				

Risk att granskning av miljörapporter inte utförs	9				
Risk att nämnden/förvaltningen inte hanterar personuppgifter korrekt enligt lagstiftning	12				
Risk att medborgare inte får återkoppling inom svarstiden enligt servicelöftet avseende klagomålsärenden		9			
Att planer, regler, policy och riktlinjer inte efterlevs pga. det är svårt att hitta eller okända		9			
Att delegationsordningen är felaktig			8		
Att interna tidsplaner inte följs			9		
Att fakturering inte sker på korrekt sätt				9	
Att granskningsstatusen av miljörapporter i Svenska Miljörapporteringsportalen inte fastställs				9	
Att diarieföring och gallring inte sker efter beslutad dokumentationshanteringsplan och bryter mot lagstiftning					12
Risk att inte alla livsmedelsanläggningar får den kontrolltid som de tilldelats					8

Kontroll och uppföljning

Av granskningsrapport från 2022 framgår det att efter riskbedömning sker ett arbete med att ta fram kontrollpunkter med tillhörande mål och aktiviteter. Miljöförvaltningen har gjort bedömningen att 2-3 nämndspecifika kontrollpunkter är rimligt. Det framgår även att information om intern kontroll förmedlas till förvaltningen på arbetsplatsträffar samt på ledningsgruppens möten. Informationen som förmedlas innefattar både aktiviteter för nästkommande år och resultatet av årets interna kontroll.

Det framgår även av granskningsrapporten 2022 att miljöförvaltningen är kommunens minsta förvaltning och att detta ibland medför problem avseende de kammungemensamma kontrollaktiviteterna. En del aktiviteter som är bra för större förvaltningar kan vara svårare för en mindre förvaltning att genomföra. Under 2022 blev detta tydligt gällande kontrollaktiviteten avsåg LAS då miljöförvaltningen har få tidsbegränsade anställningar och generellt färre anställda vilket gjorde att kontrollaktiviteten blev väldigt smal.

Av nämndens rutin för intern kontroll framgår det att samtliga kontrollaktiviteter genomförs och dokumenteras i verksamhetssystemet. Det är nämndsekreteraren som har det övergripande ansvaret för granskningen och genomför samtliga kontroller tillsammans med relevanta medarbetare för var kontroll. Nämndsekreterare sammanställer en granskningsrapport där det även finns ett avsnitt avseende uppföljning för tidigare år.

För åren 2019 och 2020 har handlingsplanen för intern kontroll haft en bilaga avseende tidplan för kontrollaktiviteterna. Tidplanen är i form av en tabell där det kortfattat framgår, var kontrollaktivitet för sig, dess metod, ansvarig, tid och när det ska vara slutfört. För åren 2021 och 2022 fanns det anvisningar för de kammungemensamma kontrollaktiviteterna, men inte för de nämndspecifika. Vid intervju uppges det att det oftast är samma person som är ansvarig för

kontrollaktiviteterna därför upplevs det inte finnas ett behov att ta fram anvisningar för arbetet.

Resultat av stickprov miljönämnden

Vi har genomfört ett stickprov avseende den nämndspecifika risken från 2022 avseende att fakturering inte sker på korrekt sätt. Metoden för kontrollaktiviteten var stickprov, intervju och inventering. Frågeställningarna som skulle besvaras var:

- ▶ Finns det rutiner för fakturering?
- ▶ Sker fakturering på rätt sätt enligt beslut?
- ▶ Faktureras klagomålsärenden löpande?

Tabell 10. Stickprov miljönämnden kontrollaktivitet 2022

	<i>Svar</i>	<i>Kommentar</i>
Framgår en kontrollansvarig och tidsplan för kontrollaktiviteten?	Inga anvisningar	
Finns en beskrivning av kontrollens genomförande?	Ja	
Har frågeställningarna besvarats?	Ja	
Finns dokumentation från de intervjuade?	Nej	Finns ingen sparad dokumentation.
Finns en dokumenterad inventering?	Nej	Finns ingen sparad dokumentation.
Har stickprov genomförts?	Ja	Enligt uppgift
Är stickproven dokumenterade?	Nej	Saknar uppgifter av hur omfattande stickproven var.
Går det att spåra vilka stickprov som har gjorts?	Nej	Finns ingen sparad dokumentation.
Har intervjuer genomförts?	Ja	Enligt uppgift
Är intervjuer dokumenterade?	Nej	Det finns ingen dokumentation för genomförda intervjuer.
Har en inventering genomförts?	Ja	Enligt uppgift
Är inventeringen dokumenterad?	Nej	
Finns en beskrivning av resultatet?	Ja	
Vid avvikelser, finns beskrivning av åtgärder?	Inga avvikelser	

Enligt uppgift har miljönämnden inte sparad dokumentation för kontrollaktiviteten. Det som finns att tillgå är granskningsrapporten för intern kontroll 2022 samt rutin för fakturering. Kontrollaktiviteten granskades genom en inventering av befintliga rutiner, stickprov av fakturerade beslut samt korta

intervjuer med handläggare för klagomålsärenden. Inventeringen av befintliga rutiner visade att verksamheten har en rutin för fakturering som redogör för processen samt hur beslut ska konteras och faktureras.

Stickprov genomfördes för fakturor som är registrerade i kommunens ekonomisystem Raindance. Stickproven visade att fakturering sker enligt rutin och samtliga kontrollerade fakturor överensstämde med beslutsunderlaget. Hur många fakturor och vilken typ av fakturor stickproven bestod av framgår inte av dokumentationen. Miljönämnden redovisar även att intervjuer gällande debitering vid klagomålsärenden visade på att förvaltningen deldebiterar ärenden som pågår under en längre tid. Hur många intervjuer som genomfördes, vilka typer av frågor som frågades och vilka professioner som blev intervjuade framkommer inte i dokumentationen.

Nämndens arbete med intern kontroll

Av rutin framgår det att nämnden löpande ska informeras om arbetet med intern kontroll. I granskningsrapport för 2022 står det att nämndens presidium informeras om intern kontroll på deras presidiummöten och nämnden får löpande information under året om verksamhets- och ekonomiuppföljningar som kontinuerligt och systematiskt genomförs. Av intervju framgår det att nämnden i övrigt inte är involverade i arbetet med intern kontroll.

4.8. Bedömning

Vi bedömer att miljönämnden i viss utsträckning har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll.

Miljöförvaltningen utgår ifrån de kommundemensamma styrdokumenterna för arbetet med intern kontroll och har även en rutin för miljönämndens nämndspecifika kontrollområden. Enligt uppgift genomförs en riskanalys årligen i olika forum i form av riskinventering. Det finns utarbetade arbetssätt och rutiner för såväl riskanalys som framtagandet av kontrollaktiviteter.

Dock finner vi att nämndens arbete med intern kontroll inte är ändamålsenligt avseendet dokumentation av riskanalys och kontrollaktiviteter. I miljönämndens rutin för nämndspecifika kontrollområden framgår det att identifierade risker ska sammanställas i en bruttorisklista. Intervjuade uppger dock att arbetet med riskanalys endast sker muntligt och att det inte finns någon dokumentation avseende detta eller en bruttorisklista. Då miljönämnden inte har en dokumenterad riskanalys eller bruttorisklista för 2023 kan vi inte göra en bedömning huruvida strategiska, finansiella, operationella eller regulatoriska risker har beaktats i deras riskanalys.

För de nämndspecifika kontrollaktiviteterna tas det inte fram anvisningar då det inte har bedömts nödvändigt. Av intervju framgår det nämndens övervägande är att det inte behövs då det nästan alltid är samma person som ansvarar för dessa. Vår bedömning är att nämndens utvecklingsarbete försvåras då eventuella brister och avvikelser inte är dokumenterade, därutöver blir genomförandet av

kontrollaktiviteterna individberoende och försvårar möjligheten för någon annan att ta över detta arbete om det behovet skulle uppstå. Resultatet av vårt stickprov visar även att genomförandet av kontrollaktiviteter inte dokumenteras. Bristen på anvisningar och dokumentation av genomförandet gör det svårt att följa vad som föranlett bedömningen i nämndens granskningsrapport för året.

Intervjuade uppger att nämnden tar del av löpande information om arbetet med intern kontroll, men i övrigt är nämnden inte involverade i detta arbete. Vi konstaterar avslutningsvis att en större involvering av miljönämndens presidium hade stärkt arbetet med intern kontroll.

5. Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden och utbildningsnämnden i hög utsträckning har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll. Vidare bedömer vi att miljönämnden och servicenämnden i viss utsträckning har ett ändamålsenligt arbete med intern kontroll. Kommunstyrelsen bedömer vi i hög utsträckning ha ett ändamålsenligt arbete avseende att ta fram riktlinjer och stöd för intern kontroll samt med att styra och leda de kommungemensamma intern kontrollerna.

Det framgår tydligt att det finns ett etablerat arbetssätt utifrån de kommunövergripande rutiner som finns. Dock framgår det också att utförandet och dokumentation inte genomförs likvärdigt inom de granskade nämnderna.

Samtliga granskade nämnder genomför årligen en riskanalys, men de granskade nämndernas dokumentation av detta varierar. Kommunstyrelsen tar årligen fram anvisningar för de kommungemensamma kontrollaktiviteterna. Vårt stickprov visar dock på att det finns brister i nämndernas återrapportering. Fler av frågorna som framgick av anvisningarna var inte besvarade i granskningsrapporterna och dokumentationen för genomförda kontroller är varierande, vilket gör det svårt att följa resultaten i granskningsrapporterna. För en del kontrollaktiviteter framgår det inte tydligt vad som bedömts vara en avvikelse i sammanhanget, vilket även det gör det svårt att följa nämndernas bedömning om det förekommit avvikelser eller inte.

Enligt uppgift informeras medarbetarna löpande om arbetet med intern kontroll och arbetet dokumenteras huvudsakligen i handlingsplaner, granskningsrapporter och i en kommungemensam utvärdering. Nämnderna är i stort inte direkt aktiva i arbetet med intern kontroll, men en del nämnder har påbörjat nya sätt för att involveras.

Revisionsfråga	Svar
Finns regelverk, interna riktlinjer och rutiner för hur arbetet ska bedrivas?	Ja. Det finns kommungemensamma anvisningar och rutiner som styr nämndernas arbete med intern kontroll. De granskade nämnderna har i olika utsträckning tagit fram kompletterande nämndspecifika rutiner.
Genomförs en årlig och ändamålsenlig riskanalys?	Ja. Det finns kommungemensamma instruktioner och vägledning för hur riskanalyserna ska genomföras samt en riskmatris med kommungemensamma processer att utgå ifrån. Dock sker inte dokumentation av detta likvärdigt i samtliga av de granskade nämnderna.

<p>Är kontroller som genomförs effektiva och ändamålsenliga?</p>	<p>Delvis. Det finns en tydlig struktur för hur arbetet med kontrollaktiviteterna ska genomföras. Dock skiljer det sig stort mellan de granskade nämnderna avseende dokumentationen av genomförda kontroller, vilket ibland gör det svårt att följa resultatet i granskningsrapporten.</p> <p>För en del kontrollaktiviteter framgår det inte tydligt vad som ska anses vara en avvikelse, vilket gör det svårt att följa bedömningen om en iakttagelse är en avvikelse eller inte.</p>
<p>Dokumenteras arbetet och informeras medarbetare om pågående arbete?</p>	<p>Ja. Arbetet med intern kontroll dokumenteras i handlingsplaner, granskningsrapporter och i kommungemensam utvärdering. Dock visar genomförda stickprov att det finns brister i nämndernas granskningsrapporter avseende besvarandet av frågor från anvisningarna samt kontrolldokumentation.</p> <p>Enligt uppgift informeras medarbetare löpande om arbetet med intern kontroll.</p>
<p>Hur analyseras och utvärderas arbetet?</p>	<p>Arbetet analyseras och utvärderas främst genom nämndernas granskningsrapporter men även i den kommungemensamma utvärderingen. Vård- och omsorgsnämnden gör en ytterligare uppföljning utöver dessa i form av en slutrapport.</p>
<p>Deltar nämnden och nämndsledamöterna i arbetet med intern kontroll?</p>	<p>Delvis. En del av nämnderna har påbörjat nya sätt att involveras och efterfrågar tätare avstämningar. När internkontrollfrågor behandlas på möten är nämnderna aktiva men nämnderna deltar inte i riskworkshops eller motsvarande.</p>
<p>Hur återrapporteras arbetet till nämnden?</p>	<p>Arbetet med intern kontroll rapporteras främst genom granskningsrapporterna samt den kommungemensamma utvärderingen.</p>

Vi rekommenderar kommunstyrelsen att:

- ▶ Tillse att nämnderna följer de anvisningar som gäller för kommunövergripande kontrollmoment och rapporterar resultatet i sina

granskningsrapporter samt ställer krav på att nämnderna dokumenterar genomförda kontroller så att resultatet kan analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete.

Vi rekommenderar miljönämnden att:

- ▶ Dokumentera sin riskanalys i en bruttorisklista i enlighet med sina nämndspecifika rutiner.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden, servicenämnden, utbildningsnämnden och miljönämndens arbete:

- ▶ Uppmanas stärka sin kontrolldokumentation: vem kontrollerar vad, när och hur samt hur sker information och uppföljning.
- ▶ På förhand, i sina anvisningar, ange vad som ska betraktas som en avvikelse för ett beslutat kontrollmoment.
- ▶ Öka involveringen av nämndernas politiker i arbetet med intern kontroll.
- ▶ Tillse att granskningsrapporterna tydligt svarar på de frågor som ställts i handlingsplanerna.

Carl-Henrik Sölvinger

Viktoria Wedbäck
Pizevska

Jakob Smith

EY

EY

EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Kommundirektör
- ▶ Ekonomidirektör
- ▶ Utvecklingschef och avdelningschef ledningsstöd
- ▶ Kvalitetsstrateg ledningsstöd
- ▶ Kommunstyrelsens presidium
- ▶ Vård- och omsorgsdirektör
- ▶ Kvalitetschef vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Kvalitetsstrateg vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium
- ▶ Förvaltningschef serviceförvaltningen
- ▶ Stabschef serviceförvaltningen
- ▶ Utvecklingsstrateger serviceförvaltningen
- ▶ Servicenämndens presidium
- ▶ Miljödirektör
- ▶ Nämndsekreterare miljöförvaltningen
- ▶ Miljönämndens presidium
- ▶ Utbildningsdirektör
- ▶ Utvecklingsstrateg utbildningsförvaltningen
- ▶ Kommunikationschef utbildningsförvaltningen
- ▶ Utbildningsnämndens presidium

Analyserade dokument

- ▶ Anvisning för intern kontroll Lunds kommun 2017
- ▶ Handbok för intern kontroll i Stratsys Lunds kommun 2018
- ▶ Reglemente för intern kontroll 2005
- ▶ Tjänsteskrivelse handlingsplan internkontroll 2019 kommungemensamma kontrollaktiviteter
- ▶ Protokollsutdrag KS 2019-01-10 § 7 Granskningsrapport 2018 och handlingsplan 2019 intern kontroll kommunstyrelsen
- ▶ Handlingsplan intern kontroll 2020-2023 kommungemensamma kontrollaktiviteter
- ▶ Utvärdering av intern kontroll 2019-2022 Lunds kommun
- ▶ Kommungemensamma kontrollaktiviteter 2022 intern kontroll
- ▶ Kommungemensamma granskningar 2023 intern kontroll
- ▶ Bruttonrisklista kommunfullmäktige och kommunstyrelsen 2023

- ▶ Granskningsrapport intern kontroll med anvisningar 2023
- ▶ Handbok om styrning och ledning - Så gör vi i Lund 2023
- ▶ Presentation Intern kontroll i Lunds kommun 2023
- ▶ Minnesanteckningar intern kontroll arbetsgrupp 2022-04-29
- ▶ Minnesanteckningar nätverksträff intern kontroll 2022-01-28, 2022-05-09

Vård- och omsorgsnämnden

- ▶ Anvisningar granskning 2020-2021
- ▶ Anvisningar nämndspecifika kontrollaktiviteter 2021
- ▶ Anvisningar kommungemensam kontrollaktivitet 2022
- ▶ Anvisningar nämndspecifik kontroll 2022
- ▶ Intern kontroll på nämndnivå, 2021
- ▶ Intern kontroll på nämndnivå process, 2021
- ▶ Granskningsrapport intern kontroll 2019-2022
- ▶ Handlingsplan intern kontroll 2019-2023
- ▶ Slutrapport intern kontroll 2021-2022
- ▶ Riskmatris 2019-2020
- ▶ Bruttonrisklista samt riskanalys 2021-2023

Serviceämnden

- ▶ Presentation Lundafastigheter löpande redovisning SN 2023-01-18
- ▶ Presentation utbildning intern kontroll SN 2023-01-18
- ▶ Presentation utbildning och workshop intern kontroll SN 2022-09-12
- ▶ Granskningsrapport intern kontroll 2019-2022
- ▶ Handlingsplan intern kontroll 2019-2023
- ▶ Riskmatris 2019-2023

Miljönämnden

- ▶ Rutin för intern kontroll miljöförvaltningen, 2022
- ▶ Lista på förslag på olika kontrollaktiviteter, 2023
- ▶ Handlingsplan intern kontroll 2019-2023
- ▶ Bilaga tidplan kontrollaktiviteter 2019
- ▶ Bilaga tidplan kontrollaktiviteter 2020
- ▶ Anvisningar 2021-2022
- ▶ Granskningsrapport intern kontroll 2019-2022
- ▶ Riskbedömning och handlingsplan miljöförvaltningen omorganisation 2022

Utbildningsnämnden

- ▶ Handlingsplan intern kontroll 2019-2023
- ▶ Intern kontroll riskbedömning inför 2019
- ▶ Intern kontroll riskbedömning inför 2020 del 1 och del 2
- ▶ Intern kontroll riskbedömning inför 2021
- ▶ Intern kontroll riskbedömning inför 2022 del 1 och del 2
- ▶ Intern kontroll riskbedömning inför 2023 del 1 och del 2
- ▶ Granskningsrapport intern kontroll 2019-2022
- ▶ Anvisningar intern kontroll 2022
- ▶ Sammanställning tidigare granskningar inom intern kontroll inför riskbedömning 2023
- ▶ Tidplan intern kontroll utbildningsnämnden
- ▶ Riskmatris utbildningsnämnden

Bilaga 2: Revisionskriterium

Kommunallagen (2017:725)

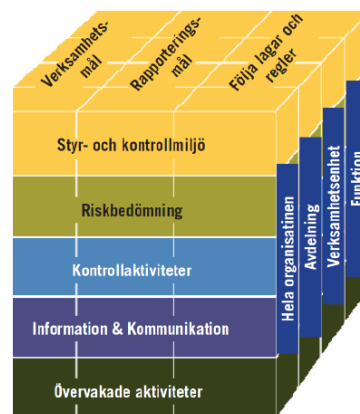
Det är enligt 6 kap. 1 § styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Kommunstyrelsen ska, enligt 6 kap. 2 §, uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning.

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

COSO-modellen

För kommunala myndigheter finns inget bestämt regelverk för intern kontroll, förutom kommunallagen. Kommunen väljer därmed sitt eget arbetssätt. Uppbyggnaden och utvecklingen av den interna kontrollen i den kommunala sektorn vilar i stor utsträckning på COSO². I vår granskning har vi därför utgått från COSO-modellen³, som redogörs för nedan.

Standarden skapades primärt för att stävja ekonomiska oegentligheter kopplat till den finansiella redovisningen och tog sig an uppgiften att beskriva vad som utmärker god intern styrning och kontroll inklusive god riskhantering. Målet med COSO och internkontroll är att säkerställa att risker undviks och ge en trygghet i att organisationens mål uppfylls. COSO-modellen består av fem huvudkomponenter, vilka beskrivs övergripande nedan.



Kontrollmiljö

Kontrollmiljön består exempelvis av etiska värderingar, ledarskapsresurser och ansvarsfördelning inom organisationen. Kontrollmiljö utgör en betydande del av den kultur som finns i organisationen: Är de anställda medvetna om det interna regelverket? Kan de lyfta etiska frågor? Hur agerar de i avsaknad av regler? Här är ledningens riskhanteringsfilosofi och riskaptit, integritet och etiska värderingar viktiga.

² "Intern kontroll: För förtroende, trygghet och utveckling". Sveriges Kommuner och Landsting, 2018

³ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, <https://www.coso.org/Pages/default.aspx>

Utöver organisationskultur består kontrollmiljön även av styrdokument, t.ex. policyer och riktlinjer. Vissa övergripande tekniska system, såsom visseblåsarsystem, tillhör även kontrollmiljön.

Riskbedömning

Riskanalys handlar om att identifiera interna och externa risker som en organisation riskerar att utsättas för. Till analysen hör också att kvantifiera hur stor sannolikhet det är att identifierad risk inträffar samt vilka konsekvenserna skulle bli för organisationen. Utifrån verksamhetens behov kan det finnas anledningar att göra riskanalyser på olika nivåer och i olika omfattning i organisationen för att hantera risker på ett ändamålsenligt sätt.

Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteter utgörs av de aktiviteter som en organisation företar för att minska eller eliminera risker.

- Internkontrollens kontrollaktiviteter: Kontrollaktiviteter anges ofta i en internkontrollplan och syftar då till att följa upp att verksamhetens kontroller fungerar ändamålsenligt.
- Verksamhetens kontrollaktiviteter: Verksamhetens kontroller finns ofta integrerade i verksamhetens olika processer och kan se olika ut, t.ex. Behovsprövning, kontroll av ID-handling, kompetensutveckling av personal, uppföljning och utredning av avvikelser. Gemensamt är att aktiviteterna syftar till att reducera risk i någon omfattning.

En kontroll kan vara förebyggande, upptäckande eller av utredande karaktär. Ovan aktiviteter kan utföras vid olika tillfällen, på olika sätt och i varierande omfattningar, vilket påverkar kontrollens effektivitet.

Information och kommunikation

Enligt COSO-modellen är det viktigt att information och kommunikation mellan olika nivåer i en organisation fungerar väl för att en organisation ska lyckas identifiera, fånga upp och kommunicera relevant information till ledningen och de som arbetar med intern kontroll.

Även det omvända gäller, att information från ledning sprids vidare ut i organisationen. Det kan röra information från nätverk och kompetensgrupper som rör det brottsförebyggande arbetet men även kommunikation kring riktlinjer och rutiner samt ansvarsfördelning inom organisationen. Kopplat till det brottsförebyggande arbetet är frågan kring samverkan med interna och externa parter central.

Tillsyn och övervakande aktiviteter

Övervakande aktiviteter som har till ändamål att utvärdera och följa upp kontrollen i organisationen. Tillsynen bör ske kontinuerligt med kontroller och



utvärdering. Tillsyn kan t.ex. bestå av internrevision, självutvärdering, oberoende externa utredningar och genom att löpande föra statistik och analysera den egna verksamheten

Bilaga 3: Kommungemensamma anvisningar

Risk: Att styrdokument inte tas fram på rätt sätt och/eller inte efterlevs

Anvisning

Denna kontrollaktivitet följer upp att Program för styrning är känt i Lunds nämnder och styrelser. Målet med programmet är att skapa ordning kring styrande dokument. Kontrollaktiviteten består av två delar:

1. Frågor som rör nämndens egna styrdokument och program för styrning
2. Kännedom om kommunövergripande styrdokument

1. Nämndens egna styrdokument

Om nämnden tagit fram egna styrdokument under perioden 2021-06-30-2022-06-30 ska nedan frågor besvaras. Om inga egna styrdokument har tagits fram under perioden ska detta anges som svar.

- ▶ Är nämndens egna styrdokument lätt tillgängliga för berörda medarbetare?
- ▶ Hur säkerställer ni att arbetet med styrdokument följer program för styrning?
- ▶ Gör ni alltid en analys av befintliga styrande dokument vid framtagande av nya styrdokument?

2. Kännedom om kommunövergripande styrdokument

- ▶ Implementering: Är ansvaret för implementeringen av nya kommunövergripande styrdokument alltid tydligt?
- ▶ Vet ni alltid när det tas ett centralt ansvar för implementeringen av nya styrdokument, eller när nämnden själv ansvarar för implementeringen?

Under tidsperioden 20210630-20220630 har följande styrande kommunövergripande dokument fastställts av KS/KF:

1. Riktlinje om extern finansiering
2. Utbyggnadsplan 2030 (är ett av tre dokument som ersätter tidigare "Utbyggnads- och boendestrategi 2025" - övriga två är under framtagande: en ny markpolicy och ett bostadsprogram)
3. Näringslivsprogram för Lunds kommun 2022-2030
4. Strategisk lokalförsörjningsplan 2023-2032
5. Lunds kommuns riktlinjer för resor
6. Handlingsplan mot hedersrelaterat våld och förtryck

7. Handlingsplan för barnets bästa i Lunds kommun 2021-2030
8. Riktlinjer för att förebygga och hantera hot och våld mot förtroendevalda

Bedömning av kontrollaktiviteten som helhet samt eventuella förbättringsåtgärder

Samtliga delar i granskningen ovan utgör underlag för att bedöma om det förekommer avvikelser eller ej i kontrollaktiviteten.

Vid avvikelser - beskriv föreslagna förbättringsåtgärder.

Vid bedömning kan med fördel dessa analysfrågor användas:

- ▶ Hur gick det?
- ▶ Varför blev det så?
- ▶ Hur påverkar resultatet nämndens fortsatta arbete på området?

Finns idéer om förbättringar som med fördel görs på kommunövergripande nivå ska dessa också beskrivas.

Kontrollaktivitet: Framtagande av styrdokument samt säkerställande efterlevnad av beslutade styrdokument

Beskrivning av kontrollaktivitet

Styrdokument ska tas fram i enlighet med det av kommunfullmäktige beslutade Program för styrning (beslutat 2020-01-30). Tas dessa inte fram på rätt sätt är risken att det finns konflikter med redan gällande styrdokument samt att de inte efterlevs. Konsekvenserna kan bli en ineffektiv organisation med onödig administration samt målkonflikter och/eller målförmörkelse som kan påverka utvecklingen av verksamheten.

Syftet med kontrollaktiviteten är att utvärdera genomslaget och efterlevnaden av kommunfullmäktiges antagna program för styrning.

Frågeställningar

- ▶ Tas styrdokument fram på rätt sätt enligt det av kommunfullmäktige beslutade Program för styrning?
- ▶ Är styrdokumenterna lätt tillgängliga för berörda medarbetare?
- ▶ Säkerställer förvaltningen att beslutade styrdokument efterlevs? Om ja, beskriv hur.

Frågorna besvaras med hjälp av självskattning.

Metod

Kartläggning

Inventering