

Granskning av intern styrning och kontroll

Osby kommun

Carl-Gustaf Folkesson, certifierad kommunal revisor

Cornelia Pethrus, revisionskonsult



Innehållsförteckning

1.	Inledning	3
2.	Styrdokument	5
3.	Iakttagelser och bedömningar	8
3.1.	Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt	8
3.2.	En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns	10
3.3.	Internkontrollplanen har upprättats utifrån risk- och väsentlighetsanalysen	13
3.4.	Rapportering av kontroller sker löpande	16
3.5.	Adekvata åtgärder vidtas utifrån rapporterade brister	18
4.	Revisionell bedömning	26
4.1.	Rekommendationer	27

Sammanfattning

Efter genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi den revisionella bedömningen att nämnderna och styrelsen inte helt säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Nedan följer en tabell med bedömningar för respektive kontrollmål och nämnd:

	Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt	Dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys	Upprättad internkontrollplan	Rapportering	Upprättat åtgärder vid brister
Nämnder och styrelse					
Kommunstyrelsen	-				
Hälsa- och välfärdsnämnden	-				
Barn- och utbildningsnämnden	-				
Samhällsbyggnadsnämnden	-				
Miljö- och byggnämnden	-				

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten rekommenderar vi kommunstyrelsen att vidareutveckla kommunstyrelsens samlade bedömning av nämndernas och bolagens interna kontroll i samband med att den interna kontrollen avrapporteras i slutet av året. Av bedömningen bör exempelvis framgå hur väl kommunstyrelsen anser att nämnderna har genomfört årets interna kontroll samt vilka beslut om åtgärder som kommunstyrelsen avser att fatta i syfte att stärka den interna kontrollen inför kommande år.

I övrigt rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnder att:

- Genomföra den interna kontrollen på löpande basis i enlighet med kommunfullmäktiges policy för intern kontroll samt att nämnderna i övrigt genomför den interna kontrollen utifrån gällande policy och riktlinje.
- Vidareutveckla arbetet med att finna riskområden till riskanalysen i syfte att få fram underlag till kontrollmoment som är viktiga att granska i planen för intern kontroll.
- Förtydliga vilka åtgärder som nämnderna vidtagit utifrån de avvikelser som framkommer i den interna kontrollen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att de av fullmäktige fastställda målen uppfylls. Intern kontroll är därmed ett verktyg av väsentlig betydelse för såväl politiker som förvaltningsledning och omfattar alla system och rutiner/processer som syftar till att styra ekonomin och verksamheten.

Kommunstyrelsens har det övergripande ansvaret för intern kontroll. Nämndernas ansvar i arbetet med intern kontroll framgår av Kommunallagen 6 kap 6 §: *"Nämnderna skall, var och en inom sitt område, se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt"*.

En av revisionens uppgifter enligt kommunallagen 12 kap 1 § är att *"pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig."* Med begreppet "tillräcklig" avses en bedömning i förhållande till COSO-modellens fem kontrollkomponenter: kontrollmiljö, riskanalys, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt tillsyn.

Revisorerna har i sin analys av väsentlighet och risk identifierat behov att granska om den interna kontrollen är tillräcklig.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om kommunens nämnder samt kommunstyrelsen har en tillräcklig intern kontroll. Följande fråga revisionsfråga ska besvaras:

- Säkerställer kommunstyrelsen och nämnderna en tillräcklig intern styrning och kontroll?

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterierna för denna granskning har hämtats ur följande:

- Kommunfullmäktiges reglemente för intern kontroll
- Kommunallagen 6 kap 6 §

1.4. Kontrollmål

- Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt
- En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns
- Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk- och väsentlighetsanalysen
- Rapportering av kontroller sker löpande
- Adekvata åtgärder vidtas utifrån rapporterade brister

1.5. Avgränsning

Granskningen omfattar kommunstyrelsen och samtliga nämnder.

1.6. Metod

Granskningen har skett genom analys av dokumenterade riskanalyser, internkontrollplaner, uppföljningar, åtgärdsplaner samt genomläsning av protokoll.

Intervjuer har genomförts med kommundirektör samt kommunalråd och oppositionsråd.

Vidare har vi genomfört en enkät avseende den intern styrning och kontroll. Enkäten har skickats ut till förtroendevalda i nämnder och kommunstyrelsen samt till samtliga chefer. Svarefrekvensen uppgick till 71 procent.

Rapporten har varit föremål för sakgranskning av de intervjuade.

2. Styrdokument

2.1. Policy Intern styrning och kontroll och Riktlinjer Intern styrning och kontroll

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av Osby kommuns policy för intern styrning och kontroll samt riktlinjer för intern styrning och kontroll. Policyn antogs av kommunfullmäktige 2018-09-03. Riktlinjen antogs av kommunstyrelsen 2018-08-22.

Av policyn framgår det att kommunfullmäktige har det övergripande ansvaret och ska besluta i ärenden av principiell beskaffenhet och av större vikt. Leder och samordnar förvaltning av kommunens angelägenheter samt har uppsikt över kommunens verksamhet (KL 6 kap 1 §). I riktlinjen och policyn framgår att kommunstyrelsen har ansvar för att en organisation kring intern kontroll upprättas inom kommunen, att det finns en intern kontroll samt att denna utvecklas från kommunens kontrollbehov. Kommunstyrelsen ansvarar för att vid behov föreslå kommunfullmäktige nödvändiga uppdateringar, samt för att anta riktlinjer för tillämpning av denna policy.

Vidare framgår av policyn att respektive nämnd ska inom varje område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och policys som fullmäktige har beslutat samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (KL 6 kap 6 §).

Bolagsstyrelser ska inom respektive bolag se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och policys som har beslutats samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (KL 6 kap 6 §).

Förvaltnings- och bolagschefer ansvarar för att se till att nämnden eller bolagsstyrelsen löpande under året får information om hur internkontrollen fungerar. Brister i internkontrollen ska snarast rapporteras till nämnden eller bolagsstyrelsen. Förvaltnings- och bolagschefen ansvarar för att arbetssättet för att uppnå god internkontroll är väl etablerat i den egna verksamheten.

Nämnden/bolagsstyrelsen ska årligen upprätta en plan för att på en rimlig nivå säkerställa:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten.
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter och riktlinjer m.m.

Den interna styrningen och kontrollen syftar även till att ta fram förslag till förbättringar av verksamheten.

Nämnden/bolagsstyrelsen ska som grund för sin styrning årligen genomföra och aktualitetspröva en risk- och väsentlighetsanalys för verksamheten. Risk- och väsentlighetsanalysen ska uppmärksamma och hantera de risker som kan leda till väsentliga brister i verksamheten eller som hindrar organisationen från att fullgöra givna uppdrag och nå uppsatta mål. En väl genomförd risk- och väsentlighetsanalys ska tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten. Riskerna ska bedömas utifrån sannolikhet och konsekvens. Såväl

påverkbara som inte påverkbara faktorer som kan inverka på verksamheten ska ingå i analysen

Vid behov ska åtgärder sättas in för att eliminera riskerna eller, om detta inte är lämpligt, minimera den negativa effekten om de inträffar. Åtgärder för att upptäcka risker ska planeras och genomföras kontinuerligt som en grund för ständiga förbättringar. Nämnden/bolagsstyrelsen ska informeras om allvarliga brister och vilken åtgärd som föreslås med anledning av dessa.

Kommunstyrelsen ska inför varje verksamhetsår anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. En risk- och väsentlighetsanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som följd av påverkbara eller opåverkbara risker, och som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. Med utgångspunkt i denna upprättas en internkontrollplan. Den interna kontrollplanen ska innehålla:

- Vilka kontrollområden (rutin/system) som ska följas upp.
- Vilka kontrollmoment som ska göras.
- Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen.
- När rapportering ska ske och till vem.
- Metod.
- Genomförd risk- och väsentlighetsanalys.

Nämnd/bolagsstyrelse har en skyldighet att styra och löpande följa upp den interna kontrollen inom dess verksamhetsområden.

Nämnd/styrelse ska i samband med verksamhetsberättelsens inlämnande rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till kommunstyrelsen. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till kommunstyrelsen.

Kommunstyrelsen ska löpande följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen. Kommunstyrelsen ska med utgångspunkt från uppföljningsrapporter utvärdera kommunens samlade system för intern kontroll. Kommunstyrelsen ska, i de fall behov av förbättringar uppstår, vidta nödvändiga åtgärder. Rapportering ska årligen ske till kommunfullmäktige och kommunens revisorer. Detta görs i anslutning till årsredovisningen. Åtgärder återrapporteras och följs upp i samband med delårsbokslutet per 31 augusti.

Nedan framgår årshjulet avseende intern kontroll vilket är hämtat från riktlinjen för intern kontroll:

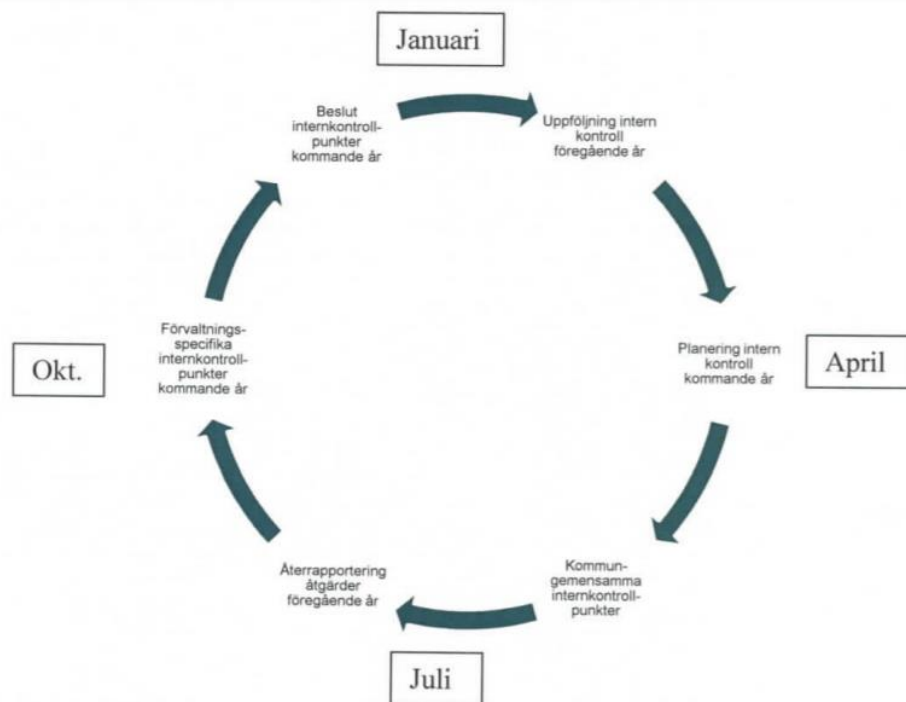


Bild 1: Årshjul intern kontroll.

Genomförandet av den interna kontrollen är uppdelat på fyra olika moment i årshjulet:

Risk och väsentlighetsanalys: Kommunstyrelsen ska årligen ta fram 2 - 3 kommungemensamma kontrollpunkter som alla förvaltningar följer upp. Dessa tas fram och beslutas tillsammans med nämndmål och budgetramar i juni. Därefter tas en risk- och väsentlighetsanalys fram i förvaltningens ledning, verksamheter, bolag och nämnder.

Kontrollåtgärder: De risker som bedömts som allvarligast och/eller mest angelägna att arbeta med, tas fram av nämnder/bolagsstyrelser och sammanställs i en intern kontrollplan för beslut i kommunstyrelsen. Intern kontrollplanen består av de mest övergripande riskerna det vill säga de som framkommit i riskanalyserna genomförda i nämnderna, förvaltningarna och bolagen samt de kommungemensamma internkontrollpunkterna.

Uppföljning: Löpande kontroll av kontrollaktiviteterna under året och därefter uppföljning av de utförda kontrollerna samt uppföljning av åtgärder i samband med årsbokslutet. Resultatet från uppföljningen rapporteras till förvaltningens ledning och verksamheter samt respektive nämnd och bolagsstyrelse.

Rapportering till kommunstyrelsen: Det sista delmomentet innebär att rapporten kring uppföljning av antagen intern kontrollplan upprättas och överlämnas till kommunstyrelsen tillsammans med årsredovisningen.

Vidare anges att de åtgärder som rapporterats i samband med uppföljningen av intern kontrollplanen återrapporteras i kommunstyrelsen i samband med delårsbokslutet för att se om åtgärderna gett något positivt resultat under årets första månader.

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt

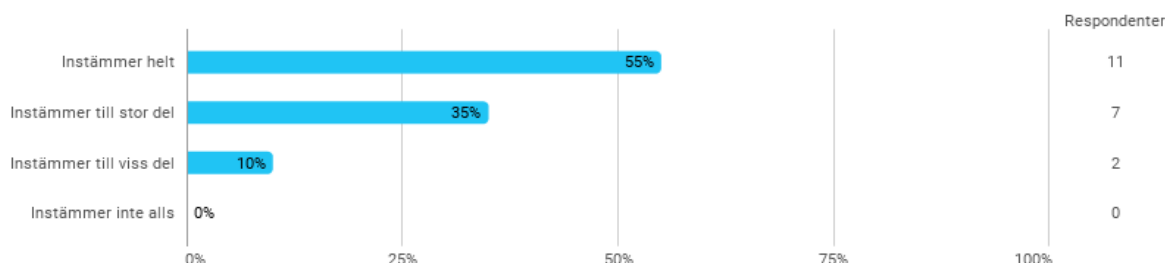
3.1.1. Iakttagelser

Av policy och riktlinjen vilka har beskrivits i föregående avsnitt framgår syftet och arbets-sättet avseende den interna kontrollen. Dessa styrdokument togs fram under år 2018. Dock anges vid intervjuer att implementering av till exempel tidsplanerna som framgår i styrdokumentet inte har genomförts i alla delar ännu. Implementering har inte hunnit färdigställas helt till år 2019 och enligt intervju anges att tidsplanerna inte heller kommer att kunna följas helt för år 2020. Orsaken till detta uppges vara personalomsättning kopplat till arbetet med utveckling och implementering av policy och riktlinjen.

Av intervjuer med kommunstyrelsens presidium och kommundirektör framgår vikten av att se arbetet med den interna kontrollen som ett *förebyggande arbete* och ett sätt att upptäcka fel och brister. Vidare framgår att den interna kontrollen ska bygga på satta mål, lagar, riktlinjer, policys och strategier. Arbetet med intern kontroll har i Osby de senaste åtta åren förändrats och har gått från att vara en väldigt omfattande intern kontroll till en intern kontroll som numera anges vara grepp och hanterbar. Dock uppges av de intervjuade att det finns behov av att ytterligare utveckla arbetet med den interna kontrollen, exempelvis vad gäller riskanalyser.

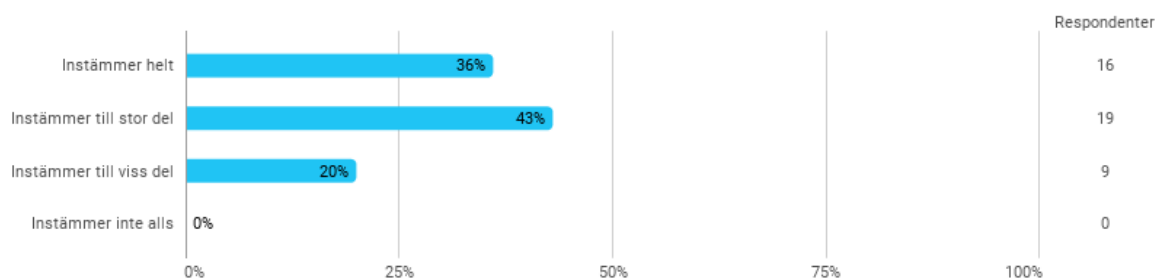
Av enkäten framgår att 90 procent av de förtroendevalda upplever att de har *en god kunskap om vad syftet med intern kontroll är*. Se tabell 1 nedan.

Tabell 1:



Av tabell 2 nedan framgår att 79 procent av cheferna upplever att de har *en god kunskap om vad syftet med intern kontroll är*. Se tabell 2 nedan.

Tabell 2:



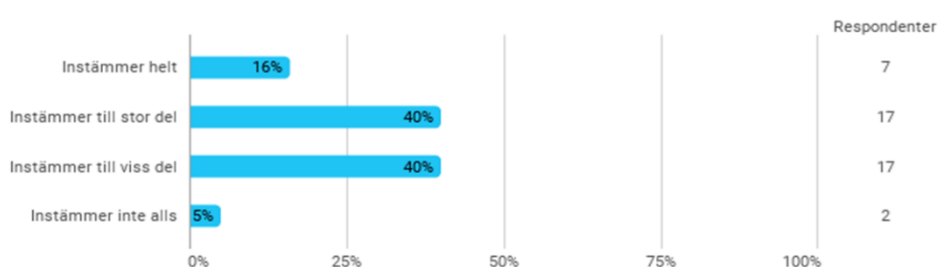
I fritextsvaren till tabell 1 och 2 lämnades bland annat följande kommentarer:

"Nuvarande internkontroll har inte riktigt den funktionen ännu. Uppfattar att den är i ett uppbyggnadsskede"

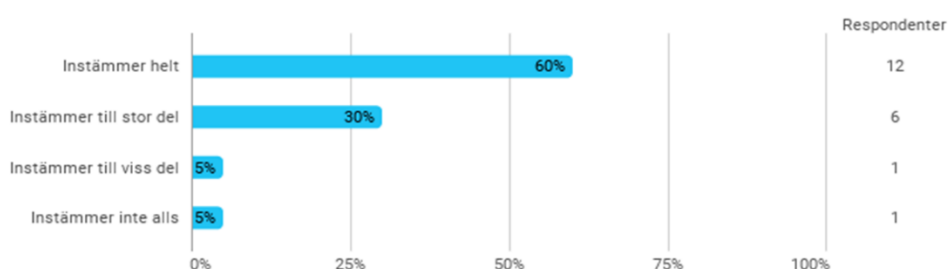
"Är ett mycket bra underlag för förbättringsarbete"

Vidare ställde vi följande fråga till respondenterna: *Jag anser att den interna kontrollen bidrar till att utveckla min organisation.* Av tabell 3 och 4 nedan framgår att de förtroendevalda instämmer helt eller stor del i högre utsträckning än chefer. 90 procent av svarande förtroendevalda instämmer helt eller till stor del medan 56 procent av svarande chefer instämmer helt eller till stor del.

Tabell 3: Chefer

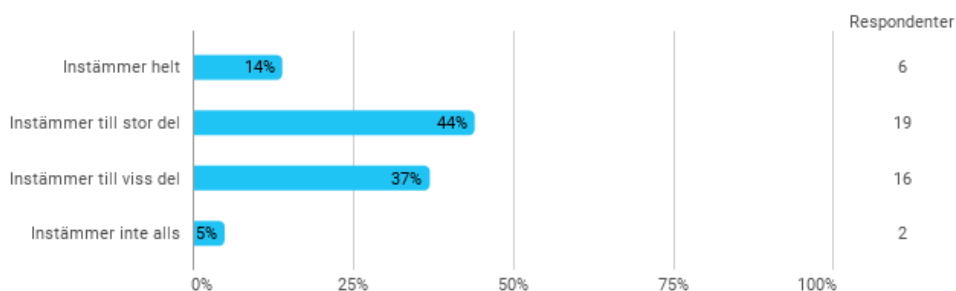


Tabell 4: Förtroendevalda



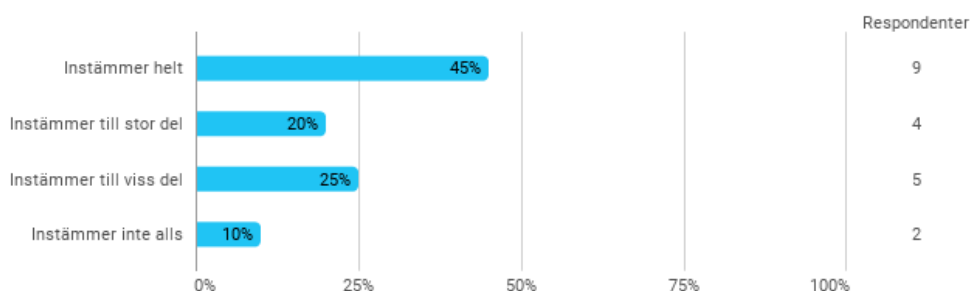
Avseende frågan om *jag upplever att det bedrivs ett aktivt arbete med den interna kontrollen inom min organisation* framgår att chefer till 58 procent instämmer helt eller till stor del. 37 % av svarande chefer instämmer till viss del. Se tabell 5 nedan.

Tabell 5:



Av de förtroendevalda var det 65 procent som instämde helt eller till stor del i frågan om *jag upplever att det bedrivs ett aktivt arbete med den interna kontrollen inom min organisation*. 25 procent av svarande förtroendevalda instämde till viss del. Se tabell 6 nedan.

Tabell 6:



3.1.2. Bedömning

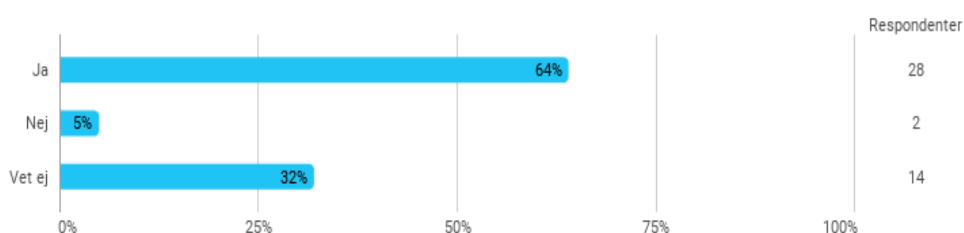
Vi bedömer att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Vi grundar vår bedömning på att det finns en policy och en riktlinje avseende intern styrning och kontroll. Vi noterar dock att beslut om dessa fattades år 2018 men att implementering av alla delar av policy och riktlinje inte har genomförts. Vidare konstaterar vi att respondenterna i enkäten till övervägande del instämmer helt eller till stor del i påståendena om kunskap, om syfte med intern kontroll, den interna kontrollens bidrag till utveckling av organisationen samt om det bedrivs ett aktivt arbete med intern kontroll.

3.2. En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns

3.2.1. Iakttagelser

Av svaren i enkäten framgår att 64 procent av cheferna anser att *det inom deras organisation används riskanalyser som underlag för den interna kontrollen*. Se tabell 7 nedan.

Tabell 7:



Av fritextsvaren från chefer framgår bland annat följande kommentarer:

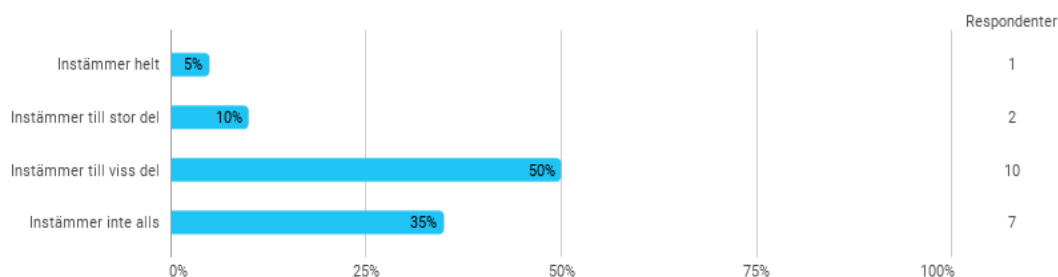
"Inte till alla kontrollområden men till en del"

"Till viss del. En del verksamheter behöver bli bättre"

Vidare framgår av enkäten att de förtroendevalda till mindre del är med i framtagandet av riskanalysen. Se tabell 8 nedan. Ett fritextssvar har lämnat där respondenten framhåller följande:

”Riskanalysen görs på tjänstemannanivå men som förtroendevald har jag alltid möjlighet att påverka, föreslå andra områden eller göra tillägg”.

Tabell 8:



Kommunstyrelsen:

Det framgår att kommunstyrelseförvaltningen efter genomförd risk- och konsekvensanalys upprättat förslag till intern kontrollplan. I kommunstyrelsens antagna internkontrollplan för år 2019 har det specificerats en riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens. Utifrån denna riskbedömning anges sedan om kontrollmomentet leder till förslag till kontroll eller ej. Av kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 framgår sammanlagt 37 olika kontrollmoment där 27 stycken av dessa lett till att kontrollmoment ska genomföras.

Av intervjuer med kommunstyrelsens presidium framgår att de förtroendevalda inte är involverade i framtagandet av risker och internkontrollplan utan att det är först när den föreslagna planen tas upp i KSAU som den kommer till kännedom för politiken. Dock framhålls att det vid det tillfället finns möjlighet att göra justeringar i den föreslagna planen.

Hälsa- och välfärdsnämnden:

Det framgår att förvaltningens ledningsgrupp tagit fram en bruttolista med risker innehållande en del riktlinjer och processer som bedömdes vara angelägna som punkt i årets internkontroll. Detta resulterade i sju punkter, efter detta genomfördes en sannolikhets- och konsekvensbedömning för att fastställa vilka punkter som är mest angelägna att arbeta med. Punkterna som har ett riskvärde på 9 eller mer blir de punkter som ingår i den interna kontrollen, vilket resulterade i fyra stycken punkter. Vi kan konstatera att vi ej tagit del av någon separat riskanalys men att alla risker anges i bruttolistan med de föreslagna internkontrollpunkterna.

Barn- och utbildningsnämnden:

Vi har inte tagit del av en dokumenterad riskanalys. Vi kan inte heller utläsa av protokoll att nämnden tagit del av en riskanalys i samband med beslut avseende interna kontrollplan för 2019 - 2020. Dock framgår att åtta stycken kontrollmoment tagits fram utifrån en riskbedömning i kontrollplanen.

Miljö- och byggnämnden:

Vi har inte tagit del av en dokumenterad riskanalys. Vi kan inte heller utläsa av protokoll att nämnden tagit del av en riskanalys i samband med beslut avseende interna kontrollplan 2019. Dock framgår att fem stycken kontrollmoment tagits fram utifrån en riskbedömning i kontrollplanen.

Samhällsbyggnadsnämnden:

Vi har inte tagit del av en dokumenterad riskanalys. Vi kan inte heller utläsa av protokoll att nämnden tagit del av en riskanalys i samband med beslut avseende interna kontrollplan 2019 - 2020. Dock framgår att tolv stycken kontrollmoment tagits fram utifrån en riskbedömning.

3.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet *delvis är uppfyllt* avseende hälsa- och välfärdsnämnden och kommunstyrelsen. Bedömningen grundar vi på det för hälsa- och välfärdsnämnden finns en bruttorisklista för år 2019 där alla framtagna risker framgår samt föreslagna internkontrollpunkter. Dock anges alla risker i internkontrollplanen oavsett om det ska genomföras ett kontrollmoment avseende risken eller ej. Avseende kommunstyrelsen så har det för år 2019 specificerats en riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens. Utifrån denna riskbedömning anges sedan om kontrollmomentet leder till förslag till kontroll eller ej. Av kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 framgår sammanlagt 37 olika kontrollmoment där 27 stycken av dessa lett till att kontrollmoment ska ske.

Vidare noterar vi att det i riktlinjen framgår att risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras. Då hälsa- och välfärdsnämnden och kommunstyrelsen är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom respektive verksamheter anser vi att det är angeläget att nämnden är involverad i framtagandet av riskanalys.

Avseende, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *ej är uppfyllt*. Vi grundar vår bedömning på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Vidare noterar vi att det i riktlinjen framgår att risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras. Då samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden och barn- och utbildningsnämnden är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom respektive verksamheter anser vi att det är angeläget att nämnden är involverad i framtagandet av riskanalys framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.

3.3. Internkontrollplanen har upprättats utifrån risk- och väsentlighetsanalysen

3.3.1. Iakttagelser

Kommunstyrelsen:

Kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 antogs på kommunstyrelsens sammanträde 2019-04-24 § 88. Kommunstyrelsen beslutade om följande rutin/system inom kommunstyrelsens olika enheter:

Ekonomienheten:

- Momsredovisning
- Kundreskontra
- Leverantörsreskontra
- Systemförvaltning
- Finansverksamheter/stiftelser
- Controller/verksamhetsstöd

Hr-enheten:

- Sjukfrånvaro
- Anställningskontrakt – Intermittent
- Arvodesunderlag

Kanslienheten:

- Resebidrag
- Motioner
- Medborgarförslag

IT- och utvecklingsenheten:

- Hantering datorkonton
- Virus och skadlig programkod
- Återläsning av säkerhetskopiering
- Kommunikation, säkra att lagar och förordningar följs
- Kontaktcenter

Räddningstjänsten:

- Risk- och sårbarhetsanalys
- Myndighetsutövning
- Utbildning av kommunal personal
- Utbildning av skolungdom
- Utbildning och övning av räddningstjänstpersonal
- Utvärdering och lärande
- Kompetensförsörjning
- Samverkan och samarbete

Tillväxtenheten:

- Ansökning projektbidrag tillväxt
- Rapport projektbidrag

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, om kontroll ska genomföras, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod

och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår tidsram och motivering till kontrollmomenten.

Av riktlinjen framgår att kommunstyrelsen årligen ska ta fram 2 - 3 kommungemensamma kontrollpunkter som alla förvaltningar följer upp. Dessa tas fram och beslutas tillsammans med nämndmål och budgetramar i juni. Därefter tas en risk- och väsentlighetsanalys fram i förvaltningens ledning, verksamheter, bolag och nämnder. Vi kan konstatera att detta inte har skett sedan riktlinjen beslutades då inga kommunövergripande kontrollpunkter finns.

Hälsa- och välfärdsnämnden:

Hälsa- och välfärdsnämnden internkontrollplan för år 2019 antogs vid sammanträde 2019-04-17 § 57. Hälsa- och välfärdsnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment skulle ske:

- Riktlinjer trygg hemgång
- Avvikande händelser
- Förändrad delegationsordning
- Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, om kontroll ska genomföras, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår motivering till kontrollmomenten.

Barn- och utbildningsnämnden:

Barn- och utbildningsnämndens internkontrollplan för år 2019 antogs vid sammanträde 2019-02-19 § 26. Barn och utbildningsnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment ska ske:

- Utredningstid barn och familj
- Utdrag ur belastningsregister för ej tillsvidareanställd personal
- Arkivering/gallring
- Hantering av personuppgifter
- Rutiner för synpunkter och klagomål
- Elever rätt till utbildning och särskilt stöd
- Studie- och yrkesvägledning
- Ensamarbete

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, om kontroll ska genomföras, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår tidsram och motivering till kontrollmomenten.

Miljö- och byggnämnden:

Miljö- och byggnämndens internkontrollplan för år 2019 antogs vid sammanträde 2019-01-31 § 15. Miljö- och byggnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment ska ske:

- Rättssäkerhet
- Delegationsanmälan och rapportering
- Antal överklagade ärenden bygg
- Ledtid bygglovsärenden
- Ledtid avloppsärenden

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras.

Nämnden har antagit samma kontrollmoment för år 2019 som fanns år 2018, förutom avseende ett kontrollmoment (ledtid avloppsärenden) trots att inga av dessa inte uppvisade några brister i samband med uppföljningen för år 2018. Förutom för kontrollmomentet avseende ledtid bygglovsärenden så har inte nämnden gjort någon förhöjd riskbedömning från år 2018 till år 2019 avseende följande kontrollmoment: Antal överklagade ärenden bygg, rättssäkerhet samt delegationsanmälan och rapportering

Samhällsbyggnadsnämnden:

Samhällsbyggnadsnämndens internkontrollplan för år 2019 - 2020 antogs vid sammanträde 2019-09-19 § 92. Samhällsbyggnadsnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment ska ske:

- Besiktning lekplatser
- Funktionskontroll av badplatser
- Hyresdebitering
- Inköp gällande fastighet
- Upphandling - byggentreprenad
- Avrop mot ramavtal entreprenörer gällande fastighet
- Fakturering VA-avgifter
- Specialkost
- Beställningsrutiner
- Vikarieanskaffning samt overtidsuttag
- Kontanthantering
- Verkställande av beslut från kommunfullmäktige

Planen innehåller riskbedömning, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår tidsram.

3.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt* avseende hälsa- och välfärdsnämnden. Vår bedömning grundar vi på att det finns en upprättad interkontrollplan som är antagen av nämnden. Vidare konstaterar vi att en bruttolista finns upprättad med alla framtagna risker samt med föreslagna internkontrollpunkter.

Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Vi grundar bedömningen på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av nämnden. Avseende kommunstyrelsen konstaterar vi att det i internkontrollplanen finns en rad olika risker där riskbedömning skett, utifrån riskbedömningen har sedan vissa risker valts ut till kontrollmoment. Vi noterar dock att vi inte tagit del av en separat dokumenterad riskanalys. Vidare konstaterar vi att kommunstyrelsen ej har tagit fram gemensamma kontrollpunkter för år 2019 eller år 2020.

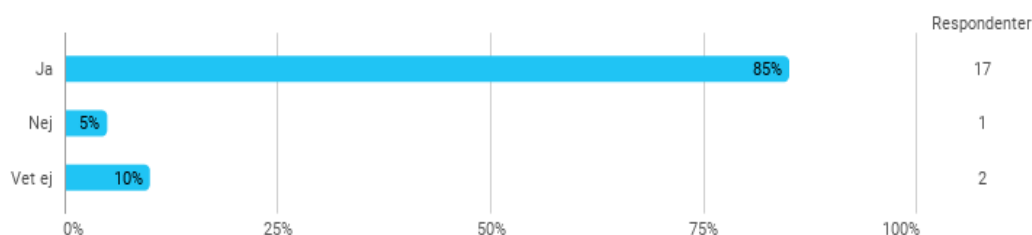
När det gäller samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden och barn- och utbildningsnämnden har vi inte heller tagit del av en dokumenteras riskanalys. Vi noterar att miljö- och byggnämnden antagit samma kontrollmoment för år 2019 som för år 2018, förutom avseende ett kontrollmoment (ledtid avloppsärenden). Detta trots att inga av dessa kontrollmoment uppvisade några brister i samband med uppföljningen för år 2018. Riskbedömningen har dock höjts från år 2018 till år 2019 avseende leddid bygglovsärenden från nivå sex till nio. Avseende övriga kontrollmoment har ingen förändring av risknivån skett.

3.4. Rapportering av kontroller sker löpande

3.4.1. Iakttagelser

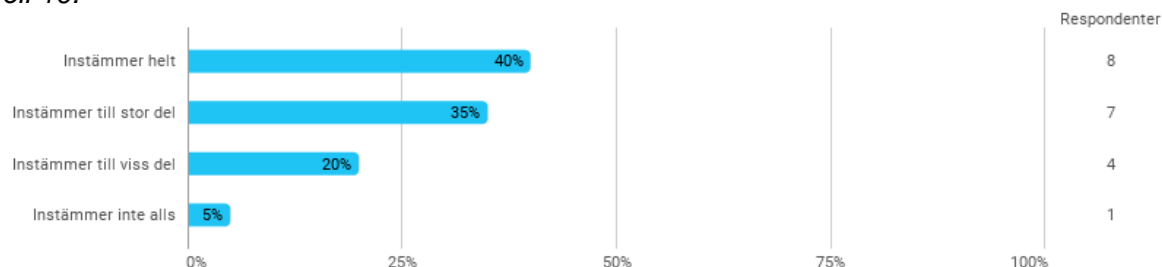
Av enkäten framgår att 85 procent av de förtroendevalda anser att *de får återkoppling på vad som framkommit i den interna kontrollen inom sin organisation*. Se tabell 9 nedan.

Tabell 9:



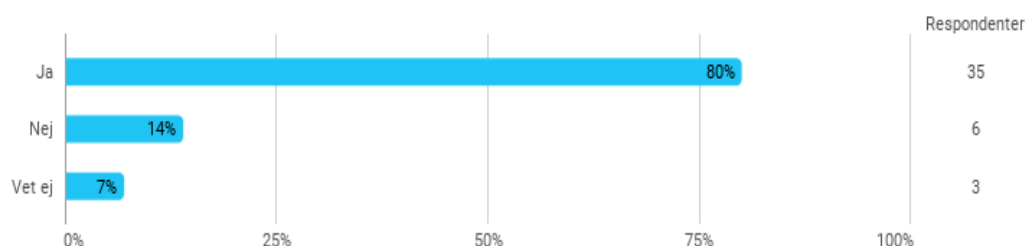
Vidare instämmer 75 procent av de förtroendevalda helt eller till stor del i att den rapportering som de får avseende intern kontroll är lätt att förstå. Se tabell 10 nedan.

Tabell 10:



Avseende chefer så instämmer 80 procent av de svarande i att *de får återkoppling på vad som kommit fram i den interna kontrollen inom sin organisation*. Se tabell 11 nedan.

Tabell 11.



Av riktlinjen framgår att löpande kontroll av kontrollaktiviteterna ska sker under året och därefter uppföljning av de utförda kontrollerna samt uppföljning av åtgärder i samband med årsbokslutet. Resultatet från uppföljningen rapporteras till förvaltningens ledning och verksamheter samt respektive nämnd och bolagsstyrelse. Vidare framgår att det sista delmomentet innebär att rapporten kring uppföljning av antagen intern kontrollplan upprättas och överlämnas till kommunstyrelsen tillsammans med årsredovisningen. Vidare anges att de åtgärder som rapporterats i samband med uppföljningen av intern kontrollplanen återrapporteras i kommunstyrelsen i samband med delårsbokslutet för att se om åtgärderna gett något positivt resultat under årets första månader.

Rapportering av genomförd kontrollplan avseende år 2018:

Avseende uppföljning av den interna kontrollen avseende år 2018 noterar vi att den politiska organisationen förändrades år 2019 vilket medför att uppföljningen avseende den interna kontrollen för år 2018 såg annorlunda ut jämfört med nuläget.

Kommunstyrelsen:

Kommunstyrelsen har beslutat om en tillfredsställande intern kontroll 2019-03-27 § 73 med utgångspunkt från nämndernas och bolagens uppföljningsrapporter avseende år 2018. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Hälsa- och välfärdsnämnden (tidigare vård- och omsorgsnämnden fram till 2018-12-31):

Hälsa och välfärdsnämnden har vid sammanträde 2019-02-21 § 38 beslutat att godkänna redovisningen av intern kontroll avseende Vård och omsorg 2018. Det anges att för merparten av områdena i planen visar kontrollen positivt resultat. För några av kontrollpunkterna är resultaten negativa. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Barn- och utbildningsnämnden (tidigare barn- och skolnämnden fram till 2018-12-31):

Barn- och skolnämnden beslutade att godkänna uppföljningen av den interna kontrollplanen samt ge kontrollansvariga i uppdrag att följa upp de planerade åtgärderna vid sammanträde 2018-12-11 § 84. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Miljö- och byggnämnden (tidigare tillsyns- och tillståndsnämnden fram till 2018-12-31):

Tillsyns- och tillståndsnämnden beslutade vid sammanträde 2018-12-12 § 109. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Samhällsbyggnadsnämnden (ny nämnd sedan 2019):

Ny nämnd sedan 2019, uppföljning av intern kontrollplan för 2018 ej aktuellt.

Uppföljning år 2019:

För år 2019 har det fram till granskningstillfället skett uppföljning i delår 2019 avseende intern kontroll vid *barn- och utbildningsnämndens* sammanträde 2019-08-20. Barn- och utbildningsnämnden beslutade att uppföljningen godkänns samt att kontrollansvariga får i uppdrag att genomföra planerade åtgärder. Sammanställning av åtgärder framgår av kontrollmål 3.5. Utöver rapporteringen vid delår kan vi inte se att det sker någon löpande rapportering avseende den interna kontrollen avseende barn- och utbildningsnämnden.

Gällande övriga nämnder samt kommunstyrelsen kan vi inte utläsa att det har skett någon uppföljning under år 2019.

Av intervjuer framgår att den löpande rapporteringen ska ske i form av rapportering vid delårsbokslut men av ovanstående framgår att det enbart är barn- och utbildningsnämnden som genomfört denna uppföljning i samband med delårsbokslutet. I intervju anges att vissa kontrollmoment är av värde att följa upp två eller flera gånger per år medan andra kontrollmoment endast behöver följas upp en gång per år.

3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt* avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden får rapportering av genomförda kontroller i samband med årsredovisning men också i samband med delår 2019. Vi noterar dock att enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar vilket inte har skett.

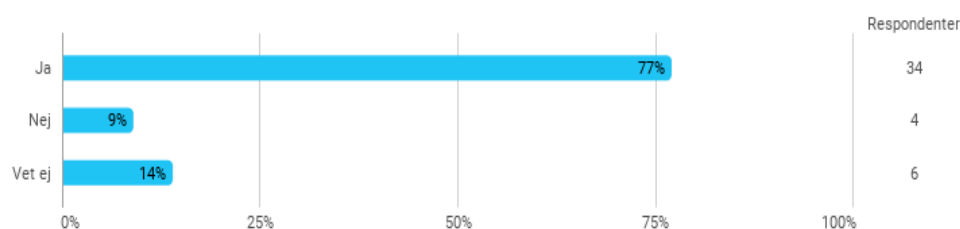
Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Detta gör vi mot bakgrunden att rapportering av genomförda kontroller sker en gång årligen till styrelse eller nämnder. Avseende samhällsbyggnadsnämnden så fanns ej den aktuella nämnden 2018, därav finns ingen uppföljning för det året. Vidare noterar vi att ingen uppföljning har skett i samband med delår 2019. Enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare anger policyn att kommunstyrelsen löpande ska följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen vilket inte har skett.

3.5. Adekvata åtgärder vidtas utifrån rapporterade brister

3.5.1. Iakttagelser

Av enkäten framgår att 77 procent av cheferna vet *vilken funktion de kan vända sig till om de upptäcker att det finns brister i den interna kontrollen*. Se tabell 12 nedan.

Tabell 12:



Kommunstyrelsen:

För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Internkontrollplanen för kommunstyrelsens egen verksamhet för år 2018 har återrapporterats till kommunstyrelsen vid sammanträdet 2019-03-27 § 73. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller avseende år 2018.

Tabell 13: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Försäkringar	Kontrollera rätt försäkringar samt att alla objekt och verksamheter omfattas	Processen fungerar med bra resultat för att säkerställa att kommunen har sina verksamheter och objekt rätt försäkrade. Kontroll gjordes i oktober 2018 inför 2019..	Pågående utveckling av underlag och rutiner för att underlätta inrapportering av uppgifter.
Leverantörsbetalningar	Kontrollera så att det betalas ut till rätt leverantör	Totalt har 48 fakturor kontrollerats. Kontrollen visar att i två fall har utbetalning skett till annat giro än det som leverantören uppgett på fakturan. I båda fallen tillhör dock det giro dit utbetalning gjorts rätt leverantör.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollmomentets utfall.
Löneutbetalningar	Kontrollera att lönepersonal har rätt lön	Inga avvikelser av nettolöneutbetalningar gjordes som indikerar några felaktigheter.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollmomentets utfall.
Personalförsörjning	Risk med stor personalomsättning inom bristyrken	Uppföljningen visar på att 122 medarbetare valde att lämna sin anställning genom egen begäran jämfört med 105 personer 2018.	Slutföra framtagandet av kompetensförsörjningsplanen samt implementera denna. Arbeta än mer målinriktat med att vara attraktiv arbetsgivare. Erbjud kompetensutveckling inom bristyrken.
Sjukfrånvaro	Risk för ökad sjukfrånvaro	Den totala sjukfrånvaron har minskat från 5,5% år 2017 till 4,9 % år 2018. Sjukfrånvaron bland kvinnor är 5,5 % och bland män 2,9 %. Andel sjukfrånvaro på 60 dagar eller mer har sjunkit från 41,2% till 31,9%.	Vidare arbete med att utbilda/informera chefer och arbetsgrupper. Nyttja företagshälsovården i ett än mer förebyggande syfte.
Utbildning för kommunal personal i HLR och brandskydd	Utbildningar planeras, genomförs och följs upp enligt riktlinjer	Anmälningssfrekvensen från kommunens förvaltningar är låg. Det anges att det är svårt för verksamheterna att hålla koll på sina utbildningsplaner och därmed veta när medarbetarna ska gå de olika utbildningarna.	Ett eventuellt införskaffande av ett digitalt system för uppföljning kommer förhoppningsvis att underlätta och öka antalet utbildade medarbetare.
Utbildning och information till skolelever i åk 2,5,8	Utbildningar planeras, genomförs och följs upp enligt riktlinjer	Resultatet av kontrollerna framgår ej. Detta mål är läsårsbaserat och kommer att uppfyllas enligt plan.	Inga åtgärder beskrivs.

Källa: Kommunstyrelsens uppföljning av intern kontroll

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt och utvärdering av nämndernas interna kontroll

Av riktlinjen framgår att nämnderna/bolagsstyrelser ska sammanställa de allvarigaste och mest angelägna riskerna, dessa ska sedan sammanställas i en intern kontrollplan för beslut i kommunstyrelsen. Vi kan inte utläsa av protokoll att nämnderna och bolagens interna kontrollplaner för år 2019 har beslutats av kommunstyrelsen.

Uppföljning av 2018 års internkontrollplaner för styrelsen, samtliga nämnder och helägda bolag rapporterades till kommunstyrelsen 2019-03-27 § 37. Kommunstyrelsen beslutade, med utgångspunkt från uppföljningsrapporterna, att Osby kommun hade en tillfredsställande intern kontroll för år 2018.

Vid uppföljningen av kommunens samlade internkontrollarbete har kommunledningsförvaltningen dragit slutsatsen att några större avvikelser ej har konstaterats i de genomförda kontrollerna.

Noteras kan att den interna kontrollen för år 2018 har bedrivits utifrån kommunens reglemente för intern kontroll, antaget av kommunfullmäktige 1999-03-22 § 27. Som tidigare nämnt antog fullmäktige en ny policy under 2018 som gäller från 2019 och framåt.

Nämnderna:

Hälsa- och välfärdsnämnden (tidigare vård- och omsorgsnämnden fram till 2018-12-31): För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Hälsa och välfärdsnämnden har vid sammanträde 2019-02-21 § 38 beslutat att godkänna redovisningen av intern kontroll avseende Vård och omsorg 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 14: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Handläggning och verkställighet av SoL-beslut	Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten	Biståndsbeslut innehåller numera konkreta mål som är uppföljningsbara och mätbara. Det som behöver utvecklas är förankring av målen i hemtjänstgrupperna samt uppföljning i team.	Utbildning av enhetscheferna kommer att utföras under hösten för att uppföljning av målen ska förbättras.
Dokumentation inom verkställighet	Säkerställa att genomförandeplaner görs enligt rutin i hemtjänst, Säbo och FN samt att kvaliteten är god.	Säbo och FN har uppnått målet att upprätta genomförandeplaner inom tre veckor. Hemtjänsten når inte detta mål. Kvaliteten på genomförandeplaner inom samtliga verksamheter kan förbättras.	Förvaltningen behöver definiera och implementera vad god kvalitet i genomförandeplanerna innebär. Enhetscheferna har fått utbildning under hösten för att få en samsyn kring hur kvaliteten kan förbättras. Mallar kring hur dokumentation ska utföras har skapats och finns tillgängligt för all personal.
Rutin vid anställning	Säkerställa att personal lämnar utdrag från belastningsregistret vid anställning och att det finns väl fungerande rutiner för detta.	Idag begärs utdrag ur belastningsregistret av enhetscheferna. I nytt material inför anställning finns frågan med i processen	Nya rutiner för anställning och introduktion har skapats. Dessa ska implementeras.
Rutin för gallring och arkivering	Säkerställa att det finns väl fungerande rutiner för arkivering och gallring som följer gällande lagstiftning samt att dessa rutiner följs.	Dokumenthanteringsplan finns.	En arkivbeskrivning har upprättats, tydligare rutiner för gallring och arkivering har skapats.
Rutin kontering	Ta fram rutin för att säkerställa korrekt kontering av	Processen fungerar men kan förbättras	I samarbete med personalavdelningen ta fram rutin

	löner		
GDPR	Säkerställa att personuppgifter behandlas enligt den nya dataskyddsförordningen.	Klassificeringssystem klassa har utförts	GDPR-ansvar har informerat ledningsgrupp. Kontroller har utförts enligt rutin
Brandskydd	Brandskyddsrutin	Brandskyddsinspektioner har utförts på alla enheter. Rutiner är godkända av brandskyddsinspektör.	Fortsatt arbete med automatiska dörrstängare är pågående på säbo.

Källa: Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av intern kontroll

Barn- och utbildningsnämnden (tidigare barn- och skolnämnden fram till 2018-12-31):

Barn- och skolnämnden beslutade att godkänna uppföljningen av den interna kontrollplanen vid sammanträde 2018-12-11 § 84. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 15: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Arkivering/gallring	Arkivering/gallring	Information om arkivering och gallring har skett i verksamheterna i samband med införandet av Dataskyddsförordningen. Medarbetare har börjat gallra runt sin arbetsplats i pärmar, mappar, datorer osv. Det finns fortfarande mycket som behöver gallras bort/arkiveras. Gallring i Diariesystemet Lex sker löpande. Arkivering sker enligt dokumenthanteringsplan.	Systemförvaltare för respektive IT-system är utsedda. Systemförvaltarens uppdrag är att gallra/arkivera i respektive system. Utbildningsinsatser behövs för att öka förståelsen kring arkivering och gallring samt säkerställa att gällande lagar kring arkivering och gallring följs av enskild medarbetare.
Rutin för barn/elever med skyddad identitet	Rutin för barn/elever med skyddad identitet	Rutinen finns och är känd i alla verksamheter samt övriga berörda.	Revidering bör ligga i årshjul, oktober
Hantering av personuppgifter	Hantering av personuppgifter.	Verksamheterna har blivit informerade om Dataskyddsförordningen (GDPR) under året. Det finns fortfarande handlingar, som innehåller personuppgifter som inte har laglig grund eller som finns med i registerförteckningen.	Informationsinsatser måste pågå löpande för att säkerställa att lagen följs. Årshjul på respektive enhets APT bör införas där bl a rutiner/information kring personuppgiftsbehandling och registerförteckning finns med.
Riktade stadsbidrag	Säkerställa att det finns rutiner	Rutiner för riktade stadsbidrag är framtagna, beslutade, implementerade och följs	Klar
Ny organisation inom elevhälsan	Säkerställ att plan efterlevs	Samordningstjänsten försvann i samband med personalförändringar juni 2017, vilket gjort att samordningsuppdraget hamnat på områdeschefer för förskola och grundskola. Detta har påverkat processbeskrivningen i form av brist på uppföljning och utveckling. Övergripande barn- och elevhälsa arbetade under vt-18 med framtagande av Barnrättssystem vilket är ett pågående arbete. Central barn- och elevhälsas ärendegång är väl fungerande. Nätverket specialpedagogik fungerar enligt gällande	Från och med 1/1 2019 kommer gymnasiet att inkluderas inom central barn- och elevhälsa. Ny processbeskrivning arbetas fram och under ht-18 genomförs en övergripande kartläggning och utvärdering som kommer ligga till grund för nytt organisationsförslag. Fortbildning inom arbetet med barn och elever i behov av särskilt stöd kommer genomföras för förskolechefer och rektorer. Specialpedagogiska skolmyndigheten har fått uppdraget och ansvarar för denna fortbildning.

		processbeskrivning. Lokalt barnstödsteam på förskolan fungerar enligt gällande processbeskrivning. Lokalt elevhälsoteam inom grundskolan fungerar, men samverkan mellan dem och central elevhälsa behöver utvecklas.	
Vikarieanskaffning förskola och grundskola	Säkerställa att rutin följs	Rutiner finns för att säkra att vikarien alltid har ett giltigt utdrag från belastningsregistret.	Utveckla rekryteringsprocessen. Integration med vårt lönesystem. Genomföra enkätundersökningar för både vikarier och verksamheterna.
Utdrag ur belastningsregister för ej tillsvidareanställd personal	Kontrollera rutinen	Enligt stickprovskontroller finns det utdrag på enheten, men inte hos HR centralt	Skapa rutin för hantering av utdrag ur belastningsregister
Resor och skolskjuts för barn och elever	Skolskjutsreglemente	Det finns väl dokumenterade rutiner för skolskjuts och resor för elever som följs. Skolskjutsreglementet är reviderat under året och är beslutat av Barn- och skolnämnden, gäller från 2017-07-01.	Klart
Utredningstid barn och familj	BBIC utredningsprocess	Av 58 pågående utredningar aktuellt datum var 21 utredningar försenade. Det innebär att 36% av utredningarna inte har slutförts inom lagstadgad tid.	Vid kontroll visar det sig att utredningarna är genomförda men att de inte är färdigskrivna. Därför kommer obligatoriska skrivdagar att införas. Under kommande 6 månader kommer kontroller att genomföras en gång/månad. Utredningar som inte slutförs inom fyra månader ska registreras som avvikelser i verksamhetens kvalitet från och med 2018-12-01.
Tid för förhandsbedömningar	Rutin för aktualisering och förhandsbedömning	Under perioden 2018-01-01 - 2018-06-30 har 232 aktualiseringar gjorts på Barn- och familjeenheten. 24% av aktualiseringarna slutfördes ej inom lagstadgad tid.	Beslut om utredning eller ej ska fattas inom 14 dagar även om den aktuella familjen ej går att nå. 1:e socialsekreterare ansvarar för att detta genomförs. Aktuell aktualiseringslista ska gås igenom med handläggargruppen var 14:e dag.
Utdrag ur belastnings- och misstankeregistret för tillsvidareanställd personal inom barn- och familjeenheten	Årshjul	Samtlig personal på Barn- och familjeenheten har ombetts lämna in utdrag ur belastnings- och misstankeregister under oktober 2017. Vid kontroll saknas utdrag från tre personer.	Personal som inte lämnat utdrag ur belastningsregistret har ombetts lämna snarast. Nya utdrag ska lämnas i oktober 2019. Detta tillförs enhetens årshjul.

Källa: Barn- och skolnämndens uppföljning av intern kontroll

Det har skett uppföljning delår 2019 avseende intern kontroll vid barn- och utbildningsnämndens sammanträde 2019-08-20. Barn- och utbildningsnämnden beslutar att uppföljningen godkänns samt att kontrollansvariga får i uppdrag att genomföra planerade åtgärder. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 15: Genomförda kontroller delår 2019

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Utredningstid barn och familj	Att säkerställa att utredningstider inom barn och familjs verksamhet följer gällande lagstiftning samt att det finns fungerande rutiner som säkerställer detta	Under första halvåret 2019 har utredningstiderna kontrollerats månadsvis. Sammantaget har ca 30 - 40% av utredningarna inte slutförts inom lagstadgad tid.	Rutiner för genomläsning av utredningar har ändrats för att förhindra onödiga dröjsmål. Fortsatt arbete med att effektivisera utredningsprocessen pågår i dialog med socialsekreterarna. Handlingsplaner kommer att upprättas med de handläggare som har hög andel försenade utredningar.
Utdrag ur belastningsregister för ej tillsvidareanställd personal	Att säkerställa att personal som inte är tillsvidareanställd och inte är anställd via Vikariebanken lämnar utdrag från belastningsregistret årligen och att det finns väl fungerande rutiner för detta	Enligt stickprovskontroller finns det utdrag på en del enheter, men inte alla. Visstidsanställdas belastningsutdrag förnyas inte alltid efter ett år.	Rutin för att förnya belastningsutdrag för visstidsanställda efter ett år.
Arkivering/gallring	Att säkerställa att det finns väl fungerande rutiner för arkivering och gallring som följer gällande lagstiftning samt att dessa rutiner följs	Sydarkivera genomförde i juni en tillsyn och de anser att barn- och utbildningsförvaltningen har god kännedom och kontroll över sin informationshantering. Informationshanteringsplanerna och arkivbeskrivningarna är uppdaterade.	Fortsätta arbetet med att informera och medvetandegöra alla medarbetare i förvaltningen.
Hantering av personuppgifter	Att säkerställa att personuppgifter behandlas enligt den nya dataskyddsförordningen	Barn- och utbildningsnämnden beslutade 21/5 Riktlinjer för personuppgiftsbehandling och förvaltningschefen har beslutat gällande rutiner.	Fortsatt information och implementering av riktlinjer och rutiner i hela förvaltningen.
Rutiner för synpunkter och klagomål	Att säkerställa att varje enhet har rutiner för synpunkts- och klagomålshantering	Det finns fungerande rutiner för varje enhet gällande synpunkts- och klagomålshantering. På varje enhets hemsida finns hänvisning till kommunens synpunkter och felanmälan.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollmomentets utfall.
Elevers rätt till utbildning och särskilt stöd	Att säkerställa att det finns rutiner kring pedagogisk utredning och dokumentation	Fullständig kontroll genomförd av centrala elevhälsoteamet som visade att drygt hälften av dokumentationen har brister i både pedagogisk utredning och åtgärdsprogram.	Centrala elevhälsan har genomfört utbildning av grundskolans speciallärare och specialpedagoger. Kommunen har ett tvåårigt avtal med SPSM där ökad tillgänglighet i lärmiljön och arbetet med pedagogisk utredning och åtgärdsprogram ingår. Fortsatt uppföljning kommer att komplettera den genomförda kontrollen genom stickprov där varje grundskoleenhet skickar vart femte åtgärdsprogram med pedagogisk utredning till Centrala elevhälsoteamet för kontroll. Detta sker den 31 maj och 30 november, vilket förhoppningsvis kommer att underlätta och öka antalet utbildade medarbetare.
Studie- och yrkesvägledning	Att skapa gemensamma rutiner för studie-	Eftersom det är ett pågående arbete finns ännu inget märkbart resultat.	Arbetet pågår sedan vt-19 och beräknas vara klart under ht-19.

	och yrkesvägledning inom grundskola och gymnasie/vux		
Ensamarbete	Risکانalys på hela kultur och fritid	Frågan kontrolleras regelbundet i samband med skyddsronder och diskuteras på APT. Ensamarbete förekommer på grund av att verksamheten kräver öppethållande under morgontid och kvällstid och för att personal saknas till exempel på biblioteksfilialer.	Regelbunden kontroll, samt se över att det finns personlarm till medarbetare.

Källa: Barn- och utbildningsnämnden Intern kontroll rapportering 2019

Miljö- och byggnämnden (tidigare tillsyns- och tillståndsnämnden fram till 2018-12-31): För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Tillsyns- och tillståndsnämnden beslutade vid sammanträde 2018-12-12 § 109 om uppföljning av intern kontroll 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 16: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Rättssäkerhet	Att beslut är korrekta	Inga resultat anges förutom att dokumenterad processbeskrivning finns, samt att processen fungerar enligt processbeskrivningen. Processen anges ej behöva utvecklas.	Inga åtgärder beskrivs.
Delegationsanmälan och rapportering	Att delegationsordningen följs, miljö	Inga resultat anges förutom att dokumenterad processbeskrivning finns, samt att processen fungerar enligt processbeskrivningen. Processen anges ej behöva utvecklas.	Inga åtgärder beskrivs.
Delegationsanmälan och rapportering	Att delegationsordningen följs, bygg	Inga resultat anges förutom att dokumenterad processbeskrivning finns, samt att processen fungerar enligt processbeskrivningen. Processen anges ej behöva utvecklas.	Inga åtgärder beskrivs.
Överklagade ärenden och utgång i högre instans	Antal överklagade ärenden bygg	Fyra överklagade ärenden, inget avgjort i högre instans	Inga åtgärder beskrivs.
Tid från komplett ärende till beslut	Ledtid bygglovsärenden	Ledtid är 18 dagar i genomsnitt på stickproven	Inga åtgärder beskrivs.

Källa: Tillsyns- och tillståndsnämndens uppföljning av intern kontroll

Samhällsbyggnadsnämnden (ny nämnd sedan 2019):

Mot bakgrund av att det är en ny nämnd från år 2019 så har ingen uppföljning skett av kontrollplan för år 2018. För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller utifrån plan för intern kontroll.

3.5.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt* avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden i samband med rapportering av genomförda kontroller för år 2018 och vid delår 2019 tar del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska fortlöpa framåt.

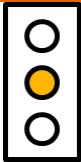
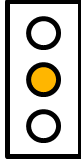
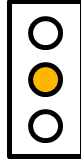
Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Vår bedömning gör vi mot bakgrund av att kommunstyrelsen och nämnderna (förutom samhällsbyggnadsnämnden) i samband med rapportering av genomförda kontroller år 2018 tagit del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska ske framöver. Avseende miljö- och byggnämnden redovisas inga åtgärder då resultatet av kontrollmomenten anger bland annat att processerna ej behöver utvecklas. Vi noterar att inga åtgärder har redovisats avseende år 2019 för kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden. Vi menar att det är av stor vikt att den interna kontrollen följs upp löpande, vilket även framgår av policyn för intern kontroll. Genom en löpande uppföljning ges förutsättningar för att kunna vidta adekvata åtgärder i rätt tid och på så sätt minimera eventuella konsekvenser.

4. Revisionell bedömning

Granskningens revisionsfråga har varit: *Säkerställer nämnderna och styrelsen att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig?*

Efter genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi den revisionella bedömningen att nämnderna och styrelsen *inte helt säkerställer* att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

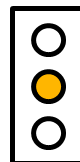
Bedömningen görs mot bakgrund av utfallet av nedanstående kontrollmål:

Kontrollmål	Bedömning	
Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt	Delvis uppfyllt Vi grundar vår bedömning på att det finns en policy och en riktlinje avseende intern styrning och kontroll. Vi noterar dock att trots att det togs beslut avseende dessa under 2018 så har implementering av alla delar av policy och riktlinje ej genomförts. Vidare konstaterar vi att respondenterna i enkäten övervägande instämmer helt eller till stor del avseende frågor om kunskap om syfte med intern kontroll, den interna kontrollens bidrag till utveckling av organisationen samt om det bedrivs ett aktivt arbete med intern kontroll.	
En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns	Delvis uppfyllt Vi bedömer att kontrollmålet delvis är uppfyllt avseende hälsa- och välfärdsnämnden och kommunstyrelsen. Bedömningen grundar vi på att vi tagit del av framtagna risker där vissa av dem sedan har lett till kontrollpunkter i den interna kontrollplanen. Avseende, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet ej är uppfyllt. Vi grundar bedömningen på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Vidare noterar vi att det i riktlinjen framgår att risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras. Då nämnderna och styrelsen är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom respektive verksamheter anser vi att det är angeläget att nämnden eller styrelsen är involverad i framtagandet av riskanalys framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.	
Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys	Delvis uppfyllt Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt avseende hälsa- och välfärdsnämnden. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad interkontrollplan som är antagen av nämnden. Vidare konstaterar vi att en bruttolista finns upprättad med alla framtagna risker samt med föreslagna internkontrollpunkter. Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Vi grundar bedömningen på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen. Dock har vi inte tagit del av en separat dokumenterad riskanalys. Vidare konstaterar vi att kommunstyrelsen ej har tagit fram gemensamma kontrollpunkter för år 2019 eller år 2020.	

Rapportering av kontroller sker löpande

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden får rapportering av genomförda kontroller i samband med årsredovisning men också i samband med delår 2019. Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Detta gör vi mot bakgrunden att rapportering av genomförda kontroller sker en gång årligen till styrelse eller nämnder. Vidare noterar vi att ingen uppföljning har skett i samband med delår 2019. Enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare anger policyn att kommunstyrelsen löpande ska följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen.



Adekvata åtgärder vidtas utifrån identifierade brister

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden i samband med rapportering av genomförda kontroller för år 2018 och vid delår 2019 tar del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska fortlöpa framåt. Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Detta gör vi mot bakgrunden att styrelsen och nämnderna (ej samhällsbyggnadsnämnden) i samband med rapportering av genomförda kontroller år 2018 tar del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska fortlöpa framåt. Vi noterar att inga åtgärder har redovisats avseende år 2019 för kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden. Vi menar att det är av vikt att den interna kontrollen följs upp löpande, vilket anges i policyn. Genom en löpande uppföljning kan åtgärder också vidtas under årets gång.



4.1. Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten rekommenderar vi kommunstyrelsen att vidareutveckla kommunstyrelsens samlade bedömning av nämndernas och bolagens interna kontroll i samband med att den interna kontrollen avrapporteras i slutet av året. Av bedömningen bör exempelvis framgå hur väl kommunstyrelsen anser att nämnderna har genomfört årets interna kontroll samt vilka beslut om åtgärder som kommunstyrelsen avser att fatta i syfte att stärka den interna kontrollen inför kommande år.

I övrigt rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnder att:

- Genomföra den interna kontrollen på löpande basis i enlighet med kommunfullmäktiges policy för intern kontroll samt att nämnderna i övrigt genomför den interna kontrollen utifrån gällande policy och riktlinje.
- Vidareutveckla arbetet med att finna riskområden till riskanalysen i syfte att få fram underlag till kontrollmoment som är viktiga att granska i planen för intern kontroll.
- Förtydliga vilka åtgärder som nämnderna vidtagit utifrån de avvikelser som framkommer i den interna kontrollen.

2020-01-20

Lena Salomon

Uppdragsledare

Carl-Gustaf Folkeson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Osby kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-10-07. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.