

Äldrenämnden
Granskning intern kontroll

Jönköpings kommun

Innehåll

Sammanfattning	1
1. Inledning	2
2. COSO-ramverket	4
3. Självdeklaration	6
4. Resultat	7
5. Iakttagelser och rekommendationer	8

Sammanfattning

Deloitte har av Jönköpings kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att utföra en granskning av den interna kontrollen inom äldreämnden.

Nämndernas uppdrag är att säkerställa en ändamålsenlig styrning så att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt, att det finns säkra rutiner som förhindrar förluster och att redovisningen är rättvisande.

Mot denna bakgrund har vi granskat äldreämndens arbete med intern kontroll.

Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är:
Har äldreämnden en ändamålsenlig intern kontroll?

Svar på revisionsfråga

Vår bedömning är att äldreämndens interna kontroll inte är fullt ändamålsenlig.

Vår bedömning av resultatet av verifieringen är överlag att anses som förväntat och normalt, i jämförelse med vad andra organisationer uppvisar första gången verifiering sker.


Iakttagelser och rekommendationer

Vi har i vår granskning noterat ett antal iakttagelser. Utifrån våra iakttagelser har vi sedan ett antal rekommendationer. För iakttagelser som identifierats "ej effektiva" och rekommendationer till dessa vänligen se avsnitt 5.

Vi vill särskilt lyfta fram behovet av att nämnden arbetar med en fullständig riskanalys som berör samtliga perspektiv och kritiska processer.

Jönköping den 23 september 2014

DELOITTE AB



Torbjörn Bengtsson
Certifierad kommunal revisor



Jenny Lundin
Auktoriserad revisor

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Deloitte har av Jönköpings kommuns förtroendevalda revisorer fått i uppdrag att utföra en granskning av den interna kontrollen inom äldrenämnden.

Nämndernas uppdrag är att säkerställa en ändamålsenlig styrning så att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt, att det finns säkra rutiner som förhindrar förluster och att redovisningen är rättvisande.

Inom Jönköpings kommun finns centrala stödfunktioner som IT-avdelning, personalenhet och upphandlingsenhet. De gemensamma enheterna utgör en form av internt konsultativt och administrativt stöd för samtliga nämnder. De gemensamma policydokument och beslut som är fattade av kommunfullmäktige är nämnderna skyldiga att leva upp till. Oaktat de stöd som nämnderna får avseende IT, upphandling och personalfrågor är nämnderna fullt ut ansvariga för sin IT-verksamhet, upphandling samt personalhantering.

Intern kontroll kan övergripande definieras som en process. I processen samverkar såväl den politiska som den professionella ledningen samt medarbetare. Utformningen sker med en rimlig grad av säkerhet kunna uppnå följande mål:

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

Intern kontroll syftar också till att verksamheten ska:

- Trygga tillgångarna
- Säkerställa att lagar efterlevs
- Minimera risker
- Säkra att resurser används enligt tagna beslut
- Säkra en rättvisande redovisning
- Skydda förtroendevalda och anställda från oberättigade misstankar

Lagstiftningen är väldigt tydlig avseende nämndernas ansvar för intern kontroll. I lagstiftningen framgår följande enligt kommunallagen 6 kap 7 §:

”Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när värden av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap 16 § har lämnats över till någon annan.”

Lagstiftningen är lika tydlig gällande revisorernas ansvar. Av kommunallagen 9 kap 9 § kan utläsas:

”...revisorena prövar 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...”

1.2 Syfte

Efter genomförd granskning ska Deloitte bedöma om äldrenämnden har en ändamålsenlig intern kontroll.

Deloitte skall även för iakttagelser som identifierats som ”ej effektiva” ge förslag på förbättringsåtgärder/rekommendationer.

1.3 Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är:
Har äldrenämnden en ändamålsenlig intern kontroll?

1.4 Metod

Vår granskning har baserats på ett formulär (en s.k. självdeklaration). Självdeklarationen är baserad på COSO-ramverket, vilket är det internationellt mest erkända ramverket för intern kontroll. Granskningen har genomförts i två steg.

I steg ett har nämnden fått svara på ett antal påståenden (självdeklaration) kring den interna kontrollen för ett antal utvalda områden/processer. Nämnden har även fått beskriva vilken dokumentation som finns på plats för att styrka påståendena.

I steg två har Deloitte genomfört en uppföljning, verifiering och utvärdering av nämndernas självutvärdering. Uppföljning och verifiering har genomförts genom intervjuer, stickprovskontroller samt dokumentstudier.

1.5 Avgränsningar

Våra bedömningar bygger på en övergripande verifiering av självdeklarationen. Självdeklarationen innehåller ett stort antal kontrollfrågor. Det har inte varit möjligt att utföra någon djupare analys av respektive kontrollfråga. Våra rekommendationer bygger på den begränsade information vi har tillgång till.

Rapporten baseras på underlag som är framtagna under och giltiga under år 2013. Förändringar som har skett under år 2014, har inte fått genomslag i hela verksamheten.

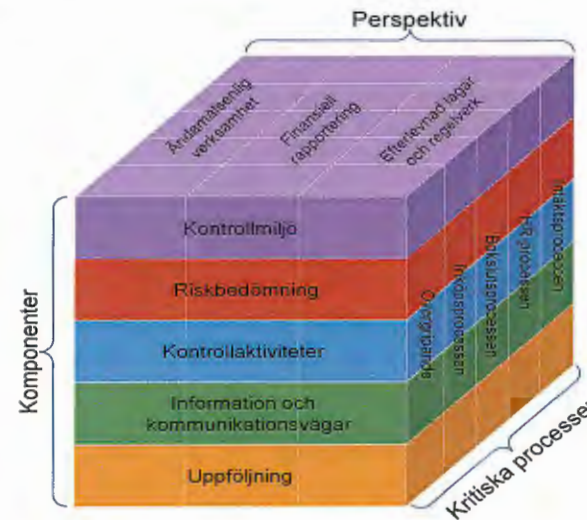
Vår återrapportering är en avvikelserapportering, vilket innebär att redan fungerande områden inte lyfts fram i samma utsträckning som eventuella brister och förbättringsområden.

I de fall där stickprovskontroll inte ingått som en del av utvärderingen bygger våra bedömningar på den information vi erhållit via intervjuer med utvalda personer av nämnden samt via dokumentation.

Vad gäller styrande dokument har verifieringen inte innefattat en djupare analys av dessa, exempelvis har kvaliteten i nämndens mål, strategier och verksamhetsplaner inte analyserats.

2. COSO-ramverket

Vårt arbete har baserats på ett formulär i form av en självdeklaration. Självdeklarationen är baserad på COSO-ramverket, vilket är det internationellt mest erkända ramverket för intern kontroll. COSO-ramverket bygger på ett strukturerat sätt att arbeta med intern kontroll och omfattar ett antal olika perspektiv, komponenter och kritiska processer.



COSO-ramverket är uppbyggt i tre olika perspektiv. Perspektiven verkar för att med rimlig grad av säkerhet uppnå;

- ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- efterlevnad av tillämpliga lagar och regelverk

Vidare identifierar COSO-ramverket ett antal för den interna kontrollen väsentliga komponenter. Komponenterna är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning. Alla fem komponenter är väsentliga för att den interna kontrollen ska vara effektiv. Nedan följer en beskrivning av komponenterna samt vilka områden respektive komponent berör.

Kontrollmiljön

- Hur påverkar organisationskulturen intern styrning och kontroll?
- Vilka signaler får medarbetarna från ledningen om risk och kontroll?
- Hur ser ansvarsfördelningen ut för utvärdering och övervakning av den interna kontrollen?

Riskbedömning

- Hur kan ledningen förlita sig på att risker identifieras och värderas på ett enhetligt och riktigt sätt genom hela organisationen?

Kontrollaktiviteter

- Hur kan ledningen försäkra sig om att lämpliga kontrollaktiviteter utförs i tid, av rätta personer samt att dessa dokumenteras vid behov?

Information och kommunikation

- Hur säkerställa att rätt information når rätta personer i rätt tid?
- Hur kan ledningen informera sig om att verksamheten bedrivs effektivt och ändamålsenligt?

Uppföljning

- Sker utvärderingar och ständiga förbättringar?
- Hur sker löpande och särskild uppföljning?
- Hur hanteras signaler om brister i kontrollsystemet?

COSO-ramverket beskriver även vilka processer inom en organisation som berörs och är kritiska för den interna kontrollen. Exempel på väsentliga processer är; intäktsprocessen, HR-processen, bokslutsprocessen, inköpsprocessen samt övergripande processer. Dessa processer har en direkt koppling till komponenterna och målen inom intern kontroll och styrning.

3. Självdeklaration

I självdeklarationen finns ett antal kontrollfrågor. Varje kontrollfråga har också riskklassificerats i en skala från 1 till 3;

- Riskkategori 1 har tilldelats kontrollfrågor med liten inverkan på det operativa, finansiella och/eller legala perspektivet.
- Riskkategori 2 har tilldelats kontrollfrågor med medelstor inverkan på det operativa, finansiella och/eller legala perspektivet.
- Riskkategori 3 har tilldelats kontrollfrågor med större inverkan på det operativa, finansiella och/eller legala perspektivet.

Syftet med denna klassificering har varit att få en nyanserad och rättvisande bild av den interna kontrollen inom äldrenämnden.

Nämnden har fyllt i självdeklarationen med kommentarer till de olika kontrollfrågorna och om de anser sig ha en effektiv kontroll eller inte. Nämnden har även angett en referens till den dokumentation som styrker bedömningen. För att exemplifiera vilken typ av dokumentation som efterfrågats har exempel på bevis/kriterier lagts till i självdeklarationen.

Deloitte's uppgift har därefter varit att verifiera i vilken utsträckning kontrollfrågorna har uppnåtts. Verifieringen har utförts genom intervjuer med utvalda personer i nämnden. Om

tillämpligt har även relevant information samlats in och viss stickprovstestning har genomförts.

Beroende på kontrollfrågans karaktär har en av följande tre testmetoder använts för att utvärdera dess effektivitet:

- Intervju: Kontrollfrågan har utvärderats genom intervju med ledande befattningshavare och övriga nyckelpersoner.
- Intervju/dokumentation: Kontrollfrågan har utvärderats genom intervju med ledande befattningshavare och övriga nyckelpersoner. Vidare har även tillämplig dokumentation insamlats och översiktligt utvärderats.
- Intervju/dokumentation/testning: Kontrollfrågan har utvärderats genom intervju med ansvarig befattningshavare och övriga nyckelpersoner. Vidare har testning genomförts enligt tillämplig metod med gemensamt beslutade urvalskriterier.

Efter utvärderingen enligt ovan har varje kontroll bedömts som "effektiv" eller "ej effektiv". För att ett påstående ska bedömas som effektivt måste det finnas en rutin som säkerställer att kontrollen fungerar. Kontrollen måste även ha fungerat under hela testperioden, vilket kontrollerats genom en av de tre testmetoderna. För de kontroller där det via testning har visat sig att minst ett stickprov har en avvikelse har det aktuella påståendet bedömts som ej effektivt.

4. Resultat

4.1 Bedömningsskala

De kontrollfrågor som bedöms "effektiva" efter vår utvärdering har multiplicerats med riskkategorin för varje enskild fråga. Därefter har en kategorisering skett i enlighet med de fem viktiga komponenterna.

Utvärderingen har sedan skett enligt en tregradig skala samt uppdelat utefter de fem olika komponenterna. De komponenter som har 90 – 100 % effektiva påståenden anses ha en god måluppfyllelse. Effektiva påståenden som har 70 – 90 % anses ha ett behov av förbättring. De komponenter vilka har mindre än 70 % effektiva påståenden anses ha ett stort behov av förbättring.

Bedömningsskala	
Stort behov av förbättring	< 70 % effektiva påståenden
Behov av förbättring	70-90 % effektiva påståenden
God måluppfyllelse	90-100 % effektiva påståenden

I vår bedömning beaktar vi om en fullständig riskanalys har genomförts eller inte. Finns ingen fullständig riskanalys i komponenternas kontrollmiljö och riskbedömning som berör samtliga perspektiv och kritiska processer, påverkar det vår bedömning negativt. En bristande eller avsaknad av fullständig riskanalys påverkar också bedömningen av övriga tre komponenter.

4.2 Utvärdering

Nedan framgår en övergripande sammanställning per område utifrån de fem COSO-komponenterna. Nämndens bedömning

framgår av mittenkolumnen och Deloitte's bedömning av kolumnen till höger.

Verksamhetsövergripande	Nämndens bedömning	Deloitte's bedömning
Kontrollmiljö	93 %	70 %
Riskbedömning	70 %	0 %
Kontrollaktiviteter	100 %	28 %
Information & kommunikation	100 %	45 %
Uppföljning	100 %	36 %
Total	93 %	45 %

I tabellen ovan framgår det att äldrenämnden enligt sin egen bedömning anser sig ha god måluppfyllelse i fyra av komponenterna samt behov av förbättringar inom komponenten riskbedömning.

Vidare kan utläsas att nämndens bedömning avviker från Deloitte's i samtliga fem komponenter. Totalt sett bedömer Deloitte att äldrenämnden har 45 % effektiva påståenden, medan äldrenämnden bedömer att de har 93 % effektiva påståenden. Vi kan konstatera att äldrenämnden inte har en fullständig riskanalys.

Vår bedömning av resultatet av verifieringen är överlag att anses som förväntat och normalt i jämförelse med vad andra organisationer uppvisar första gången verifiering sker.

Under avsnittet "Iakttagelser och rekommendationer" återfinns samtliga kontrollfrågor som har bedöms "ej effektiva" med tillhörande iakttagelser och rekommendationer.

5. Iakttagelser och rekommendationer

Nedan redovisas de iakttagelser som identifierats som "ej effektiva" under verifieringen av självdeklarationen. För respektive kontrollfråga framgår en numrering som är hänförlig till komponenten enligt COSO-ramverket. Nummer 1.x avser utvärdering av kontrollmiljö, nummer 2.x riskbedömning i verksamheten, nummer 3.x kontrollaktiviteter för hantering av

risker, nummer 4.x information och kommunikation samt nummer 5.x uppföljning och övervakning. Ur tabellen nedan framgår även den riskkategorisering som kontrollfrågan har graderats till. Vi har även lämnat förslag på förbättringsåtgärder/rekommendationer för respektive iakttagelse.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
1.6	Ändamålsenligheten i roller och ansvar utvärderas regelbundet och uppdateras vid behov för att stödja en god arbetsfördelning inom förvaltningen.	2	Det saknas dokumenterade arbetsbeskrivningar.	Nämnden bör upprätta roll- och ansvarsbeskrivningar som stödjer en god arbetsfördelning inom förvaltningen och regelbundet uppdateras. Roll- och ansvarsbeskrivningen bör finnas tillgängligt på intranät eller motsvarande informationskälla.
1.7	Dokumenterade arbetsbeskrivningar har upprättats för ledande befattningshavare inom förvaltningens samtliga områden/funktioner och har antagits av nämnden.	2	Det saknas dokumenterade arbetsbeskrivningar.	Se rekommendation 1.6.
1.9	Rutiner finns på plats för att säkerställa en ändamålsenlig ansvarsfördelning, dvs. oförenliga aktiviteter/ arbetsuppgifter utförs av skilda personer (exempelvis kontroll och attest).	3	Dokumentation avseende oförenliga aktiviteter/ arbetsuppgifter saknas.	Nämnden bör analysera och dokumentera oförenliga aktiviteter/arbetsuppgifter för samtliga väsentliga processer. Analysen bör dokumenteras i en matris där oförenliga aktiviteter identifieras. I de fall konflikter på grund av oförenliga aktiviteter identifieras bör förslag upprättas till hur dessa hanteras. Dokumentationen bör också inkludera eventuella befintliga kompenserande kontroller inom verksamheten.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
1.14	Ledningen upprättar och kommunicerar uppförandekoder/andra etiska riktlinjer.	2	Nämnden har en generell policy för etik som signeras vid anställning. Policyn följs dock inte upp eller kontrolleras att den följs. I övrigt sker främst arbete med etik i värdegrunden.	Nämnden bör utarbeta en uppförandekod för förvaltningens medarbetare. Utarbetad uppförandekod bör fastställas av nämnden samt kontrolleras och följs upp.
1.15	Nämnden har etablerat rutiner för att löpande identifiera situationer där risk föreligger för oetiskt eller i övrigt oönskat beteende hos förvaltningens medarbetare och har etablerat kontroller för att reducera risken för att dylika händelser inträffar.	1	Det saknas en dokumenterad rutin/riskanalys för att löpande identifiera situationer där risk föreligger för oetiskt eller i övrigt oönskat beteende.	Nämnden bör inkludera ett avsnitt i riskanalysen där risker för oetiskt eller i övrigt oönskat beteende utvärderas. Om det inte finns risk att anse att oetiskt beteende föreligger bör ändå bakomliggande analys framgå i dokumentationen. Förslag på hur identifierade risker bör kontrolleras ska dokumenteras och följas upp i exempelvis intern kontroll planen.
1.20	Nämnden säkerställer att "back up"-personer finns för nyckelpositioner inom samtliga områden/funktioner.	2	Det saknas dokumenterade ställningstaganden avseende back-up-personer för viktiga roller/arbetsuppgifter.	<i>Avseende nyckelpositioner:</i> Nämnden bör identifiera vilka nyckelpersoner som besitter särskild kompetens, där frånfalle skulle innebära en risk för nämnden. För dessa nyckelpersoner bör ersättare/"back-up"-personer utses. Analysen av dessa positioner bör dokumenteras. <i>Avseende arbetsuppgifter:</i> Ersättare/"back-up"-personer bör utses för att säkerställa att uppgifter, ex attester, kan genomföras vid sjukfrånvaro, semester etc. Alla "back up"-personer bör dokumenteras och kommuniceras till berörda medarbetare.
1.22	Nämnden har en process som avgör vilka resurser och kompetenser som förvaltningen skall besitta internt och i övrigt vilken extern assistens som erfordras.	1	Nämnden saknar en process för att avgöra vilka resurser och kompetenser som förvaltningen skall besitta.	Nämnden bör minst årligen dokumentera en genomgång av förvaltningens kompetensbehov. Vidare bör nämnden kartlägga vilka kompetenser som bör finnas internt och vilken extern assistans som erfordras.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
1.28	Rutiner finns på plats som säkerställer att identifierade kontroller regelbundet testas och fungerar på avsett sätt.	2	Det finns inga rutiner fastställda för test av kontroller. Förvaltningen anser att detta kommer förbättras i samband med implementeringen av kvalitetsrevisionerna under 2014 – 2015.	Nämnden bör fastställa rutiner som säkerställer att identifierade kontroller testas regelbundet. Resultatet av testningen skall avrapporteras till nämnden. Rutinerna bör exempelvis inkludera hur och i vilken omfattning testning ska genomföras, vem som ska utföra testningen, med vilken frekvens identifierade kontroller ska testas och hur testningen ska dokumenteras samt rapporteras.
1.29	Det finns en etablerad rutin för att rapportera brister i den interna kontrollen.	2	Det finns inga rutiner fastställda för rapportering av brister i den interna kontrollen. Förvaltningen anser att detta kommer förbättras i samband med implementeringen av kvalitetsrevisionerna under 2014 – 2015.	Nämnden bör fastställa rutiner för hur identifierade brister ska hanteras. Rutinerna bör omfatta vem som är mottagare av rapportering samt riktlinjer för hur och med vilken frekvens bristerna ska följas upp.
2.1	En process för riskhantering och riskanalys har fastställts av nämnden.	3	Det saknas dokumenterad process för riskhantering och riskanalys som fastställts av nämnden.	Övergripande regler och anvisningar för riskhantering och riskanalys, vilken skall ligga till grund för upprättande av internkontrollplanen, bör dokumenteras och fastställas av nämnden. Regler/anvisningar bör inkludera: <ul style="list-style-type: none"> - Hur riskanalys ska genomföras - Med vilken frekvens riskanalys ska genomföras - Aktiviteter för identifiering av risker - Aktiviteter för bedömningar av risker - Aktiviteter för beslut om riskhantering - Aktiviteter för löpande rapportering och uppföljning av risker och riskhanteringsaktiviteter.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
2.2	Nämnden genomför regelbundet en dokumenterad analys av verksamhetens operationella/affärsmässiga, legal och finansiella risker och risker för oegentligheter.	2	Nämnden genomför inte regelbundet en dokumenterad analys av förvaltningens operationella/affärsmässiga, legal och finansiella risker och risker för oegentligheter. Förvaltningen gjorde en informell riskanalys under 2013, ett beslut om att starta kvalitetsrevisioner under 2014 togs. Kvalitetsrevisioner är dock inte fullt implementerade ännu.	En dokumenterad riskanalys bör genomföras minst årligen där samtliga identifierade risker i verksamheten inkluderas, såsom: <ul style="list-style-type: none"> - Operationella/affärsmässiga risker - Legala risker - Finansiella risker - Risker för oegentligheter
2.3	Riskanalysen är kopplad till verksamhetsplaner och framtagen mot bakgrund av verksamhetens mål, strategier, lagar och förordningar. Följande riskkategorier adresseras: <ul style="list-style-type: none"> - Operationella risker - Finansiella risker - Efterlevnadsrisker (lagar och förordningar) 	3	Nämnden har ingen strukturerad riskbedömning. Det saknas koppling mellan riskanalys och verksamhetsplan.	Riskanalysen bör vara framtagen utifrån verksamhetens mål, strategier, samt relevanta lagar och förordningar. Riskanalysen bör också vara kopplad till verksamhetsplaner.
2.4	Roller och ansvar i riskhanteringsprocessen är tydligt definierade och kommunicerade.	1	Nämnden har ingen strukturerad riskhanteringsprocess. Det saknas information som visar vem som är ansvarig för att genomföra riskanalysen.	Nämnden bör formellt definiera roller och ansvar för samtliga aktiviteter inom processerna för riskhantering och riskanalys, inklusive huvudansvarig för det årliga genomförandet av riskanalysen.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
2.5	Risken analysen bygger på en strukturerad modell med tydligt definierade riskbegrepp.	2	Det saknas en implementerad strukturerad modell för riskanalys.	En strukturerad modell för riskanalys bör utarbetas och fastställas av nämnden. Modellen bör inkludera definitioner av relevanta riskbegrepp såsom risk, konsekvens, sannolikhet och väsentlighet (sannolikhet att risken inträffar och vilken konsekvens risken skulle få om den inträffar).
2.6	Inom ramen för riskanalysen har nämnden fastställt relevanta risknivåer som grund för prioritering av risk- och kontrollaktiviteter.	2	Se ovan iakttagelse 2.5.	Nämnden bör definiera risknivåer i syfte att klargöra identifierade riskers inbördes prioritet, dvs. vad som utgör hög, medel respektive låg risk.
2.7	Nämnden är aktivt involverad och delaktig vid genomförandet av riskanalyser och får tydlig input från nämnden.	2	Nämnden har ej på ett strukturerat sätt varit involverad vid genomförande av riskanalysen.	Se rekommendation 2.5 och 2.6.
2.8	Alla verksamhetens huvudprocesser samt väsentliga stödprocesser analyseras för att fånga upp risker som påverkar verksamheten.	2	Analys saknas av väsentliga huvudprocesser samt stödprocesser för att fånga upp risker i verksamheten. Nämnden planerar att kartlägga samtliga processer till kommande kvalitetsrevisioner.	Nämnden bör genomföra en dokumenterad analys av samtliga väsentliga processer. Analysen bör uppdateras minst årligen. Exempel på väsentliga processer är: <ul style="list-style-type: none"> - Inköpsprocessen - Intäktsprocessen - HR-processen - Bokslutsprocessen - Verksamhetsövergripande processen - Stödprocesser
2.9	Internkontrollplanen är framtagen utifrån en genomförd risk- och väsentlighetsanalys med tydlig koppling till lagar, verksamhetens mål och strategier.	3	Det finns ingen strukturerad riskbedömning.	Internkontrollplanen bör tas fram och dokumenteras i enlighet med rekommendationerna i 2.2 – 2.6.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
3.1	Kontroller är väldefinierade och dokumenterade med tydlig koppling mellan risk och kontrollåtgärd. Ansvaret för kontrollåtgärder är tydligt. Utvärdering av kontrollstrukturen sker vid förändringar i verksamheten.	2	Det finns ingen strukturerad riskbedömning.	<p>Nämnden bör genomföra en dokumenterad analys av de väsentligaste verksamhetsprocesserna samt i vilken ordning dessa prioriteras. I samband med detta arbete rekommenderar vi även att risker och nyckelkontroller i processerna dokumenteras. Dokumenterade kontroller bör kopplas till identifierade risker, exempelvis i en risk och kontrollmatris. Risk- och kontrollmatrisen bör kontinuerligt utvärderas och ansvar bör utses.</p> <p><i>Kontrollerna bör dokumenteras vad avser:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Varför? Beskriv kortfattat syftet med kontrollen och vilka risker den skall hantera, dvs. varför kontrollen utförs. - Vad? Beskriv kortfattat vad kontrollen skall utföra dvs. vad det är som skall göras. - Hur? Vilka rapporter/system/moment som används/utförs vid kontrollen samt vilka underlag som skall fungera som bevis för genomförd kontroll - Vem? Vilken avdelning/funktion/roll eller system som utför kontrollen - När? Beskriv frekvens och tidpunkt för kontrollen
3.2	<u>Lagar och förordningar</u> Kontroller har utformats och implementerats för att säkerställa efterlevnad av lagar och förordningar.	2	Det saknas kontroller för att säkerställa efterlevnad av lagar och förordningar.	Implementera kontroller för att säkerställa efterlevnad av lagar och förordningar.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
3.3	<p><u>Finansiell rapportering</u> Kontrollerna är väldefinierade och dokumenterade med tydlig koppling mellan risk och kontrollåtgärd. Ansvaret för kontrollåtgärden är tydligt. Utvärdering av kontrollstrukturen sker vid förändringar i verksamheten.</p>	2	<p>Det saknas dokumenterade kontroller för den finansiella rapporteringen.</p>	<p>För att nämnden ska kunna uppvisa en god intern kontroll över den finansiella rapporteringen krävs att befintliga nyckelkontroller dokumenteras.</p> <p><i>Dokumentationen av den finansiella rapporteringen bör innefatta följande moment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifiering av risker kopplade till balans- och resultaträkning. Syftet är att identifiera väsentliga konton där det kan finnas en förhöjd risk för materiella fel. - Identifiering och dokumentation av risker. - Identifiering och dokumentation av befintliga kontroller för att minimera riskerna. - Identifiering av förbättringsbehov på grund av avsaknad av kontroller. - Utveckling av förbättrade eller nya kontroller. - Implementering av förbättrade eller nya kontroller. <p>Kontrollerna bör utformas enligt vad som anges i rekommendation 3.1.</p>
3.4	<p><u>Generella IT-kontroller</u> Kontrollerna är väldefinierade och dokumenterade med tydlig koppling mellan risk och kontrollåtgärd. Ansvaret för kontrollåtgärden är tydligt. Utvärdering av kontrollstrukturen sker vid förändringar i verksamheten.</p>	2	<p>Nämnden tillämpar den kommunövergripande IT-policyn.</p> <p>Ansvar för kommunens IT-policy och IT-säkerhetspolicy ligger enligt de intervjuade hos kommunens IS/IT-chef.</p>	<p>Nämnden bör genomföra utvärdera, dokumentera och formalisera de kontroller som skall finnas på plats relaterade till generella IT-kontroller. Vidare bör roller och ansvar relaterade till generella IT-kontroller definieras.</p> <p><i>Generella IT-kontroller omfattar exempelvis följande:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Behörighetsadministration avseende kritiska system - Programförändringar - Backup-rutiner - Kontroller för att säkerställa informations säkerhet <p>Kontrollerna bör utformas enligt vad som anges i rekommendation 3.1.</p>

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
3.5	Strukturerad process finns på plats för att säkerställa att samtliga nämndens policys och riktlinjer löpande utvärderas och uppdateras.	2	Ingen strukturerad process finns för att säkerställa att policys och riktlinjer uppdateras och utvärderas löpande.	Nämnden bör införa en rutin som innebär att samtliga relevanta policys och riktlinjer utvärderas och uppdateras minst årligen. Detta bör dokumenteras och samtliga policys och riktlinjer bör vara daterade.
3.6	Internkontrollplanen innehåller minst: <ul style="list-style-type: none"> - Vilka rutiner och kontrollmoment som skall följas upp - Vem ansvarar för att utföra kontrollen - När granskningen skall vara utförd - Hur kontrollen skall göras - Hur rapportering skall ske - Genomförd risk- och väsentlighetsbedömning 	3	Den befintliga internkontrollplanen inkluderar inte samtliga delområden som bör finnas.	Nämnden tillse att internkontrollplanen innehåller samtliga väsentliga delområden. <i>Internkontrollplanen bör innehålla minst följande moment:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Vilka rutiner och kontrollmoment som skall följas upp - Vem ansvarar för att utföra kontrollen - När granskningen skall vara utförd - Hur kontrollen skall göras - Hur rapportering skall ske - Genomförd risk- och väsentlighetsbedömning
4.1	Policys och riktlinjer finns för intern/extern kommunikation.	2	Informations- och kommunikationspolicy finns dock är den kommunövergripande. Det finns ingen rutin för att gå igenom dessa policys vid nyanställningar.	Nämnden tillse att policys och riktlinjer för intern/extern kommunikation distribueras och efterföljs av samtliga medarbetare.
4.4	Befintliga IT-system uppfyller nämndens informations- och kommunikationsbehov.	1	Ingen kvalitetssäkring eller uppföljning sker att befintliga system uppfyller nämnden samtliga informations- och kommunikationsbehov.	Nämnden bör se över att informations- och kommunikationsbehovet är uppfyllt. Exempelvis bör intranätet säkerställas så att förvaltningens informations- och kommunikationsbehov uppfylls.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
4.5	Det finns tydligt definierade kanaler för att kommunicera uppåt i organisation, anonymt om så önskas, annat än genom en direkt kontakt med överordnad eller lokal ledning.	2	Det finns en kommunövergripande Whistleblower, informationen ut i organisationen och hur kanalvägen ser ut är bristfällig.	Se rekommendation 1.15.
5.2	Uppföljning av riskanalys och därtill kopplad intern kontroll är en integrerad del av nämndens ordinarie verksamhetsuppföljning.	3	Ingen strukturerad uppföljning görs, utan främst punktinsatser sker.	Förvaltningen bör löpande rapportera resultat från uppföljning av riskanalys samt genomförd testning av intern kontroll. Rapporteringen bör sammanfalla och ingå i nämndens ordinarie verksamhetsuppföljning.
5.4	Ansvar och roller för operationella och ekonomiska verksamhetsuppföljningar är tydligt definierade.	2	Det finns chefsbeskrivningar samt beskrivningar för ekonomer. Enhetscheferna är ansvariga och ekonomer är ett stöd. Vi har dock inte erhållit dessa beskrivningar.	Ansvar och roller för operationell och ekonomisk verksamhetsuppföljning bör fastställas och dokumenteras i rollbeskrivningar för nyckelpersoner inom förvaltningen.
5.7	En löpande (och ändamålsenlig) uppföljning utförs av att aktiviteter/kontroller i internkontrollplanen genomförs enligt tidplan.	3	Ingen löpande uppföljning görs i dagsläget. Planeringen i kommande kvalitetsrevisioner är att cirka 15 av nämndens enheter ska granskas per månad under 2014-2015.	Nämnden bör utse en person som ansvarar för att löpande följa upp att aktiviteter/kontroller i internkontrollplanen sker i enlighet med tidplan. Resultatet från denna uppföljning, bör framgå genom rapportering som sker till nämnden, se rekommendation 5.2. Rapporteringen bör även inkludera såväl genomförda aktiviteter som ej genomförda aktiviteter gentemot tidplan.
5.9	Brister i den interna kontrollen rapporteras omedelbart till närmast överordnad eller till den som nämnden utsett.	2	Ingen löpande bristrapportering sker i dagsläget. Kommer implementeras med kommande kvalitetsrevisioner under 2014-2015.	Nämnden bör arbeta enligt framtagna rutiner i enlighet med rekommendation 1.29.

Verksamhetsövergripande				
Nr	Kontrollfråga självdeklaration	Risk-kategori	Iakttagelse	Rekommendation
5.10	Nämnden har etablerat rutiner som beskriver hur identifierade avvikelser skall hanteras. Rutinerna inkluderar lämpliga korrigerande åtgärder samt beskrivning av hur återrapportering av genomförda åtgärder utförs.	1	Det saknas en skriftlig rutin för återrapportering.	Nämnden bör upprätta rutiner över hur identifierade avvikelser ska rapporteras med förslag till åtgärd, ansvarig person och tidplan för genomförande.
5.11	Uppföljning sker av att avvikelser har åtgärdats på ett tillfredsställande sätt inom rimlig tid.	2	Det saknas rutiner för att följa upp eventuella avvikelser.	Nämnden bör utse en person som ansvarar för uppföljning av åtgärdsplaner, vilket bör ske kontinuerligt för att säkerställa att avvikelser åtgärdas inom fastställd tidsram.
5.12	Nämnden efterlever rekommendationer och förbättringsförslag givna av kommunens förtroendevalda revisorer.	3	Det saknas skriftliga rutiner för att efterleva rekommendationer och förbättringsförslag. Vi har tagit del av äldrenämndens svar på kommunrevisionens missiv för en granskning. Detta dokument visar dock inte att nämnden har efterlevt kommunrevisionens rekommendationer.	Förvaltningen bör upprätta rutiner för hur rekommendationer och förbättringsförslag från kommunens förtroendevalda revisorer skall efterlevas.
5.13	Resultat från övervakningsaktiviteter används för att utvärdera risk, utforma kontroller och driva verksamhetsförbättringar.	2	Det saknas en dokumenterad riskanalys.	Resultatet från genomförda övervakningsaktiviteter bör ligga till grund för kontinuerlig utvärdering av verksamhetens risker och utformning av lämpliga kontroller för att hantera dessa risker.

Med Deloitte avses en eller flera av Deloitte Touche Tohmatsu Limited, en brittisk juridisk person (Eng: "limited by guarantee"), och dess nätverk av medlemsfirmor, som var och en är juridiskt åtskilda och oberoende enheter. För en mer detaljerad beskrivning av den legala strukturen för Deloitte Touche Tohmatsu Limited och dess medlemsfirmor, besök www.deloitte.com/about.

Deloitte erbjuder tjänster inom revision, skatterådgivning, business consulting och finansiell rådgivning till offentliga och privata klienter inom en mängd branscher. Med ett globalt nätverk av medlemsfirmor i mer än 150 länder, kan Deloitte erbjuda spetskompetens av världsklass och djup lokal expertis för att hjälpa klienter med de insikter de behöver för att ta itu med sina mest komplexa utmaningar. Deloitte har 200 000 medarbetare i nätverket alla fast beslutna att bli standard of excellence.

Detta dokument innehåller endast allmän information. Varken Deloitte Touche Tohmatsu Limited, dess medlemsfirmor eller deras närstående företag (gemensamt kallade "Deloitte Nätverk") lämnar råd eller tjänster genom denna publicering. Innan beslut fattas eller åtgärd vidtas som kan påverka din ekonomi eller din verksamhet, bör du konsultera en professionell rådgivare. Inget företag inom Deloitte Nätverk är ansvarigt för någon skada till följd av att man har förlitat sig på information i detta dokument.