



Basgranskning av Vård- och omsorgsnämnden 2017

KOMMUNREVISIONEN

→ www.norrkoping.se



NORRKÖPING

2017-11-15

KR-2017/0010

Vård- och omsorgsnämnden

Revisionsrapport av Vård- och omsorgsnämnden

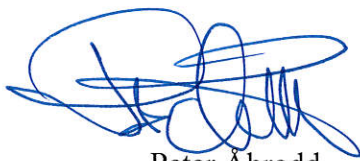
Kommunrevisionen har genomfört en basgranskning av Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Revisionsrapporten bifogas denna revisionskrivelse.

Med anledning av rapporten vill vi särskilt lyfta följande frågor till nämnden:

- Hur avser nämnden att utveckla arbetet med risk- och väsentlighetsanalysen kopplat till internkontrollplanen och att nämnden ska säkerställa skyddande av tillgångar, och en tillförlitlig ekonomisk redovisning och rapportering av verksamheten?
- Hur arbetar nämnden löpande med uppföljningen av verksamheten och uppdragsplanens mål?

Kommunrevisionen vill ha nämndens skriftliga svar på frågor ovan senast 2018-01-26.

KOMMUNREVISIONEN
2017-11-15



Peter Åbrodd
Revisor



Urban Pehrsson
Revisor



NORRKÖPING

Revisionskontoret

Revisionsrapport

1(11)

2017-11-15

KR 2017/0010

Revisionsrapport av Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	2
2. Nämndens ansvarsområde.....	3
3. Resultat och bedömning av dokumentstudier och intervjuer.....	3
4. Avslutande bedömning.....	10

Bilaga 1: Definitioner

1. Inledning

Kommunens revisorer ska enligt revisionsreglementet i Norrköpings kommun årligen granska alla revisionsansvariga i nämnder, styrelser och utskott. Granskningen ska genomföras enligt god revisionsd i kommunal verksamhet och i enlighet med kommunallagen. Denna granskning är en översiktlig granskning av nämnden.

1.1. Revisionsfrågor

Denna basgranskning ska besvara följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ändamålsenlig och tillräcklig?
- Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin tillräcklig?
- Har nämnden en god intern kontroll?

1.2. Metod och avgränsning

Vård- och omsorgsnämnden är granskad på ett övergripande sätt vilket innebär att vi utifrån ett särskilt program granskat vissa styrande processer för nämnden. Det innebär att vi i första hand har granskat om nämnden har system och rutiner för en fungerande styrning av verksamheten, tillämpningen har inte granskats. Den metod granskningen bygger på är granskning av styrande dokument, stickprov och intervjuer. Samtliga tjänstemän intervjuas inte utan ett urval har gjorts för att verifiera vårt granskningsresultat. Eftersom nämnden bedömts som riskfylld (röd) har vi intervjuat presidiet, vård- och omsorgsdirektör, ekonomistrateg, administrativ chef, 2 verksamhetschefer, 3 områdeschefer och 2 enhetschefer.

1.3. Kvalitetssäkring

Denna rapport är sakgranskad av förvaltningen, vilket innebär att de fakta som rapporten hänvisar till är kvalitetssäkrade av de som granskats. Slutsatserna och revisionsbedömningarna ansvarar revisionskontoret för. Rapporten är även kvalitetssäkrad vid revisionskontoret.

1.4. Revisionskriterier

De bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar bygger på gällande lagstiftning och kommunfullmäktiges beslut om uppdrag till nämnden.

Granskningen utgår ifrån följande revisionskriterier:

- Lagstiftning; Kommunallag (1991:900), Förvaltningslag (1986:223), Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), Lag om valfrihetssystem (2008:962), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), Socialtjänstlag (2001:453).
- Politisk riktlinje för styrmodellen i Norrköpings kommun (KS 2017/0467)
- Budget 2017 och plan 2018-2020 (KS 2016/0533)
- Reglemente för Norrköpings kommuns nämnder (KS 2014/1070-2)
- Reglemente för Vård- och omsorgsnämnden (KS 2013/0667)
- Riktlinje för intern styrning och kontroll (KS 2015/0144)
- Riktlinje för ekonomistyrning (KS 2015/0144)
- Attestreglementet för Norrköpings kommuns nämnder och förvaltningar (KS 2013/0267-8)

2. Nämndens ansvarsområde

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommunens äldreomsorg och verksamheter för personer med funktionsnedsättning som drivs i både kommunal och privat regi, samt för hemsjukvård i både ordinärt- och särskilt boende.

Vård- och omsorgsnämnden verksamhetsidé är att erbjuda stöd, vård och omsorg i livets olika skeden. Alla som har behov får stöd och omsorg utifrån en rättssäker bedömning med inflytande på insatsernas innehåll och utförande, för att känna trygghet och välbefinnande. Vård- och omsorgsnämnden arbetar medvetet och systematiskt med att genomföra vård och omsorg utifrån evidensbaserad praktik.

Vård- och omsorgskontoret bistår vård- och omsorgsnämnden med förberedelser inför beslut, genomförande, uppföljningar och utvärderingar av verksamheten.

3. Resultat och bedömning av dokumentstudier och intervjuer

3.1. Styrning och ledning av verksamhet

Vid decembermötet 2016 fastställde nämnden uppdragsplan för 2017. Vid samma möte fastställdes 2017 års internbudget. Kommunens vision

och de kommunövergripande målen utgör basen för uppdragsplanen. Nämnden skriver i planen att den genomsyras av Norrköpings kommuns värdegrund samt att den även tar hänsyn till kommunfullmäktiges preciseringar gällande näringsliv, internationell samverkan, hållbar utveckling och strategiska miljöfrågor vid planering och beslut.

I uppdragsplanen anges sju övergripande mål fördelade på sex prioriterade utvecklingsområden. Under varje övergripande mål finns ett eller flera delmål samt indikatorer som utgör själva mätinstrumentet för målen. Den politiska intentionen är att de övergripande målen ska gälla under hela mandatperioden med 2015 som jämförelseår. Delmålen är föränderliga mellan åren och beslut kring delmålen tas varje år utifrån årlig internbudget och planeringsförutsättningar.

Uppdragsplanen för 2017 arbetade nämnden fram i en arbetsgrupp där alla partier var representerade. Arbetsgruppen träffades 3 gånger under hösten 2016 och tillsammans med stöd från tjänstemän utarbetades ett förslag till uppdragsplan. Efter att uppdragsplanen fastställts arbetade sedan kontoret fram verksamhetsplaner med en tydlig koppling till uppdragsplanen. Dessa kommunicerades till nämnden. Verksamhetsplanerna innehåller en sammanställning av de aktiviteter som ska genomföras under året för att mål och krav ska uppfyllas. Områdescheferna tillsammans med enhetscheferna bearbetar verksamhetsplanerna till enhetsnivå.

Redovisning av måluppfyllelse och uppföljning av verksamhet sker under året enligt tidplan, 2 gånger per år. Detta redovisas i verksamhetsberättelser för halvår och helår. Verksamheterna själva följer upp sin egen verksamhet mer frekvent.

Nämnden har i sin uppdragsplan även formulerat ett mål kring kvalitetsarbete "*Arbetet med ständiga förbättringar leder till en organisation som anpassar sig utifrån medborgarens behov*". Vård- och omsorgskontoret arbetar med ständiga förbättringar enligt en gemensam grundstruktur och metod som bygger på Lean. Kontoret har valt Lean som metod för systematiskt förbättringsarbete, vilket skapar en kvalitetssäkring av verksamheten via delaktighet och statistisk information. Alla chefer är utbildade i Lean-ledarskap. På kontorets intranät finns en processbeskrivning av verksamheten. I processbeskrivningen förs styrdokumentet in under rätt process, för att visualisera vad som hör ihop med vad. Under 2017 har ytterligare arbetsprocesser kartlagts och förbättringsområden identifierats. Dessa förbättringsområden är utgångspunkten för enheternas arbete med att ständigt förbättra verksamheten. För verksamheten "Särskilt boende" finns även en rutin framtagen om överenskommet arbetssätt för kvalitetskontroll, med ambitionen att denna rutin även ska implementeras vid övriga verksamheter.

Arbetet med att införa lean på kontoret är inte till fullo klart. Under 2017 har leancoacher utbildats för att införa lean på sin enhet. Även

2017-11-15

nyanställda medarbetare på enheter som redan arbetar enligt metoden har fått en utbildningsdag i leanspel. Till hösten 2017 kommer ytterligare 13 enheter införa lean. På de enheter där införandet påbörjats fortsätter arbetet med ständiga förbättringar och agilt förbättringsarbete. Agilt förbättringsarbete utgår från "förbättringshjulet" det vill säga att jobba strukturerat med att utvärdera arbetet med de förbättringar kontoret håller på med att testa och utvärdera förbättringarna i verkligheten.

Det finns även en av nämnden antagen riktlinje som gäller för all personal inom vård- och omsorgskontoret, privata utförare samt nämndens ledamöter och ersättare. Syftet med riktlinjen är att synpunkter och klagomål ska tas om hand på ett bra och enhetligt sätt, så att de kan bidra till att förbättra verksamheten och öka kvaliteten på nämndens tjänster.

I uppdragsplanen skriver nämnden att kommunens kvalitetskriterier gäller för alla verksamheter och beaktas i uppföljning och utvärdering.

Uppföljning av kvalitetsarbetet sker en gång per år vid verksamhetsberättelsen för helår. Verksamhetsberättelsen inkluderar en kvalitetsredovisning där förvaltningen redovisar hur arbetet bedrivits med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten.

Revisionsbedömning

Nämndens engagemang och delaktighet i framtagandet av uppdragsplan är mycket positivt. Arbetet med uppdragsplan följer kommunens styrmodell och det finns en tydlig koppling mot kommunfullmäktiges mål och preciseringar i uppdragsplanen samt direktiv om hur och när uppföljning ska ske. Den uppdragsplan som nämnden har antagit innehåller uppföljningsbara mål med utgångspunkt i kommunens övergripande mål, och hänsyn har tagits till ekonomiskt utrymme.

Uppföljning av måluppfyllelse och verksamheten redovisas i verksamhetsberättelser för delår och helår. För 2017 redovisas emellertid inte prognoser för måluppfyllelse i verksamhetsberättelsen för halvår, med motivet att målen inte kan bedömas eftersom endast halva året har gått. I praktiken innebär detta att målen följs upp endast vid helår. Ska målen ha en styrningseffekt behöver uppföljning ske oftare än en gång per år.

Kontoret har tagit fram verksamhetsplaner och presenterat dessa för nämnden. I verksamhetsplanerna har nämndens mål brutits ned och mätetal finns för uppföljning. Verksamhetsplanerna följer en kedja från verksamhetsnivå till enhetsnivå där dessa följs upp på arbetsplatsträffar, vilket skapar en förankring bland medarbetarna.

Nämnden har ett systematiskt kvalitetsarbete där kontoret har valt Lean som metod. Implementeringen av Lean pågår, men är ännu inte helt

genomfört i verksamheten. Revisionen ser positivt på det arbetet och ser det som angeläget att nämnden fullföljer implementeringen. Kvalitetsrapporteringen i verksamhetsberättelsen för helår får i sin nuvarande utformning mer karaktär av en rapportering av utfallet. Denna rapportering skulle med fördel kunna kompletteras med en utvärdering och en orsaksanalys samt åtgärder.

Den sammanfattande bedömningen är att nämndens styrning och ledning, uppföljning och kontroll av verksamheten är godkänd med brister (gul).

3.2. Styrning och ledning av ekonomi

Vid nämndmötet 2016-12-07 fastställde Vård- och omsorgsnämnden 2017 års internbudget. Budgeten för 2017 var totalt 2 340 362 tkr. En budget som ger 77 619 tkr mer än för 2016. I april informerades nämnden om kommunfullmäktiges tilläggsbudget avseende genomlysning av verksamheterna. För vård- och omsorgsnämnden innebar beslutet en minskad budgetram på 12 450 tkr. I september meddelades nämnden om tilläggsbudgeten efter lönerrevisionen, vilket innebar en ökad budgetram på 44 456 tkr. Vård- och omsorgsnämndens budgetram efter tilläggsbudgeterna är 2 372 154 tkr.

Arbetet med nämndens internbudget 2017 har skett parallellt med nämndens arbete med uppdragsplanen. Nämnden har i uppdragsplanen angett de ekonomiska förutsättningarna i form av kommunfullmäktiges tilldelade budgetram, och skriver att ekonomiska effekter som uppkommer av beslutade mål är kostnadsberäknade och ingår i budgetram för 2017. De ekonomiska förutsättningarna utifrån ansvarsområde anges inte i uppdragsplanen. Detta görs istället i ett annat dokument, en PP-presentation "*Budget 2017 inklusive uppdragsplan*" (VON 2016/0173-14). I detta dokument framgår även kostnadsberäkningen för målen i uppdragsplanen.

I de ekonomiska uppföljningarna som presenteras för nämnd har kontoret under 2017 arbetat med förbättrade statistikuttag och säkrare prognoser. Kontoret skriver i uppföljningarna att detta ska leda till att verksamheten snabbare kan anpassa sig efter behoven och därigenom påverka det ekonomiska resultatet positivt. Statistiken delges nämnden i en PowerPoint-presentation och innehåller bland annat kostnader i förhållande till beviljad tid, beläggningsgrad, bemanning, årsarbetare, fördelning kostnader per verksamhet, prognos m.m. Nämnden får redovisning av utfall mot budget och en bedömd prognos för respektive verksamhetsområde. Nämnden får på så sätt en omfattande presentation av ekonomin kopplat till verksamheten och även till målen. Arbetet med förbättrade statistikuttag avser samtliga verksamheter. Men, för verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VPF) är grunddata ännu inte kvalitetssäkrad, vilket kommer ske under 2018.

På verksamhetsnivå har verksamhetscheferna en separat uppföljning av ekonomin tillsammans med vård- och omsorgsdirektören. Denna uppföljning koncentreras på det ekonomiska resultatet. Koppling till verksamhetens mål och uppdrag görs inte vid dessa tillfällen. På enhetsnivå sker uppföljning dels genom att enhetscheferna skriftligen får kommentera avvikelser mot budget, dels att de en gång i månaden har ekonomisk uppföljning tillsammans med ekonom och områdeschef.

Vid intervju framgår att nämnden vid behov fattar nödvändiga beslut baserat på den ekonomiska uppföljningen. I den ekonomiska uppföljningen i september prognosticerade nämnden ett positivt resultat på 25 mkr. I uppföljningen anges orsaker till avvikelsen. Det anges inte om några nödvändiga beslut behöver fattas med anledning av detta.

Nämnden använder sig av nyckeltal och jämför sig med andra kommuner via öppna jämförelser. Lean-arbetet och det förbättrade statistikuttaget har resulterat i att kontoret tydliggjort vad som kan mätas och hur tolkningen av siffrorna kan göras. Många nyckeltal berör volymer och flöden samt arbetstid. Utvecklingsarbetet för att få en bättre resursstyrning har resulterat i att nyckeltal byggs in i webfocus med både verksamhetsstatistik, ekonomi-, personal- och befolkningsdata. Kontoret följer regelbundet upp detta så att förändringar i behoven kan resultera i snabbare anpassningar ute i verksamheten.

3.2.1. Granskning av ”jävsattester”

Som ett led i årets basgranskning har stickprov tagits på kostnader avseende representation, resor och traktamenten med avseende på förekomst av så kallade ”jävsattester”. Den som har beslutsattesterat fakturan/utlägget ska inte själv ha deltagit/varit en del av kostnaden.

Varje nämnd har till ansvar att upprätthålla en aktuell förteckning över utsedda attestanter, vilket finns på Vård- och omsorgsnämnden. 15 stickprov har tagits av fakturor avseende representation, resor och traktamenten.

Revisionsbedömning

I uppdragsplanen, tillsammans med bakomliggande dokument, från nämnden framgår ambitionsnivån. Fördelningen av kommunfullmäktiges budget är avstämd mot Vård- och omsorgsnämndens uppdrag i uppdragsplan 2017. Internbudget har utarbetats parallellt med uppdragsplanen och fastställs vid samma sammanträde. Nämnden får månadsvis en omfattande ekonomisk uppföljning kopplat till verksamhetens resultat och mål. Nämnden har med detta skapat goda förutsättningar för en sammanhållen styrning och uppföljning.

Den ekonomiska uppföljningen på verksamhetsnivå och enhetsnivå sker inte med koppling till mål och missar därför styrningseffekten kopplat till mål och uppdrag. Vi rekommenderar därför att den ekonomiska uppföljningen även innehåller en koppling till verksamhetens/enhetens mål.

I granskningen av jävsattester har inte några felaktigheter observerats. I samtliga fall har högre chef beslutsattesterat underställd.

Vår sammantagna bedömning är att nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin är tillräcklig (grön).

3.3. Intern styrning och kontroll

Vid nämndsammanträdet 2016-11-09 fastställde Vård- och omsorgsnämnden förslag till rutin för nämndens arbete med intern styrning och kontroll. I rutinen tydliggörs nämndens och internkontrollrepresentanternas roll, vad en risk är, hur framtagandet och uppföljning av plan för intern styrning och kontroll går till. Rutinen har sin utgångspunkt i kommunrevisionens basgranskning från 2015 där det framkom att nämnden behöver förtydliga sitt arbete med intern styrning och kontroll för att komplettera kontorets arbete. I rutinen finns även en checklista inför beslutsfattande. Framtagandet av rutinen har skett i samverkan mellan ansvariga tjänstemän för intern styrning och kontroll och internkontrollrepresentanterna. På kontorets intranät finns även en processbeskrivning av hur kontoret ska arbeta med framtagandet av en internkontrollplan.

Vid nämndmötet 2016-12-07 godkändes förslaget till internkontrollplan för 2017. I internkontrollplanen redovisas mål/riskområden/kontrollåtgärder, vem som är ansvarig för åtgärden, med vilken frekvens som åiterrapportering ska ske, samt till vem rapporteringen ska inlämnas. Planen baseras på kontorets förvaltningsövergripande risk- och väsentlighetsanalys som genomfördes under hösten 2016. Nämnden har också kompletterat med ytterligare två risker. Arbete pågår med kontrollåtgärderna i verksamheten och åiterrapportering har lämnats i januari, maj och i september.

Vård- och omsorgsnämnden har valt tre internkontrollrepresentanter för mandatperioden som särskilt följer arbetet på nämndens uppdrag. De har ett särskilt uppdrag för att bland annat bevaka långsiktighet inför beslut, om förslagen ligger i linje med mål, och om det finns tillräckligt underlag för att fatta beslut. Internkontrollrepresentanterna träffar kontoret vid fyra tillfällen per år, så kallade förrättningar. På träffarna följer internkontrollrepresentanterna kontorets arbete med framtagande av förslag till plan för intern styrning och kontroll, uppföljning av innevarande plan, frågor som rör intern styrning och kontroll. Internkontrollrepresentanterna följer kontrollaktiviteterna löpande vid dessa förrättningar och tar även ställning till om det finns delar som behöver lyftas med nämnden som helhet under året.

Vid årets förrättningar har följande lyfts:

- Genomgång av upplägg för årets arbete, samt hur kontoret kommer att arbeta med årets plan
- Besök från tjänstemän som är ansvariga för risk 1, 2 och 5 som berättar om hur arbetet fortskrider för att minska riskerna.

Internkontrollrepresentanterna får också ta del av hur riskerna på kontorsnivå ska aggregeras inför plan 2018 i den nya beställar- och utförarorganisationen. Resultatet av hela riskarbetet redovisas vid helår till nämnden.

Från intervjuer framgår en tydlig förankring av intern styrning och kontroll. På varje enhet sker en risk- och väsentlighetsanalys, där enhetscheferna tillsammans med sina medarbetare rangordnar riskerna efter ett poängsystem.

Ett nytt arbetssätt håller på att införas för intern styrning och kontroll. Syftet är att nämndens interna styrning och kontroll även ska omfatta de väsentliga verksamhetsprocesserna.

Till nämnd redovisas internkontrollplanen i verksamhetsberättelser för halvår och helår. Vid årets slut upprättar internkontrollrepresentanterna en skriftlig rapport som beskriver arbetet med intern styrning och kontroll.

Revisionsbedömning

Rutinen för riskanalys och internkontrollarbete är genomarbetad och väldokumenterad. Rutinen möjliggör att inte endast internkontrollrepresentanterna utan alla nämndens ledamöter ska kunna förstå och fullfölja sitt ansvar för intern styrning och kontroll.

I 2017 års internkontrollplan finns risker som kan leda till avvikelser i verksamheten, missnöje från brukare, att rättssäkerheten äventyras eller att förtroendet för verksamheten skadas. Det går emellertid inte att identifiera risker kopplat till skyddande av tillgångar, ekonomi, redovisning, m.m. Det går heller inte att identifiera sådana risker i risk- och väsentlighetsanalysen. Vi rekommenderar därför nämnden att även värdera den typen av risker i risk- och väsentlighetsanalysen. Det råder också avsaknad av en konkret motiverad koppling mellan riskanalysen och de mål som finns upptagna i internkontrollplanen.

Revisionen ser mycket positivt på att kontrollåtgärderna återrapporteras till nämnd 4 gånger per år. På så sätt möjliggörs att planen kan bli en central del av nämndens sammanhållna styrning av verksamheten.

Utifrån genomförda intervjuer gör vi bedömningen att risk- och internkontrollarbetet är kommunicerat i hela organisationen och

förankrat hos samtliga chefer. Samtliga enhetschefer får också en årlig utbildning i arbetet med risk- och väsentlighetsanalys.

Vår sammanfattande bedömning är att nämndens interna kontroll är godkänd med vissa brister (gul).


3.4. Uppföljning av tidigare års granskning

Vid 2016 års basgranskning identifierades brister i nämndens sammanhållande styrning av verksamheten, uppföljning av ekonomin och risker relaterade till ekonomiska rutiner. Årets granskning visar att utvecklingsarbetet med det förbättrade statistikuttaget med tillhörande nyckeltal, och den presentation som ges nämnden vid nämndmöten, har gett nämnden bättre möjligheter att bli en aktiv del i uppföljningen och styrningen av såväl verksamhet som ekonomi. Detta skapar förutsättningar för nämnden att utveckla en sammanhållen styrning. På så sätt har nämnden fått en bättre tillgång till grunddata och statistik avseende personal, ekonomi- och verksamhetssystem. Nämnden har förstärkt med ytterligare 2.0 tjänster för att arbeta med nyckeltal och uppföljning. Det framgår också från årets basgranskning att kontoret fortsätter utvecklingsarbetet med att systematiskt använda statistikuppgifterna, analysera och dra relevanta slutsatser.

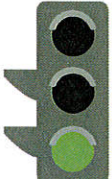
4. Avslutande bedömning

Den avslutande bedömningen av nämndens verksamhet presenteras utifrån revisionsfrågorna nedan.


Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ändamålsenlig och tillräcklig?

 <p>GUL</p>	<p>Den är inte helt ändamålsenlig och tillräcklig.</p> <p>Nämndens engagemang och delaktighet i framtagandet av uppdragsplan är mycket positivt.</p> <p>Uppdragsplanens mål följs upp endast vid helår, vilket betraktas som för sällan för att målen ska ha en reell styrningseffekt.</p>
---	--

Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin tillräcklig?

 GRÖN	<p>Den är tillräcklig.</p> <p>Det är positivt att fördelningen av kommunfullmäktiges budget är avstämd mot Vård- och omsorgsnämndens uppdrag i uppdragsplanen. Kontoret behöver dock utveckla arbetet med uppföljning av ekonomin på verksamhets- och enhetsnivå kopplat till resultat och mål.</p>
--	---

Har nämnden en god intern kontroll?

 GUL	<p>Den är inte helt tillräcklig.</p> <p>Det är positivt att nämndens internkontrollplan utgör en integrerad del av nämndens styrning. Det är också positivt med förankringen av risk- och internkontrollarbetet i hela organisationen.</p> <p>Nämnden bör emellertid i risk- och väsentlighetsanalysen värdera risker kopplat till skyddande av tillgångar, ekonomi, och redovisning.</p>
--	---

REVISIONSKONTORET



Örjan Högberg
Sakkunnig revisor

Bilaga 1 Definitioner

För att underlätta samtal och förståelse av vår bedömning graderas vår analys efter den betydelse vi tillmäter de brister vi funnit. Vi har valt att använda oss av trafikljusmodellen som även kommunen använder sig av för att bedöma måluppfyllelsen i verksamhetsberättelserna. Det är viktigt att poängtera att valet av färg endast innebär att vi önskar uppmärksamma nämnden på ett område och att det inte är att betrakta som en betygsättning. Avsikten är att underlätta nämndens eget förbättringsarbete och möjliggöra för nämnden att ta sitt revisionsansvar.

Rött ljus innebär i normalfallet att vi funnit brister som har en stor påverkan på nämndens förmåga att uppnå en god styrning, ledning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Det kan också innebära att nämnden inom ett specifikt område behöver åtgärda en brist som om den kvarstår får stora konsekvenser för nämndens arbete.

Gult ljus innebär att vi har identifierat brister som nämnden behöver åtgärda och hålla sin uppmärksamhet på. Bristen uppfyller inte kriterierna för rött ljus men påverkar negativt nämndens förmåga att ha en god styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Nämnden ska därför uppmärksamma och korrigera dessa brister så att de inte förvärras.

Grön ljus innebär att vi inte har några frågetecken eller att de brister vi ser är av marginell karaktär. De kommentarer vi ger är av sådan karaktär att de ska ses som stöd i nämndens ordinarie förbättringsarbete.