

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2024-01-15

Diarienummer:
OSN-2023-00035

Handläggare:
Daniel Rosenfeld

Uppföljning av internkontrollplanen 2023

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** godkänna uppföljning av internkontrollplan 2023 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna den till kommunstyrelsen.

Ärendet

Omsorgsnämnden upprättar årligen en internkontrollplan. Enligt planen för 2023 ska uppföljning ske per april, per augusti och vid årsbokslut.

I detta ärende redovisas samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Beredning

Ärendet har beretts av tjänstepersoner på enhet strategiskt stöd, avdelning systemledning, vård- och omsorgsförvaltningen.

Föredragning

Nämnden identifierar årligen risker av olika slag inom dess verksamhet. Många risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen, men vissa områden kan behöva följas och kontrolleras på andra sätt. I dessa fall kan nämnden besluta om att hantera risker genom internkontrollplanen. En identifierad risk innebär inte nödvändigtvis att området fungerar otillfredsställande, utan det indikerar snarare att nämnden söker insikt och ökad kunskap kring den identifierade risken.

Internkontrollplanen består av olika kontrollmoment och kontrollmetoder som fastställs av nämnden. Förvaltningen genomför därefter kontrollerna med det intervall som stipulerats i internkontrollplanen. Förvaltningens uppföljning av internkontrollplanen är dock inte någon uttömmande verksamhetsanalys, utan det är ett specifikt verktyg bland flera andra för att följa upp tidigare identifierade risker.

Enligt de kommunövergripande riktlinjerna för intern kontroll ska varje kontrollmoment vid rapportering till nämnden bedömas om det är genomfört med anmärkning, med mindre anmärkning, eller utan anmärkning. Det som i huvudsak följs upp är huruvida den beslutade kontrollmetoden är genomförd enligt plan. Detta innebär att ett kontrollmoment kan bedömas vara ”utan anmärkning” eller med ”mindre anmärkning” om kontrollen gått att genomföra enligt plan – även om resultatet av kontrollen i sig inte är tillfredsställande, och har stor påverkan för nämnden.

Endast ett av kontrollmomenten har av den kontrollansvarige bedömts vara med anmärkning. Det gäller *Kontrollmoment 10 - Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd* där hanteringen av ärenden i ärendehanteringssystemet DHS undersökts. Även i det näraliggande *Kontrollmoment 8 - Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning* har kontrollansvarig noterat mindre anmärkning. 2023 fattade nämnden beslut om en informationshanteringsplan. Implementationen av den kommer följas upp inom ramen för 2024 års internkontrollplan.

För totalt sju kontrollmoment noteras mindre anmärkningar. Övriga har bedömts vara utan anmärkning.

Vid redovisningen av kontrollmomenten redovisas förslag på åtgärder. Av de föreslagna åtgärderna vid uppföljningen av 2023 års internkontrollplan bedöms samtliga kunna hanteras inom ramen för vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete.

Kommunstyrelsen har uppsynsplikt över nämndens arbete med intern kontroll. Nämnden ska därför överlämna den samlade uppföljningen till kommunstyrelsen.

Ekonomiska konsekvenser

Inte aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 15 januari 2024
- Bilaga, Avrapportering av internkontrollplan för 2023 – Omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Omsorgsnämnden
Rapport

Datum:
2024-01-15

Diarienummer:
OSN-2023-00035

Handläggare:
Daniel Rosenfeld, Daniel Karlsson

Version/DokumentID:

Avrapportering av internkontrollplan för 2023 Omsorgsnämnden

Innehåll

Arbetet med intern kontroll under året	3
Sammanfattning av granskningar	4
Fördjupad redovisning av kontrollmoment.....	10
Kontrollmoment 1 - Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade.	10
Kontrollmoment 2 - Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade.....	12
Kontrollmoment 3 - Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna.....	13
Kontrollmoment 4 - Kontroll av att sökningsbara statsbidrag sökts i rätt tid.	15
Kontrollmoment 5 - Kontroll av ej verkställda beslut.....	16
Kontrollmoment 6 - Kontroll av att utbetalningar av bidrag till organisationer (t.ex. föreningar) går rätt till.	18
Kontrollmoment 7 - Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt.	19
Kontrollmoment 8 - Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.	20
Kontrollmoment 9 - Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara.	25
Kontrollmoment 10 - Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd.	27
Kontrollmoment 11 - Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.....	29
Kontrollmoment 12 - Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet.....	30
Kontrollmoment 13 - Kontroll av timkostnad personlig assistans i egen regi.....	32
Kontrollmoment 14 - Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal	33

Arbetet med intern kontroll under året

Under 2023 har nämnden haft flera kontrollmoment som genomförts och rapporterats vid upprepade tillfällen under året, alternativt endast vid årsbokslut. Möjligheten att vidta åtgärder innan nästa kontroll har varit begränsade och förfarandet har många gånger endast skapat extra administration.

I 2024 års plan har antalet rapporteringstillfällen reducerats för att skapas utrymme för att göra djupare analyser av de identifierade riskområdena. Rapporteringen kommer även ske tidigare för att skapa förutsättningar att inkludera resultaten av kontrollerna och förslag på åtgärder i kommande års verksamhetsplan och/eller internkontrollplan.

Nämnden har vidare förtydligat vilka områden som följs upp under året genom att revidera den uppföljningsplan som är en bilaga till verksamhetsplanen. Internkontrollplanen fokuserar framgent på sådana områden som nämnden söker ökad kunskap om för att vid behov kunna vidta lämpliga åtgärder.

Under 2023 har ett arbete initierats för att utveckla nämndens riskhantering.

Sammanfattning av granskningar

Tabell 1. Granskningar som rapporterats per april.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
3	Risk att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk för ett ökat antal avvikelser.	Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna	Månadsvis följa volym och kostnader för inhyrd personal.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning	Åtgärder för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna.

Postadress: Uppsala kommun, 753 75 Uppsala

Telefon: 018-727 00 00 (växel)

www.uppsala.se

Tabell 2. Granskningar som rapporterats per augusti.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
3	Risk att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk för ett ökat antal avvikelser.	Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna.	Månadsvis följa volym och kostnader för inhyrd personal.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Åtgärder för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna.
5	Att otillräckligt utbud av gruppboende leder till beslut ej kan verkställas inom tidsfrist vilket leder till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.	Kontroll av ej verkställda beslut.	Analys av orsaken till ej verkställda beslut.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Kontrollmomentet fortgår under året och följs upp igen vid årsbokslut. Åtgärder för att brukare ska få sina beslut verkställda i tid finns i nämndens Bostads- och lokalförsörjningsplan.
8	Att bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.	Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.	För varje tertial slumpas 5 stickprov fram ur diariet. Stickproven ska gälla ärendetyper där det finns beslut som fattas på delegation. De valda besluten jämförs mot delegationslistor.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
14	Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader.	Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal	Kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Tabell 3. Granskningar som rapporteras per december.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
1	Risk att det råder oklarhet om vilken information som är viktig för verksamheten samt hur ansvaret för informationen uttrycks vilket leder till att risker inte identifieras och att skyddsåtgärder inte vidtas vilket i sin tur leder till störning eller avbrott i produktionen.	Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade.	Kontrollera att informationstillgångarna är inventerade genom att följande är genomfört: <ul style="list-style-type: none"> • informationshanteringsplanen är beslutad, kommunicerad och hålls aktuell, • artikel 30-registret över personuppgiftsbehandlingar är upprättat och hålls aktuellt. Kontrollera att den stödjande objektverksamheten (pm3) har genomfört informationssäkerhetsklassning (KLASSA) för väsentliga IT-stöd.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
2	Att nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.	Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade.	Kontrollera att rutiner och planer är testade och utvärderade.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
3	Att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra	Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna.	Månadsvis följa volym och kostnader för inhyrd personal. Analysera effekter av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning	Se fördjupad redovisning.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
	rekryteringar samt risk ökat antal avvikelser.				
4	Att nämnden inte identifierar och söker de statsbidrag kommunen har rätt till vilket gör att kommunen går miste om stora belopp.	Kontroll av att sökningsbara statsbidrag söks i rätt tid.	Kontroll av att relevanta statsbidrag inom nämndens område identifierats och söks i rätt tid.	Granskningen är genomförd utan anmärkning	Se fördjupad redovisning.
5	Risk att otillräckligt utbud av gruppbofästleder leder till beslut ej kan verkställas inom tidsfrist vilket leder till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.	Kontroll av ej verkställda beslut.	Analys av orsaken till ej verkställda beslut.	Granskningen är genomförd utan anmärkning	Se fördjupad redovisning.
6	Att på grund av t.ex. bristande rutiner eller oegentligheter beviljar kommunen medel till verksamheter som inte är berättigade till medel eller till sådana som inte är effektiva eller ändamålsenliga. Mottagande organisationer kan också använda bidrag till andra ändamål än vad som framgår av beviljad ansökan. Detta leder till felaktig användning av kommunens medel och till lägre förtroende för kommunen.	Kontroll av att utbetalningar av bidrag till organisationer (t.ex. föreningar) går rätt till.	Stickprov genomförs av att man följer relevanta riktlinjer och/eller rutiner i bedömningen av ansökan och tilldelningen av bidrag. Stickprov genomförs av att organisationen redovisat tilldelade medel på det sätt nämnden bestämt och av att bidraget använts i enlighet med beviljad ansökan.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning	Se fördjupad redovisning.
7	Att brister i kunskap, rutiner och system leder till att felaktiga löner ibland betalas ut. Felaktiga löner är negativt ur arbetsgivarperspektivet då medarbetare får minskat förtroende för kommunen som arbetsgivare. Dessutom uppstår merkostnader för	Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt.	HR-chef säkerställer att förvaltningens chefer har kompetens och följer rutiner avseende löneprocessen.	Granskningen är genomförd utan anmärkning	Se fördjupad redovisning.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
	extrautbetalningar, felaktiga löneskulder och merarbete för både chefer och medarbetare inom löneservice.				
8	Att bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.	Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning. 1. Att beslut fattas av utsedd delegat. 2. Att delegationsbeslut anmäls till nämnd inom skälig tid.	För varje tertial slumpas 5 stickprov fram ur diariet. Stickproven ska gälla ärendetyper där det finns beslut som fattas på delegation. De valda besluten jämförs mot delegationslistor.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning	Se fördjupad redovisning.
9	Att det inte går att hitta handlingar och följa ett ärende vilket försvårar för insyn och eget arbete.	Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara.	Stickprov om cirka 30 personakter SoL/LSS. Kontroll att personakter hanterats i enlighet med gällande rutiner.	Granskningen är genomförd mindre anmärkning	Se fördjupad redovisning.
10	Att handlingar inte diarieförs korrekt. Det går därför inte att hitta handlingar eller att följa ärenden och beslut vilket försvårar både för kommunens interna arbete och för allmänhetens insyn.	Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd.	Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Antalet öppnade och stängda ärenden tar normalt ut sig över tid. De flesta ärenden brukar stängas inom ett år. Nu jämfört nästa motsvarande tidpunkt föregående år.	Granskningen är genomförd med anmärkning	Se fördjupad redovisning.
11	Att utskrivningsklara patienter ej kan tas emot av inom tidsfrist vilket till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.	Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.	Uppföljning av kostnader och analys av eventuella kostnadsökningar.	Granskningen är genomförd utan anmärkning	Se fördjupad redovisning.
12	Risk för jäv eller oegentligheter	Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet.	Ta del av nämndens svar av den kommungemensamma enkäten för kontroll av kunskap hos nämndens politiker och tjänstemän avseende mutor, jäv och representation	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
13	Risk att kostnaden för personlig assistans i egen regi ökar, på grund av otillräcklig uppföljning.	Kontroll av timkostnad personlig assistans i egen regi.	Genom stickprov jämföra utbetald ersättning mot utförd tid inom personlig assistans i egen regi.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	
14	Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader.	Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal	Kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

Kontrollmoment 1 - Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade.

Risk att det råder oklarhet om vilken information som är viktig för verksamheten samt hur ansvaret för informationen uttrycks vilket leder till att risker inte identifieras och att skyddsåtgärder inte vidtas vilket i sin tur leder till störning eller avbrott i produktionen.

Genomförd kontroll

En inventering av vilka aktiviteter som varit aktuella har skett gällande att informationshanteringsplanen (IH-plan) är beslutad, kommunicerad och hålls aktuell samt att artikel 30-registret över personuppgiftsbehandlings är upprättat och hålls aktuellt.

Därtill har kontroller gjorts av huruvida stödjande objektverksamheten (pm3) har genomfört informationssäkerhetsklassning (KLASSA) för väsentliga IT-stöd.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Nämnden har fattat beslut om informationshanteringsplanen under 2023. Information och stöd ges till verksamheterna gällande implementering. Det pågår ett implementeringsarbete gällande informationssäkerhet och informationsförvaltning kopplat till den antagna IH-planen.

En ny utbildning har tagits fram och finns tillgänglig digitalt i Lärportalen.

Förvaltningen har utsedda dataskyddssamordnare som håller samman nämndens artikel 30-register.

Under 2023 har ett omfattande KLASSA-arbete genomförts vad gäller klassning av befintliga system. Dessutom har klassning av nya verksamhetssystem genomförts vad gäller:

- teknisk plattform för digital tillsyn för Trygghetsjouren.
- nytt HUL-system.
- larm till ordinärt boende.
- ändrat arbetssätt för behörigheter till funktionsbrevlådor i verksamhetssystemet Lifecare.

Nytt för året är också att man följer fastställd arbetsprocess Årshjul för systematiskt IT-säkerhetsarbete. Denna process innebär att vi kontinuerligt genomför översyn och uppföljning av de 5 områdena informationsklassning, risker, återställning, åtkomst och

utbildning. Arbetet utförs genom 4 möten/år, ett möte per kvartal och i arbetet deltar förvaltningens två objektledare, dataskyddssamordnare, IT-strateg och Produktägare IT.

Åtgärder

Kontrollmoment gällande implementering av IH-planen samt analys av i vilken utsträckning nämndens personuppgiftsbehandlingar är införda i artikel 30-registret ingår i 2024 års internkontrollplan.

Kontrollmoment 2 - Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade.

Risk att nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.

Genomförd kontroll

Granskningar har genomförts av 10 externa utförare om dessa har rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar. 9 av 10 hade godkända rutiner och planer för hantering av avbrott och störning. En utförare ska åtgärda identifierade brister.

Alla verksamheter inom nämndens egen regi har påbörjat kontinuitetshanteringsplaner. Workshops har utförts tillsammans med utvecklingsledare och verksamhetschefer. Verksamhetschefer har arbetat med frågan tillsammans med medarbetare. Vissa verksamheter har gjort övningar samt köpt in material där det behövs. Två större övningar har gjorts (en med länsstyrelsen och en kommunövergripande) där representanter från egen regins verksamheter deltagit. Nödvändiga rutiner är förankrade i verksamheterna.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Över lag är beredskapen god för kortare avbrott och störningar i verksamheten. Fortsatt arbete kommer göras under 2024 för att rusta nämndens verksamheter för längre avbrott.

Åtgärder

Översyn av hur förvaltningen är organiserad gällande beredskapsfrågor planeras. Fortsatt arbete med kontinuitetsplanering.

Kontrollmoment 3 - Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna

Risk att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk ökat antal avvikelser.

Genomförd kontroll

Volym och kostnader för inhyrd personal har följts månadsvis under perioden januari - november 2023. Historiska uppgifter har tagits fram som jämförelsematerial.

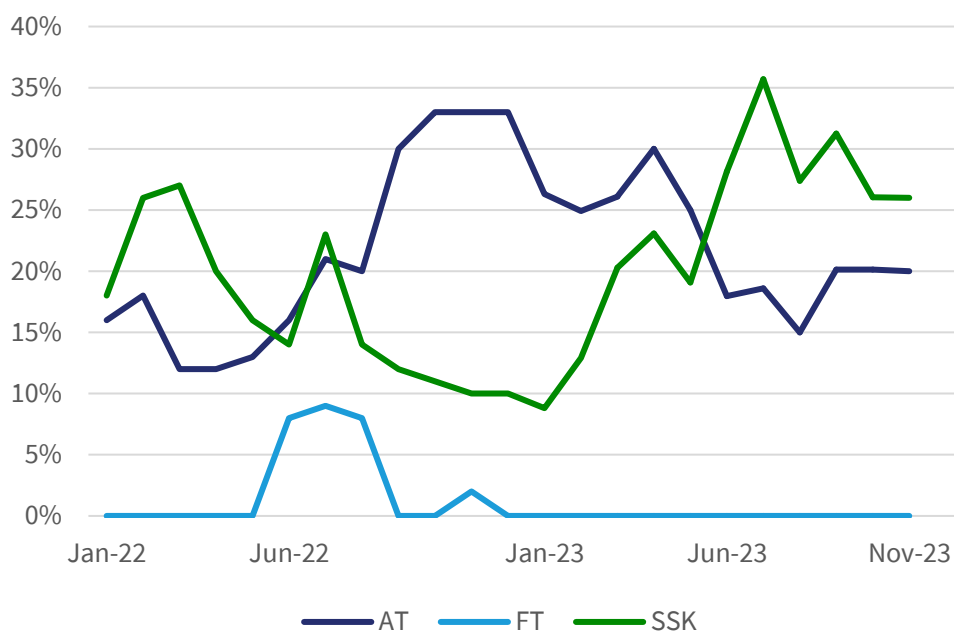
Effekter av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet har analyserats.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning

Andel inhyrd legitimerad personal per profession

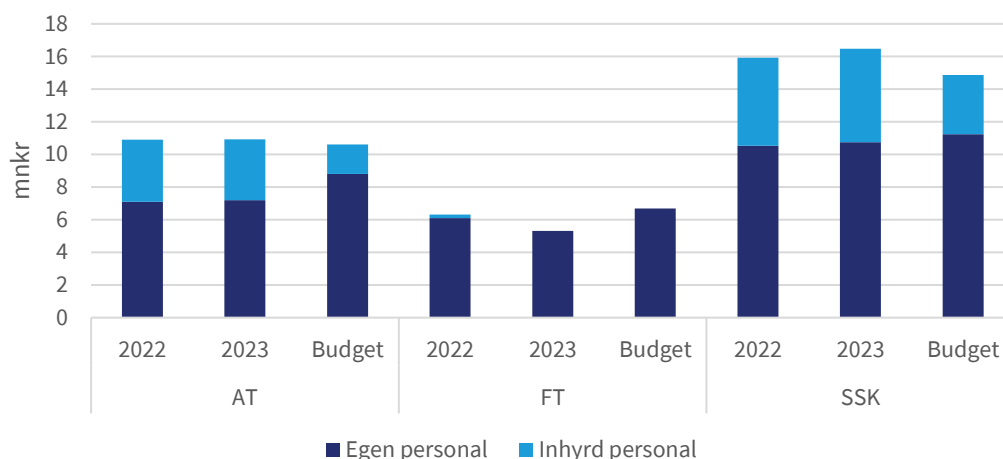
Omsorgsnämnden andel inhyrda årsarbetare 2022 – november 2023



Diagrammet illustrerar per profession hur stor andel som är inhyrd legitimerad personal av grundbemanningen i årsarbetare.

Grundbemanningen för arbetsterapeuter är 15 årsarbetare, i snitt 2023 är 3 årsarbetare inhyrda vilket motsvarar 20%. Grundbemanningen för sjuksköterskor är 19 årsarbetare, i snitt 2023 är 4 årsarbetare inhyrda vilket motsvarar 21%. Inga fysioterapeuter har varit inhyrda under 2023.

Kostnad legitimerad personal per profession



Diagrammet illustrerar per profession ackumulerad kostnad per november för egen och inhyrd personal, jämfört mot samma period föregående år samt budget.

Omsorgsnämndens kostnader för legitimerad personal totalt är på samma nivå som 2022 och i linje med budget. Merkostnad för inhyrd personal perioden januari – november 2023 är 5 miljoner kronor, vilket är 2 miljoner kronor högre än budget.

Effekter av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet

Bristande kontinuitet påverkar kvalitet för patient liksom arbetsmiljön, stor förbättring avseende antal tillsvidareanställda medarbetare kontra bemanningspersonal men inte i mål. Bristande kontinuitet leder till samverkans-/samarbetsförsvårande omständigheter och möjligen brister i uppföljning/ökad andel avvikelser. Vi arbetar aktivt med att rekrytera och bibehålla befintliga medarbetare genom stor satsning på marknadsföring, samverkan och arbetsmiljö.

Åtgärder

Åtgärder för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna. Inom ramen för nämndens internkontrollplan kommer effekterna av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet analyseras och rapporteras i samband med årsbokslutet.

Kontrollmoment 4 - Kontroll av att sökningsbara statsbidrag sökts i rätt tid.

Risk att nämnden inte identifierar och söker de statsbidrag kommunen har rätt till vilket gör att kommunen går miste om stora belopp.

Genomförd kontroll

Kontroll av rutiner.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

När det gäller statsbidrag har förvaltningen tagit fram en beslutsprocess för de av staten utlysta statsbidragen. Det finns en bevakningsordning, med en ansvarig funktion för förvaltningen som söker hem medlen och redovisar sammanställningarna utifrån de beslut som fattas. Förvaltningen med systemledning och egenregis avdelningar har tagit fram en prioriteringslista för vilka satsningar som ska genomföras om vi tilldelas medlen.

De medel som förvaltningen har sökt har också tilldelats förvaltningen. När förvaltningen har valt att inte söka något statsbidrag har det tagits beslut om att avstå.

Åtgärder

Ej aktuellt.

Kontrollmoment 5 - Kontroll av ej verkställda beslut.

Risk att otillräckligt utbud av gruppboväder leder att beslut ej kan verkställas inom tidsfrist vilket leder till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.

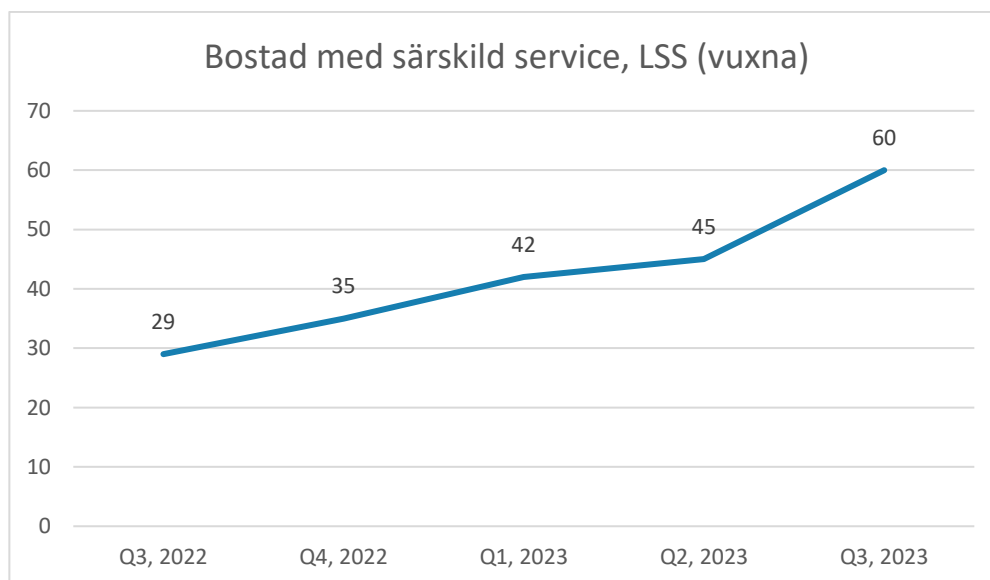
Genomförd kontroll

Kvartalsrapporter till omsorgsnämnden gällande Ej verkställda beslut för Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har följts under perioden kvartal 3 2022 till kvartal 3 2023.

Kontrollen har även rapporterats till nämnden per augusti (perioden kvartal 1 2022 till kvartal 1 2023).

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

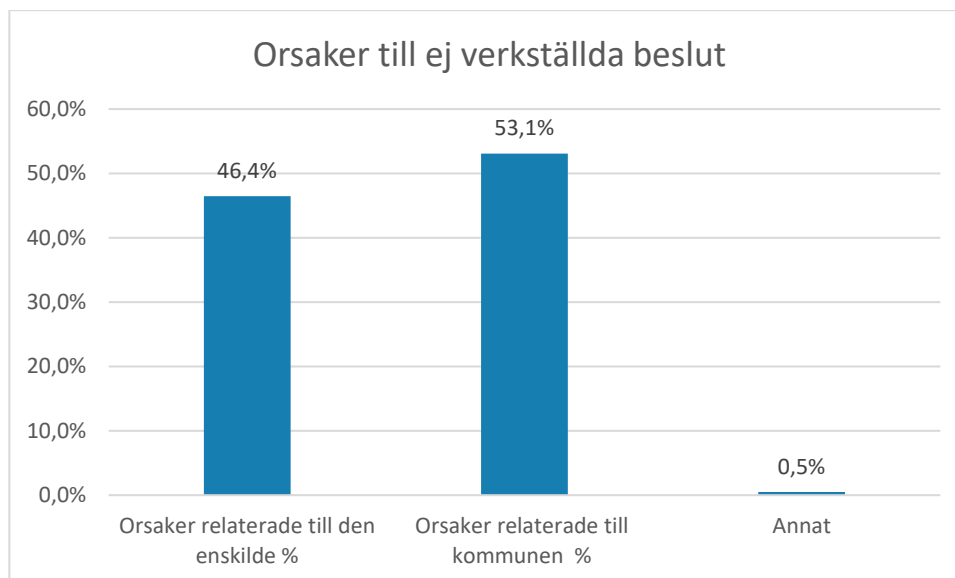


Figur 1 - Antal rapporterade ej verkställda beslut för kvartal 3 2022 – kvartal 3 2023

Orsakerna till att besluten inte verkställts under perioden är i 46,4% av besluten relaterade till den enskilde, så som att den enskilde har specifika önskemål om verkställigheten, har tackat nej till verkställighet, eller att den enskildes hälsotillstånd gjort att beslut inte kunnat verkställas.

I 53,1% av besluten är orsaken relaterade till att det saknas lämplig plats, brist på personal och att den enskilde är i behov av en extern placering. Platsbrist är den orsak som ökat mest under perioden.

0,5% av de ej verkställda besluten beror varken på orsaker hos kommunen eller på den enskildes omständigheter, utan har andra förklaringar.



Åtgärder

Kontrollmomentet fortgår under året och följs upp per augusti och vid årsbokslut. Åtgärder för att brukare ska få sina beslut verkställda i tid finns i nämndens Bostads- och lokalförsörjningsplan.

Kontrollmoment 6 - Kontroll av att utbetalningar av bidrag till organisationer (t.ex. föreningar) går rätt till.

Risk att på grund av t.ex. bristande rutiner eller oegentligheter beviljar kommunen medel till verksamheter som inte är berättigade till medel eller till sådana som inte är effektiva eller ändamålsenliga. Mottagande organisationer kan också använda bidrag till andra ändamål än vad som framgår av beviljad ansökan. Detta leder till felaktig användning av kommunens medel och till lägre förtroende för kommunen.

Genomförd kontroll

Kontroll av utbetalda föreningsbidrag för år 2022 har genomförts i samband med att föreningarna gjort en ny ansökan för 2024.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts med mindre anmärkning.

Ansökan och bifogade handlingar har följts upp och granskats genom att

- kontrollera att demokrativillkoret uppfylls
- kontrollera stadgarna,
- granska ekonomisk redovisning
- att styrelsen beviljats ansvarsfrihet och att årsmötet är utlyst korrekt,
- kontroll av styrelsen sammansättning samt att revisor inte sitter i styrelsen,
- kontroll av revisionsberättelse och om revisorn har synpunkter att dessa är åtgärdade,
- vid ansökan om lokal, kontrolleras hyresunderlag eller liknande
- vid ansökan om personalkostnad kontrolleras att föreningen är registrerad
- som arbetsgivare

Utöver detta har uppföljning genomförts utifrån kontroll av verksamhetsplan och verksamhetsberättelse. Om det finns hemsida eller information i sociala medier om föreningen samt om medlemsantalet förändrats stort gentemot föregående år.

Det som har framkommit i kontrollen är att någon förening saknar regler för extra årsmöte, någon förening hade otydliga stadgar. Vi har klassat detta som mindre anmärkningar har informera föreningarna om detta och kommer även påvisa det i beslutsunderlagen.

Kontrollmoment 7 - Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt.

Att brister i kunskap, rutiner och system leder till att felaktiga löner ibland betalas ut. Felaktiga löner är negativt ur arbetsgivarperspektivet då medarbetare får minskat förtroende för kommunen som arbetsgivare. Dessutom uppstår merkostnader för extrautbetalningar, felaktiga löneskulder och merarbete för både chefer och medarbetare inom löneservice.

Genomförd kontroll

För att säkerställa att förvaltningens chefer har rutiner och kompetens i löneprocessen så att korrekt lön utbetalas genomförs ett utbildningstillfälle den 5 december där cheferna får ta del av en genomgång av löncykeln och dess rutiner. Syftet med tematräffen är att ge cheferna kunskap och kompetens för att genomföra löneprocessen så att rätt lön utbetalas till medarbetaren. Genomgången utförs av HR och Löneservice gemensamt.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts utan anmärkning.

Se genomförd kontroll.

Åtgärder

Inga ytterligare åtgärder föreslås i nuläget.

Kontrollmoment 8 - Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.

Att bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.

Genomförd kontroll

För varje tertial slumpades 5 stickprov fram ur diariet. De framslumpade besluten jämfördes mot delegationslistor. Kontrollen har genomförts av nämndsekreterare

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

I den slumpmässiga kontrollen har två felaktigheter identifierats.

Kontroll av delegationsbeslut 1 januari till 30 april 2023

Beslut	Dnr. / system	Delegat	Nr	Datum	Anmält	Kontrollanteckning
Polisanmälan försök till stöd	OSN-2023-00066 / DHS (Digitalt handläggarsöd)	Verksamhetschef	1.14.13	-	Nej	Felregistrerat i DHS och därför inte anmält till nämnden. Det finns inga dokument registrerade på ärendet förutom bekräftelsen från polisen. Det framgår därför inte i ärendet vem som fattat beslut om att anmälan ska ske. Det går inte heller att spåra när beslut om att anmäla fattades. Anmälan har mottagits av polisen 2023-01-19.
LSS Ledsagarservice bifall (20 h/mån)	LifeCare	Biståndshandläggare	4.12.1	2023-01-25	2023-02-13	OK Beslutat av biståndshandläggare.
LSS Ekonomisk ersättning vid ordinarie assistents sjukdom bifall	LifeCare	Administratör	4.9	2023-02-27	2023-03-20	OK Beslutat av administratör.
SoL Trygghetslarm bifall (baserat på SOL Hemtjänst bifall, 21 h 52 min/mån)	LifeCare	Biståndshandläggare	3.7.1	2023-03-30	2023-05-10	OK Beslutat av biståndshandläggare. Anm. Inget nämndsammanträde i april, så anmält till nämnden i maj.
Förslag till nytt förfrågningsunderlag inom daglig verksamhet 2023	OSN-2022-00733 / DHS	Upphandlingsutskott	2.1	2023-03-13	2023-05-10	Beslutat av upphandlingsutskottet. Anm. Beslutsdatum utanför den period vars delegationsbeslut anmäldes till nämnden i mars. Inget nämndsammanträde i april, så anmält till nämnden i maj.

Kontroll av delegationsbeslut 1 maj till 30 augusti 2023

Beslut	Dnr. / system	Delegat	Nr	Datum	Anmält	Kontrollanteckning
Samrådsyttrande avseende detaljplan för Gysta 1:13	OSN-2023-0033 / DHS	Förvaltningsdirektör	1.7.3	2023-06-01	2023-06-20	OK
Polisanmälan flera assistenter	OSN-2023-00332 / DHS	Enhetschef	1.14.1	2023-05-09	2023-06-20	OK
LSS Bostad med särskild service Vuxen bifall	LifeCare	Specialisthandläggare	4.18	2023-06-02	-	OK Beslutat av en specialisthandläggare Anmäls på nästa nämndsammanträde 2023-09-25
LSS Kontaktperson avslag	LifeCare	Biståndshandläggare	4.13	2023-07-06	-	OK Beslutat av en biståndshandläggare Anmäls på nästa nämndsammanträde 2023-09-25

Beslut	Dnr. / system	Delegat	Nr	Datum	Anmält	Kontrollanteckning
LSS Korttidshem bifall	LifeCare	?	?	2023-05-10	2023-06-20	<i>Korttidshem</i> under avsnitt 4. LSS finns inte som insats i delegationsordningen. Förmodligen avses insatsen enligt nr 4.15.2 i delegationsordningen (<i>Korttidsvistelse, avseende övriga korttidsvистер</i>) med delegaten biståndshandläggare. Beslutet här är dock fattat av en specialisthandläggare så det är inte rätt delegat i så fall.

Kontroll av delegationsbeslut 1 september till 31 december 2023

Beslut	Dnr. / system	Delegat	Nr	Datum	Anmält	Kontrollanteckning
Beslut om godkännande i valfrihetssystem LOV DV Conexi AB	OSN-2023-00500 (DHS)	Förvaltningsdirektör	2.5	2023-10-25	2023-11-20	Rätt delegat och rätt registrerat i DHS så när som på att man skrivit in personen (Lenita Granlund) som delegat där man ska ange funktionen (förvaltningsdirektör). Däremot är det enhetschefen för avtal och marknad som skrivit under godkännandet i den registrerade handlingen. Det framgår i beslutet att förvaltningsdirektören har vidaredelegerat beslutet till enhetschefen för avtal och marknad. Vidaredelegerade beslut ska anmälas till förvaltningsdirektören, inte till nämnden. Av delegationsordningen framgår att: Beslut som tas efter vidaredelegering av förvaltningsdirektören ska dock endast anmälas till förvaltningsdirektören. Om dessa beslut kan överklagas genom laglighetsprövning enligt 13 kap. KL ska besluten protokollföras särskilt, se 6 kap. 40 § KL. Av ovanstående att döma har beslutet inte hanterats på rätt sätt när det gäller registrering eller anmälan. Beslutet kan dock inte överklagas enligt 10 kap. 4 § LOV och beslutet hade inte behövt protokollföras. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för omsorgsnämnden (OSN-2023-00153) beslutad 25 september 2023.
Samrådsyttrande avseende detaljplan för kvarteret Murstenen	OSN-2023-00478 (DHS)	Förvaltningsdirektör	1.7.3	2023-09-22	2023-10-16	Ok, enligt då gällande delegationsordning. Anm. Enligt planbeskrivningen bedöms detaljplanen vara förenlig med översiktsplanen. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för omsorgsnämnden (OSN-2020-00402) beslutad 21 juni 2022.

Beslut	Dnr. / system	Delegat	Nr	Datum	Anmält	Kontrollanteckning
LSS, Ekonomisk ers. vid ordinarie assistents sjukdom – bifall	Life Care	Administratör	4.9	2023-09-15	2023-10-16	Ok, enligt då gällande delegationsordning. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för omsorgsnämnden (OSN-2020-00402) beslutad 21 juni 2022.
SoL, Hemtjänst – bifall	Life Care	Bistånds- eller specialhandläggare	3.7.1 3.7.2	2023-10-18	2023-11-20	Beslutet är fattat av biståndshandläggare och detta är i enlighet med delegationsordningen om beslutet är upp till 120 timmar per månad. Det har dock inte kunnat verifierats eftersom granskaren inte har tillgång till besluten. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för omsorgsnämnden (OSN-2023-00153) beslutad 25 september 2023.
LSS, Ledsagarservice – bifall	Life Care	Bistånds- eller specialhandläggare	4.12.1 4.12.2	2023-10-17	2023-11-20	Beslutet är fattat av biståndshandläggare och detta är i enlighet med delegationsordningen om beslutet är upp till 30 timmar per månad. Det har dock inte kunnat verifierats eftersom granskaren inte har tillgång till besluten. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för omsorgsnämnden (OSN-2023-00153) beslutad 25 september 2023.

Åtgärder

Följande åtgärder föreslås:

- Information till förvaltningen om vad ett delegationsbeslut är, vem som är delegat och hur man hanterar att en delegat inte kan fatta beslutet. Även förankra vad delegationsordningarna innehåller och hur besluten ska registreras – att de ska registreras – för att bli anmälda till nämnden, det senare gäller kanske särskilt för de beslut som hanteras i DHS.
- Se över hur man benämner de insatser man beslutar om, dels när handläggaren registrerar dem i LifeCare, dels hur de benämns i delegationsordningen. Eventuellt göra revideringar där besluten inte är konsekvent benämnda med det som står i delegationsordningen.
- I DHS måste man ange delegationsnumret när man registrerar beslutet. Säkerställ att det framgår av delegationslistorna som tas ut från LifeCare vilket delegationsnummer man lutar sig mot i beslutet.
- Det bör framgå i den lista över delegationsbeslut i individärenden, som anmäls till nämnden, hur många timmar som beviljas en insats eftersom det avgör delegaten i många fall.

- Ta fram en intern rutin för hur vidaredelegerade delegations-beslut ska hanteras när det gäller:
 - registrering i diarie-föringssystemet (DHS),
 - anmälan av besluten till förvaltningsdirektör, och
 - hur protokollföring ska ske i de fall besluten kan laglighetsprövas.

- Det bör framgå i den lista över delegationsbeslut i individärenden, som anmäls till nämnden, hur många timmar som beviljas en insats eftersom det avgör delegaten i många fall.

Kontrollmoment 9 - Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara.

Risk att det inte går att hitta handlingar och följa ett ärende vilket försvårar för insyn och eget arbete.

Genomförd kontroll

Stickkontrollen gjordes under november månad av utvecklingsledare och objektspecialist. Urvalet gjordes utifrån beslut som fattats av myndighet OSN under oktober månad 2023. Det fanns totalt cirka 500 beslut och av dessa kontrollerades de 30 först fattade besluten.

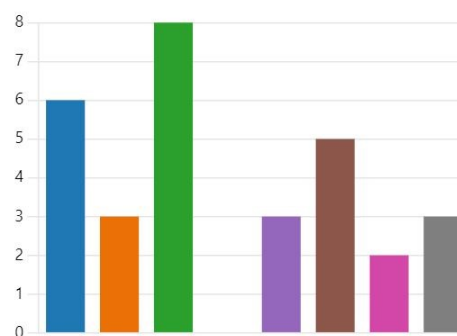
De 30 akter som granskades tillhörde alla olika enheter inom myndigheten (enheten socialpsykiatri boende bildades efter oktober 2023 och har därför inga svar).

4. Enhet

[Mer information](#)

[Insikter](#)

● Socialpsykiatri Öster	6
● Socialpsykiatri Väster	3
● SOMA	8
● Socialpsykiatri Boende	0
● Mottagningen	3
● LSS Vuxen	5
● LSS Barn	2
● LSS Arbete och bostad	3



Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts med mindre anmärkning.

Av granskningen framkom det vissa brister gällande journalföring. Det fanns både möten med brukare som nämndes i utredningen som inte fanns journalförda i akten, samt inkomna handlingar som fanns skannade till den digitala akten men inte var journalförda.

Det framkom också att de beslutsmeddelanden som skapas av myndigheten och skrivs under av handläggaren inte alltid skannas till den digitala akten. Det innebär att det hos myndighet inte finns någon kopia av det undertecknade beslutet bevarad (inte heller i mellanarkivet). Framst gäller detta för beslut som fattats som tillfällig förlängning/i avvaktan på utredning, men även i vissa fall för andra beslut.

De intyg som handläggare använder i sin utredning fanns till största del att återfinna i den digitala akten. I de fall som intyg inte funnits i den digitala akten, kan det antas att informationen om intyget har återanvänts från en äldre utredning. Originalhandlingen kan då finnas i mellanarkivet. Övervägande var handlingarna i den digitala akten döpta enligt gällande rutin, men i övriga fanns brister som antingen handlade om att dokumentnamnen inte följer rutinen eller att dokumentet inte överhuvudtaget döpts om efter skanning (det har då ett siffernamn). Det fanns också en del handlingar i den digitala akten som inte journalförts.

Åtgärder

Myndighetens rutiner för journalföring (inklusive skanning till digital akt) måste lyftas och gås igenom på varje enhet. Det ska tydliggöras vilken skyldighet myndigheten har att dokumentera och på vilket sätt dokumentation ska ske. Sedan 2023 finns det tydliga utbildningar i introduktionspaketet som bör underlätta för nyanställda att följa rutinerna framöver. Men det ska förtydligas för den som ansvarar för introduktionen att vissa kunskaper inom journalföring och dokumentation måste checkas av innan medarbetaren ges egen delegation.

Kontrollmoment 10 - Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd.

Risk att handlingar inte diarieförs korrekt. Det går därför inte att hitta handlingar eller att följa ärenden och beslut vilket försvårar både för kommunens interna arbete och för allmänhetens insyn.

Genomförd kontroll

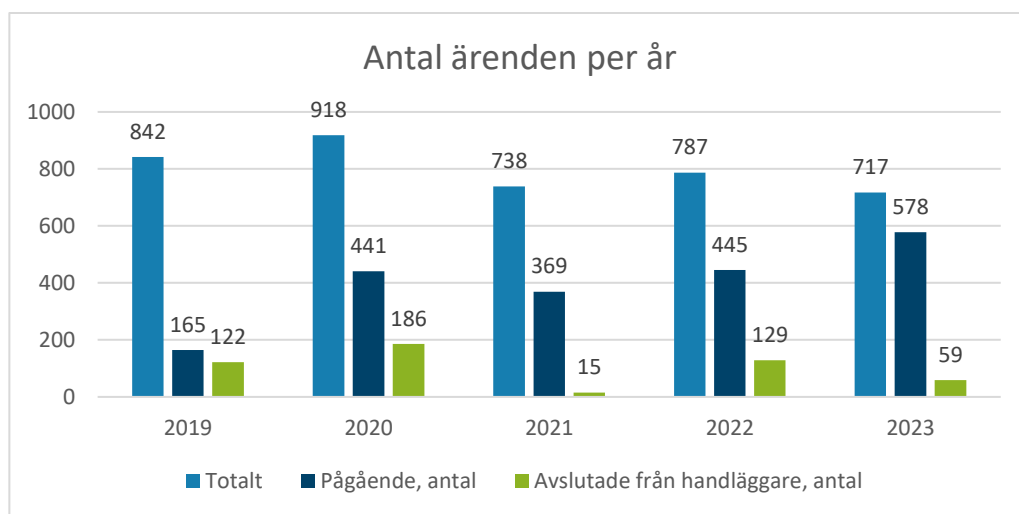
Registraturen har tagit fram nulägesstatistik (2023-11-10) över andelen pågående och avslutade ärenden i ärendehanteringssystemet DHS för år 2019–2023.

När ärenden avslutas i DHS sker detta i två steg. Först skickar handläggarna ärendet för avslut. Därefter gör registrator en kvalitetskontroll av ärendet och jämför med eventuell pappersakt. Registrator avslutar sedan ärendena slutgiltigt. Beroende på arbetsbelastning kan det ibland dröja innan registraturen utför detta arbete.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts med anmärkning.

En stor mängd ärenden ligger fortfarande öppna sedan flera år tillbaka.



En del ärenden saknar ansvarig handläggare, troligen på grund av att handläggare har avslutat sin tjänst utan att ta hand om sina pågående ärenden i DHS på lämpligt sätt. Detta gäller totalt cirka 100 ärenden.

Åtgärder

- En generell påminnelse om att avsluta ärenden skickas via epost från förvaltningen till alla som har handläggarebehörighet i DHS, till exempel i samband med årsskifte.
- Eventuell riktad insats till de handläggare som har en stor mängd öppna ärenden. Det går att ta fram listor från DHS som visar antal öppna ärenden per handläggare. Registraturen kan vid behov bistå med att visa hur dessa listor kan tas fram.

- Förvaltningen behöver ha en rutin för hantering av ärenden i DHS i samband med att handläggare slutar eller byter tjänst, så att ärenden inte lämnas öppna utan någon ansvarig handläggare. Registraturen kan bistå med hjälp att avsluta de ärenden som i nuläget inte har någon ansvarig handläggare, genom att vid behov lägga till en ny ansvarig handläggare.
- Registraturen kan ta fram motsvarande statistik nästa år för att följa upp hur arbetet och insatserna gått. Eventuellt kan en delårsuppföljning göras i maj/juni, för att följa upp effekter av utförda insatser.

Kontrollmoment 11 - Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.

Risk att utskrivningsklara patienter ej kan tas emot av inom tidsfrist vilket till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.

Genomförd kontroll

Uppföljning av kostnader och analys av eventuella kostnadsökningar.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Kostnaderna för utskrivningsklara har markant minskat bortsett från det barnärende som genererade 500 000 kr i kostnad.

Förvaltningen har genomfört en mängd aktiviteter för att öka förmågan att ta emot patienter inom tidsfristen. Bland annat nya bevakningsrutiner och hantering av kommunikationssystemet med regionen, Cosmic Link, ökad samverkan mellan myndighet, kommunens hälso- och sjukvård samt utförarna.

När det gäller barn har HSVO arbetat med att få till en bättre process för de barn som blir kvar länge på sjukhus i väntan på insatser från kommunen. Uppsala har generellt varit bra och ses som en föregångskommun.

Åtgärder

Kontrollmomentet föreslås följas även kommande år.

Kontrollmoment 12 - Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet.

Risk för jäv eller oegentligheter.

Genomförd kontroll

Initial analys

Resultatet av den kommungemensamma enkäten analyserades initialt av enhetschef för enheten strategiskt stöd.

Presentation och dialog i stabsledning

Enkätresultatet i sin helhet redovisades i stabsledning den 14 november 2023, av enhetschef strategiskt stöd. Mötesdeltagare inkluderade förvaltningsdirektör, stabschef, enhetschef avtal och marknad, ekonomichef, strategisk ekonomichef, HR-chef, kommunikationsansvarig samt välfärdsutvecklare. Dessa fick tillgång till materialet före sammanträdet för instudering. I föredragningen presenterades resultatet avseende omsorgsnämnden, såväl som för chefer inom vård- och omsorgsförvaltningen. (Observera att resultatet för chefer avser hela vård- och omsorgsförvaltningen, och går ej att studera uteslutande för chefer inom omsorgsnämndens ansvarsområde.)

Vidare lyftes förslag till slutsatser avseende hur resultatet bör tolkas. Bedömningen i stabsledning avseende omsorgsnämnden innebar i korthet att:

- Omsorgsnämnden vore betjänt av att få ta del av resultatet. Utifrån detta planeras en föredragning för omsorgsnämnden till nämndsammanträdet den 18 december.
- Omsorgsnämnden vore betjänt av att få information om e-utbildningen om intern kontroll, samt kommunens policy och riktlinjer för representation av gåvor. E-utbildningen om intern kontroll bedöms särskilt viktig, då 46% av respondenterna uppger att de inte tagit del av e-utbildningen.
- I övrigt bedöms inget större utbildningsbehov föreligga för omsorgsnämnden inom detta område.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Enkätresultatet avseende chefer föredrogs i ledning och styrning den 5 december 2023. Mötesdeltagare inkluderade förvaltningsdirektör, ekonomichef, strategisk ekonomichef, HR-chef, stabschef, samt avdelningschefer för förvaltningens avdelningar inom egen regi och myndighet.

Resultatet för chefer bedöms indikera ett behov av informationsinsatser i linjen inom flera områden, till förvaltningens chefsled såväl som medarbetare. Det enskilt mest utmärkande området är e-utbildningen om intern kontroll, som endast 50% av respondenterna uppger att de har genomfört.

Vidare indikeras ett behov av informations- och utbildningsinsatser inom flera övriga

områden. Utifrån analysen av resultatet lyfte föredragningen särskilt fram följande delar. Förvaltningens avdelningschefer tar med sig dessa för spridning i linjen – till områdeschefer, verksamhetschefer och medarbetare:

- E-utbildningen om intern kontroll
- Visselblåsarfunktionen
- Kommunens policy för representation och gåvor
- Kommunens riktlinje för representation och gåvor
- Kommunens riktlinje för informationssäkerhet
- Uppsala kommuns policy och riktlinjer mot mutor
- Information om meddelarfrihet skall ges minst i samband med nyanställning och genomgång av sekretessbevis

Sammanfattningsvis bedöms enkäten ha givit en klar bild över behovet av information och utbildningsinsatser för såväl nämndens ledamöter som förvaltningens chefer och medarbetare. Analysen har resulterat i konkreta åtgärder i form av informationsaktiviteter gentemot nämnd, i förvaltningens ledningsgrupper, och förvaltningsinternt i hela linjeorganisationen. Detta för att minska och förebygga de risker som beskrivs i kontrollmomentet för detta kontrollområde.

Åtgärder

Se resultat av kontroll ovan.

Kontrollmoment 13 - Kontroll av timkostnad personlig assistans i egen regi.

Risk att kostnaden för personlig assistans i egen regi ökar, på grund av otillräcklig uppföljning.

Genomförd kontroll

Kontroll av aktuella rutiner.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Personlig assistans görs månatliga uppföljningar med verksamhetschefer och ekonom för att följa upp timkostnaderna, där har vi bra rutiner och följer upp snabbt när vi upptäcker fel.

En stor internrevision har även gjorts, där alla verksamhetschefer har gått igenom flera områden där det brister har handlingsplaner gjorts tillsammans med OC.

Kommit fram att det finns en hel del brister. Gjort om introduktion, handledarskap, kollegialt stöd och uppföljningar med OC.

Åtgärder

Fortsatt förbättringsarbete behövs under 2024.

Kontrollmoment 14 - Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal

Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader.

Genomförd kontroll

Kontroll har skett av företags kreditvärdighet, ekonomiska stabilitet, juridiska ställning och inbetalning av arbetsgivaravgifter. Därtill har kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor genomförts-

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Kontroll av företags kreditvärdighet, ekonomiska stabilitet, juridiska ställning och inbetalning av arbetsgivaravgifter:

- Kontroll av samtliga avtalade utförare gällande vård och omsorg, utan anmärkning.

Kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor:

- Under 2023 så har granskningen av flertalet leverantörers intensifierats vilket har gett en möjlighet att mer nogsamt kontrollera fakturorna mot beslutade insatser. Granskningen har resulterat i att flertalet felaktigheter har hittats och att ersättning har kunnat stoppats innan utbetalning. Arbetet med granskning av fakturor samt stickprovskontroller i resulterat i både stoppade utbetalningar och återkrav.

Åtgärder

Befintliga rutiner bedöms vara tillräckliga.