

Handläggare
Ehlin Bengt

Datum
2015-11-19

Diarienummer
SCN-2015-0033

Socialnämnden

Avrapportering av intern kontroll för socialnämnden, andra halvåret 2015

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

att godkänna avrapportering av intern kontroll samt

att överlämna avrapporteringen av intern kontroll till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

I handlingen redovisas inledningsvis kommunfullmäktiges krav på den interna kontrollen. Arbetsgången i arbetet beskrivs och att kontrollen ska utgå från en bedömning av risker samt roll- och ansvarsfördelning.

Socialnämnden antog 2015 års internkontrollplan vid sitt sammanträde 2015-01-28 (SCN-2015-0033) och beslutade att nämnden i juni och december ska avrapportera resultatet av den interna kontrollen till kommunstyrelsen. I internkontrollen har 19 riskområden definierats och för varje riskområde finns ett kontrollmoment. I denna avrapportering redovisas åtta riskområden. Resultatet visar att inom tre av riskområdena genomfördes kontrollerna med anmärkning, inom fyra av riskområdena genomfördes kontrollerna utan anmärkning och inom ett av riskområdena gick det inte bedöma.

Den interna kontrollen för andra halvåret 2015 visar att det finns flera utvecklingsområden inom nämndens verksamheter.

Socialförvaltningen

Jan Holmlund
Direktör

Handläggare
Bengt Ehlin

Datum
2015-11-19

Diarienummer
SCN-2015-0033

Kommunstyrelsen

Avrapportering av intern kontroll för socialnämnden, andra halvåret 2015

Inledning

Uppsala kommuns mål med intern kontroll är att säkerställa att kommunens verksamhet är effektiv och ändamålsenlig, att den ekonomiska rapporteringen är tillförlitlig samt att tillämpliga lagar och förordningar följs.¹ I december månad varje år ska respektive nämnd redovisa resultatet av internkontrollplanen till kommunstyrelsen. Ansvar för den interna kontrollen vilar på respektive nämnd, i detta fall SCN. I följande avsnitt beskrivs regelverket för och målsättningen med internkontrollen mer i detalj.

Organisation och ansvarsfördelning för intern kontroll inom socialnämndens ansvarsområde

Denna beskrivning utgår från kommunfullmäktiges krav i Uppsala kommuns reglemente för intern kontroll². Den interna kontrollen ska bidra till att det finns en

- ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, policys och riktlinjer

Intern kontroll är ett verktyg för att upprätthålla och utveckla kvalitet inom nämndens ansvarsområde. Den interna kontrollen bidrar till att *kvalitetssäkra* verksamheten. Kontrollen fungerar som ett stöd för varje ansvarig chef att se till att rätt saker görs på rätt sätt vid rätt tid. Där den interna kontrollen synliggör att brister finns behöver åtgärder vidtas. Den interna kontrollen ger då ett underlag för *kvalitetsutveckling*. På så sätt bidrar den interna kontrollen till att det finns en tydlig ansvarsfördelning och ändamålsenliga processer och rutiner inom nämndens ansvarsområde.

Arbetsgång för intern kontroll

För att den interna kontrollen ska kunna bidra till ökad kvalitet behöver den utgå från en bedömning av risker. Utifrån riskerna utformas en kontrollplan. I kontrollplanen framgår vilka kontrollmoment som ska följas upp, hur uppföljningen ska gå till, vem som ansvarar för uppföljningen och till vem och när den ska rapporteras. Sammanfattningsvis ser processen för den interna kontrollen ut på följande sätt.

¹ Reglemente för intern kontroll inom Uppsala kommun och dess helägda bolag. Antaget av kommunfullmäktige 2007-03-26 § 83.

² Ibid.

1. Förvaltningen inventerar och värderar risker under hösten
2. Förvaltningen tar fram förslag till kontrollmoment i internkontrollplanen utifrån riskbedömningen
3. Förvaltningen fattar beslut om internkontrollplan senast i december i samband med att verksamhetsplanen godkänns
4. Förvaltningen genomför kontroller i enlighet med planen
5. Förvaltningen återrapporterar resultat av kontrollerna till nämnden under året.

Riskbedömningen – grunden för val av kontrollmoment

Enligt reglementet ska kontrollmomenten utgå från en bedömning av risker: vad som riskerar att gå snett och hur stora konsekvenser det i så fall får. Det är inte meningen att ett internkontrollsystem ska fånga samtliga fel eller brister som kan uppstå, utan en avvägning måste göras mellan risknivå och resursåtgång. Riskbedömningen är enligt reglementet grunden för nämndernas uppföljning av den interna kontrollen i den årliga internkontrollplanen.

Riskbedömningen består av två moment: inventering av risker och värdering av risker. Inventeringen ska fånga vilka risker det handlar om, medan värderingen bedömer hur stor *sannolikhet* det är att något ska gå fel och hur stora *konsekvenser* det i så fall får. Om sannolikheten är hög och konsekvensen är stor bedöms risken vara stor. Förutom risker som kommunstyrelsen vill att nämnderna ska beakta så är det just de risker som bedöms vara stora som ligger i fokus för den interna kontrollen.

Inventeringen av risker bör utgå från kommunrevisionens granskningar och synpunkter, den senaste kontrollen enligt kontrollplanerna samt från chefer och medarbetares uppfattning av vad som kan vara en risk.

Roll- och ansvarsfördelning för intern kontroll

Nämnden har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt ansvarsområde. Nämnden ska årligen rapportera resultatet av den interna kontrollen till kommunstyrelsen.

Direktören ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande regelverk och för att medelsförvaltningen och bokföringen sköts på ett betryggande sätt. Direktören ska leda arbetet med att åstadkomma och upprätthålla en god intern kontroll samt se till att förståelse och kompetens om intern kontroll i organisationen är tillräcklig. Direktören ska se till att nämnden får rapporter om hur den interna kontrollen fungerar och om eventuella brister i den interna kontrollen.

Övriga chefer är skyldiga att följa antagna regler och anvisningar om intern kontroll samt att informera övriga anställda om reglerna och anvisningarnas innebörd. De ska även eftersträva att de arbetsmetoder som används bidrar till en god intern kontroll, dvs. att det finns rutiner och arbetssätt som förebygger brister. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnad chef.

Kvalitetscontroller ansvarar för att förstärka den interna kontrollens roll som ett verktyg för att säkra och utveckla kvaliteten inom nämndens ansvarsområde.

Samordnare av respektive nämnds interna kontroll tar emot uppföljning från dem som enligt planen är ansvariga för respektive kontrollmoment, sammanställer uppföljningen och rapporterar till nämnden.

Ansvariga för respektive kontrollmoment genomför kontroller i enlighet med kontrollplanen och rapporterar resultatet till samordnaren för respektive nämnds interna kontroll. I den mån allvarliga brister noteras rapporterar samordnaren dessa omedelbart till sin uppdragschef.

Övriga medarbetare är skyldiga att känna till och att följa de regler och anvisningar som finns för arbetet. De ansvarar också för att rapportera brister till närmast överordnad chef.

Mutor och jäv

För att säkerställa att det finns en medvetenhet om risker för och konsekvenser av mutor och jäv i varje nämnd och styrelse ska det enligt kommunstyrelsens direktiv finnas minst en intern kontrollåtgärd som avser området mutor och jäv. I nämndens internkontrollplan för 2015 finns det flera kontrollåtgärder för området:

- direktupphandlingar
- köptrohet vid ramavtal
- bisysslor
- mutor och jäv
- representation
- korrekt hantering av behörigheter i förhållande till delegations- och attestförteckningarna.

Uppföljning av vidtagna åtgärder sedan internkontrollplanen år 2014

Resultatet av uppföljningen av internkontrollplanen 2014 visade att det fanns utvecklingsområden inom de olika riskområdena. Nedanför följer en redovisning av vilka anmärkningar som gjordes och vilka åtgärder som vidtagits under år 2015.

Anmärkningar 2014	Åtgärder under 2015
Konkurrensneutral upphandling	Information om reglerna till berörd personal.
Tydlig rubricering i ärenden	Vid APT betonat vikten av att ärenden har en korrekt rubricering som återspeglar ärendets innehåll. Även informerat om att det finns en lathund för hur ärenden ska rubriceras.
Säker sekretesshantering	Vid APT påmint om sekretessreglerna.
Korrekta utbetalningar till personkonton	Information till berörd personal.
Korrekt hantering av delegationsbeslut	Information till berörd personal.
Representation	Chefer har fått information om regelverket.
Korrekt hantering av lösenord	Vid APT påmint om rutinerna för lösenordshantering.
Beslut om utlandsresor, kurser och konferenser	Vid APT påmint om den skriftliga blankett som ska användas.
Enbart behörigt tillträde till Pro Capita	Enhetscheferna har uppmanats kontrollera behörigheterna

Resultat av internkontrollen för andra halvåret 2015

Kontrollansvarig för de olika riskområdena har varit strateg vid socialförvaltningens strategiska avdelning. Vissa riskområden har granskats av strateg eller ekonom vid annan förvaltning.

Avtal och upphandling

Direktupphandlingar

Kontrollmomenten bestod av att kontrollera att direktupphandlingar görs i enlighet med kommunens upphandlingspolicy. Fem fakturor togs ut genom stickprov. Frågor ställdes till berörda enheter om hur man gått tillväga vid förfrågningar till leverantör. Svar inkom rörande alla fem fakturor.

Kontrollen är gjord utan anmärkning.

Köptrohet vid ramavtal

Kontrollmomentet bestod av att kontrollera om köp inom ramavtal görs enligt avropsordning. Om avsteg görs från avropsordningen ska det framgå av dokumentationen om varför. Fem fakturor togs ut genom stickprov. Frågor ställdes till berörda enheter om hur man gått tillväga vid valet av leverantör. Svar inkom rörande tre fakturor.

Kontrollen är gjord utan anmärkning.

Mutor och jäv

Kontrollmomentet bestod av att undersöka om regelverket kring mutor och jäv följs. En enkät skickades ut till förtroendevalda i socialnämnden och tjänstemän inom socialförvaltningen. Det inkom 12 svar från förtroendevalda och 140 svar från anställda. En samlad bedömning är att både förtroendevalda och tjänstemän har god kunskap om och följer regelverket.

Kontrollen är gjord utan anmärkning.

Kontroll av efterlevnaden av regler, policys och beslut

Korrekt hantering av delegationsbeslut

Kontrollmomentet bestod av att kontrollera att delegationsbeslut har anmälts till nämnden och att de har anmälts inom skälig tid (inom tre månader är skälig tid). Tre stickprov har valts ut där beslut tagits ut från DokÅ och sedan kontrollerats mot anmälda beslut i nämnd. Ett beslut har inte anmälts till nämnd.

Kontrollen är gjord med anmärkning.

Representation

Kontrollmomentet bestod av ta stickprov på fakturor under tiden januari till oktober 2015. Kontrollen visar att det ibland saknas underlag där syfte och deltagare framgår när typen av

representation kräver det. Av totalt 29 granskade fakturor saknas fullständigt underlag för 6 fakturor.

Kontrollen är gjord med anmärkning.

Behörigheter är aktuella

Kontrollmomenten bestod av att undersöka om behörigheter i Iris är aktuella och att rätt personal har rätt behörigheter. En enkät skickades ut till 25 chefer inom socialförvaltningen och 19 svar inkom. Svaren visade behörigheterna i de flesta fall var korrekta men att det fanns brister på vissa enheter.

Kontrollen är gjord med anmärkning.

Snabb dokumentation

Kontrollmomentet bestod av att undersöka tidsintervall mellan en händelse och genomförd journalanteckning. Tillvägagångssättet har varit att kontrollera journalanteckningarna för de barn och ungdomar som hade en insats och/eller var föremål för utredning under april månad. Av dessa gjordes ett urval på var tionde person. Medelvärdet visar i snitt antalet dagar innan händelsen dokumenteras, se tabell nedan.

Snabb dokumentation Alla enheter	
Antal personer i urvalet	190
Antal anteckningar	1119
Medelvärde, dagar	14
Medianvärde, dagar	1
Saknas anteckningar	13

Föregående år kontrollerades samma enheter. Medelvärdet var då 13 dagar att jämföra med 14 dagar i år. Föregående år saknades anteckningar i 55 fall, år saknades anteckningar i 13 fall. Där det saknas anteckningar är företrädesvis ärenden med insats i form av kontaktfamilj, vilket omprövas en gång per år.

Det finns inget entydigt svar på hur lång tid det får gå mellan händelse och journalanteckning. Åtgärder som vidtas vid handläggning av ett ärende och vid genomförande eller uppföljning av en insats ska fortlöpande och *utan oskäligt dröjsmål* dokumenteras i journalen. Vad som menas med oskäligt dröjsmål framgår varken av lag, förordning eller av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation men det ska ske *snarast möjligt*. En samlad bedömning visar att dokumentationen förbättrats sedan förra året även om medelvärdet försämrats marginellt. Årets granskning omfattade nästan dubbelt så många journalanteckningar och det saknas anteckningar i en procent av händelserna mot åtta procent förra året.

Kontrollen är gjord utan anmärkning.

Inleder utredning om missbruk hos vuxna i tillräcklig omfattning

Kontrollmomenten bestod av att undersöka hur många LVM-utredningar som inleddes i förhållande till antalet inkomna LVM-anmälningar. Mätperiod var januari-september 2015. Kontrollen visade att det under mätperioden inkom 123 anmälningar rörande 87 unika individer och att 63 LVM-utredningar inleddes rörande dessa individer.

Kontrollpunkten är otydligt utformad. Det går inte att avgöra om resultatet bör föranleda en anmärkning eller inte.

Bedömning

Den interna kontrollen för andra halvåret 2015 visar att det finns några utvecklingsområden inom nämndens verksamheter för att öka regelefterlevnad och kvalitet. Nedan redovisas en sammanställning av de kontroller som genomförts. Återkoppling av den interna kontrollen kommer att ske till berörda medarbetare och chefer inom socialförvaltningen. Utbildningsinsatser kommer att genomföras för att åtgärda anmärkningarna.

Riskområden som kontrollerats andra halvåret 2015	Anmärkning
Direktupphandlingar	nej
Köptrohet vid ramavtal	nej
Mutor och jäv	nej
Korrekt hantering av delegationsbeslut	ja
Representation	ja
Behörigheter är aktuella	ja
Snabb dokumentation	nej
Inleder utredning om missbruk hos vuxna i tillräcklig omfattning	oklart

Socialnämnden

Ingrid Burman
Ordförande

Lotta von Wowern
Sekreterare

Internkontrollplan 2015

Nedanstående tabell visar vilka kontroller som socialförvaltningen avser att göra inom nämndens ansvarsområden år 2015. Planen baseras på en inventering av riskområden som har värderats utifrån hur stor sannolikhet det är att fel uppstår och hur stora negativa konsekvenser det i så fall leder till.

Kontrollplanen beskriver övergripande vad det är som ska kontrolleras, vem som ansvarar för kontrollen och när rapportering till nämnd ska ske. Socialförvaltningen ansvarar för att utforma mer detaljerade rutiner för hur varje kontrollmoment ska gå till.

Riskområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollmetod och frekvens	Rapportering av kontroll
Avtal och upphandling				
Kvalitetssäkring av avtal	Avtalen är utformade enligt kvalitetskriterier och så att det går att bedöma om de efterlevs.	Strateg	Stickprov av tre avtal som bedöms utifrån förutbestämda kriterier.	Nämnd i juni och december
Direktupphandlingar	Direktupphandlingar görs i enlighet med kommunens upphandlingspolicy.	Strateg	Stickprov på fem fakturor och tillhörande förfrågningsunderlag.	Nämnd i juni och december
Köptrohet vid ramavtal	Inköp görs enligt avropsordning. Om avsteg görs ska det framgå av dokumentationen om varför.	Strateg	Stickprov på fem fakturor där avsteg från avropsordning gjorts.	Nämnd i juni och december

Riskområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollmetod och frekvens	Rapportering av kontroll
Bisysslor	Förtroendevalda och tjänstemän har ingen obehörig bindning till något bolag som kommunen gör affärer med	Strateg	Kontroll i Bolagsverkets register. Enkät till tjänstemän om bisysslor. Avvikelse noteras och redovisas i nämnd.	Nämnd i juni och december
Mutor och jäv	Regelverket kring mutor och jäv följs	Strateg	Enkät till förtroendevalda och tjänstemän.	Nämnd i juni och december
Kontroll av efterlevnaden av regler, policys och beslut				
Tydlig rubricering av ärenden	Ärenderubriken stämmer överens med innehållet så att intressenter lätt kan hitta det de söker efter.	Strateg	Stickprov av ett ärende per nämndssammanträde under året.	Nämnd i juni och december
Felaktig utbetalning av övriga kostnader	Granskning av att rutiner för avsläpp av posten övriga kostnader efterlevs: - beslutsmeddelande finns - rätt konterad	Ekonom	Fem Tio stickprov varje kvartal.	Nämnd i juni och december
Korrekt hantering av delegationsbeslut	Delegationsbeslut anmäls till nämnd inom skälig tid. Rätt delegat beslutar.	Nämndsekreterare	Två stickprov från varje kvartal.	Nämnd i juni och december
Representation	Vederbörlig specifikation finns bilagda fakturor.	Ekonom	Stickprov varje kvartal.	Nämnd i juni och december

Riskområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollmetod och frekvens	Rapportering av kontroll
Korrekt hantering av behörigheter i förhållande till delegations- och attestförteckningar.	Behörigheter följer delegations- och attestförteckningar.	Ekonom	Kontroll att behörigheter beslutade av nämnd är inlagda i redovisningssystemet. Avstämning mot delegationsordningen för året. En gång per år.	Nämnd i juni och december
Obehörigt tillträde till uppgifter	Behörigheter är aktuella.	Strateg IFO: System-samordnare	Kontroll att behörigheter i Iris är aktuella och att rätt personal har rätt behörigheter. En gång per år.	Nämnd i juni och december
Korrekt hantering av lösenord.	Lösenord lämnas inte ut till obehöriga personer.	Strateg IFO: System-samordnare	Kontroll av att rutin finns och följs kring hantering av lösenord. En gång per år.	Nämnd i juni och december
Beslut om utlandsresor, kurser och konferenser.	Kontroll av att skriftlig ansökan och beslut finns för utlandsresor, kurser och konferenser.	Strateg	Webbenkät en gång per halvår.	Nämnd i juni och december
Korrekt utförd bokföring.	Attestreglementet följs.	Ekonom	Webbenkät till beslutsattester kring attestreglementet. En gång per år.	Nämnd i juni och december
Snabb dokumentation	Tidsintervall mellan aktivitet och genomförd journalanteckning.	Systemsamordnare	Stickprov vart 10:e ärende under april månad.	Nämnd i juni och december

Riskområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollmetod och frekvens	Rapportering av kontroll
Inleder utredning i tillräcklig omfattning för barns skydd.	Granskning av beslut; utredning 11:1 SoL inleds inte.	Individutskottens justeringsman vid varje ordinarie sammanträde.	Från delegationslistan väljs två beslut; ett ärende gällande barn 0-12 år och ett ärende gällande ungdom 13-20 år.	Muntlig redovisning av enhetschef vid respektive utskotts nästkommande sammanträde.
Inleder utredning i tillräcklig omfattning för barns skydd.	Att myndighetsorganisationen alltid inleder utredning vid tredje förhandsbedömning om att barn far illa, inom ett år.	Enhetschef	Enhetschef på utredningsenhet tar fram ärenden två gånger per år i samband med bokslut per april och per augusti, vilket sammanställs för hela myndighetsorganisationen.	Muntlig redovisning av enhetschef till utskott två gånger per år i samband med bokslut per april och per augusti.
Inleder utredning om missbruk hos vuxna i tillräcklig omfattning	Antalet inkomna LVM-anmälningar i förhållande till antalet inledda LVM-utredningar	Systemsamordnare	Statistik hämtas ur Procapita.	Nämnd i juni och december
Antal hyresrätter för bostadssociala ändamål är begränsat	Andel bostadssociala kontrakt som övergår i eget kontrakt	Enhetschef	Statistik hämtas från bostadssamordningen.	Nämnd i juni och december