

Uppföljning av intern kontrollplan 2014

Inledning

Kommunfullmäktige antog 2010-09-28 § 82 reglemente för intern kontroll. Reglementet syftar till att säkerställa att styrelser och nämnder upprätthåller en tillfredsställande intern kontroll.

Enligt reglementet § 10 ska nämnderna senast i samband med inlämnandet av årsbokslutet till kommunstyrelsen rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnden. Rapportering ska samtidigt också göras till kommunens revisorer.

Barn- och utbildningsnämnden antog 2013-12-12 den interna kontrollplanen för 2014.

Barn- och utbildningsnämndens interna kontrollplan för 2014 innehåller följande kontrollområden:

- Upphandling och inköp
- Redovisning
- Utbetalningar
- Skolpliktsbevakning
- Representation
- Interkommunal ersättning
- Delegation och beslut
- Diskriminering, kränkande behandling och trakasserier

Resultat av genomförd uppföljning

Upphandling och inköp

En uppföljning har genomförts under 2014. Totalt har 3335 fakturor granskats, av dessa var det 90 st som bedömdes som felaktiga köp, d v s 2,7 %. Bristerna består i huvudsak av:

Inköp utanför avtal

Avtalstroheten är i huvudsak god vad gäller de större avtalsområdena som t ex läromedel och kontorsmaterial. Det sker fortfarande ett visst antal inköp utanför

avtalen. Detta kan i vissa fall vara nödvändigt om varan vid tillfället för beställning inte kan leverera. Dock saknas i så gott som samtliga fall notering om detta vid fakturabetalningen. I de fall då inköp utanför avtal noterats har berörd beställare och rektor informerats.

Återkommande inköp utan avtal

Det finns också många återkommande inköp från en och samma leverantör, där beloppen visserligen understiger kraven på formell upphandling, men där omfattningen ändå är så pass stor att man bör överväga att göra en mer formell upphandling och teckna avtal med en eller flera leverantörer. Detta förekommer framförallt på Bruksgymnasiet när det gäller specifika läromedel/material inom yrkesprogrammen.

Enstaka inköp utan direktupphandling

Det förekommer också att det görs enstaka inköp till större belopp utan föregående direktupphandling. Här har rektor/verksamhetschef ett stort ansvar att se till dessa inköp görs på ett korrekt sätt och godkänns före beställning.

Sammanfattning upphandling och inköp

Sammanfattningsvis kan konstateras att avtalstroheten är förhållandevis god. Dock saknas ramavtal inom vissa varugrupper och riktlinjerna för direktupphandling följs inte alltid vid direktupphandling. En central upphandlingsfunktion i kommunen skulle underlätta och förbättra de upphandlingar som idag görs och minska arbetsbördan på förvaltningen.

Redovisning

Kontrollen innefattar att målet rättvisande redovisning uppnås. Det som kontrolleras är att det bokförda överensstämmer med vad den kontrollerade koden ska användas till. Kontrollen genomförs genom ett slumpmässigt urval av verifikationer. Vid kontrollen har 20 verifikationer granskats.

En var bokförd på fel konto och återkopplas till verksamheten.

Utbetalningar

Kontrollrutinen avser utbetalningar som registreras i rutinen för "övriga utbetalningar" via ekonomisystemet, det vill säga ej via faktura- eller lönesystemet. Det som kontrollerats är att verifikationerna arkiverats i pärm i verifikationsnummerordning och förvaras i godkänt arkivskåp, att originalkvitto som är relevant för verksamheten finns samt att gransknings- och beslutsattest finns.

Sammanlagt har 221 verifikationer granskats, vilket är en totalgranskning. Av verifikationerna är det två som saknar beslutsattest medan utbetalning har skett på felaktigt sätt vid ett tillfälle. Felen har återkopplats till verksamheten.

Skolpliktsbevakning

Skolpliktsbevakningen innehåller två delar.

- Samtliga elever folkbokförda i Östhammars kommun ska ha en säkerställd skolplacering.
- Rutiner ska finnas för åtgärder när elever är frånvarande från skolan

Vid den granskning som nu gjorts hade samtliga elever en säkerställd skolplacering.

Det finns också rutiner för åtgärder när eleverna är frånvarande från skolan. Detta finns beskrivet i dokumentet "Elevhälsans handlingsplan och riktlinjer rörande skolplikt, närvarokontroll och åtgärder vid frånvaro" (upprättat 2013-09-24). Elevhälsan gör utifrån detta vid varje terminsavslut en kartläggning i respektive skolområde av den sammantagna skolfrånvaron.

För att på ett tillförlitligt sätt kunna arbeta förebyggande och kunna sätta in rätt åtgärder tidigt krävs att samtliga lärare använder sig av det elektroniska närvarosystem som finns.

Representation

Uppföljning av representation utförs centralt för hela förvaltningen via rapportuttag ur ekonomisystemet två gånger per år. Samtliga fakturor har granskats, vilket i detta fall är 9 stycken. Det som kontrolleras är att syfte med representationen har angivits, att deltagarförteckning finns och att rätt moms har redovisats.

Av de 9 fakturorna som granskats är det en faktura där momsen har redovisats felaktig. I övrigt uppfyller verifikationerna gällande krav enligt lagar och kommunens riktlinjer.

Interkommunal ersättning

Det som kontrolleras är att den interkommunala ersättningen som betalas ut/ erhålls stämmer överens med delegationsbeslut, yttranden och prislistor. Kontrollen utförs genom stickprov två gånger per år.

Sammanlagt har 30 transaktioner granskats, 20 avseende elever från Östhammar som studerar i annan kommun och 10 transaktioner avseende elever från andra kommuner som studerar i Östhammar.

Resultatet från granskningen visar att de granskade transaktionerna stämmer överens med delegationsbeslut, yttranden och prislistor.

Delegation och beslut

Att det finns säkerställda rutiner för beslut med besvärshänvisning är en förutsättning för individens rättssäkerhet. Det som granskats är:

- Att det är ett delegationsbeslut
- Att beslutet har fattats på rätt nivå i organisationen i förhållande till delegationsordningen.
- Att beslutet är fattat enligt gällande lagstiftning
- Beslut som rektor ska fatta enligt skollagen (2010:800).

Granskningen omfattar 200 delegationsbeslut. Av dessa är 186 fattade på barn- och utbildningskontoret, varav 142 gäller skolskjuts. Förskolechefer och rektorer har endast redovisat 14 delegationsbeslut. Antalet beslut som fattas på delegation av rektorer och förskolechefer borde vara fler. Det gäller exempelvis utökad tid i förskolan (skollagen 8 kap §5) och utökad tid på fritidshem (skollagen 14 kap. § 5).

Besluten som tagits är sådana som ska fattas på delegation och de är fattade på rätt nivå i organisationen i förhållande till delegationsordningen. De hänvisar också till rätt lagrum.

När det gäller beslut som rektor och förskolechef fattar enligt skollagen m.m. har 238 beslut redovisats till barn- och utbildningskontoret. Knappt 30 av besluten, avseende särskilt stöd på fritidshemmen, hänvisar till ett lagrum som är ett delegationsbeslut. Vid en närmare granskning av dessa beslut kan konstateras att laghänvisningen är fel och inte är ett delegationsbeslut.

De beslut som fattats av förskolechefer avser främst särskilt stöd (Skollagen 8 kap. 9 §).

Rektorerna har främst fattat beslut om:

- Svenska som andra språk (Skolförordningen 5 kap. § 14)
- Studiehundledning på modersmålet (Skolförordningen 5 kap. § 4)
- Anpassad studiegång (Skollagen 3 kap. § 12)
- Åtgärdsprogram (Skollagen 3 kap. § 9)
- Särskild undervisningsgrupp (Skollagen 3 kap. § 11)
- Särskilt stöd

Granskningen har visat att ett antal beslut hänvisar till fel lagrum. Några enstaka beslut har tagits som rektorsbeslut fast de egentligen varit delegationsbeslut. Det finns också anledning att tro att alla beslut inte redovisas till barn- och utbildningskontoret. För att underlätta för rektorer och förskolechefer att fatta beslut enligt rätt lagrum och göra det enklare att skilja på delegationsbeslut och rektorsbeslut kommer en omarbetning av de blanketter som fylls i när besluten fattas att göras. En informationsinsats kommer att göras i anslutning till detta arbete.

Diskriminering, kränkande behandling och trakasserier

Vid denna granskning kontrolleras om det finns tillförlitliga kontrollrutiner i hela beslutskedjan.

Varje år ska det upprättas en "Likabehandlingsplan" för förskolor och alla skolformer inklusive fritidshem. I dessa finns plan mot diskriminering, kränkande behandling och trakasserier m.m. Under läsåret 2013/14 har elevhälsans personal inventerat varje skolas planer för att kvalitetssäkra dessa. Rektorererna har fått återkoppling av elevhälsans personal på vad som behöver åtgärdas inför upprättandet av en ny plan under hösten.

Mot bakgrund av detta kan konstateras att det finns kontrollrutiner i hela beslutskedjan.

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum
2014-12-17

Sid
4 (29)

Kommunstyrelsen

Kommunrevisionen

§ 182

Dnr 2014SBN0018 Dpl 003

Internkontrollrapport 2014

Bilaga 1

Samhällsbyggnadsnämndens beslut

Samhällsbyggnadsnämnden har tagit del av interkontrollrapport för helåret 2014.

Bakgrund

Samhällsbyggnadsnämnden antog den 26 mars 2014 en intern kontrollplan 2014 samt rutin för internkontroll. Den interna kontrollen har genomförts enligt fastställd plan för andra kontrolldagen 2014 och den har även tagits upp på förvaltningens arbetsplatsträff enligt plan.

Denna rapport speglar hela årets internkontroll.

Rapport

Kontrollgrupp A

Kontroll av att delegationsbeslut fattas enligt delegation från nämnden, har genomförts, i syfte att se att delegationsordning och delegationslista följs. Delegationsbeslut fattade enligt Plan- och bygglagen, Miljöbalken och livsmedelslagstiftningen, slumpades fram av registrator, totalt tio stycken för varje lagområde. Därefter kontrollerades att rätt delegat fattat beslutet och att det stämmer överens med aktuell delegationslista. Kontrollen genomfördes av Plan- och byggchefen samt Miljöchefen, vid två tillfällen under året.

Följande avvikelser noterades för ärenden enligt Plan- och bygglagen: En avvikelse upptäcktes vid andra kontrolldagen, vilket även avser årets avvikelser. Det gäller en begäran om komplettering som fattats beslut om i den 22 juli 2014. Vid denna tidpunkt stod inte handläggaren med på delegationslistan.

Förslag till åtgärd:

Besluten är totalt sett av god kvalitet med rätt laghänvisning. Inläsning av den senast uppdaterade delegationsordning måste förbättras, så att besluten har rätt beslutsfattare enligt delegationslistan.

Forts på § 182

Följande avvikelser noterades för ärenden enligt Miljöbalken: Inga avvikelser har noterats under året.

Förslag till åtgärd: Trots avsaknaden av avvikelser finns det skäl att vid nästa genomgång av delegationsordningen, som sker under 2015, se över otydligheten kring ärenden gällande anmälan enligt förordningen om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd, § 38.

Följande avvikelser noterades för ärenden enligt livsmedelslagstiftningen: En avvikelse noterades vid första kontrolldagen, vilket även motsvarar årets avvikelser. Delegationsordningen är otydlig i vem som har delegationsrätt att förlänga tidsfrister på förelägganden och svårtolkad angående tillsyn på dricksvatten.

Förslag till åtgärd: Förtydliga delegationsordningen, vid nästa genomgång som sker under 2015.

Kontrollgrupp B

Kontroll av hur avgifter enligt Plan- och bygglovstaxan räknas ut i syfte att se hur väl vi följer fastställd taxa och att ärenden hanteras lika i avseendet på avgiften. Delegationsbeslut fattade enligt Plan- och bygglagen, slumpades fram av registrator, totalt tio stycken. Därefter kontrollräknade utsedda personer, som inte handlagt ärendet, hur avgiften har räknats ut. Kontrollen utfördes av Plan- och byggchefen, vid två tillfällen under året.

Följande avvikelser noterades: I två fall saknades redovisning av beräkningar i EDP Byggreda, dessa uppmärksammades under första kontrolldagen. Inga avvikelser för andra kontrolldagen.

Åtgärder som vidtas: Utbildning av berörd personal i hur man beräknar avgiften i EDP Byggreda, har genomförts under hösten 2014.

Förslag till förbättringar: Vid utskick av beslutsärenden ska beräkningen i EDP Byggreda kontrolleras mot avgiften i beslutet.

Kontrollgrupp C

För risken att beslut med timavgift, enligt Miljöbalken och livsmedelslagstiftningen debiteras fel, har utbildning och dialoger utförts med miljö- och hälsoskyddsinspektörer i syfte att se att vi följer fastställda taxor på området. Utbildningen skedde under april månad. Frågan kommer nu att tas upp på veckomöten på respektive område minst en gång i månaden.

Åtgärder som vidtas: Diskussioner förs nu vid verksamhetsmöten för att nå en samsyn om vad som ingår i en avgift.

Forts på § 182

Kontrollgrupp D

För risken att anmälan till kurs görs utan att meddela koordinator, har den dokumenterade inköpsprocessen på förvaltningen uppdaterats och kommunicerades till all personal på arbetsplatsträff den 10 juni. Koordinator har även på tisdagsmöten påtalat vikten om att meddela kurser innan bokningen görs för att säkerställa att rätt uppgifter kommer med i bokningen. Syftet med denna punkt är att säkerställa att vi uppfyller krav på dokumentation och anteckningsskyldighet på ett korrekt sätt vid betalning av fakturor.

Inga avvikelser har noterats under året, det vill säga alla fakturor som gäller reor eller kurser har följt dokumentations- och anteckningsskyldigheten.

Kontrollgrupp E

Då vi såg en risk i att anonymitet hanteras olika, hantering av handlingar med sekretess sker felaktigt, att man är inte medveten om att en handling kan omfattas av sekretess samt att handlingar och projekt inte diarieförs korrekt, finns behov av utbildning och att utarbetning av rutiner startar. Syftet är att säkerställa att vi hanterar handlingar med sekretess på ett rättsäkert sätt, samt att alla inkommande handlingar diarieförs på ett korrekt sätt samt att interna projekt dokumenteras på ett tillfredställande sätt.

Utbildning i Offentlighets- och sekretesslagen samt Förvaltningslagen genomfördes 27 maj. Utbildning i informationssäkerhet har genomförts under maj månad. Förvaltningen använde sig av den digitala utbildningen som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap tillhandahåller på internet.

En diarieföringsrutin har antagits av nämnden.

Kontrollgrupp F

Det finns en risk att kunskap om interna styrdokument är låg, att rutiner inte uppdateras när de är inaktuella samt att säkerhetsrutiner inte följs. Därför finns behov av att säkerställa att vi har en god ordning på våra styrande dokument och interna rutiner, samt att dessa granskas, fastställs och uppdateras. Vi behöver även ha en säker arbetsmiljö för all personal.

En riktlinjer för kvalitetssystem på förvaltningen har tagits fram och där till en kvalitetshandbok. Den presenterades för medarbetarna på arbetsplatsträffen i juni månad, där även säkerhetsrutiner togs upp för påminnelse.

Kontrollgrupp G

Då det finns en risk att beslut skrivs med ett byråkratiskt språk, svårt att förstå, ska all personal delta i utbildning i klarspråk. Detta för att säkerställa att vi har ett tydligt språk i alla delar av våra beslut och där med har rättsäkra beslut. Denna utbildning kommer att ske 9 december 2014.

Diarienummer 2014SBN0018

Intern kontrollplan 2014 samt rutin för intern- kontroll

för Samhällsbyggnadsnämnden

Innehåll

Vad är intern kontroll?	2
Rutin och regler för internkontroll	2
Planering och rapportering av kontrollarbetet 2014	4
Resultat av den översiktliga genomgången 2014	5
Kontrollgrupp A	6
Kontrollgrupp B	6
Kontrollgrupp C	7
Kontrollgrupp D	7
Kontrollgrupp E	8
Kontrollgrupp F	8
Kontrollgrupp G	9



Camilla Olsson/Samhällsbyggnadsförvaltningen, 2014-02-25

Handwritten initials/signature

Vad är intern kontroll?

Intern kontroll är att systematiskt kontrollera att den egna verksamheten och se efter att den har en rimlig grad av säkerhet. Det innebär att Samhällsbyggnadsnämnden ska göra avvägningar mellan kontrollkostnader och kontrollnytta. Här ska inte enbart ekonomiska faktorer vägas in utan även vikten av att upprätthålla förtroendet för verksamheten hos olika intressenter.

Målen för internkontrollen ska vara:
en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Vilket innebär att ha kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet samt att säkerställa att fattade beslut verkställs och följs upp i förhållande till fastställd verksamhetsidé och mål.

en tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten

Vilket innebär nämnden samt de verksamhetsansvariga ska ha tillgång till rättvisande räkenskaper. Därutöver ingår en ändamålsenlig och tillförlitlig redovisning av verksamhetens prestationer avseende kvantitet och kvalitet samt övrig relevant information om verksamheten och dess resursanvändning.

efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Vilket innebär att vi följer lagstiftning för vårt område såväl som regelverk samt ingångna avtal med olika parter.

I Östhammars kommun fastställde Kommunfullmäktige ett reglemente för intern kontroll, 2010-09-28.

Rutin och regler för internkontroll

Ansvarsfördelning

Samhällsbyggnadsnämnden har det yttersta ansvaret för utformningen av en god intern kontroll. Nämnden ansvarar även för att det finns en organisation, regler och anvisningar för den interna kontrollen i enlighet med Östhammars kommuns reglemente för intern kontroll. Nämnden ansvarar även för att rapportering sker till kommunstyrelse och revisorer senast i samband med årsbokslutet.

Förvaltningschefen ansvarar för att konkreta regler och anvisningar finns, att upprätthålla en god intern kontroll, att rapporteringen till nämnden fungerar. Allvarligare brott mot den interna kontrollen rapporteras omedelbart till Kommunstyrelsen.

Verksamhetsansvariga är skyldiga att följa antagna regler och anvisningar, att informera övriga om internkontrollens innebörd, samt att verka för att de anställda arbetar mot uppställda mål och arbetsmetoder – då detta bidrar till en god intern kontroll. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till förvaltningschef.

Övriga anställda ska följa antagna regler och anvisningar i sin arbetsutövning. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmaste chef.

Framtagande av intern kontrollplan

Samhällsbyggnadsförvaltningen gör årligen en Risk- och väsentlighetsanalys för verksamheten. Analysen utförs av förvaltningens ledningsgrupp enligt Kommunstyrelsens gällande mallar. Ledningen gör en översiktlig genomgång av förvaltningens processer i syfte att identifiera de processer som, på grund av dess sammanvägda risk och väsentlighet, bör ingå i en intern kontrollplan. En process, är i detta sammanhang, en rutin eller ett system för en handling eller åtgärd som utförs inom ramen för Samhällsbyggnadsförvaltningen.

En sammanställning av denna analys framställs och presenteras för nämnden årligen. Den föreslagna kontrollplanen ska även innefatta; rutiner, regler, planering och rapportering av kontrollarbetet under året, hur introduktion av nyanställd personal går till i avseende av vad intern kontroll innebär. När nämnden har antagit en internkontrollplan, tas den upp på nästkommande arbetsplatsträff samt att den görs tillgänglig för all personal via vårt intranät.

Risk och väsentlighet

Risk och väsentlighet bedöms enligt en särskild skala. Riskfaktorn är risken för att handlingen eller åtgärden utförs på ett felaktigt sätt. Väsentligheten är den skada som en felaktigt utförd handling eller åtgärd skulle medföra.

Risk

0	Osannolik	Risken att fel ska uppstå är praktiskt taget obefintlig
1	Mindre sannolik	Risken att fel ska uppstå är mycket liten
2	Möjlig	Det finns risk för att fel uppstår
3	Sannolik	Det är mycket troligt att fel uppstår

Väsentlighet

Påverkan på verksamheten, och eller kostnad om fel uppstår:

0	Försumbar	är obetydlig för de olika intressenterna.
1	Lindrig	uppfattas som liten av intressenterna.
2	Kännbar	uppfattas som besvärande för intressenterna.
3	Allvarlig	är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.

F. 626

Planering och rapportering av kontrollarbetet 2014

Planering av internkontrollplanen	14 januari 2014
Presentation av förslag för arbetsutskottet	12 mars 2014
Till nämnden, för antagande	26 mars 2014
Presentation för personal	7 april 2014

Kontroll dagar och rapportering

	Kontroll- datum	Rapport till APT	Rapport till arbetsutskottet	Rapport till nämnden	Rapport till Kommunstyrelsen och revisorer
Kontrolldag 1 2014 (140101-140430)	2014-05-21	2014-06-10	2014-08-13	2014-08-27	
Kontrolldag 2 2014 (140501-1401120)	2014-11-26	2014-12-08	Januari 2015	Januari 2015	Januari 2015

Kontroller kan även ske tätare än ovanstående där det behövs, i dessa fall framgår det av anvisningarna.

Granskade moment skall återrapporteras enligt ovanstående, i form av en kontrollrapport. I de fall granskningen uppmärksammar allvarliga missförhållanden så skall dessa skyndsamt återrapporteras till nämnden.

Rapporten ska innehålla omfattning av utförd uppföljning, utfallet och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska också vid behov innehålla förslag till förbättring av rutiner.

Introduktion av nyanställd personal

I förvaltningens rutin för introduktion av nyanställd personal framgår att övergripande dokument ska gås igenom av utsedd person, där ibland ingår den interna kontrollplanen för aktuellt år. Av ovanstående framgår även att vi återrapporterar planer och rapporter till personalen.

Fr *Bel*

Resultat av den översiktliga genomgången 2014

9 januari 2014 gjorde förvaltningens ledningsgrupp en risk- och väsentlighetsanalys av verksamheten. Totalt gick 57 moment igenom och värderades enligt tabellen sidan 3. Nedan följer de moment som fick högst sammanvägning av risk och väsentlighet (värde 9-6), samt ytterligare tre moment ledningsgruppen ansåg viktiga att kontrollera trots lågt värde, samt att dessa punkter är relativt enkla att kontrollera. Motiveringen av detta framgår under respektive kontrollgrupps beskrivning längre fram. Dessa har sedan delats in i kontrollgrupper, dessa grupper bedöms höra ihop och kan kontrolleras eller arbetas med tillsammans.

Momentet "Periodiseringar av intäkter stämmer inte med verkligheten", stryks ur internkontrollen 2014, då denna punkt anses ge en mycket liten kontrollnytta. Periodiseringarna i budgeten är att anses som riktmärken för uppföljning av ekonomin och vi jobbar aktivt med att ha allt mer rättvisande ekonomiska prognoser. Punkten hanteras även under KFs mål 12 "Östhammars kommun ska vara en kommun där styrelser och nämnder följer budget".

Momentet "Beslut fattas utan att man förstår att man saknar kompetens", stryks då det är en punkt som inte går att kontrollera. Istället kontrolleras ett snarlikt moment "Delegationsbeslut fattas utan delegation från nämnden".

Momentet "Bristande kunskap om viktigaste styrdokument från statliga myndigheter", stryks då det är en kontrollpunkt som inte står i proportion till nyttan vi skulle dra av denna.

Kontroll-grupp	Moment	Risk	Väsent-lighet	Samman-vägning
A	Delegationsbeslut fattas utan delegation från nämnden	2	3	6
B	Handläggare räknar ut fel avgift för lov mm	2	2	4
C	Beslut med timavgift debiteras fel	3	2	6
D	Anmälan till kurs görs utan att meddela koordinator	3	1	3
E	Anonymitet hanteras olika	3	2	6
E	Handlingar diarieförs inte	2	3	6
E	Hantering av handlingar med sekretess sker felaktigt	2	3	6
E	Man är inte medveten om att en handling kan omfattas av sekretess	2	3	6
E	Projekt diarieförs inte	3	2	6
F	Dålig kunskap om interna styrdokument	3	2	6
F	Rutiner uppdateras inte när de är inaktuella	3	2	6
F	Säkerhetsrutiner följs inte	3	3	9
G	Beslut skrivs med ett byråkratiskt språk, svårt att förstå	3	2	6
0	Beslut fattas utan att man förstår att man saknar kompetens	2	3	6
0	Periodiseringar av intäkter stämmer inte med verkligheten	3	2	6
0	Bristande kunskap om viktigaste styrdokument från statliga myndigheter	1	2	2

Kontrollgrupp A

Under denna kontrollgrupp ingår momentet: Delegationsbeslut fattas utan delegation från nämnden.

Syfte: Att säkerställa att delegationsbeslut som fattas av handläggare verkligen sker enligt delegationsordning och delegationslista.

Risk: 2 – Möjlig, det finns risk att delegationsbeslut fattas med felaktig delegat.

Väsentlighet: 3- Allvarlig, påverkan på nämnd, förvaltning och mottagare av delegationsbeslutet anses så stor att den helt enkelt inte får inträffa.

Metod: 10 stickprov efter delegationsbeslut fattade enligt Plan- och bygglagen, Miljöbalken och Livsmedelslagstiftningen, per kontrolltillfälle, slumpas fram. Där efter kontrolleras att rätt delegat fattat beslutet och att denna stämmer överens med aktuell delegationslista.

Kontrollansvar: Plan- och byggchef och (t.f) Miljöchef. Koordinator samordnar.

Frekvens: Två gånger per år.

Uppfyller mål för internkontrollen med:

Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Kontrollgrupp B

Under denna kontrollgrupp ingår momentet: Handläggare räknar ut fel avgift för lov med mera

Syfte: Vi kontrollerar att vi följer Plan- och bygglovstaxa i Östhammars kommun, samt att alla ärenden hanteras lika.

Risk: 2 - Möjlig, det finns risk att avgifter räknas ut på olika sätt.

Väsentlighet: 3- Allvarlig, påverkan på nämnd, förvaltning och mottagare av beslut är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.

Metod: 10 stickprov efter delegationsbeslut fattade enligt Plan- och bygglagen, per kontrolltillfälle, slumpas fram. Där efter kontrollräknar utsedd person, som inte handlagt ärendet, hur avgiften har räknats ut.

Kontrollansvar: Plan- och byggchef. Koordinator samordnar.

Frekvens: Två gånger per år.

Uppfyller mål för internkontrollen med:

Ändamålsenlig & kostnadseffektiv verksamhet

Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Kontrollgrupp C

Under denna punkt ingår momentet: Beslut med timavgift debiteras fel.

Syfte: Vi kontrollerar att vi följer Taxa för prövning och tillsyn inom Miljöbalkens område, samt Taxa för offentlig kontroll av livsmedel och foder, i Östhammars kommun i Östhammars kommun, samt att alla ärenden hanteras lika.

Risk: 3 – Sannolik, det är mycket troligt att fel uppstår då det är upp till varje handläggare att avgöra hur mycket tid som läggs ner i ett ärende. Det kan upplevas svårt att debitera den faktiska tiden som är nedlagd i ett ärende, samt att man är osäker på vad som ingår i handläggningen.

Väsentlighet: 2 – Kännbar, uppfattas som besvärande för intressenterna. Avgifterna inom detta område är förhållandevis låga varför gradering 2 är vald.

Metod: Intern utbildning och en kontinuerlig dialog med miljö- och hälsoskyddsinspektörer om hur timavgifter ska debiteras. Ett utbildningstillfälle kommer att ges i april månad med samtliga inspektörer. Där efter kommer frågan att diskuteras de avdelningsmöten som sker veckovis på förvaltningen.

Kontrollansvar: t.f Miljöchef

Frekvens: Ett utbildningstillfälle och uppföljande samtal på förvaltningen, med minst 1 gång i månaden året.

Uppfyller mål för internkontrollen med:
Ändamålsenlig & kostnadseffektiv verksamhet
Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Kontrollgrupp D

Under denna punkt ingår momentet: Anmälan till kurs görs utan att meddela koordinator.

Syfte: Att säkerställa att vi uppfyller krav på dokumentation och anteckningsskyldighet på ett korrekt sätt vid betalning av fakturor. Trots ett lågt sammanvägt värde av risk- och väsentlighetsanalysen, lyfts denna punkt in i internkontrollen. Orsaken är att detta avsteg gör att koordinator inte kan jobba effektivt och vi riskera att ha bristande underlag vid betalning av fakturor.

Risk: 3- Sannolik, det är mycket troligt att fel uppstår, det är en liten detalj som är lätt att glömma bort då man inte är medveten om varför uppgiften behöver utföras.

Väsentlighet: 1 – Lindrig, uppfattas som liten av intressenterna.

Metod: Information till all personal ska ske vid två arbetsplatsträffar under året. En på våren och en på hösten. Där efter ska chefer vid godkännande av kurs påminna om att informera koordinator om kursen. Papperskopior på programminnehåll och kostnader ska lämnas till koordinator.

Där efter ska koordinator dokumentera varje tillfälle där avsteg från denna kontrollpunkt och meddela till berörd chef.

Kontrollansvar: Koordinator.

Frekvens: Två informationstillfällen om inköpsrutin. Samt kontroll vid varje faktura för utbildningar.

Uppfyller mål för internkontrollen med:
Ändamålsenlig & kostnadseffektiv verksamhet
Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

B. Lid

Kontrollgrupp E

Under denna punkt ingår momenten: Anonymitet hanteras olika, hantering av handlingar med sekretess sker felaktigt, man är inte medveten om att en handling kan omfattas av sekretess, handlingar diarieförs inte, projekt diarieförs inte.

Syfte: Säkerställa att vi hanterar handlingar med sekretess på ett rättsäkert sätt, samt att alla inkommande handlingar diarieförs på ett korrekt sätt samt att interna projekt dokumenteras på ett tillfredställande sätt.

Risk: 2-3, Möjlig till sannolikt att detta sker beroende på moment. Sammanfattningsvis så ser vi att fel kan ske, vilket påverkar rättsäkerheten i hanteringen av våra uppgifter.

Väsentlighet: 2 – 3, Kännbart till allvarligt om detta sker. I värsta fall så hanterar vi uppgifter på ett felaktigt sätt som äventyrar rättsäkerheten för den enskilde.

Metod: Utbildning och en kontinuerlig dialog med all personal om hur hantering av handlingar och sekretess. Ett utbildningstillfälle kommer att ges i maj månad med all personal. Där efter kommer frågan att diskuteras de avdelningsmöten som sker veckovis på förvaltningen. Rutiner kommer även att upprättas för diarieföring. Denna rutin kommer även innefatta informationssäkerhet med hänsyn till tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Diarieföringsrutinen planeras kunna fastställas under Septembermånad.

Kontrollansvar: Koordinator.

Frekvens: Ett utbildningstillfälle och uppföljande samtal på förvaltningen. En rutin ska upprättas.

Uppfyller mål för internkontrollen med:
Ändamålsenlig & kostnadseffektiv verksamhet
Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Kontrollgrupp F

Under denna punkt ingår momenten: Dålig kunskap om interna styrdokument, rutiner uppdateras inte när de är inaktuella samt att säkerhetsrutiner inte följs.

Syfte: Säkerställa att vi har en god ordning på våra styrande dokument och interna rutiner. Samt att dessa granskas, fastställs och uppdateras. Vi ska även ha en säker arbetsmiljö för all personal.

Risk: 3- Sannolik, det är mycket troligt att fel uppstår. Spridningen på våra styrande dokument och interna rutiner är stor idag.

Väsentlighet: 2 – Kännbar, uppfattas som besvärande för intressenterna.

Metod: En kvalitetshandbok ska upprättas på förvaltningen. Med en beskrivning om hur denna ska hållas uppdaterad.

Kontrollansvar: Koordinator.

Frekvens: En handbok ska upprättas.

Uppfyller mål för internkontrollen med:
Ändamålsenlig & kostnadseffektiv verksamhet

F. 62

Kontrollgrupp G

Under denna punkt ingår momentet: Beslut skrivs med ett byråkratiskt språk, svårt att förstå

Syfte: Säkerställa att vi har ett tydligt språk i alla delar av våra beslut och därmed har en rättsäkra beslut.

Risk: 3 – Sannolik, det är mycket troligt att vi använder oss av ett språk som kan uppfattas som svårt att förstå av mottagaren.

Väsentlighet: 2 – Kännbar, uppfattas som besvärande för intressenterna. Om mottagaren av ett beslut inte kan förstå beslut, motiveringar, försiktighetsåtgärder eller likande är det sannolikt att beslutet feltolkas.

Metod: Utbildning och diskussioner kring hur vi har ett språk som är lätt att förstå men även är sakligt korrekt, samt en kontinuerlig dialog med all personal om hur hantering av handlingar och sekretess. Ett utbildningstillfälle kommer att ges i maj månad med all personal. Där efter kommer frågan att diskuteras de avdelningsmöten som sker veckovis på förvaltningen.

Kontrollansvar: Chefer. Koordinator samordnar.

Frekvens: Ett utbildningstillfälle och uppföljande samtal på förvaltningen.

Uppfyller mål för
internkontrollen med:

Ändamålsenlig &
kostnadseffektiv
verksamhet

Efterlevnad av
tillämpliga lagar och
föreskrifter

B. Carl



Intern kontrollplan uppföljning

Fritidsnämnden 2014

Process (rutin/system)	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Metod	Rapportering till	Rapportering 2014
Utbetalningar	Att tillförlitliga attest- och kontrollrutiner finns i hela utbetalningskedjan	Ekonomiassistent	Löpande	Komplett	Förvaltningschef	Genomförd
Upphandling och inköp	Att regler för inköp och gällande ramavtal följs	Upphandlingsansvarig	Månadsvis	Stickprov	Förvaltningschef	Genomförd
Delegation och beslut	Att beslut fattas i enlighet med gällande lagstiftning, delegationsordningar och dokumentationskrav	Nämndsekreterare	Stickprov	Granskning av diarium samt återrapporterade delegationsbeslut	Förvaltningschef	Genomförd
Attestrutiner	Att beslutade rutiner följs	Assistent	2 gånger per år 30/4 och 31/12	Stickprov	Förvaltningschef	Genomförd
Representation	Att lagstiftning och kommunens representationspolicy följs	Assistent	2 gånger per år 30/4 och 31/12	Stickprov	Förvaltningschef	Genomförd
Fakturering	Att fakturering är utförd enligt beslutsunderlag	Ekonomiassistent	Löpande	Komplett	Förvaltningschef	Genomförd

Intern kontrollplan 2014 uppföljning

Kulturnämnden Östhammars kommun

Rutin/system	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Frekvens	Metod	Rapportering feb 2013	Kontroll
Delegation, anmälan och rapportering	Att delgationsordning efterlevs	Förvaltningschef	1 ggr/år	Stickprov	Kulturnämnden	<i>Genomförd</i>
Attestrutiner	Att gällande attestrutiner följs	Förvaltningschef	2 ggr/år	Stickprov	Kulturnämnden	<i>Genomförd</i>
Medelshantering	Att gällande anvisningar följs	Förvaltningschef	2 ggr/år	Komplett	Kulturnämnden	<i>Genomförd</i>
Upphandling/inköp	Att regelverken för upphandling följs	Förvaltningschef	1 ggr/år	Stickprov	Kulturnämnden	<i>Genomförd</i>
Lönerapportering	Att reglerna vid frånvarorapportering följs	Förvaltningschef	1 ggr/år	Stickprov	Kulturnämnden	<i>Genomförd</i>

Kontrollrapport – Intern kontroll

Kommunfullmäktige antog 2010-09-28 ”Reglemente för intern kontroll”. Reglementet anger att styrelse och nämnder har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Styrelse och nämnder har därvid att tillse att:

- En organisation upprättas för den interna kontrollen
- Regler och anvisningar antages för den interna kontrollen

Tekniska nämnden antog 2014-02-05 ”Plan för internkontroll för Tekniska förvaltningen för 2014”.

Tekniska förvaltningen har under 2014 granskat de moment som ingår i ”Plan för internkontroll för Tekniska förvaltningen för 2014” och får härmed avlämna en andra, sammanfattande, kontrollrapport.

”Plan för internkontroll för Tekniska förvaltningen för 2014” är uppdelad i fyra stycken kontrollpunkter: kostnadskontroll, upphandlingshantering, måluppfyllelse samt efterlevnad av lagar, policies och rutiner.

Kostnadskontroll

Förvaltningens ekonomicontroller har genomfört kostnadskontroller på fakturor som kommit förvaltningen tillhanda under juli / augusti månad respektive november månad. För varje avdelning inom förvaltningen granskades tio slumpmässigt utvalda leverantörsfakturor. I granskningen kontrollerades att fakturerad produkt / tjänst var beställd av tekniska förvaltningen, att fakturerad produkt / tjänst kommit tekniska förvaltningen tillgodo, att fakturerad produkt / tjänst tillhör tekniska förvaltningens verksamhet samt att inköpet skett i enlighet med Lagen om offentlig upphandling (LOU) eller kommunstyrelsens riktlinjer för direktupphandling. Sammanlagt sextio stycken fakturor granskades inom ramen för den interna kontrollen. Alla fakturor hade beställts av tekniska förvaltningen, hade kommit tekniska förvaltningen tillhanda samt tillhörde tekniska förvaltningens verksamhetsområde. Alla fakturor var i enlighet med LOU; dock var sex av dessa i strid mot kommunstyrelsens riktlinjer för direktupphandling.

Upphandlingshantering

Kommunens upphandlingsstrateg genomförde under december 2014 en granskning av förvaltningens upphandling av måleriarbeten. Granskningen har utförts utifrån gällande lagstiftning vad gäller val av upphandlingsförfarande, kravställning och utvärdering samt tilldelning av kontrakt och fördelningsnyckel vid avrop. Sammantaget anser granskaren att upphandlingen skett i enlighet med den lagstiftning som gäller för den aktuella upphandlingen. Granskaren har för vissa granskningsmoment kommit med synpunkter och råd inför kommande upphandlingar. Dessa har vidarebefordrats till berörda personer på Tekniska förvaltningen.

Efterlevnad av lagar, policier och rutiner

Granskning av att upprättad rutin för hantering och besvarande av inkomna handlingar efterlevs har utförts utan anmärkning. I granskningen har ekonomicontrollern dels följt sina egna ärenden för att se om rutinen följs, dels stämt av rutinen med ansvarig handläggare.

Granskning av att upprättad rutin för egenkontroll, till följd av livsmedelslagens krav, efterlevs har utförts utan anmärkning. Granskaren har tagit del av de service rapporter som Anticimex skrivit efter att ha utfört prover vid kommunens kök. Inga allvarliga avvikelser har registrerats under året.

Granskning av att upprättad rutin för enkel utsortering av farligt avfall efterlevs har utförts utan anmärkning.

Måluppfyllelse

Granskning av att plan för planerat underhåll för 2015 har upprättats, har utförts utan anmärkning.

Granskning av att de tillgänglighetsanpassningar som gatu- och fastighetskontoret enats om i samråd med handikappkonsulten och HSO Östhammar har genomförts, har utförts utan anmärkning.

Granskning om kommunal tomtmark finns till försäljning i kommunens tätorter har utförts löpande över året. Vid varje avstämning har tomtmark funnits tillgänglig i kommunens samtliga tätorter.

Granskning av att kommunens energiförbrukning sjunker i enlighet med antaget mål att minska energiförbrukningen med 20 % under perioden 2008 – 2016, har utförts utan anmärkning.

Granskning av att minst 20 % av inköpta livsmedel är ekologiska, har utförts med anmärkning. Granskningen, som utfördes av chefen för måltidsenheten och omfattar alla livsmedelsinköp under första halvåret 2014, visade att 14% av alla inköpta livsmedel var ekologiska.

Granskning av att vattenprover har tagits i enlighet med egenkontrollprogram, har utförts utan anmärkning.

Granskning av att plockanalys genomförts av renhållningsverksamheten, har utförts med anmärkning. Renhållningsverksamheten har inte genomfört någon plockanalys under året.

Granskning av att antalet abonnemang för latrinhämtning minskas i sådan takt att mål i avfallsplan kan nås, har utförts. Enligt målet skall antalet abonnemang minska med 25 % från 2008 års nivå till 2015 och med 50 % till 2018. Kommunala latrinabonnemang har minskat med 24 % under perioden 2008 – 2014 vilket innebär att målet nås i det fall abonnemangen minskar i nuvarande takt.

Tekniska kontoret

Fredrik Hübinette
Ekonomicontroller

Ekonomikontoret
Kommunstyrelsen

Slutrapport gällande internkontroll 2013

Enligt kommunens reglemente för internkontroll skall alla nämnder till Kommunstyrelsen rapportera resultatet av föregående års internkontroll.

Socialnämnden antog inför år 2014 internkontrollplan i syfte att genomlysna processer inom följande områden:

Bilaga	Namn	Beslut i nämnd
1	Internkontrollplan för socialförvaltningen 2014	§ 16/2014
2	Delaktighet/Samverkan	§ 115/2014
3	Placeringsprocessen vuxen socialpsykiatri	§ 190/2014
4	Placeringsprocessen barn och ungdom	§ 190/2014
5	Delegationsordning	§ 190/2014
6a, 6b	Värdighetsgarantier Särskilt boende	§ 219/2014
7	Genomförandeplaner SoL V o O	§ 219/2014
8	Avtalstrohet placeringar IFO	§ 219/2014
9	Övriga utbetalningar via Aditro	§ 219/2014
10	Insatsmätningar Gruppbostad LSS	§ 220/2014

Resultat och åtgärder redovisas per område enligt bilagor 1 – 10 samt bifogade beslut.

Margaretha Borgström
Administrativ chef
Socialförvaltningen

Delges
Margaretha Borgström

§ 16

Dnr 2014SN024

Dpl 701

Internkontrollplan 2014

Förslag på internkontrollplan för 2014 redovisas.

Arbetsutskottets förslag 14-01-15

Socialnämnden godkänner internkontrollplan för 2014.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden fastställer internkontrollplan för 2014.

INTERNKONTROLLPLAN FÖR SOCIALFÖRVALTNINGEN 2014

Process (rutin/system)	Kontrollsystem	Kontroll ansvar	Frekvens	Metod	Rapportering till	Väsentlighet	Risikfaktor	Risk
Placeringsprocessen barn och ungdom	Att särskild social-sekreterare är utsedd, att uppföljning gjorts inom sex mån, att socialsekr träffat barnet	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	3 Mycket allvarlig	2 Sannolik	5
Placeringsprocessen vuxen socialpsykiatri	Att genomförandeplan upprättats i ärendet vid placering	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	3 Mycket allvarlig	2 Sannolik	5
Genomförandeplaner SoL V o O	Att gällande riktlinjer och rutiner följs	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	3 Mycket allvarlig	2 Sannolik	5
Delegationsordning	Att gällande beslutsprocess följs	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	2 Allvarlig	2 Sannolik	4
Avtalstrohet placeringar IFO	Att undantagsmotivering eller avrop mot ramavtal görs	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	2 Allvarlig	2 Sannolik	4
Värdighetsgarantier Särskilt boende	Att gällande riktlinjer och rutiner följs	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	2 Allvarlig	2 Sannolik	4
Insatsmätningar Gruppbostad LSS	Att gällande riktlinjer och rutiner följs	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	2 Allvarlig	2 Sannolik	4
Delaktighet/Samverkan	APT/Samverkansprotokoll	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	3 Mycket allvarlig	1 Mindre sannolik	4
Övriga utbetalningar via Aditro	Att underlag finns och utbetalning sker till rätt mottagare	Stab	1 gång/år	Stickprov	Förvaltningschef	3 Mycket allvarlig	1 Mindre sannolik	4

Utdrag
SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum
2014-06-18

Delges
Margaretha Borgström
Kenneth Lindholm
Geli Lytter

§ 115 Dnr 2013SN019 Dpl 700
Dnr 2014SN024 Dpl 701

Internkontroll – uppföljning av internkontroller 2013

Socialnämnden beslutade vid redovisningen av internkontrollen för delaktighet/samverkan, avvikelser och SoL handläggning barn att en ny kontroll skulle redovisas i juni 2014.

Arbetsutskottets förslag 14-06-04

Socialnämnden godkänner internkontrollerna för delaktighet/samverkan, avvikelser och SoL handläggning barn.

Socialnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att förtydliga ansvaret för samverkan i olika delar av organisationen samtidigt som eventuella förändringar i samverkansavtalet beaktas, med anledning av resultatet för internkontrollen av delaktighet/samverkan.

Socialnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att återrapportera SoL handläggning barn utifrån åtgärdsplanen som bifogas internkontrollen.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner internkontrollerna för delaktighet/samverkan, avvikelser och SoL handläggning barn.

Socialnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att förtydliga ansvaret för samverkan i olika delar av organisationen samtidigt som eventuella förändringar i samverkansavtalet beaktas, med anledning av resultatet för internkontrollen av delaktighet/samverkan.

Socialnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att återrapportera SoL handläggning barn utifrån åtgärdsplanen som bifogas internkontrollen.

Internkontroll: delaktighet och samverkan

En del av internkontrollen 2013 var delaktighet/samverkan. Vid mätningen 2013 var resultatet ej tillfredsställande vad gäller samverkan, vilket gjorde att socialnämnden beslutade om en uppföljning till i juni i år.

Lokalt samverkansavtal för Östhammars kommun anger organisation kring arbetsplatsträffar (APT) samt samverkansgrupper på olika nivåer inom verksamheterna. Socialförvaltningens samverkansorganisation anger att APT ska hållas inom varje arbetsenhet. Inom vård- och omsorg ska samverkansgrupp hållas på samma nivå. Inom individ- och familjeomsorgen hålls samverkansgrupp på verksamhetsområdesnivå.

Utifrån det lokala samverkansavtalet har följande kontrollpunkter valts: rätt antal APT med minnesanteckningar, rätt antal protokollförda samverkansgrupper.

Ett stickprov har tagits baserat på:

1. Enheter som har både APT och samverkan
2. Lottdragning ur fyra grupper: hemtjänst, LSS-boenden, särskilda boenden (för äldre) och övriga enheter.
3. De enheter som ingår i stickprovet blev: hemtjänst Öregrund, LSS-gruppbostad i Österbybruk Dannemoravägen, särskilt boende i Gimo Lärkbacken samt hemsjukvård.

APT

Enligt lokalt samverkansavtal ska APT anordnas minst en gång per månad med undantag för semesterperioden, ha stående dagordning och dokumenteras i form av minnesanteckningar.

Kontrollen visar att sju av de 24 minnesanteckningar från APT som begärts in saknas. Felkällor har anmälts: APT har ersatts av planeringsdag eller liknande, byte av chef har gjort att man inte vet var minnesanteckningarna finns.

Samverkansgrupp

Enligt lokalt samverkansavtal ska samverkansgrupp hållas minst sex gånger per år och dokumenteras i form av protokoll. APT och samverkansgrupp kan vara vid samma tillfälle men det ska då tydligt framgå av dokumentationen när det är APT och när det är samverkansgrupp.

Kontrollen visar på olika resultat för de fyra enheterna som kontrollerats:

- En enhet har haft samverkansgrupp i enlighet med samverkansavtalet.
- En enhet har med rubriken ”Samverkan” men utan dokumentation av samverkan under, vilket kan indikera att ingen fråga tagits upp till samverkan.
- En enhet har haft problem att hitta samverkansprotokoll efter byte av chef.
- En enhet har redovisat vilka datum samverkan skulle ske under året men har inte skickat samverkansprotokoll.

Sammanfattning

De utförda stickproverna visar att APT:ar genomförs med smärre avvikelser från det lokala samverkansavtalet. Protokollförd samverkansgrupp genomförs inte i så stor utsträckning som det lokala samverkansavtalet anger.

Östhammar 2014-05-27

Rebecka Modin

Utredare, stab

Delges
Margaretha Borgström

§ 190

Dnr 2014SN024

Dpl 701

Internkontroll 2014

Redovisas internkontroll av:

- Placeringsprocessen vuxen socialpsykiatri, Individ och familjeomsorg
- Placeringsprocessen barn och ungdom, Individ och familjeomsorg
- Delegationsordning

Arbetsutskottets förslag 14-11-05

Socialnämnden godkänner internkontrollerna av

- Placeringsprocessen vuxen socialpsykiatri, Individ och familjeomsorg
- Placeringsprocessen barn och ungdom, Individ och familjeomsorg
- Delegationsordning inklusive åtgärdsförslag.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner internkontrollerna av

- **Placeringsprocessen vuxen socialpsykiatri, Individ och familjeomsorg**
 - **Placeringsprocessen barn och ungdom, Individ och familjeomsorg**
 - **Delegationsordning inklusive åtgärdsförslag.**
-



Internkontroll 2014
Socialförvaltningen

Placeringsprocessen vuxen socialpsykiatri, Individ och familjeomsorg

Internkontrollplanen för 2014 anger kontrollsystemet: att genomförandeplan upprättats i ärendet vid placering. Kontrollen skall ske 1 gång/år genom stickprov.

I Socialstyrelsens allmänna råd anges: ”Hur en beslutad insats praktiskt skall genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan, såvida det inte framgår av någon annan plan eller är uppenbart obehövligt.”

Under perioden 2014-01-01 till 2014-09-15 har fem placeringar varit aktuella inom den aktuella gruppen varav alla är pågående. Kontroll har skett i samtliga ärenden.

Upprättad genomförandeplan

När en insats är beviljad ska en genomförandeplan upprättas. Vid kontroll kan konstateras att en genomförandeplan är upprättad i samtliga fall inom aktuell tidsperiod.

Det utförda stickprovet visar att när det gäller kontrollpunkten att upprätta en genomförandeplan följer handläggningen socialstyrelsens allmänna råd och därmed antagna riktlinjer.

Östhammar 2014-10-01
Eva A Lindholm
Verksamhetscontroller



Internkontroll 2014
Socialförvaltningen

Placeringsprocessen barn och ungdom, Individ och familjeomsorg

Internkontrollplanen för 2014 anger kontrollsystemet: att särskild socialsekreterare är utsedd, att uppföljning gjorts inom sex månader, att socialsekreterare träffat barnet. Kontrollen skall ske 1 gång/år genom stickprov.

Ovanstående kontrollsystem regleras till stor del i Socialtjänstlagen, Socialstyrelsens författningssamling och Socialstyrelsens allmänna råd.

Stickprov har skett i 10 av 45 pågående placeringar under augusti 2014.

Särskilt utsedd socialsekreterare

När vård ges i ett familjehem eller hem för vård eller boende så ska det finnas en av socialnämnden särskilt utsedd socialsekreterare som ansvarar för kontakterna med barnet eller den unge. Socialförvaltningens rutin är att två handläggare skall utses i placeringsärenden.

I kontrollerade ärenden kan konstateras att två handläggande socialsekreterare till övervägande del är utsedda.

Uppföljning inom sex månader

När ett barn vårdas i ett annat hem än det egna ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs.

Kontrollen i stickproven visar att det till övervägande del sker. Samtliga överväganden är gjorda inom 6,5 mån.

Socialsekreterare träffar barnet

Socialsekreterare ska besöka barnet eller den unge regelbundet i den omfattning som är lämpligt. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör det ske minst fyra gånger per år.

Internkontrollen visar att socialsekreterare i samtliga fall träffat barnet inför varje övervägande och att handläggningen till övervägande del följer Socialstyrelsens allmänna råd.

Sammanfattning

De utförda stickproverna visar att handläggningen i placeringsprocessen för barn och ungdom vad gäller särskilt utsedd socialsekreterare, uppföljning inom sex månader och att socialsekreterare träffar barnet till övervägande del följer gällande lagar, allmänna råd och socialförvaltningens rutiner.

Östhammar 2014-09-25
Eva A Lindholm
Verksamhetscontroller

AU/SN

Internkontroll: delegationsordning

Internkontrollplanen anger att kontroll ska ske av att gällande beslutsprocess följs och att detta ska ske genom ett stickprov.

Metod

En arbetsvecka (måndag – fredag) har valts slumpmässigt. Alla beslut tagna under den veckan har kontrollerats genom att delegationslistorna (samma sort som lämnas till nämnd) jämförts mot delegationsordningen såsom den löd under vald period. Veckan var 5 – 9 maj.

De beslut som enligt listan fattats av fel delegat har kontrollerats mot det undertecknade beslutet i akt. Detta för att utesluta felkällan att handläggare valt fel namn i den rullist där beslutsfattare anges i verksamhetssystemet. Om fel namn valts i rullist men rätt delegat har undertecknat beslutet betraktas det som ett administrativt fel, inte ett fel enligt delegationsordningen.

Resultat

Beslut fattade av individ- och familjeomsorgen i stickprovet: 138.

Två beslut huruvida omprövning ska ske enligt FL 27 § har fattats av socialsekreterare istället för av sektionschef.

Ett beslut att särskilt kvalificerad kontaktperson förlängs har fattats av socialsekreterare istället för av sektionschef.

En utredning på BoU har avslutats utan åtgärd av socialsekreterare istället för av sektionschef. Detta ärende har sedan tidigare utretts enligt Lex Sarah.

Tre beslut angående praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet enligt SoL 4 kap. 4 § har fattats av socialsekreterare. Lagrummet saknas i delegationsordningen.

Beslut fattade av vård och omsorg i stickprovet: 52.

Samtliga beslut inom vård och omsorg i stickprovet har fattats av rätt delegat.

Beslut enligt alkohollagen i stickprovet: 3.

Samtliga beslut enligt alkohollagen i stickprovet har fattats av rätt delegat.

Beslut fattade av arbetsutskottet i stickprovet: 28 varav 16 personären den.

Arbetsutskottets beslut § 141/2014 från sammanträdet den 7 maj skulle ha fattats av socialnämnden. Ärendet rörde ett yttrande.

Totalt antal beslut i stickprovet: 221. Antal beslut fattade av fel delegat: 8.

Slutsats/Analys

Vad gäller besluten angående omprövning och särskilt kvalificerad kontaktperson är det möjligt att felet beror på att närliggande andra beslut har socialsekreterare som möjlig delegat: prövning av om överklagande skett i rätt tid respektive beslut om kontaktperson/kontaktfamilj.

För ärendet som utretts enligt Lex Sarah hänvisas till utredningen.

Vad gäller besluten angående praktik är de i linje med riktlinjen för ekonomiskt bistånd som delegationsordningen hänvisar till. Bestämmelsen i SoL 4 kap. 4 § är relativt ny vilket troligen förklarar varför den inte införts i delegationsordningen.

Beslutet i AU angående yttrande fattades sannolikt av fel delegat på grund av att ärendet var brådskande eller på grund av sammanblandning med yttrande till tillsynsmyndighet, där AU är delegat.

Åtgärdsförslag

Lägga till delegation gällande beslut om praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet enligt SoL 4 kap. 4 § i delegationsordningen.

Se över delegat för de beslut som fattats av fel delegat, mot bakgrund av att närliggande beslut har socialsekreterare som delegat.

Delges
Margaretha Borgström

§ 219

Dnr 2014SN024

Dpl 701

Internkontroll 2014

Redovisas internkontroll av:

- Vårdighetsgarantier särskilt boende samt handlingsplan
- Genomförandeplaner SoL VoO
- Avtalstrohet placeringar IFO
- Övriga utbetalningar Aditro

Områdeschef Lena Nilsson Sääf och administrativ chef Margaretha Borgström föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 14-11-26

Socialnämnden godkänner internkontrollen för

- Vårdighetsgarantier särskilt boende samt handlingsplan
- Genomförandeplaner SoL VoO
- Avtalstrohet placeringar IFO
- Övriga utbetalningar Aditro

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner internkontrollen för

- **Vårdighetsgarantier särskilt boende samt handlingsplan**
 - **Genomförandeplaner SoL VoO**
 - **Avtalstrohet placeringar IFO**
 - **Övriga utbetalningar Aditro**
-

Uppföljning värdighetsgarantin 2014

Värdighetsgarantin

Värdighetsgarantin gäller alla som flyttar in permanent vid särskilt boende (äldreboende). Den innebär löfte om att den boende inom tre dagar ska få kännedom om och bli uppsökt av utsedd kontaktman från personalgruppen, inom fjorton dagar ska bjudas in att delta i utformningen av sina stödsatser och minst en gång om året erbjudas ett uppföljningssamtal med biståndshandläggare.

Metod

Ett urval har gjorts utifrån boende med inflyttning under perioden 1 januari – 30 juni 2014. En till fem personer har slumpmässigt valts från äldreboendena Lärkbacken, Olandsgården, Parkvägen, Skärgården, Solgården respektive Tallparksgården. Information har lämnats av respektive enhetschef om datum för tilldelad kontaktperson, inbjudan att delta i utformningen av stödsatser och uppföljningssamtal. Uppföljningssamtal ska göras minst en gång/år. Eftersom det från det aktuella urvalet inte finns någon som bott i ett år har värdet angetts utifrån genomförda eller planerade uppföljningssamtal enligt värdighetsgarantin.

Resultat

Vid fyra av de sex äldreboendena har de boende blivit tilldelad en kontaktperson inom tre dagar. Vid ett äldreboende har en boende tilldelats en kontaktpersonen innan inflyttningsdagen. Vid ett äldreboende har en kontaktperson tilldelats efter sjuttiofyra respektive etthundrafem dagar medan det saknas uppgift om kontaktperson för en boende.

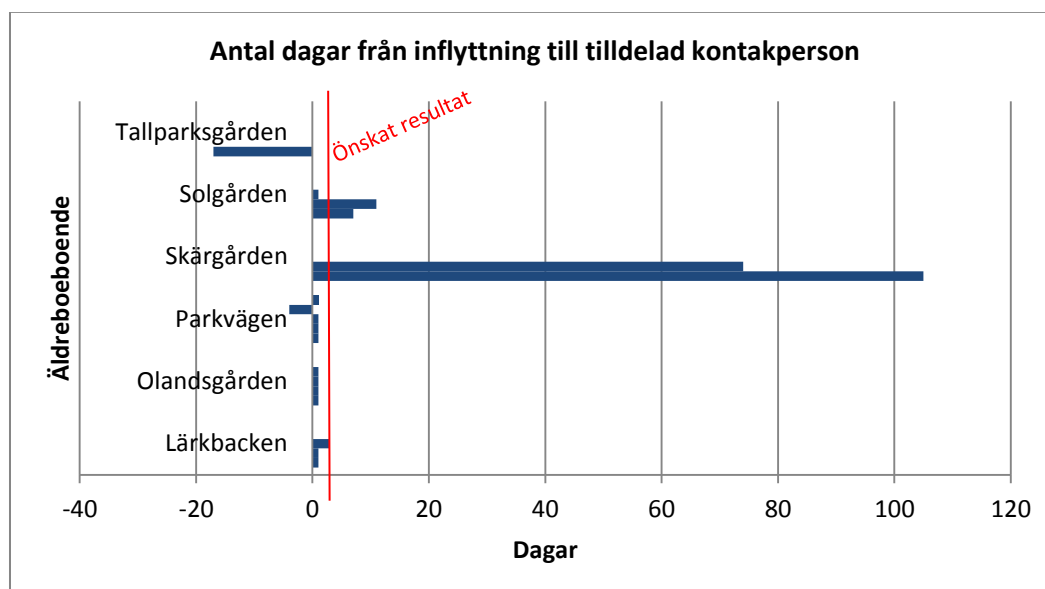


Diagram 1, visar hur många dagar före eller efter inflyttningsdagen en boende blivit tilldelad en kontaktperson. Varje stapel representerar en boende.

Inbjudan att delta i utformningen av stödinsatser har i genomsnitt gjorts inom trettio dagar med ett spann från en dag till sjuttiofyra dagar, se diagram nedan. För två av de boende framgår inte någon information om att inbjudan gjorts. För en boende har inbjudan gjorts innan inflyttningsdagen.

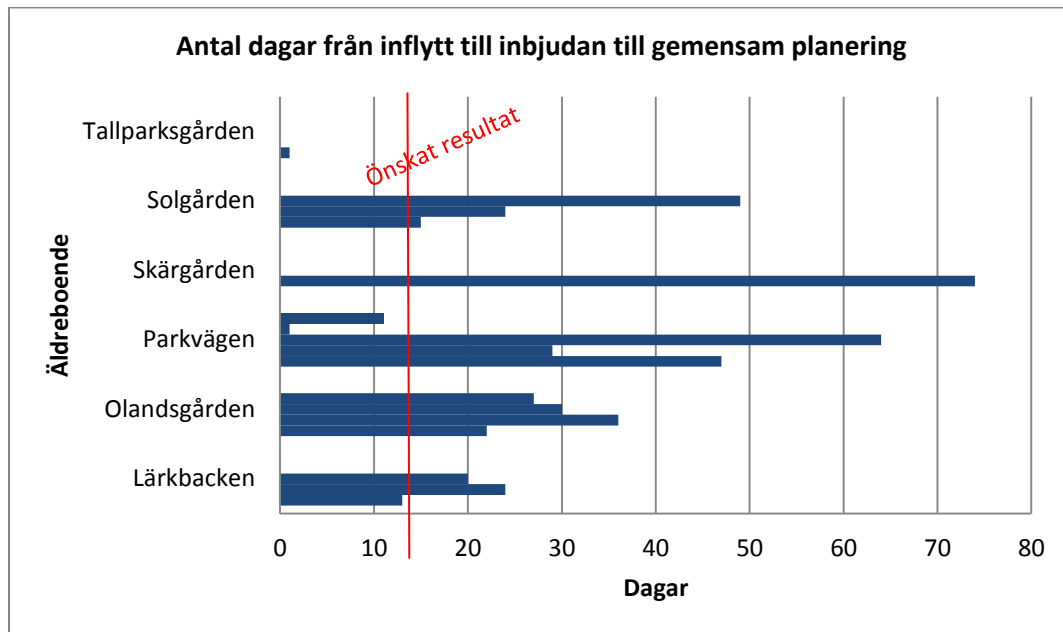


Diagram 2, visar hur många dagar före eller efter inflyttningsdagen en boende blivit tilldelad en kontaktperson. Varje stapel representerar en boende.

Tre av äldreboendena har planerat uppföljningssamtal ca ett år efter att den första utformningen av stödinsatser gjorts. Ett har planerat uppföljningssamtal efter ca två till fem månader. Ett har planerat uppföljningssamtal efter ca ett halvår för en av sina tre boende (urval), för de två övriga framgår inte någon planering. Ett har planerat uppföljningssamtal för en av sina tre boende (urval) men där saknas information om det första samtalet, för de två övriga framgår inte någon planering.

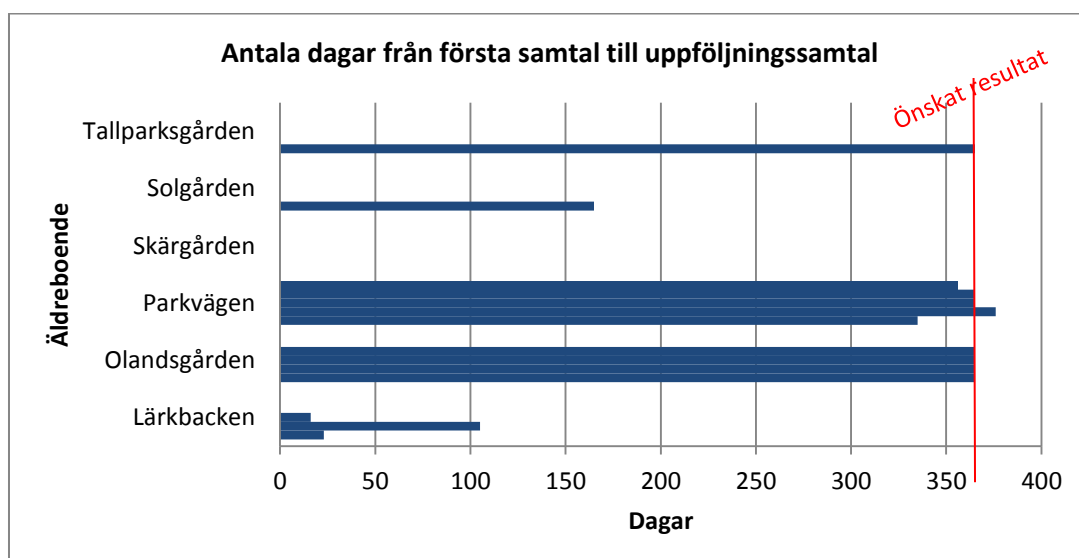


Diagram 3, visar faktiskt eller planerad uppföljning av den gemensamma planeringen. Varje stapel representerar en boende.

Slutsats

Resultatet från utredningen visar att målen för värdegarantin inte har uppnåtts.

Det första målet som gäller att få en kontaktperson inom tre dagar från inflyttningsdagen har uppnåtts vid fyra av sex äldreboenden. Ett äldreboende har dröjt i upp till 105 dagar med att tilldela en kontaktperson vilket är anmärkningsvärt.

Bara ett äldreboende har uppnått det andra målet som gäller inbjudan att delta i utformning av stödinsatser inom fjorton dagar från inflyttningsdagen. Den boende som urvalet gällde fick inbjudan 17 dagar innan inflyttningsdagen. Två boende vid ett annat äldreboende har enligt svaren inte fått någon inbjudan att delta i utformning av stödinsatser.


Det tredje målet som gäller uppföljningssamtal inom ett år har inte kunnat mätas korrekt eftersom de boende flyttat in för mindre än ett år sedan. Resultatet visar ändå att två av äldreboendena redan har genomfört uppföljningssamtal och att man vid flera äldreboenden har planerat uppföljningssamtal inom ett år. Frågan är om syftet med värdegarantin är att ha uppföljningssamtal precis ett år efter det första samtalet som flera har planerat.

I den här utredningen har cheferna på respektive äldreboende svarat på vilka datum de tre efterfrågade händelserna har inträffat. Det framgår inte om det finns några särskilda skäl till att målen inte uppfyllts i de enskilda fallen. Vid ett av äldreboendena framkom att det fanns brister i dokumentationen och att det därför var svårt att ge en sann bild.

Utifrån det sammantagna resultatet framkommer att det finns brister som bör följas upp, särskilt vad gäller inbjudan till gemensam planering. En djupare analys skulle kunna visa orsaker till att man inte har lyckats leva upp till värdegarantin. En översyn av rutiner för dokumentation kan vara ett steg på vägen.

Bilaga

	Inflyttningsdag	Tilldelad kontaktperson	Inbjudan till att delta i utformningen av stödinsatser	Uppföljningssamtal
	Datum	Datum	Datum	Datum
Lärkbacken	140129	140129	140210 (13 dgr)	140303
Senare inflyttning	140408 (140507)	140507	140530 (24 dgr)	140911
Senare inflyttning	140411 (140509)	140512	140528 (20 dgr)	140612
Olandsgården	140124	140124	140214 (22 dgr)	150214
	140224	140224	140331 (36 dgr)	150331
	140519	140519	140617 (30 dgr)	150617
	140613	140613	140709 (27 dgr)	150709
Parkvägen	140114	140114	140301 (47 dgr)	150129
	140304	140304	140401 (29 dgr)	150411
	140401	140401	140603 (64 dgr)	150603
	140505	140501	140505 (1 dag)	150505
	140515	140515	140525 (11 dgr)	150515
Skärgården	140120	140504		141031
	140615	140827	140827 (74)	
	140627			
Solgården	140107	140114	140121 (15 dgr)	
	140217	140228	140312 (24 dgr)	140823
	140402	140402	140521 (49 dgr)	
Tallparksgården	140617	140601	140601 (-17 dgr)	150601

 ÖSTHAMMARS KOMMUN - EN DEL AV ROSLAGEN Socialförvaltningen	Författare: Områdeschef	Granskad av: Områdeschef	Fastställd av: Ledningsgrupp	Utgivningsdag 14-11-01	Utgåva nr 1	Sidan 39 av 43 Giltig till 15-12-31
--	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------	----------------	---

Handlingsplan utifrån resultatet vid uppföljning värdighetsgarantier SÄBO 2014

2014-11-01

Planerade åtgärder	Hur gör vi	Vem, vilka	När	Ansvarig	Uppföljning datum
Information om resultat på uppföljning av värdighetsgarantierna	Genomgång och analys av resultatet	Enhetschefer	ledningsmöte 20 januari 2015	Områdeschefen	Ledningsmöte 9 juni 2015
Implementera kontaktmannens uppdrag	Genomgång av kontaktmannens uppdrag på APT	Kontaktmän	Februari 2015	Enhetschefen	April 2015
Egenkontroll av kontaktmannens uppdrag	Granska genomförandeplanerna	Enhetschefen	April 2015	Enhetschefen	April/ Maj 2015
Uppföljning av att genomförandeplanen är upprättad och skriven inom en månad dagar från inflyttningsdagen	Granska genomförandeplan	Enhetschefen	Maj 2015	Enhetschefen	
Uppföljning av delaktighet genom inbjudan till utformning av hjälp och stödinsatser. Återkoppling avresultatet	Granskar närvaro vid upprättande av genomförandeplan På APT	Kontaktmannen och enhetschef	Juni 2015	Enhetschefen	Juni 2015



Internkontroll 2014
Socialförvaltningen

Genomförandeplaner SoL, vård och omsorg

Internkontrollplanen för 2014 anger kontrollsystemet: att gällande riktlinjer/rutiner följs. Kontrollen skall ske 1 gång/år genom stickprov.

Riktlinjer för biståndsinsatser enligt SoL inom socialförvaltningens vård och omsorg antogs 100415. De ska revideras 2015.

Utifrån gällande riktlinjer har följande kontrollpunkt valts; att genomförandeplan är upprättad och att kopia skickats till biståndshandläggare. Kontrollen har skett slumpmässigt i 10 akter där verkställighet särskilt boende är inlett under första halvåret 2014 (52st) och i 10 akter där verkställighet hjälp i hemmet är inlett under perioden 2014-04-01 till 2014-06-30 (56 st).

Upprättad genomförandeplan

När en insats är beviljad ska en genomförandeplan upprättas. Vid kontroll kan konstateras att detta till övervägande del förekommer inom aktuell tidsperiod.

Det utförda stickprovet visar att när det gäller kontrollpunkten att upprätta en genomförandeplan till övervägande del följer antagen riktlinje.

Kopia genomförandeplan

Enligt aktuella riktlinjer ska kopia av genomförandeplanen sändas till biståndshandläggaren inom 14 dagar. Vid kontroll kan konstateras att detta till övervägande del ej förekommer inom aktuell tidsperiod.

Det utförda stickprovet visar att när det gäller kontrollpunkten att sända kopia av genomförandeplan till biståndshandläggare till övervägande del ej följer antagen riktlinje.

Östhammar 2014-09-11
Eva A Lindholm
Verksamhetscontroller



Internkontroll 2014
Socialförvaltningen

Avtalstrohet vid placeringar, Individ och familjeomsorg

Internkontrollplanen för 2014 anger kontrollsystemet: att undantagsmotivering eller avrop mot ramavtal görs. Kontrollen skall ske 1 gång/år genom stickprov.

Under perioden 2014-01-01 till 2014-09-30 har sju nya placeringar beslutats. Kontroll har skett i samtliga ärenden.

Det utförda stickprovet visar att vid sex beslut om placering har avrop skett från ramavtal. Ett beslut ligger utanför ramavtalet och ingen undantagsmotivering finns. Särskild hänsyn till klientens önskemål har tagits vid placeringen som var på prov och endast pågick 21 dagar i januari och därefter avslutats.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att avtalstrohet föreligger under aktuell tidsperiod.

Östhammar 2014-11-18
Tony Wahlberg
Ekonomicontroller



Internkontroll 2014
Socialförvaltningen

Övriga utbetalningar via ekonomisystemet (Aditro)

Internkontrollplanen för 2014 anger kontrollsystemet: att underlag finns och att utbetalning sker till rätt mottagare. Kontrollen skall ske 1 gång/år genom stickprov.

I granskningen har cirka 130 utbetalningar kontrollerats. Granskningen avser betalning till personal för utlägg samt till leverantörer där fakturan inte gått via leverantörsreskontran. Kontroll har skett av samtliga utbetalningar under mars och september.

Det utförda stickprovet visar att underlag finns och att utbetalningarna haft rätt mottagare. Inga utbetalningar har gått till de som utför betalningen eller till den som beslutat om den.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att god kontroll föreligger under aktuell tidsperiod.

Östhammar 2014-11-18
Tony Wahlberg
Ekonomicontroller

Delges
Margaretha Borgström

§ 220	Dnr 2014SN024	Dpl 701
	Dnr 2014SN453	Dpl 701

Internkontroll 2014 – insatsmätningar

Internkontroll av insatsmätningar gruppbostad LSS har ej kunnat genomföras på grund av att riktlinjen är under omarbetning. Redovisas förslag att överföra internkontrollen av insatsmätningar gruppbostad LSS till internkontrollplan 2015.

Arbetsutskottets förslag 14-11-26

Insatsmätningar gruppbostad LSS överförs till internkontrollplanen för 2015.

Socialnämndens beslut

Insatsmätningar gruppbostad LSS överförs till internkontrollplanen för 2015.
