



Bilaga 7

Handläggare: Anna Larsson

Telefon: 08-508 03 083

Redovisning av förvaltningens internkontrollarbete i Spånga-Tensta 2011

Bakgrund

Enligt kommunallagen har kommunen och dess nämnder ett ansvar för att upprätta ett system för intern kontroll. Syftet med den interna kontrollen är att säkerställa att uppsatta verksamhetsmål nås, lagar och styrdokument efterlevs och att verksamheten bedrivs inom beslutade budgetramar. Ett system för intern kontroll innebär att stadsdelen på ett systematiskt sätt ska beskriva hur den avser att, med en rimlig resursinsats, säkerställa att uppsatta verksamhetsmål nås, lagar och styrdokument efterlevs och att verksamheten bedrivs inom beslutade budgetramar.

Enligt kommunallagen 6 kap. 7 §, ska nämnden se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna har också ansvar för att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detta gäller också när utförandet eller driften av en kommunal verksamhet har upphandlats eller på annat sätt lämnats över till annan huvudman.

Nämnden antog 2009-06-24 DNR 100-492/2009 förvaltningens förslag till system för intern kontroll för Spånga-Tensta stadsdelsnämnd där en grund för arbetet med internkontroll fastslogs.

Syftet med internkontrollen är att med en rimlig grad av säkerhet uppnå:

- en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- tillförlitlig rapportering och information om verksamheternas måluppfyllelse och budgethållning

- säkerställa att tillämpliga lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer m.m. efterlevs

Arbetet med att skapa en god intern kontroll innebär till stor del att inventera vilka risker som finns i verksamheterna (risk- och väsentlighetsanalys) och vilka befintliga kontrollsystem som finns. Därefter görs en analys av om kontrollsystemen är tillräckliga för att undvika stora risker och upptäcka allvarliga fel eller om kompletterande kontrollsystem behöver skapas. Genom detta ges förvaltningsledningen och nämnden en helhetsbild av de verktyg som används för att styra både verksamhet och ekonomi. Internkontrollarbetet är en del i arbetet med verksamhetsplanen och avser att stärka det ständigt pågående arbetet med att utveckla verksamheterna och dess kvalitet. Det innebär att fel och brister som upptäcks används för att hjälpa verksamheterna att bli ännu bättre.

Till grund för enhetens internkontrollarbete ligger en risk- och väsentlighetsanalys genomförd på varje avdelning. Risk- och väsentlighetsanalysen kan beskrivas som ett verktyg för att hitta förbättringsområden inom verksamheten. Enhetens risk- och väsentlighetsanalys är en metod för att på ett systematiskt sätt bilda sig en uppfattning om vilka områden enheten har god intern kontroll. Den används också för att identifiera inom vilka områden som enhetens interna kontroll behöver förbättras för att minska risken för att oönskade händelser inträffar. Utifrån de identifierade riskerna läggs grunden för förvaltningens internkontrollplan.

Framtagande av Risk- och väsentlighetsanalysen samt internkontrollplan har genomförts i fyra steg enligt nedan;

1. *Risikartläggning:*
Bedömning har gjorts avdelningsvis avseende vilka risker som finns inom den egna verksamheten med utgångspunkt i verksamhetens processer och de mål och åtaganden som finns.
2. *Bedömning av sannolikhet och väsentlighet:*
Risikartläggningen ger en lista med risker som bedömts, både små och stora. För att värdera deras dignitet (viktighet) har följande värdering gjorts; Hur stor är sannolikheten (risken för fel) att händelsen inträffar? Vilken väsentlighet (ekonomisk-, teknisk-, mänsklig-, verksamhetsmässig-, politisk konsekvens etc.) får det om händelsen inträffar?

Sannolikheten ges poängen 1-5 där 1 är osannolikt och 5 är mycket sannolikt. Väsentligheten ges också poängen 1-5 där 1 är försumbar och 5 är mycket allvarlig.

Arbetsätt, rutiner och löpande interna kontroller är centrala faktorer i bedömningen av sannolikhet och väsentlighet. Dokumenterade arbetsätt, rutinbeskrivningar och löpande kontroller av att dessa efterlevs kan begränsa eller minska risken för att fel och misstag begås och kan även minska väsentligheten av de fel eller misstag som begås.

Resultatet av bedömningen visar vilka områden och processer som behöver förbättras och kontrolleras. Poängsiffrorna för sannolikhet och väsentlighet multipliceras. Om summan är;

| | |
|--------|---|
| 16-25: | Upprätta en internkontrollplan |
| 10-15: | Rutinen bör kontrolleras. |
| 5-9: | Rutinen/processen bör hållas under uppsikt. |
| 1-4: | Inget agerande krävs, vi accepterar riskerna. |

3. *Upprättande av en internkontrollplan*

De områden/processer som fått höga poäng, från 16 till 25 har sammanställts inom förvaltningen och utgör årets internkontrollplan.

4. *Kontroller*

Kontroller genomförs avseende de risker som utgör internkontrollplan.

Internkontrollarbetets förutsättningar och genomförande

Sedan 2010 har förvaltningen vidareutvecklat arbetet med den interna kontrollen och en funktion för intern revision har upprättats. Förvaltningens ILS grupp, som under 2011 bestod av enhetschefen för verksamhetsutveckling, tre verksamhetscontrollers, en budgetcontroller samt en HR strateg har utgjort denna funktion. Under året har ILS gruppen genomfört förannonserade kontroller på samtliga punkter i internkontrollplanen (16-25 poäng).

Förvaltningen har dessutom genomfört kontroller avseende samtliga väsentliga processer där risk föreligger även om poängen inte uppgår till 16. Avsikten med detta är att göra en grundläggande inventering av hur väl förvaltningens väsentliga processer fungerar. Målsättningen är att stärka det ständigt pågående arbetet med att utveckla verksamheterna och dess kvalitet. Det innebär att fel och brister som upptäcks används för att hjälpa verksamheterna att bli ännu bättre.

Vid kontrollerna har ILS gruppen granskat om enheten har kunskap, metoder, arbetsätt, och rutiner för att kunna säkerställa att förekommande lagar, regler, policys och styrdokument etc. tillämpas och följs.

Vidare har man kontrollerat hur ansvarsfördelningen ser ut, hur förekommande lagar, regler, policys och styrdokument görs kända på enheten, hur uppföljningen går till och om man genomför kontroller för att säkerställa att enheten följer de bestämmelser som finns.

Varje rutin som granskats har dokumenterats på en blankett och det är avdelningschefen för respektive avdelning som i samråd med ILS gruppen som har beslutat om enheten har en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet med en tillförlitlig rapportering och tillämpning av lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer etc. I de fall där brister konstaterats har en handlingsplan upprättats med instruktioner om vad som skall åtgärdas, samt hur och när återkoppling skall ske till avdelningschef/ILS grupp.

Granskade risker

De granskade riskerna presenteras nedan uppdelat på internkontrollplanen och de väsentliga processerna.

Internkontrollplan 16-25 poäng

| Process | Risk | Ansvarig | Resultat |
|-----------------------------------|---|-------------------|------------------------------|
| Administrativprocesser | Bristande bemanning i reception | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Bristande postdistribution | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Biståndsbedömning Eb, IoF, Äo, Fh | Bristar i utförardokumentation inom beroendevård | Ante Hemphälä | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Fusk av klient inom försörjningsstöd | Jonas Wiklund | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Hyresskuldhanteringen av tränings och försökslägenheter | | Ok |
| | Oklar | | Ok |



| Process | Risk | Ansvarig. | Resultat |
|-----------------------------------|---|----------------------|---|
| | ansvarsfördelning mellan avdelningarna | | |
| Styrning och ledningsprocesser | Månadsuppföljningar ger felaktigt underlag för prognos. | | Ok |
| Säkerhetsprocesser | Bristfälliga rutiner och utbildning inom området hot och våld | Ante Hemphälä | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Bristfälliga rutiner och utbildning inom SBA, systematiskt brandskyddsarbete | Eva Boström | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Otillräckligt personskydd | Ante Hemphälä | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Upphandlingsprocesser | Efterlevnad av ramavtal | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 Övergripande arbete |

Väsentliga processer 9-15 poäng

| Process | Risk | Ansvarig. | Resultat |
|--------------------------------------|--|-----------------------|------------------------------|
| Administrativprocesser | Egenavgifter till Äo inkommer ej | Margareta Ericsson | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Fel vid ärendehandläggning i DIABAS | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Felaktig avgiftshantering | Eva Boström | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Hantering av privata medel | Margareta Ericsson | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Biståndsbedömning Eb, IoF, Äo, Fh | Brist i utredningsarbetet leder till att klienter inte får rätt hjälp | | Ok |
| | Bristande samsyn i försörjningsstödsärenden | | Ok |



| Process | Risk | Ansvarig. | Resultat |
|--|---|-------------------|------------------------------|
| | Information till klienter når inte fram i rätt tid | | Ok |
| | Utredningstiden håller ej inom lagstadgad tid | Ante Hemphälä | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Information och kommunikations processer | Intern information når inte fram till avsedd mottagare i rätt tid | | Ok |
| IT-system och telefonprocesser | Behörighetshantering IT system | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | IT system har långvarig driftstörning | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Lösenordshantering paraply, VIT i vissa fall | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Lokalförsörjnings processer | Brist på lämpliga lokaler | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | För dyrt med nyproduktion och anpassning av verksamhetslokaler | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Rekryteringsprocesser | Dåligt genomförda rekryteringar | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Rekryteringsplan saknas | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| Säkerhetsprocesser | Arbetsmiljölagar följs inte | | Ok |
| | Barn eller brukare inom omsorg försvinner | Eva Boström | Handlingsplan, kontroll 2012 |
| | Farlig lekutrustning | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 |

| Process | Risk | Ansvarig | Resultat |
|---------|---|-------------------|---|
| | Incidentrapporterings systemet RISK används inte av ansvariga | Christina Heglert | Handlingsplan, kontroll 2012 Övergripande arbete |
| | Otjänligt vatten i plaskdammar | Christina Heglert | Ok |

Resultat och uppföljning

Under året har internkontrollplanens 11 risker granskats, samt 21 identifierade risker avseende väsentliga processer, totalt 32 risker. 78 % av förvaltningens enheter har granskats och i snitt har 6 risker per enhet kontrollerats.

Utifrån granskningarna som skett mellan maj och november 2011 gör förvaltningen bedömningen att enheterna generellt sett har en tillförlitlig rapportering och rutiner för att säkerställa att tillämpliga lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer m.m. efterlevs. Ett antal förbättringsområden har identifierats på såväl ett övergripande plan som på respektive enhet. Handlingsplaner har skrivits med målsättningen att förbättra de områden där bedömning gjorts att enheten inte med en rimlig grad av säkerhet uppnår kraven.

I de fall där handlingsplaner upprättats har det till största delen handlat om att skriftliga rutiner saknats, alternativt att rutinerna varit för gamla, eller varit under omarbetning vid kontrolltillfället. I vissa fall har rutiner saknats för att säkerställa att alla känner till rutinen. Vad gäller avsaknaden av godkända skriftliga rutiner skall betonas att enheterna har haft arbetsätt och metoder, dock inte alltid nedskrivna. Flera verksamheter har också under året befunnit sig i omorganisationer och chefsbyten vilket föranlett behov av att fastställa nya rutiner även om det tidigare under året funnits godkända sådana. Vidare har kunnat konstateras att det på enheterna inte alltid varit känt hur rutiner skall utformas, hur ofta de skall uppdateras och att kontroller av rutinen skall ske. På detta område åligger det därför förvaltningen att ta fram riktlinjer och klargöra eventuella frågetecken.

Två av riskerna som granskats har förvaltningen konstaterat haft en stor spridning av bristande rutiner och efterlevnad av att tillämpliga lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer m.m. efterlevs. Dessa är;

- Incidentrapporteringsystemet RISK används inte av ansvariga.
- Efterlevnad av ramavtal

Det är även förvaltningens bedömning att det är av stor vikt att dessa områden fungerar och därför kommer arbetet under 2012 att fortsätta med dessa risker på ett övergripande plan. I övrigt har respektive enhet upprättat handlingsplaner där återrapportering/ kontroll anges. Resultatet presenteras avdelningsvis nedan.

Resultat avdelningsvis

Avdelningen för Individ och familjeomsorg:

18 av totalt 32 risker är kontrollerade (52 %) och samtliga enheter inom avdelningen har granskats och i några fall har handlingsplaner skrivits. Dessa kommer samtliga att återrapporteras/ kontrolleras under 2012.

- Brister i utförardokumentationen inom beroendevård
Utförarverksamheten har under andra kvartalet 2011 börjat dokumentera i verksamhetssystemet paraplyet och rutiner för detta skall tas fram. Vidare skall tidigare manuellt skrivna journalanteckningar föras in i paraplyet.
- Utredningstiden håller ej inom lagstadgad tid
Utredningstiden inom barn och ungdom från aktualisering till dokumenterat beslut är enligt lagstiftning max 4 månader. I vissa fall överstiger utredningstiden denna gräns. Rutiner skall ses över och arbetsmetoder för att möjliggöra detta tas fram.
- Bristfälliga rutiner inom hot och våld
Rutiner, arbetsmetoder, uppföljningssystem finns men är under omarbetning vid besöket. Uppdatering av dessa skall ske.
- Bristfälliga rutiner inom SBA
Rutiner, arbetsmetoder, uppföljningssystem finns men är under omarbetning vid besöket. Rutiner skall uppdateras
- Otillräckligt personskydd
Rutiner, arbetsmetoder, uppföljningssystem finns men är under omarbetning vid besöket. Rutiner skall uppdateras.

Avdelningen för ekonomisk bistånd:

9 av totalt 32 risker är kontrollerade (28 %) och i ett fall har handlingsplan skrivits. Kontroll kommer att ske under 2012.

- Fusk av klient inom försörjningsstöd
Avdelningen har ett system för Fusk hantering samt rutiner och metoder för att säkerställa dessa. Under slutet av året har delvis nya rutiner införts avseende avdelningsintern internkontroll där rutiner och metoder är under uppbyggnad. Avvaktar dessa rutiner.

Avdelning för förskola och fritid

Avdelningen har under året genomfört en omorganisation där nya förskoleområden skapats och enhetschefer bytt ansvarsområden. Detta har i hög utsträckning påverkat utfallet av den interna kontrollen. 10 av totalt 32 risker är kontrollerade (31 %). Samtliga 8 förskoleområden som tillkommit efter omorganiseringen har granskats samt den administrativa enheten inom avdelningen. Resultaten mellan de olika förskoleområdena har varierat, summerat har handlingsplaner skrivits inom nedanstående områden vilka samtliga kommer att återrapporteras/ kontrolleras under 2012.

- Felaktig ärendehantering
Rutiner för avgiftshanteringen avseende barnomsorgen var vid besöket under uppbyggnad. Uppdatering av rutiner skall göras.
- Farlig lekutrustning
Kontroller görs av årligen av ansvarig hyresvärd samt löpande av förskolorna. Skriftliga rutiner saknas i vissa fall eller är under uppbyggnad. Rutiner skall uppbyggas och ansvarsfrågan skall klargöras.
- Dåligt genomförda rekryteringar
Metoder för rekrytering, referenstagnation osv. finns ofta. Man har kunskap om förvaltningens framtagna rutinbeskrivning men använder den inte alltid. Betyg och anställningsavtal skickas inte alltid in till HR. Rutiner skall tas fram och dokument som sparas på enheten skall skickas till HR.
- Rekryteringsplan saknas

Metoder för rekrytering, referenstagning osv. finns ofta. Man har kunskap om förvaltningens framtagna rutinbeskrivning men använder den inte alltid. Betyg och anställningsavtal skickas inte alltid in till HR. Rutiner skall tas fram och dokument som sparas på enheten skall skickas till HR.

- Barn eller brukare inom omsorg försvinner
Rutiner är under uppdatering/ implementering vid tidpunkten för kontroll. I vissa fall saknas rutin för att säkerställa att vikarie har kännedom om gällande rutin, samt när och hur rutinen följs upp. Rutiner skall uppdateras och metod för att säkerställa att alla har kunskap om rutinen skall tas fram.
- Bristfälliga rutiner inom SBA
Rutiner, arbetsmetoder, uppföljningssystem finns men är under omarbetning vid besöket. Rutiner skall uppdateras

Avdelningen för äldreomsorg och funktionsnedsättning

Avdelningen har under året genomfört en omorganisation och granskningarna är genomförda innan omorganisationen. 16 av totalt 32 risker har kontrollerats (50 %) och 11 av 14 enheter har granskats. Utfallet har varierat inom enheterna, summerat har handlingsplaner skrivits inom nedanstående områden. Åtterrapporering/ kontroll kommer att göras under 2012.

- Egenavgiften till Äo inkommer ej
Det råder oklarheter om ansvarsfördelningen mellan förvaltningen och serviceförvaltningen. Klargör ansvar samt upprätta rutiner för hur obetalda egenavgifter skall hanteras.
- Hanteringen av privata medel
Metoder och arbetssätt finns, i vissa fall finns enhetsövergripande rutiner som behöver brytas ned på individnivå. De övergripande rutinerna skall vara samma för alla gruppbestäder.
- Dåligt genomförda rekryteringar
Metoder för rekrytering, referenstagning osv. finns ofta. Man har kunskap om förvaltningens framtagna rutinbeskrivning men använder den inte alltid. Betyg och anställningsavtal skickas inte alltid in till HR. Rutiner skall tas fram och dokument som sparas på enheten skall skickas till HR.
- Rekryteringsplan saknas

Metoder för rekrytering, referenstagning osv. finns ofta. Man har kunskap om förvaltningens framtagna rutinbeskrivning men använder den inte alltid. Betyg och anställningsavtal skickas inte alltid in till HR. Rutiner skall tas fram och dokument som sparas på enheten skall skickas till HR.

- Barn eller brukare inom omsorg försvinner
Rutiner är under uppdatering/ implementering vid tidpunkten för kontroll. I vissa fall saknas rutin för att säkerställa att vikarie har kännedom om gällande rutin, samt när och hur rutinen följs upp. Rutiner skall uppdateras och metod för att säkerställa att alla har kunskap om rutinen skall tas fram. De övergripande rutinerna skall vara samma för alla gruppboheter.

Strategiska staben

9 av totalt 32 risker har kontrollerats (28 %) och flera av stabens enheter har granskats. Handlingsplaner är skrivna i nedanstående fall och åiterrapportering/ kontroll kommer att ske under 2012.

- Bristande bemanning reception
Upphandling kommer att genomföras vilket löser bemanningsproblematiken. Rutiner kommer att uppdateras efter att allt är klart.
- Bristande postdistribution
Omorganiseringar har genomförts och arbetssätt/ ansvarsfördelning och metoder har förändrats. Rutiner är under upparbetning vid besöksstillfället.
- Fel vid ärendehandläggning i DIABAS
Arbetssätt och metoder för registrering i DIABAS finns. Rutiner är under uppdatering.
- Behörighetshantering IT system
Arbetsfördelning och vikarietäckning håller på att ses över, samt processbeskrivning och förvaltningsövergripande rutin. Nyrekrytering pågår avseende Paraplysamordnare och det är oklart vilken roll denna person skall ha avseende behörighetshandlingen.
Framtagande rutiner samt säkerställande av att rutinen är känd i förvaltningen.
- IT system har långvarig driftstörning

Handlingsplan och känd övergripande rutin saknas vid besökstillfället. Behov finns av att tydliggöra hur ansvarsfördelningen ser ut mellan förvaltning/TIETO/Volvo IT och St: Erik.com. Uppdatera handlingsplan, tydliggöra vad som är avdelningschefernas ansvar, samt ta fram back up plan. Sprida informationen inom förvaltningen.

- Lösenordshantering paraply, VIT i vissa fall
Arbetsfördelning och vikarietäckning håller på att ses över, samt processbeskrivning och förvaltningsövergripande rutin. Nyrekrytering pågår avseende Paraplysamordnare och det är oklart vilken roll denna person skall ha avseende behörighetshanteringen.
Framtagande rutiner samt säkerställande av att rutinen är känd i förvaltningen.
- Brist på lämpliga lokaler
Organisationsöversyn pågår och nyrekryteringar har skett under året för att tydliggöra roller/ ansvarsområden och kunna säkerställa en bra kontroll på lokalförsörjningen i förvaltningen.
Skriftlig rutin saknas vid besökstillfället. En rutinbeskrivning för lokalförsörjningsprocessen skall tas fram, samt en rollbeskrivning för dem som arbetar med lokaler.
- För dyrt med nyproduktion och anpassning av verksamhetslokaler
Organisationsöversyn pågår och nyrekryteringar har skett under året för att tydliggöra roller/ ansvarsområden och kunna säkerställa en bra kontroll på lokalförsörjningen i förvaltningen. Skriftlig rutin saknas vid besökstillfället. En rutinbeskrivning för lokalförsörjningsprocessen skall tas fram, samt en rollbeskrivning för dem som arbetar med lokaler.

