

§ 46

KULN/2019:101 012

Internkontrollrapport 2019

Kulturnämndens beslut

Kulturnämnden beslutar godkänna internkontrollrapporten för 2019 samt överlämna ärendet till kommunstyrelsen för vidare handläggning.

Reservation

Saud Porovic (SD) reserverar sig mot beslutet.

Sammanfattning av ärendet

Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. Enligt kommunens reglemente för intern kontroll ska varje nämnd se till att en organisation för den interna kontrollen upprättas.

Nämnderna ska fortlöpande följa upp den interna kontrollen och senast i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av uppföljningen till kommunstyrelsen.

Intern kontrollplan för 2019 antogs av kulturnämnden 2019-02-26 § 7.

Ärendets handlingar

- Internkontrollrapport 2019

Överläggning

Under kulturnämndens överläggning yttrar sig Carl-Magnus Fransson (M), Anders Gölevik (C), Saud Porovic (SD), Cecilia Björk (S)

Synpunkter framförs angående ansvarsfördelningen för kontrollmomenten gällande arbetsmiljö. Framförda synpunkter tas med till intern kontrollplan 2020.

*Beslutet skickas till:
Kommunstyrelsen*

Internkontroll rapport

2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll.....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Riskvärdering	5
Bilaga: Internkontrollrapport	6
Föreningsbidrag.....	6
Larmrutiner	6
Konstinköp.....	6
Mediainköp.....	7
Arbetsmiljö.....	7
Kontanthantering.....	7
Hysesbidrag	8
Bilaga: Internkontrollplan 2019	9
Internkontrollplan 2019.....	9

Sammanfattning

Kulturnämndens internkontroll omfattar områdena: bidrag till föreningar, larmrutiner, inköp av konst och media, arbetsmiljö, kontanthantering (betalkort och kontantkassor) och hyresbidrag.

Inom kontrollen av larmrutiner så brister förvaltningen även i år. Ansvarig för larmrutinerna avslutade sin anställning under 2019 och ingen ny larmansvarig utsågs. Av denna anledning har ingen larmövning genomförts under 2019. En ny larmansvarig ska utses och larmövningar genomföras.

Det granskade föreningsbidraget 2019:59 saknar redovisning. Redovisning kommer att begäras in av bidragsmottagaren.

I övrigt finns inga avvikande resultat inom de olika kontrollmomenten.

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringsätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

Kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten enligt nedan. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

I internkontrollrapporten återfinns motsvarande siffervärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan ges en förklaring till hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Bilaga: Internkontrollrapport

Föreningsbidrag

Kontrollmoment	Åtgärder
Handläggningsprocessen	🔔 Kräv in redovisningarna
Kontrollansvarig Samordnare redaktionen Datum för kontroll: 2019-10-10 Resultat: Kontrollerad handling (diarienummer) 2018:93 samt (diarienummer) 2019:05 där ansökning, redovisning samt beslut följer fastställt reglemente. Kontrollerad handling (diarienummer) 2019:59 innehåller ansökan samt beslut men saknar redovisning.	

Larmrutiner

Kontrollmoment	Åtgärder
Personalens kännedom om rutiner vid Perrongen och Ängeln	🔔 Genomför larmövningar 2 ggr/år
Kontrollansvarig Ansvarig för Kulturhuset Datum för kontroll: - Resultat: Ingen kontroll genomförd på grund av att ansvarig för Kulturhuset avslutade sin anställning och ingen ny ersättare har ännu utsetts.	Kommentar Ny larmansvarig ska utses omgående och larmövningar ska genomföras.

Konstinköp

Kontrollmoment	Åtgärder
Gällande policy följs enligt delegation	
Kontrollansvarig Samordnare UKF Datum för kontroll: 2019-10-18 Resultat: Inköp av konst till kommunen följer den av nämnden antagna policyn för inköp av konst. Metod: Stickprov på olika inköpställen	

Mediainköp

Kontrollmoment	Åtgärder
Gällande mediepolicy följs	🔔 Ny mediapolicy skapas.
Kontrollansvarig Skolsamordnare Datum för kontroll: 2019-02-19 samt 2019-09-16 Resultat: Gällande mediepolicy följs vid inköp. Policyn är dock gammal och biblioteket har efter föregående års interkontroll påbörjat ett arbete med att ta fram en ny. Något som behövs.	

Arbetsmiljö

Kontrollmoment	Åtgärder
Uppdatering av plan hot och våld	
Kontrollansvarig Skyddsombud Datum för kontroll: 2019-11-26 Resultat: Åtgärdsplanen mot hot och våld hålls ständigt aktuell genom genomgång av incidenter och återkoppling till de så kallade åtgärdsstrapporna som upprättades i samband med framttagandet av planen mot hot och våld. Åtgärdsstrapporna styr personalens handlande vid incidenter. Under november 2019 påbörjades arbetet med EST (Effektiv Samordning för Trygghet) där förvaltningen regelbundet rapporterar till kommunens säkerhetschef om incidenter som påverkar tryggheten för både anställda och besökare.	

Kontanthantering

Kontrollmoment	Åtgärder
Betalkort - kontroll att kvitton och underlag finns till utbetalningar	
Kontrollansvarig Samordnare konst Datum för kontroll: 2019-10-16 Resultat: Underlag till faktura för kontrollerade datum var korrekt hanterade.	
Kontantkassor - att rutiner för kassahantering följs	
Kontrollansvarig Samordnare konst Datum för kontroll: 2019-10-16 Resultat: Rutiner för kassahantering följs.	

Hyresbidrag

Kontrollmoment	Åtgärder
Handläggningsprocessen	
Kontrollansvarig Samordnare huvudbibliotek Datum för kontroll: 2019-10-29 Resultat: Handläggningsprocessen av hyresbidrag följs.	

Bilaga: Internkontrollplan 2019

Kulturnämnden gör bedömningen att huvudsakliga kontrollområden för internkontrollen är:

- bidrag till föreningar,
- larmrutiner,
- konst- och mediainköp,
- arbetsmiljö,
- kontanthantering och hantering av betalkort samt,
- hyresbidrag.

Dessa mäts enligt internkontrollplanen nedan.

Internkontrollplan 2019

Kontrollområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollmetod	Kontrollfrekvens	Riskvärdering
Föreningsbidrag	Handläggningsprocessen	Samordnare redaktionen	Stickprov.	1 gång/år	1
Larmrutiner	Personalens kännedom om rutiner vid Perrongen och Ängeln	Ansvarig för Kulturhuset	Övningar	1 gång/år	9
Konstinköp	Gällande policy följs enligt delegation	Samordnare UKF	Stickprov	1 gång/år	4
Mediainköp	Gällande mediepolicy följs	Skolsamordnare	Stickprov	2 gånger/år	2
Arbetsmiljö	Uppdatering av plan hot och våld	Skyddsombud	Att planen revideras	1 gång/år	4
Kontanthantering	Betalkort - kontroll att kvitton och underlag finns till utbetalningar	Samordnare konst	Stickprov	2 gånger/år	9
	Kontantkassor - att rutiner för kassahantering följs	Samordnare konst	Stickprov	2 gånger/år	9
Hyresbidrag	Handläggningsprocessen	Samordnare huvudbibliotek	Stickprov	1 gång/år	2

BMN 510

ALLM.2019.3

Internkontrollrapport 2019

Beslut

Bygg- och miljönämnden beslutar att godkänna internkontrollrapporten 2019.

Under nämndens överläggning yttrar sig Martin Edgélius (M) och Reijo Eriksson (V).

Sammanfattning av ärendet

Bygg- och miljönämndens internkontrollmoment rör handläggningstider, rättssäkerhet, rättidsprövningar, ekonomisk uppföljning och information till sökande i bygglov-ärenden och bygganmälan-ärenden.

Kontrollmomentet "Information om reducering av avgifter och tidsfrister" är en ny punkt för år 2019 efter ett nytt lagkrav från plan- och bygglagen där sökande av bygglov och bygganmälan ska erhålla information om tidsfrister och reducering av avgifter. Kontrollen visar ett fullgott utfall där 10 av 10 ärenden där stickprov tagits uppfyllt kraven.

Kontrollmomentet "Rättidsprövning" är också nytt för år 2019 där kontrollen avser att visa om rättidsprövning skett i rätt tid och i enlighet med delegationsordningen. I 6 av 26 fall har rättidsprövningen inte skett i rätt tid, det vill säga, inte "skyndsamt". Däremot har prövningarna gjorts i enlighet med delegationsordningen.

Övriga fyra kontrollmoment är kvar sedan tidigare år.

Kontrollmomentet "Kontroll av att beslut fattats inom sex månader från ett ärende startas (enligt nya förvaltningslagen)" har varit en svår punkt att följa upp. Siffran där 55 ärenden av 90 är beslutade inom 6 månader kan anses något missvisande då majoriteten av ärendena är avslutade inom 6 månader men saknar ett skriftligt formellt beslut.

Kontrollmomentet "Kontroll av att 10 veckors handläggningstid för bygglov klaras" har varit en punkt med stort fokus och bygg- och miljönämnden har vid sammanträdena fått handläggningstiderna för varje månad presenterade för sig. Handläggningstiden har avsevärt förbättrats under åren. Resultatet för 2019 är 239 av 241 ärenden som klarar handläggningstiden.

"Ekonomisk uppföljning" har kontrollerats med fokus på avlopp- och livsmedelsärenden samt bygglovsärenden. Samtliga 45 debiteringar som kontrollerats stämmer överens med beslutande taxor.

"Rättssäkerhet" syftar till att kontrollera att beslut inte innehåller formaliafel eller materiella fel. Under 2019 har två ärenden haft varsitt formaliafel och ett ärende haft två materiella fel.



BeslutsunderlagTjänsteskrivelse
Internkontrollrapport 2019**Beslutsmottagare**Kommunstyrelsen
Akten

Internkontroll rapport

2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Kontroll av att beslut fattats inom 6 månader från ett ärende startas (enligt nya förvaltningslagen)	6
Handläggningstid bygglov	6
Ekonomisk uppföljning	7
Rättssäkerhet	7
Rättidsprövning	7
Information om reducering av avgifter och tidsfrister	8

Sammanfattning

Bygg- och miljönämndens internkontrollmoment rör handläggningstider, rättssäkerhet, rättidsprövningar, ekonomisk uppföljning och information till sökande i bygglov-ärenden och bygganmälan-ärenden.

Kontrollmomentet "Information om reducering av avgifter och tidsfrister" är en ny punkt för år 2019 efter ett nytt lagkrav från plan- och bygglagen där sökande av bygglov och bygganmälan ska erhålla information om tidsfrister och reducering av avgifter. Kontrollen visar ett fullgott utfall där 10 av 10 ärenden där stickprov tagits uppfyllt kraven.

Kontrollmomentet "Rättidsprövning" är också nytt för år 2019 där kontrollen avser att visa om rättidsprövning skett i rätt tid och i enlighet med delegationsordningen. I 6 av 26 fall har rättidsprövningen inte skett i rätt tid, det vill säga, inte "skyndsamt". Däremot har prövningarna gjorts i enlighet med delegationsordningen.

Övriga fyra kontrollmoment är kvar sedan tidigare år.

Kontrollmomentet "Kontroll av att beslut fattats inom sex månader från ett ärende startas (enligt nya förvaltningslagen)" har varit en svår punkt att följa upp. Siffran där 55 ärenden av 90 är beslutade inom 6 månader kan anses något missvisande då majoriteten av ärendena är avslutade inom 6 månader men saknar ett skriftligt formellt beslut.

Kontrollmomentet "Kontroll av att 10 veckors handläggningstid för bygglov klaras" har varit en punkt med stort fokus och bygg- och miljönämnden har vid sammanträdena fått handläggningstiderna för varje månad presenterade för sig. Handläggningstiden har avsevärt förbättrats under åren. Resultatet för 2019 är 239 av 241 ärenden som klarar handläggningstiden.

"Ekonomisk uppföljning" har kontrollerats med fokus på avlopp- och livsmedelsärenden samt bygglovsärenden. Samtliga 45 debiteringar som kontrollerats stämmer överens med beslutande taxor.

"Rättssäkerhet" syftar till att kontrollera att beslut inte innehåller formaliafel eller materiella fel. Under 2019 har två ärenden haft varsitt formaliafel och ett ärende haft två materiella fel.

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringsätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffervärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Internkontrollrapport

Kontrollområde:

Kontroll av att beslut fattats inom 6 månader från ett ärende startas (enligt nya förvaltningslagen)

Kontrollmoment:

Granskning av samtliga pågående och avslutade inkomna anmälningar och klagomål

Kontrollansvarig

GEFA

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-14

Resultat: 55 av 90 ärenden hade beslut inom 6 månader.

Kontrollen gjordes på ärenden startade under perioden: 2018-07-01 - 2019-06-30.

Kontrollområde:

Handläggningstid bygglov

Kontrollmoment:

Kontroll av att 10 veckors handläggningstid för bygglov klaras

Kontrollansvarig

GEFA

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-02

Resultat: 239 av 241 ärenden klarade handläggningstiden på 10 veckor.

Kontrollen gäller ärenden startade under perioden: 2018-10-22 - 2019-10-21.

Kontrollområde:

Ekonomisk uppföljning

Kontrollmoment:

Kontroll att bygglov, miljö- och hälsoskyddsärenden samt planärenden

Kontrollansvarig

GEFA

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-14

Resultat: 45 av 45 kontrollerade debiteringar är korrekta

Kontrollområde:

Rättssäkerhet

Kontrollmoment:

Kontroll av att beslut inte innehåller formfel eller materiella fel.

Kontrollansvarig

Förvaltningsjurist

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-14

Resultat: Av 33 beslut innehåller 2 beslut formaliafel och 2 beslut materiella fel.

Kontrollområde:

Rättidsprövning

Kontrollmoment:

Kontroll av att rättidsprövning sker i rätt tid och i enlighet med delegationsordningen.

Kontrollansvarig

Förvaltningsjurist

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-10

Resultat: Resultat: 6 av 26 ärenden tog för lång tid från det att överklagandet kom in till dess att en rättidsprövning gjordes.

Kontrollområde:

Information om reducereing av avgifter och tidsfrister

Kontrollmoment:

Kontroll av att information har getts till sökande om reducereing av avgifter och tidsfrister enligt PBL.

Kontrollansvarig

GEFA

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-03

Resultat: I 10 av 10 ärenden hade information getts.

§ 24

SOCN/2019:59 040

Internkontrollrapport 2019

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden beslutar att godkänna redovisningen av internkontroll 2019.
2. Nämnden översänder redovisningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Den godkända internkontrollrapporten för 2019 redovisas som bilaga till protokollet med beteckningen **socialnämndens handling nr 2/2020**.

Sammanfattning av ärendet

I kommunens *reglemente för intern kontroll* definieras intern kontroll som åtgärder vilka bidrar till att utveckla och säkerhetsställa funktion och kvalitet i kommunens samtliga verksamheter och som därmed ska minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel. Enligt reglementet ska nämnden följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området och senast i samband med årsredovisning rapportera resultatet från uppföljningen till kommunstyrelsen och till kommunens revisorer.

Kontrollområden för internkontrollen år 2019 omfattar fakturahantering, återsökning från Migrationsverket, systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten, datasäkerhet, offentlighet sekretess och informationssäkerhet, dokumentation i individärenden, planera, genomföra och dokumentera en utredning samt att följa upp behovsprövade insatser och arvoden till familjehem.

Ärendets handlingar

- Tjänsteskrivelse från socialförvaltningen daterad 2020-02-13
- Internkontrollrapport socialnämnden 2019

Socialnämndens överläggning

Under socialnämndens överläggning yttrar sig Marie-Louise Karlsson (S).

*Beslutet skickas till:
Kommunstyrelsen
Revisorerna
Akten*

Internkontrollrapport 2019

Socialförvaltningens förslag till beslut

1. Socialnämnden beslutar att godkänna redovisningen av internkontroll 2019.
2. Nämnden översänder redovisningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Sammanfattning av ärendet

I kommunens *reglemente för intern kontroll* definieras intern kontroll som åtgärder vilka bidrar till att utveckla och säkerhetsställa funktion och kvalitet i kommunens samtliga verksamheter och som därmed ska minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel. Enligt reglementet ska nämnden följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området och senast i samband med årsredovisning rapportera resultatet från uppföljningen till kommunstyrelsen och till kommunens revisorer.

Kontrollområden för internkontrollen år 2019 omfattar fakturahantering, återsökning från Migrationsverket, systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten, datasäkerhet, offentlighet sekretess och informationssäkerhet, dokumentation i individärenden, planera, genomföra och dokumentera en utredning samt att följa upp behovsprövade insatser och arvoden till familjehem.

Ärendets handlingar

- Internkontrollrapport socialnämnden 2019

Ärendebeskrivning

Kontrollområden för internkontrollen år 2019 omfattar fakturahantering, återsökning från Migrationsverket, systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten, datasäkerhet, offentlighet sekretess och informationssäkerhet, dokumentation i individärenden, planera, genomföra och dokumentera en utredning samt att följa upp behovsprövade insatser och arvoden till familjehem.

Socialförvaltningens verksamhetssystem har inte följt socialförvaltningens organisation vilket bland annat bidragit till fel i konteringen till ekonomisystemet. Efter en uppdatering av verksamhetssystemet under slutet av år 2019 följer verksamhetssystemet socialförvaltningens organisation. Vad gäller övriga kontrollmoment i kontrollområdet fakturahantering förekommer det kunskapsbrister, därför kommer socialförvaltningen under första kvartalet år 2020 införa en obligatorisk utbildning i ekonomi för samtliga medarbetare.

För kontrollområdet arvoden till familjehem kommer rutinerna att arbetas om under år 2020 i samband att en ny modul i verksamhetssystemet införs. I kontrollområdet för datasäkerhet behöver nya rutiner upprättas med tydligare ansvarsfördelning. Dessa två

kontrollområden kommer att förtydligas och arbetet med nya rutiner kvarstår till nästkommande internkontrollplan.

Kontrollen är tillräcklig och rutin finns och efterföljs i de resterande kontrollområdena. I vissa kontrollmoment som handlar om rutiner, finns rutinerna men ett fortsatt behov finns av att löpande uppdatera och implementera dem i verksamheten.

Lena Ludvigsson
Förvaltningschef

*Beslutet skickas till:
Kommunstyrelsen
Revisorerna
Akten*

Internkontroll rapport

2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Fakturahantering	6
Återsökning från Migrationsverket	6
Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten	7
Datasäkerhet	7
Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet	8
Dokumentation i individärenden	8
Planera, genomföra och dokumentera en utredning samt följa upp en behovsprövad insats	9
Arvoden familjehem och jourhem	10

Sammanfattning

Kontrollområden för internkontrollen år 2019 omfattar fakturahantering, återsökning från Migrationsverket, systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten, datasäkerhet, offentlighet sekretess och informationssäkerhet, dokumentation i individärenden, planera och genomföra och dokumentera en utredning samt följa upp en behovsprövas insats och arvoden till familjehem.

Socialförvaltningens verksamhetssystem har inte följt socialförvaltningens organisation vilket bland annat bidragit till fel i konteringen till ekonomisystemet. Efter en uppdatering av verksamhetssystemet under slutet av år 2019 följer verksamhetssystemet socialförvaltningens organisation. Vad gäller övriga kontrollmoment i kontrollområdet fakturahantering förekommer det kunskapsbrister, därför kommer socialförvaltningen under första kvartalet år 2020 införa en obligatorisk utbildning i ekonomi för samtliga medarbetare.

För kontrollområdet arvoden till familjehem kommer rutinerna att arbetas om under år 2020 i samband att en ny modul till verksamhetssystemet införs. I kontrollområdet för datasäkerhet behöver nya rutiner upprättas med tydligare asvarsfördelning. Dessa två kontrollområden kommer att förtydligas och arbetet med nya rutiner kvarstår till nästkommande internkontrollplan.

Kontrollen är tillräcklig och rutin finns och efterföljs i de resterande kontrollområdena. I vissa kontrollmoment som handlar om rutiner, finns rutinerna men ett fortsatt behov finns av att löpande uppdatera och implementera de i verksamheten.

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringsätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffrvärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Internkontrollrapport

Kontrollområde:

Fakturahantering

Kontrollmoment:

Rutin för attest, kontering, moms, debiteringsrutiner.

Kontrollansvarig

Ekonom

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-19

Resultat:

Kontering och attest sker enligt gällande regelverk. Rutiner bör förtydligas för bättre hantering i systemet. Nästkommande budget kommer i högre grad fördelas ut på verksamheterna, vilket ställer högre krav på att dessa rutiner tydliggörs och förankras.

Återsökning av moms görs, men rutinen kan förbättras enligt gällande regelverk.

Kontrollområde:

Återsökning från Migrationsverket

Kontrollmoment:

Rutin för ansökan om ersättning för asylsökande och personer med uppehållstillstånd

Kontrollansvarig

Enhetschef bistånd barn, unga och vuxna
Ekonom

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-19

Resultat:

De flesta ersättningar som socialförvaltningen får från Migrationsverket är idag schablonbelopp som betalas ut utan ansökan. Ett fåtal ansökningar görs under året och där följs Migrationsverkets

anvisningar. Arbetsfördelning av vem som ansvarar för olika delar av ansökan samt håller sig informerad om vad som kan sökas bör förtydligas.

Kontrollområde:

Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten

Kontrollmoment:

Rutin för egenkontroll, tillbud, avvikelserapportering, klagomål och Lex Sarah

Kontrollansvarig

Förvaltningschef
Avdelningschefer

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-08

Resultat:

Det finns rutiner publicerade på Communis. Rutiner går igenom kontinuerligt på APT.

Kontrollområde:

Datasäkerhet

Kontrollmoment:

Uppföljning av loggar i verksamhetssystemet

Kontrollansvarig

Enhetschefer, systemförvaltare

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-09

Resultat:

Inga loggar har följts upp under året. Ny rutin upprättas för loggkontroll inför 2020.

Kontrollområde:

Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet

Kontrollmoment:

Rutin för diarieföring, förvaring och utlämning av allmänna handlingar

Kontrollansvarig

Enhetschef Staben

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-08

Resultat:

Rutin finns för diarieföring. En ny rutin har tagits fram för utlämning av handlingar.

Kontrollmoment:

Rutin för personalens tystnadsplikt, skyldighet att lämna ut uppgifter, behörighet att ta del av dokumentation

Kontrollansvarig

Förvaltningschef
Avdelningschefer
Enhetschef Staben

Riskvärdering

10

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-08

Resultat:

Personal informeras om tystnadsplikt i samband med anställningen och introduktionen. Under året har en ny rutin tagits fram för utlämning av handlingar samt rutin för hantering av socialregistret där även dokumentation ingår.

Kontrollområde:

Dokumentation i individärenden

Kontrollmoment:

Rutin för inkomna handlingar som tillhör personakt samt upprättande, förvaring och gallring

Kontrollansvarig

Avdelningschef Myndighet
Enhetschef Staben

Riskvärdering

10

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-08

Resultat:

Rutin finns och efterlevs.

Kontrollmoment:

Rutin för förvaring av handlingar när anmälan inte leder till att utredning inleds

Kontrollansvarig

Avdelningschef Myndighet
Enhetschef Staben

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-08

Resultat:

Rutin finns och efterlevs

Kontrollområde:

Planera, genomföra och dokumentera en utredning samt följa upp en behovsprövad insats

Kontrollmoment:

Rutin för att insatser verkställs inom 90 dagar

Kontrollansvarig

Avdelningschef Myndighet

Riskvärdering

10

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-09

Resultat:

Rutin finns och följs. Administratör på avdelningen kontrollerar med handläggare varje vecka, redovisas en gång i månaden till socialnämndens utskott. Behov av uppdatering och implementering i verksamheten

Kontrollmoment:

Rutin föruppföljning av pågående insatser

Kontrollansvarig

Avdelningschef Myndighet

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-01-09

Resultat:

Följer minimikravet på uppföljning enligt socialtjänstlagen. I övrigt följs insatser upp enligt överenskommelse med respektive öppenvård. Behov av uppdatering och implementering i verksamheten

Kontrollområde:

Arvoden familjehem och jourhem

Kontrollmoment:

Rutiner för kontroll av utbetalningar till familjehem och jourhem

Kontrollansvarig

Avdelningschef
Ekonom

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-23

Resultat:

Ny modul i verksamhetssystemet för arvodering kommer att införas under första kvartalet 2020. Rutiner kommer att uppföras i samband med detta.

§ 19

STN/2019:21 009

Internkontrollredovisning 2019

Service- och tekniknämndens beslut

Service- och tekniknämnden beslutar att godkänna redovisningen av genomförd internkontroll samt vidareända den till kommunstyrelsen.

Den godkända internkontrollredovisningen 2019 redovisas som bilaga till protokollet med beteckningen **service- och tekniknämndens handling nr 3/2020**.

Sammanfattning av ärendet

Enligt reglementet för internkontroll ska nämnderna löpande följa upp det interna kontrollarbetet inom det egna ansvarsområdet och senast i samband med att årsredovisningen upprättas, samt rapportera resultatet från uppföljningen till kommunstyrelsen.

Service- och teknikförvaltningen har gjort en uppföljning av det interna kontrollarbetet enligt rådande internkontrollplan.

Ärendets handlingar

- Tjänsteskrivelse från service- och teknikförvaltningen daterad 2020-02-17
- Service- och teknikförvaltningen – Internkontrollrapport 2019

Service- och tekniknämndens överläggning

Under service- och tekniknämndens överläggning yttrar sig Anneli Hedberg (s) samt controller Kenny Tsoi.

Beslutet skickas till:

Kommunstyrelsen

Akten

Internkontroll rapport

2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll.....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Arbetsmiljö - Fysisk, organisatorisk och social arbetsmiljö.....	6
Skyddsronder	6
Systematiskt brandskyddsarbete.....	7
Krishanteringsorganisation.....	7
Föreningsbidrag.....	8
Ekonomiadministration - "Kontanthantering".....	8
Ekonomiadministration - "Investeringar".....	9
Ekonomiadministration - "Avtalstrohet"	9
Ekonomiadministration - "Kundfakturering".....	10
Ekonomiadministration - "Utanordningar".....	10
Ekonomiadministration - "Verifikationer".....	11
Ekonomiadministration - "Attest".....	11
Registerkontroll.....	12
Dataskyddsförordning (GDPR).....	12
Delegationsordning.....	13
ID-kort och nycklar	13
Försäljning av tillgångar och inventarier	14
Tillbud och skador	14

Bilagor

Bilaga 1: Internkontrollrapport 2019 - Bilaga

Sammanfattning

Service- och teknikenämndens internkontroll omfattar områdena: arbetsmiljö, skyddsronder, systematiskt brandskyddsarbete, föreningsbidrag, ekonomiadministration, registerkontroll, dataskyddsförordning (GDPR), delegationsordning, ID-kort och nycklar, försäljning av tillgångar och inventarier, samt tillbud och skador.

Kontrollområdet *Ekonomiadministration- "utanordningar"* och *"verifikationer"* är inte aktuella, då man på service- och teknikförvaltningen inte längre hanterar dessa.

Inom kontrollområdet *Försäljning av tillgångar och inventarier* har service- och teknikförvaltningen inte haft några skriftliga rutiner, men kommer under år 2020 att ta fram skriftliga rutiner gällande försäljning av tillgångar och inventarier.

I övrigt finns inga avvikande resultat inom de olika kontrollmomenten.

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringsätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffervärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Internkontrollrapport

Kontrollområde:

Arbetsmiljö - Fysisk, organisatorisk och social arbetsmiljö

Kontrollmoment:

Det finns en uppdaterad delegation avseende chefernas arbetsuppgifter kring arbetsmiljöfrågor. Cheferna har relevant utbildning för att klara dessa arbetsuppgifter.

Kontrollansvarig

Verksamhetscontroller

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer inte följs. Kan leda till allvarlig konsekvens.
(3x4=12p)

Kommentar

Datum för kontroll:

Fortlöpande

Resultat:

Handlingsplaner finns och efterlevs. Medvetenheten om frågorna är hög och utvecklings-/förbättringsarbeten pågår ständigt.

Kontrollområde:

Skyddsronder

Kontrollmoment:

Granskning av att skyddsronder genomförs på utsatt tid och enligt framtagen checklista.

Kontrollansvarig

Avdelningschef

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer inte följs. Kan leda till allvarlig konsekvens.
(3x4=12p)

Kommentar

Datum för kontroll:

Fortlöpande

Resultat:

Skyddsronder har genomförts i enlighet med arbetsmiljölagen löpande på alla förvaltningens

enheter. Ansvarsområden har förtydligats mellan berörda arbetsmiljöansvariga chefer för att öka möjligheterna att upptäcka risker i arbetsmiljön.

Kontrollområde:

Systematiskt brandskyddsarbete

Kontrollmoment:

Kontrollera att ansvar för och rutiner kring det systematiska brandskyddsarbetet är uppdaterade och att ansvariga chefer och brandombud är införstådda med vilket deras ansvar är.

Kontrollansvarig

Brandskyddsansvarig

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x4=12p)

Kommentar

Datum för kontroll:

Fortlöpande.

Resultat:

Brandskyddsarbete utförs på alla fastigheter där förvaltningen bedriver verksamhet. I de flesta fall utförs tillsynen i samarbete med fastighetsägare eller andra sakkunniga. Varje fastighet har ett eget brandskyddsombud som har ett delegerat ansvar.

SBA-handbokens innehåll är uppdaterat och känt i organisationen.

Kontrollområde:

Krishanteringsorganisation

Kontrollmoment:

Att rutiner är kända i verksamheten samt att larmlistor och liknande är uppdaterade.

Kontrollansvarig

Kommunikatör

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar

Datum för kontroll:

Fortlöpande

Resultat:

Rutiner och larmlistor är uppdaterade och en genomgång har gjorts av samtliga kontrollpunkter enligt rutin.

Kontrollområde:

Föreningsbidrag

Kontrollmoment:

Genomföra en processkartläggning av nuvarande process/rutin.

Kontrollansvarig

Enhetschef för Sportcentrum

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar

Datum för kontroll:

2020-01-31

Resultat:

En processkartläggning är genomförd och kontrollmoment i bidragshanteringen är framtagna.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Kontanthantering"

Kontrollmoment:

Att rutiner för kassahantering följs.

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar

Datum för kontroll:

2020-01-31

Resultat:

Kassaansvariga har på framtagen blankett, intygat att växelkassorna stämmer. Dock har inte förvaltningens ekonomifunktion kontrollräknat kassorna.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Investeringar"

Kontrollmoment:

Att riktlinjerna för investeringar följs.

Kontrollansvarig

Förvaltningsekonom

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar**Datum för kontroll:**

2020-01-31

Resultat:

Kontroll utfördes på projekt: 930300, 931000, 932000, 932800, 933500 samt 934600.

Anmärkning:

I ett fall råder det tveksamhet om huruvida en transaktion avseende en fordonsreparation i ett av investeringsprojekten är att betrakta som en investering.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Avtalstrohet"

Kontrollmoment:

Säkerställa att avtal följs.

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar**Datum för kontroll:**

Fortlöpande

Resultat:

Av samtliga stickprovskontroller under året, 55 st, hade 53 st skett enligt gällande avtal. Detta motsvarar 96,4%.

Kommentar:

Identifierade avvikelser bedöms vara på acceptabel nivå.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Kundfakturering"

Kontrollmoment:

Att kundfaktura skickas så snart som möjligt efter utförd tjänst.

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar**Datum för kontroll:**

Fortlöpande

Resultat:

Av samtliga stickprovskontroller under året, 55 st, var 47 st. skickade inom en månad. Detta motsvarar 85,5%.

Kommentar:

Identifierade avvikelser bedöms vara på acceptabel nivå.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Utanordningar"

Kontrollmoment:

Att attest sker av behöriga personer.

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar

Resultat:

Kontrollpunkten är inte längre aktuell, då ekonomikontoret på kommunen hanterar utanordningar. Denna kontrollpunkt kommer att tas bort från internkontrollplanen år 2020.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Verifikationer"

Kontrollmoment:

Att godkänt bokföringsunderlag finns till utanordningar.

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar

Resultat:

Kontrollpunkten är inte längre aktuell, då ekonomikontoret på kommunen hanterar utanordningar. Denna kontrollpunkt kommer att tas bort från internkontrollplanen år 2020.

Kontrollområde:

Ekonomiadministration - "Attest"

Kontrollmoment:

Attestlistor är aktuella.

Kontrollansvarig

Förvaltningsekonom

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.

(3x3=9p)

Kommentar

Datum för kontroll:

Fortlöpande

Resultat:

I och med implementeringen av kommunens nya affärssystem har det under året gjorts ett antal justeringar av attestordningen. Särskild kontroll har därför inte utförts regelbundet.

Anmärkning:

En aktuell attestlista kommer att tas fram under februari månad 2020 för att sedan regelbundet följas upp under 2020.

Kontrollområde:

Registerkontroll

Kontrollmoment:

Kontrollera att registerutdrag görs i samband med nyanställningar.

Kontrollansvarig

Verksamhetscontroller

Riskvärdering

Möjlig förekomst av att rutiner och riktlinjer inte följs. Leder till allvarlig konsekvens.
(3x4=12p)

Kommentar**Datum för kontroll:**

Fortlöpande

Resultat:

Inom verksamhetsområden där anställd personal jobbar med barn har man kontinuerligt gjort registerutdrag i samband med nyanställningar.

Kontrollområde:

Dataskyddsförordning (GDPR)

Kontrollmoment:

Att det finns relevant kunskap om dataskyddsförordningen i organisationen samt att rutiner för förordningens utökade krav på öppenhet och de registrerades rättigheter tillmötesgås.

Kontrollansvarig

Verksamhetscontroller

Riskvärdering

Möjlig förekomst av att rutiner och ansvarsfrågor inte är klargjorda. Kan leda till allvarliga konsekvenser.
(3x4=12p)

Kommentar**Datum för kontroll:**

2020-02-05

Resultat:

Inom service- och teknikförvaltningen har samtliga enheter arbetat utifrån Dataskyddsförordningen

(GDPR). Kartläggning av registerhållning är utförd och vid utbildningsbehov har förvaltningens GDPR-samordnare gjort extra utbildningsinsatser.

Det har förekommit två fall av personuppgiftsincidenter på service- och teknikförvaltningen under år 2019 och båda fallen har anmälts till Datainspektionen inom 72 timmar efter att incidenten upptäckts. De båda ärendena har senare lagts ner av Datainspektionen, då de inte ansågs kunna leda till allvarliga konsekvenser.

Personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) har upprättats med de leverantörer som nämnden samarbetar med.

Kontrollområde:

Delegationsordning

Kontrollmoment:

Att den är relevant i förhållande till organisationens struktur och angivna beslutsfunktioner.

Kontrollansvarig

Ledningsgrupp (Förvaltningschefen)

Riskvärdering

Möjlig förekomst att delegationsordningen inte är relevant. Leder till allvarliga konsekvenser.
(3x3=9p)

Kommentar

Datum för kontroll:

2020-02-03

Resultat:

Delegationsordning reviderades under året och den reviderade delegationsordningen antogs av Service- och tekniknämnden 2019-11-07, §77.

Kontrollområde:

ID-kort och nycklar

Kontrollmoment:

Att personal som slutar inte har kort/nycklar kvar. Återkallande av förkomna kort.

Kontrollansvarig

Enhetschefer

Riskvärdering

Möjlig förekomst av att rutiner och riktlinjer inte följs. Leder till allvarlig konsekvens.
(3x4=12p)

Kommentar

Datum för kontroll:

Fortlöpande

Resultat:

På service- och teknikförvaltningens olika enheter har varje enhet ansvaret för avstämning av att nycklar och passerkort är återlämnade vid avslutad anställning, samt att kvittenser plockas bort ur registerpärmarna och kasseras. Under året har samtliga nycklar och passerkort återlämnats vid avslutad anställning, förutom vid ett tillfälle där en tagg inte hade återlämnats från medarbetaren. Åtgärderna från enheten var att direkt spärra taggen, samt att återkalla förekommen tagg.

Kontrollområde:

Försäljning av tillgångar och inventarier

Kontrollmoment:

När kommunens inventarier och tillgångar avyttras ska det hanteras enligt upparbetad rutin.

Kontrollansvarig

Ledningsgrupp (Förvaltningschefen)

Riskvärdering

Möjlig förekomst av att rutiner och riktlinjer inte följs. Leder till allvarlig konsekvens.
(4x4=16p)

Kommentar

Datum för kontroll:

2020-02-06

Resultat:

Den skriftliga rutinen har inte tagits fram ännu. Förvaltningen avvaktade ett kommundemensamt arbete under år 2019, utan framgång. I väntan på en skriftlig rutin arbetar vi med muntlig kommunikation.

Förvaltningen kommer att färdigställa en egen skriftlig rutin gällande försäljning av tillgångar och inventarier under år 2020.

Kontrollområde:

Tillbud och skador

Kontrollmoment:

Medarbetare anmäler tillbud och skador.

Kontrollansvarig

Enhetschefer

Riskvärdering

Möjlig förekomst av att rutiner och riktlinjer inte följs. Leder till allvarlig konsekvens.
(4x4=16p)

Kommentar**Datum för kontroll:**

Fortlöpande

Resultat:

Inom service- och teknikförvaltningen ska tillbud och skador anmälas i kommunens LISA-system. Totalt antal anmälningar på alla enheter på service- och teknikförvaltningen har varit 47 st under året varav 6 st har föranlett till åtgärder, samt några som återstår att åtgärda. Sannolikt finns det ett mörkertal.

Alla enheter/avdelningar har kontinuerligt haft uppföljningar under året och samtliga händelser har tagits upp på olika APT:er. Chefer och arbetsledare har fortsatt haft fokus på att hela tiden påminna medarbetarna om vikten av att anmäla tillbud och skador.

§ 3

BIN/2019:11 019

Internkontrollrapport 2019

Bildningsnämndens beslut

Bildningsnämnden godkänner redovisningen avseende 2019 års internkontroller.

Bildningsnämndens internkontrollrapport 2019 redovisas som **protokollsbilaga 2-2020**.

Sammanfattning av ärendet

Under 2019 har bildningsnämndens internkontrollplan fokuserat på kontroller kring myndighetsutövning, avvikelserapportering, sjukskrivningstal och debitering. Flera av kontrollerna fanns kvar från 2018 eftersom de kontroller som då utfördes visade på brister i rutiner och hantering. Under året valde också bildningsnämnden att lägga till två kontrollmoment gällande GDPR (Dataskyddsförordningen). Störst vikt har lagts vid kontrollerna som avser myndighetsutövning såsom att beslut om åtgärdsprogram tas på rätt sätt och att närvaro och frånvaro följs upp och rapporteras enligt gällande rutiner. Stor vikt har också lagts vid kontrollerna avseende GDPR.

De kontroller som har genomförts 2019 visar på att rutinerna och hanteringen inom fler områden har förbättrats jämfört med tidigare år. Även om det har skett förbättringar bedömer bildningsförvaltningen att kontrollerna behöver kvarstå inom samtliga områden för att riskerna ska minimeras ytterligare.

Inom området GDPR som tillfördes under året har kontroller genomförts av registerförteckningar och personuppgiftsbiträdesavtal. Kontrollerna visar att det finns stora brister inom området då registerförteckningar och personuppgiftsbiträdesavtal saknas på flera av de kontrollerade enheterna. Olika åtgärder, bland annat olika former av utbildningsinsatser, kommer att vidtas för att åtgärda de brister som upptäckts.

Ärendets handlingar

- Internkontrollrapport Bildningsnämnden 2019

Bildningsnämndens överläggning

Under bildningsnämndens överläggning yttrar sig Johanna Siverskog ekonom.

Beslutet skickas till: kommunstyrelsen

Ordförandens sign	Justerandes sign
-------------------	------------------

Internkontroll- rapport

2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll.....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Avvikelse rapportering.....	6
Debitering	6
Sjukskrivningstal	7
Myndighetsutövning.....	7
GDPR.....	10

Sammanfattning

Under 2019 har bildningsnämndens internkontrollplan fokuserat på kontroller kring myndighetsutövning, avvikelserapportering, sjukskrivningstal och debitering. Flera av kontrollerna fanns kvar från 2018 eftersom de kontroller som då utfördes visade på brister i rutiner och hantering. Under året valde också bildningsnämnden att lägga till två kontrollmoment gällande GDPR (Dataskyddsförordningen). Störst vikt har lagts vid kontrollerna som avser myndighetsutövning såsom att beslut om åtgärdsprogram tas på rätt sätt och att närvaro och frånvaro följs upp och rapporteras enligt gällande rutiner. Stor vikt har också lagts vid kontrollerna avseende GDPR.

De kontroller som har genomförts 2019 visar på att rutinerna och hanteringen inom fler områden har förbättrats jämfört med tidigare år. Även om det har skett förbättringar bedömer bildningsförvaltningen att kontrollerna behöver kvarstå inom samtliga områden för att riskerna ska minimeras ytterligare.

Inom området GDPR som tillfördes under året har kontroller genomförts av registerförteckningar och personuppgiftsbiträdesavtal. Kontrollerna visar att det finns stora brister inom området då registerförteckningar och personuppgiftsbiträdesavtal saknas på flera av de kontrollerade enheterna. Olika åtgärder, bland annat olika former av utbildningsinsatser, kommer att vidtas för att åtgärda de brister som upptäckts.

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringsätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffrvärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Internkontrollrapport

Kontrollområde:

Avvikelseerrapportering

Kontrollmoment:

Incidenthantering - sker rapportering enl. upprättade rutiner.

Kontrollansvarig

Verksamhetschef


Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Kontroll visar att samtliga förskolor och skolor rapporterar incidenter enligt upprättade rutiner. Rutinerna är välkända på enheterna. Grundskolan upplever dock att det fortfarande finns en osäkerhet kring när en incidentrapport ska skrivas.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
 Genomgång med rektorerna och förtydligande så att alla rapporterar på likvärdigt sätt.	2020-01-01	2020-03-31

Kontrollområde:

Debitering

Kontrollmoment:

1-1 datorer - följs upprättade rutiner kring debitering av försvunnen utrustning

Kontrollansvarig

Ekonom

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Kontroll visar att denna fråga hanteras olika på olika enheter. Befintliga rutiner behöver förtydligas och förankras.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
----------	------------	-----------

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
🔔 Gå igenom befintliga rutiner och se om de är tillämpningsbara	2020-01-01	2020-04-30

Kontrollområde:

Sjukskrivningstal

Kontrollmoment:

Används de system som finns för att följa upp sjukskrivningar

Kontrollansvarig

Verksamhetschef

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Kontroll visar att systemet Adato används men inte alltid på rätt sätt. Det finns information och anteckningar på öppnade rehabärenden men i vissa fall är dokumentationen bristfällig. Det som oftast saknas är en plan för återgång. Det kan också saknas information om vad man kommit överens om mellan arbetsgivare och arbetstagare.

De åtgärder som är genomförda under andra halvåret är en enkät till rektorerna om hur de uppfattar sitt kunnande i frågan. Utifrån enkäten har en repetition gjorts i rektorsgruppen F-6.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
🔔 En plan är lagd för att representant för HR vid minst två tillfällen per termin träffar rektor enskilt och bland annat går igenom sjuktalet och aktuella rehabärenden i Adato för att säkerställa kvaliteten i arbetet med sjuktalet.	2020-01-01	2020-12-31
🔔 Utbildning i systemet för förskolerektorerna.	2020-01-01	2020-03-31

Kontrollområde:

Myndighetsutövning

Kontrollmoment:

Beslut om åtgärdsprogram - har rektor ett system för att tillgodose att elever i behov av särskilt stöd får det

Kontrollansvarig

Verksamhetschef

Riskvärdering

16


Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Resultatet visar att utifrån stickprov som gjorts kan konstateras att rektorer har olika system för att ha kontroll på samtliga elevers behov. Det finns inget datastöd i Pingpong eller PMO som ger rektor en helhetsbild. I och med GDPR känns det osäkert huruvida rektor själv kan upprätta t ex register för detta.

På alla enheter där stickprov gjordes har skolan utvecklat "lakan" över eleverna. Dessa lakan visar måluppfyllelse alla elever, alla årskurser och alla ämnen. Här kan rektor följa elevers måluppfyllelse och sätta in stöd där det behövs.

Det är fortfarande så att man inte med självklarhet som upprättar åtgärdsprogram när elever inte har nått minst betyget E eftersom förändringen med extra anpassningar och otydligheten i styrdokumentet kring dokumentationen för dessa anpassningar gör att det kan tolkas som om dokumentation inte är nödvändig.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
 Genomgång av regelverk och tolkningar när åtgärdsprogram ska upprättas genomförs med rektorer F-6 och grundskolan.	2020-01-01	2020-12-31

Kontrollmoment:

Elever med frånvaro - har rektor ett system för att följa upp elever med frånvaro

Kontrollansvarig

Verksamhetschef

Riskvärdering

16



Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Utifrån stickprov som gjorts kan konstateras att själva elevfrånvaron kan rektor följa. Tyvärr har inte alla skolor 100% registrerade lektioner vilket gör att det är svårt för rektor att med säkerhet kunna lita på de siffror som finns i systemet. Dock är andelen registrerade lektioner så pass hög att vi vågar påstå att vi kan följa elevers frånvaro och sätta in åtgärder för de elever som behöver.

I de fall där frånvaron är stor beskriver rektorer att de arbetar på olika sätt med eleven och att de också tas upp på respektive skolas EHT (Elevhälsoteam).

När en utredning om elevs frånvaro har inletts ska rektor se till att frånvaron snarast anmäls till huvudmannen. Under 2019 har anmälan enbart kommit in från extern friskola, ingen anmälan har inkommit från kommunens skolor. Detta tyder på att det finns brister i rutinerna gällande rapportering till huvudman.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
 Genomgång av handlingsplanen för elevfrånvaro och tydliggörande av procentsatsen. Detta görs i verksamhetsområdet F-6.	2019-02-01	2019-12-31
 Förtydliga rutinerna gällande anmälan av frånvaro till huvudman	2020-01-01	2020-04-30

Kontrollmoment:

Närvaroregistrering - sker närvaroregistrering vid samtliga lektioner

Kontrollansvarig

Verksamhetschef

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Kontrollen visar att närvaroregistrering inte sker vid exakt alla lektioner. Snittet för grundskola F-6 är att närvaroregistrering sker vid 93% av lektionerna. Det handlar fortfarande om brister när det finns vikarier inne eller när man har problem med tekniken. Ingen skola har oroväckande låga siffror men ingen skola inte har heller 100%.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
🔔 Uppföljning med respektive chef utifrån andel registrerade lektioner och beslut om åtgärder utifrån varje enhet.	2018-02-09	2020-12-31

Kontrollmoment:

Uppföljning av inställda lektioner

Kontrollansvarig

Verksamhetschef

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll:

Resultat: Det går inte att följa upp inställda lektioner i PingPong.

Kontrollen visar att rektorerna har olika system för att tillgodose att eleverna får den undervisningstid de har rätt till. På KTC ställs få lektioner in och rutinen är att dessa i sådana fall tas bort från schemat. Den garanterade undervisningstiden följs upp via differensrapporter minst en gång per termin.

På Lindengymnasiet lägger man ut mer undervisningstid än den garanterade för att ha en viss marginal. Under höstterminen har man tagit in vikarier när det är planerat frånvaro för lärare eller längre sjukfrånvaro.

Järvenskolan uppskattar att de ställt in enstaka lektioner enstaka veckor. Skolan har satsat mycket pengar på att ta in vikarier vid frånvaro.

Gymnasiesärskolan, IA1 och IA4 uppger att de inte har ställt in några lektioner under 2019.

Kontrollområde:

GDPR

Kontrollmoment:

Finns upprättad registerförteckning på individnivå

Kontrollansvarig

GDPR-samordnare

Riskvärdering


16

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Av tio slumpvis utvalda enheter hade fyra enheter register för all personal, på fyra enheter hade delar av personalen registerförteckningar och på två enheter saknades registerförteckningar helt.

Det kan konstateras att det ser väldigt olika ut på enheterna.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
 Säkerställa att det finns upprättade registerförteckningar. GDPR-samordnaren tar fram en åtgärdsplan.	2020-01-01	2020-12-31

Kontrollmoment:

Finns upprättade personuppgiftsbiträdesavtal med aktuella leverantörer

Kontrollansvarig

GDPR-samordnare


Riskvärdering

16

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-12-31

Resultat: Av tio slumpvis utvalda enheter hade inga enheter upprättade personuppgiftsbiträdesavtal för de system som enheten själv ansvarar för.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
 Säkerställa att enheterna har upprättat personuppgiftsbiträdesavtal med aktuella leverantörer. GDPR-samordnare tar fram en åtgärdsplan.	2020-01-01	2020-12-31

§ 13

VIAN/2020:4 001

Viadidaktnämndens internkontrollrapport 2019

Viadidaktnämndens beslut

Viadidaktnämnden godkänner redovisningen av genomförd internkontroll för 2019 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Sammanfattning av ärendet

Kommunens nämnder är enligt kommunallagen ansvariga för den interna kontrollen inom det egna området. Med intern kontroll avses åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för fel.

Viadidaktnämnden beslutade vid sitt sammanträde den 26 februari 2019 internkontrollplan för det egna ansvarsområdet under 2019. Enligt kommunens reglemente för den interna kontrollen ska varje nämnd senast i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av uppföljningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Utifrån den gjorda uppföljningen är det förvaltningens bedömning att den interna kontrollen i huvudsak fungerar. Resultatet av genomförda kontroller har dock varierat och i vissa fall har avvikelser påträffats. Det kan därför samtidigt konstateras att det alljämt finns utvecklings- och förbättringsområden.

I redovisningen framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna. I förekommande fall framgår också vilka åtgärder Viadidakt vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit.

Ärendets handlingar

- Viadidakts tjänsteskrivelse, 2020-02-10
- Viadidaktnämndens internkontrollrapport 2019

Viadidaktnämndens överläggning

Under överläggningen yttrar sig Gunilla Magnusson (S).

*Beslutet skickas till:
Kommunstyrelsen
Revisorer
Akt*

Viadidaktnämndens internkontrollrapport 2019

 viadidakt.se

facebook.se/viadidakt

Telefon: 0150-48 80 90

Postadress: Viadidakt, 641 80 Katrineholm

Mejl: info@viadidakt.se

Viadidakt är en gemensam förvaltning för vuxenutbildning och arbetsmarknadsinsatser i Katrineholms och Vingåkers kommuner.



Viadidakt[®]

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning	4
2.1	Definition av intern kontroll	4
2.2	Kommunens årshjul och process för internkontroll	4
3	Riskvärdering	5
4	Internkontrollrapport.....	6
4.1	Fakturahantering/kontering/representation	6
4.2	Investeringsredovisning	7
4.3	Studieplaner	7
4.4	Hantering av inkomna handlingar.....	8
4.5	Extern kommunikation	8
4.6	Krisberedskap.....	9
4.7	Avtal	9
4.8	Skyddad identitet.....	9
4.9	Avhopp från studier.....	10
4.10	Behörighet till IT-system.....	10

1 Sammanfattning

Viadidaknämndens internkontrollrapport för år 2019 omfattar bland annat kontroller av förvaltningens hantering av fakturor, synpunkter och inkomna handlingar. Rapporten omfattar även kontroller av att rutiner finns upprättade och efterföljs i verksamheten.

Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Uppföljningen visar att verksamheten inom Viadidaknämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Alltjämt finns dock utvecklings- och förbättringsområden.

2 Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

2.1 Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringssätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

2.2 Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

3 Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffervärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

4 Internkontrollrapport

Kontrollområde:

4.1 Fakturahantering/kontering/representation

Kontrollmoment:

4.1.1 Kontroll av giltigt konto/kodsträng

Kontrollansvarig

Ekonom

Riskvärdering

8

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-11-11

Resultat: I samband med månadsuppföljning har slumpvisa fakturor granskats avseende representation och avgifter för kurser och konferenser. Sex av sju fakturor saknar kommentar om deltagare och syfte. En faktura avser hotellnatt och är bokad som avgift för kurser. Det saknas dock en koppling till vilken kurs som hotellnatten avser.

Under året flyttades verksamheten högre studier över till kostnadsställe stab, dock blev inte konteringen för tentamensvakter ändrad och lönerna fick bokas om till rätt ansvar. Det låg även fel verksamhetskod på den blankett som tentamensvakten fyller i sin tidrapportering.

Atgärder	Startdatum	Slutdatum
☐ Boka möte med granskarna och påtala att de måste fylla i syfte och deltagare till fakturorna	2020-01-01	2020-02-29

Kontrollmoment:

4.1.2 Kontroll att momsreglerna följs

Kontrollansvarig

Ekonom

Riskvärdering

8

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Samtliga fakturor från Kompetensutvecklingsinstitutet har granskats. Av de elva fakturorna hade samtliga en korrekt hantering av återsökning moms.

Kontrollområde:

4.2 Investeringsredovisning

Kontrollmoment:

4.2.1 Inköp ska klara krav på investering

Kontrollansvarig

Ekonom

Riskvärdering

8

Kommentar

Datum för kontroll: 2019-09-17

Resultat: Samtliga fakturor från Britt bokförda till och med augusti har granskats. Fakturorna avser inköp av teknisk utrustning som smartboard och högtalare samt whiteboard. Endast två av sex fakturor var bokade på investeringsprojekt. Det samlade värdet av den tekniska utrustningen gör att alla fakturor utom en kan anses vara investeringar.

Fakturor från Suppliesteam med högre belopp har granskats. Tre stycken avseende högtalare hittades och kan eventuellt föras över till investeringsprojekt.

Kontrollområde:

4.3 Studieplaner

Kontrollmoment:

4.3.1 Kontrollera att studieplaner för elever inom vuxenutbildningen är upprättade enligt bestämmelserna i skollagen och förordning för vuxenutbildning.

Kontrollansvarig

Controller

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Alla studerande har en individuell studieplan, då det upprättas i samband med att eleven blir antagen till en utbildning. Viadidakt behöver dock fortsätta med att utveckla studieplanerna inom SFI.

Kontrollområde:

4.4 Hantering av inkomna handlingar

Kontrollmoment:

4.4.1 Kontroll av att det finns rutiner för registrering/diarieföring av inkomna handlingar inom förvaltningens olika områden och att dessa tillämpas enligt dokumenthanteringsplan.

Kontrollansvarig

Controller

Riskvärdering

16

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Det finns i Katrineholms kommun en gemensam Handbok för hantering av allmänna handlingar inom Katrineholms kommun. Under början av året antogs en ny dokumenthanteringsplan för Viadidaktnämnden. Dock visar granskningen att vissa beslut inte har diariieförts i dokument- och ärendehanteringssystemet Lex.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
— Gå igenom dokumenthanteringsplanen på ledningsgrupp och i administratörsgrupp	2020-01-01	2020-02-01

Kontrollområde:

4.5 Extern kommunikation

Kontrollmoment:

4.5.1 Kontroll av att förvaltningen har publiceringsgodkännande från de personer som förekommer på bilder publicerade på Viadidakts hemsida.

Kontrollansvarig

Controller

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: På Viadidakts hemsida är det bara i nyheter som bilder på människor publiceras. För dessa bilder finns både muntliga och skriftliga godkännanden. I sociala medier finns publiceringsgodkännande från personer i vissa fall muntligt och i vissa fall skriftligt.

Kontrollområde:

4.6 Krisberedskap

Kontrollmoment:

4.6.1 Kontroll av att rutiner för sammankallande av Viadidakts krisgrupp fungerar.

Kontrollansvarig

Förvaltningschef

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Krispärmar inom verksamhetens områden har kontrollerats och är uppdaterade.

Kontrollområde:

4.7 Avtal

Kontrollmoment:

4.7.1 Kontroll av att förvaltningen har fungerande rutiner och arbetsformer för att bevaka när avtal går ut, behöver förlängas eller sägas upp.

Kontrollansvarig

Ekonom

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Det finns en rutinbeskrivning för hantering av avtal.

Kontrollområde:

4.8 Skyddad identitet

Kontrollmoment:

4.8.1 Kontroll av att verksamheten har tillfredställande rutiner för att hantera individer med skyddad identitet.

Kontrollansvarig

Controller

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Förvaltningen bedöms ha tillfredställande rutiner för att hantera individer med skyddade identiteter. Vidare finns information på Viadidakts hemsida om att personer med skyddade identiteter inte ska registrera studerandekonton eller göra webbansökningar, de hänvisas istället till att kontakta förvaltningen.

Kontrollområde:

4.9 Avhopp från studier

Kontrollmoment:

4.9.1 Kontroll av att verksamheten har fungerande rutiner som används för att följa upp studieavbrott.

Kontrollansvarig

Controller

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Från och med augusti 2019 började avbrottskoder registreras för elever inom vuxnas lärande. En förteckning över giltiga avbrottskoder togs fram. För att säkerställa att registreringen var förenlig med GDPR togs avbrottsorsakerna som rör hälsa bort. En rutin för avbrott vid bristande progression har också tagits fram under året. Rutinen är förenlig med skollagen 20 kap 9§.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
✓ Utredda syfte, förutsättningar och rutiner för att eventuellt registrera varför elever avbryter sina studier.	2018-12-20	2019-08-26
Kommentar Under året har rutiner tagits fram och fastställts.		

Kontrollområde:

4.10 Behörighet till IT-system

Kontrollmoment:

4.10.1 Kontroll av att de som avslutat sin anställning inom Viadidakt fråntagits sina behörigheter till förvaltningens IT-system.

Kontrollansvarig

Controller

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019

Resultat: Granskning har genomförts av registrerade aktiva användare i förvaltningens mest centrala verksamhetssystem; Accorda (Arbetsmarknad) och Alvis (Vuxnas lärande). I Accorda avslutas användare löpande under året.

Åtgärder	Startdatum	Slutdatum
— Utarbetande av rutin som säkerställer att användarkonton i Alvis avslutas för personer som avslutar sin anställning	2018-12-19	2019-02-28
Kommentar Det finns ingen upprättad rutin angående avslut av användarkonton i Alvis.		

§ 25

VON/2019:2 049 Hnr 2020:300

Redovisning av genomförd internkontroll 2019 för vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av genomförd internkontroll för 2019 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Internkontrollrapporten redovisas som bilaga till protokollet med beteckningen **vård- och omsorgsnämndens handling nr 4/2020**.

Sammanfattning av ärendet

Kommunens nämnder är enligt kommunallagen ansvariga för den interna kontrollen inom det egna området. Med intern kontroll avses åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för fel.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om internkontrollplan för det egna ansvarsområdet vid sitt sammanträde den 26 februari 2019 (§ 36). Enligt kommunens reglemente för den interna kontrollen ska varje nämnd senast i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av uppföljningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Förvaltningens bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt framgår att det alltjämt finns utvecklings- och förbättringsområden.

I bifogad redovisning framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna.

I förekommande fall framgår också vilka åtgärder vård- och omsorgsförvaltningen vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit.

Ärendets handlingar

- Internkontrollrapport 2019

Vård- och omsorgsnämndens överläggning

Under vård- och omsorgsnämndens överläggning yttrar sig Ulrica Truedsson (S) samt verksamhetsstrateg Anders Jansson.

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, revisorer, akten

Ordförandens sign

Justerandes sign

Internkontrollrapport

Vård- och omsorgsnämnden 2019

Dnr: VON/2019:2-049. Hnr 2020:301
Datum: 2020-02-07

Godkänd av vård- och omsorgsnämnden 2020-02-27, § 25

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Hemtjänsten.....	6
Krisledningsorganisation	7
Privata medel särskilt boende och gruppboende	7
Privata utförare i Katrineholms kommun	8
Medborgarfunktionen	8
Avvikelsehantering	9
Representation	10
Kontroll av användare och behörigheter	11
Föreningsbidrag.....	11

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2019 omfattade både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt framgår att det alltså finns utvecklings- och förbättringsområden.

Granskningen visade bland annat att det funnits vissa avvikelser kopplat till fakturerade timmar inom hemtjänsten. Vidare har, som ett resultat av granskningen, ett antal inaktuella användarbehörigheter rensats i verksamhetssystemet Treserva. En annan brist, som åtgärdades i samband med granskningen, var att riktlinjen för hanteringen av brukares privata medel inte följts fullt ut inom alla boenden.

Bland övriga iakttagelser kan nämnas att granskningen noterade en tydlig förbättring vad gäller andelen brukare inom hemtjänsten med aktuella genomförandeplaner.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2019. I förekommande fall framgår också vilka åtgärder förvaltningen har vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit. Redovisningen av resultaten utgår från de kontrollområden som angavs i interkontrollplanen.

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringsätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnderna ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffrvärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Internkontrollrapport

Hemtjänsten

Granskning av utförda, beviljade samt fakturerade timmar

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner ej är kända. Innebär i så fall måttliga konsekvenser

Riskvärdering: 9

Kommentar

Datum för kontroll: varje månad.

Resultat: varje månad arbetar ekonomiassistent och ekonom aktivt med granskning av hemtjänstens fakturor. Det har framkommit avvikelser gällande fakturerade timmar, men när så har inträffat tas direkt kontakt med utförare.

Kontroll av antalet genomförandeplaner

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.

Riskvärdering: 9

Kommentar

Datum för kontroll: varje månad.

Resultat: enligt avtal utgår endast ersättning till utförare om upprättad genomförandeplan finns senast tre veckor efter det att uppdraget påbörjats, samt att den uppdateras minst en gång per halvår. Det har visat sig att genomförandeplaner har saknats, dessa har då direkt uppdaterats av utförarna men dock har det påverkat deras möjlighet till att fakturera. En stor förbättring har skett under 2019, både avseende interna och externa utförare, jämfört med föregående år.

Krisledningsorganisation

Att rutiner är kända i verksamheten samt larmlistor/liknande är uppdaterade

Kontrollansvarig

Brand- och säkerhetssamordnare

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner ej är kända. Innebär i så fall allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

Kommentar

Datum för kontroll: stickprov andra halvåret 2019.

Resultat: stickprov visar att larmlistor uppdaterats kontinuerligt och tillsammans med förvaltningens planer och rutiner avseende kris och säkerhet är tillgängliga för all personal via intranätet.

Revidering av förvaltningens krisledningsplan skulle ha genomförts under året men har fått flyttas fram till 2020, detta bland annat beroende på att förvaltningens inväntat revidering av kommunövergripande styrdokument. Revidering av förvaltningens krisledningsplan kommer att ske under 2020.

Privata medel särskilt boende och gruppboende

Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs

Kontrollansvarig

Enhetschef

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer ej följs. Leder till allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 9

Kommentar

Datum för kontroll: oktober-december 2019.

Resultat: enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboende har kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. Flera avvikelser framkommer vid internkontrollen, t.ex. saknas överenskommelse hos vissa brukare, felräknade och ofullständiga kassablad, några brukare hade för mycket pengar, samt att kvitto saknats. Vissa enheter hade inga avvikelser alls. Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, t.ex. samtal med kontaktpersoner, genomgång på APT och kontakt med god man.

Privata utförare i Katrineholms kommun

Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst"

Kontrollansvarig

Chef myndighets- och specialistfunktion

Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer ej följs. Leder till allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

Kommentar

Datum för kontroll: kvalitetsgranskning av social dokumentation juli 2019, ekonomiadministrativa kontroller löpande under året.

Resultat: alla brukare skall ha aktuella genomförandeplaner. På vård- och omsorgsförvaltningen genomförs kvalitetsgranskningar av social dokumentation och omvårdnadspersonalens uppföljningar av vårdplaner. Under 2019 har en sådan granskning (15 ärenden) gjorts på externa LOV-företag inom hemtjänsten, samt uppföljning av avvikelshantering. Resultaten har presenterats på uppföljningsträffar med respektive företag. Det framkommer ungefär samma brister som för de interna utförarna, samt att olika företag har olika utvecklingsområden.

Under året har vård- och omsorgsförvaltningen hävt avtalet med en av de externa utförarna utifrån brister i följsamhet till förfrågningsunderlaget. Bakgrunden till hävningen var att det vid en kontroll uppdagades att utföraren underlåtit att inbetala förfallen skatt, ej lämnat in inkomstdeklaration och därmed förlorat sin F-skattsedel.

Medborgarfunktionen

Aktgranskning

Kontrollansvarig

1:e Handläggare LSS

Riskvärdering

Bristande kvalitet i utredningar. Leder till kännbar konsekvens.

Riskvärdering: 9

Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2019.

Resultat: under 2019 har medborgarfunktionen granskat akter avseende insatserna avlösning (SoL) och kontaktperson (LSS). Urvalet har varit samtliga nya beslut som är fattade under perioden januari – oktober 2019. Granskningen omfattar inte omprövningar av tidigare beslut.

Resultatet av granskningen visar att utredningarna avseende avlösning överlag är tillfredsställande (27 ärenden). I de flesta ärendena framgår nödvändiga uppgifter för beslut. En iakttagelse är dock

att utredningarna är förenklade med standardtext om att den enskilde har rätt till avlösning för att ge anhöriga avlastning i omvårdnadsarbetet. Detta innebär i sin tur att de uppgifter som skickas till utförare för att de ska kunna genomföra uppdraget inte innehåller alla nödvändiga uppgifter, vilket försvårar upprättandet av genomförandeplaner.

Granskningen av ärenden gällande insatsen kontaktperson visar att utredningarna håller en god kvalitet (19 ärenden). Relevanta uppgifter har inhämtats och bedömningarna är välgrundade. Samtidigt kan även här vissa utvecklingsområden konstateras. Det finns anledning att lyfta frågan kring gemensamma hållpunkter för bedömningen av insatser i syfte att utveckla en rättssäker myndighetsutövning. Det framkommer även av granskningen att utredningarna behöver utvecklas när det gäller barn och bedömning av barnets bästa. Vidare har brister i den löpande journalföringen noterats.

Avvikelsehantering

Övergripande statistik på samtliga avvikelser

Kontrollansvarig

Kvalitetsutvecklare/utredare

Riskvärdering

Förekomst av brister i nuvarande hantering. Leder i så fall till allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

Kommentar

Datum för kontroll: månatligen.

Resultat: med avvikelse avses en händelse eller insats som avviker från plan, exempelvis att en brukare inte får sin medicin. Nästan 4 000 avvikelser har hanterats och avslutats under 2019 på vård- och omsorgsförvaltningen av enhetschefer, legitimerad personal m.fl.

Varje månad har utredare och medicinskt ansvarig sjuksköterska gått igenom föregående månads avvikelser för att kontrollera om det finns avvikelser där rapportören angett att avvikelsen eventuellt kan vara föremål för utredning enligt lex Sarah eller lex Maria. I samband med detta kontrolleras också om någon specifik enhet eller område har många kvarstående avvikelser som inte bearbetats inom rimlig tid. I så fall kontaktas ansvarig chef för att stämma av om extra stöd behövs, vilket skett i ett fall under 2019.

Flödet i hanteringen har förbättrats markant under perioden 2017 till 2019. Inom flera områden används också kvalitetsråd bestående av omvårdnadspersonal för att lyfta avvikelser till gemensam vidareutveckling av verksamheten, om det är så att det går att se generella problemområden. Nya rutiner för avvikelsehanteringen har också tagits fram under året.

Redovisning av analys av avvikelser och uppföljning av dessa

Kontrollansvarig

Enhetschef/verksamhetschef

Riskvärdering

Förekomst av brister i nuvarande hantering. Leder i så fall till allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

Kommentar

Datum för kontroll: december 2019.

Resultat: enheterna har under året följt upp och kommenterat avvikelser i verksamheten i sin månadsrapportering. En mer genomgripande analys av avvikelser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade lämnas i förvaltningens kvalitetsberättelse. Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Representation

Kontroll att representation sker enligt god redovisningssed

Kontrollansvarig

Ekonomiassistent

Riskvärdering

Möjligt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.

Riskvärdering: 8

Kommentar

Datum för kontroll: oktober 2019.

Resultat: vid kontroll av 25 fakturor gällande representation saknades i ett av fallen fullständig dokumentation.

Kontroll av användare och behörigheter

Granskning att aktuella användare ligger i våra verksamhetssystem, samt att de har rätt behörighet

Kontrollansvarig

IT-samordnare

Riskvärdering

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.
Riskvärdering: 12

Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2019.

Resultat: under året har verktyg och rutiner utvecklats för att månatligen kunna genomföra en stickprovsgranskning av användare i verksamhetens system. Verksamheten har dock inte haft möjlighet att driftsätta detta under 2019. Planen är att det ska kunna ske 2020. Under hösten har dock en granskning av användare skett i verksamhetssystemet Treserva, vilket lett till att ett antal inaktuella användare kunnat rensas bort samt att vissa behörigheter justerats.

Föreningsbidrag

Granskning av hyresbidrag till föreningar

Kontrollansvarig

Ekonom/controller

Riskvärdering

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.
Riskvärdering: 12

Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2019.

Resultat: vård- och omsorgsnämnden har under 2019 reviderat riktlinjen *Bestämmelser för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde* (VON 2019-09-24, § 93). Riktlinjen har därigenom kompletterats med vissa bestämmelser om hur hantering och uppföljning av hyresbidrag till föreningar ska ske. Ett krav som tillkommit är att föreningar, som ansöker om bidrag för hyra av föreningslokal, vid varje ansökningstillfälle ska bifoga kopia på hyresavtal och hyresavi/motsvarande. Denna rutin har tillämpats redan inför fördelningen av 2020 års bidrag.

Förslag till fördelning av föreningsbidrag upprättats av föreningskonsulenterna vid service- och teknikförvaltningen, vilka också granskar inkomna underlag. Fördelningen av vård- och omsorgsnämndens föreningsbidrag fastställs av nämnden. Sammantaget bedöms vård- och omsorgsnämnden genom vidtagna åtgärder ha säkerställt en tillräcklig intern kontroll gällande hanteringen av hyresbidrag till föreningar.