

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2024-10-10

Diarienummer:
ALN-2023-00696

Handläggare:
Daniel Rosenfeld

Uppföljning av internkontrollplan 2024

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna avrapportering av internkontrollplan 2024 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna rapporten till kommunstyrelsen.

Ärendet

Nämnden upprättar årligen en internkontrollplan. Enligt planen för 2024 så sker avrapportering för samtliga kontrollmoment i oktober.

Internkontrollplanen innehåller 6 kontrollmoment. I enlighet med Uppsala kommuns reglemente för intern kontroll och riktlinje finns kontroller inom områdena kontroll av system och rutiner, finansiell kontroll, kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut samt kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

Beredning

Ärendet har beretts av tjänstepersoner på vård- och omsorgsförvaltningen.

Föredragning

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

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

Enligt de kommunövergripande riktlinjerna för intern kontroll ska varje kontrollmoment vid rapportering till nämnden bedömas om det är genomfört med anmärkning, med mindre anmärkning, eller utan anmärkning. Årets internkontrollplan innehåller sex kontrollmoment varav tre bedömts vara genomförda med anmärkning. Ett utan och två med mindre anmärkning. Skälen till att kontrollerna bedömts genomförts med anmärkningar varierar men i flera fall har de kontrollansvariga inte genomfört kontrollerna i enlighet med beslutad kontrollmetod.

För samtliga kontrollmoment finns föreslagna åtgärder. Då flera av kontrollmomenten haft anmärkningar behöver behovet utvärderas av att följa upp vissa kontrollmoment även 2025 liksom om det finns ett behov för nämnden att vidta åtgärder i kommande års verksamhetsplan.

De händelser som den senaste tiden uppdagats inom hemtjänsten visar på att det finns ett särskilt behov av att säkerställa tillräckliga kunskaper om hot, våld och andra övergrepp liksom våld i nära relation. Kontrollen visar att myndighet ÄLN har kartlagt personalens kunskaper om hot, våld och våld i nära relationer. 86% av personalen har genomgått utbildning i hot och våld, men 39% anser att deras kunskaper behöver förbättras. Inom våld i nära relation har 72% fått utbildning, varav 75% bedömer sin kompetens som god. På andra avdelningar saknas systematisk kartläggning. Nya medarbetare får idag obligatorisk utbildning men för att åtgärda bristerna planeras fler utbildningar och workshops hösten 2024, som beslutats om i ärendet *Ökad trygghet och säkerhet inom vård och omsorg*. Insatser genomförs för att säkerställa att personalen har tillräcklig kompetens, men brister i kartläggningen ledde till anmärkningar i granskningen.

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

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 10 oktober 2024
- Bilaga, Äldrenämnden - Avrapportering av internkontrollplan för 2024

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund

Förvaltningsdirektör

Äldrenämnden
Rapport

Datum:
2024-09-30

Diarienummer:
ALN 2023-00696

Handläggare:
Daniel Rosenfeld, Daniel Karlsson

Avrapportering av internkontrollplan för 2024 För äldrenämnden

Innehåll

Arbetet med intern kontroll under året	3
Sammanfattning av granskningar	4
Fördjupad redovisning av kontrollmoment.....	7
1. Kontrollera att personalen upplever att de har tillräckliga kunskaper om hot, våld och våld i nära relationer.	7
2. Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.	8
3. Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade.	9
4. Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade.....	10
5. Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.	11
6. Kontroll av att riktlinjerna kring bisysslor följs.	13

Arbetet med intern kontroll under året

I och med årets internkontrollplan har nämnden minskat antalet rapporteringstillfällen från tre till ett. Genom att reducera antalet rapporteringstillfällen har utrymme skapats för att göra djupare analyser av de identifierade riskområdena. Då avrapporteringen per helår sker tidigare under året jämfört med föregående år skapas bättre möjligheter att vidta åtgärder i kommande års verksamhetsplan och/eller internkontrollplan.

Förvaltningen har genom workshops arbetat med att skapa en gemensam förståelse för de olika kontrollmomenten i syfte att kontrollansvariga avdelningschefer ska genomföra kontrollerna på ett likartat sätt. Sedan tidigare finns fastställda styrdokument som beskriver ansvarsfördelningen för internkontrollen.

Arbete har skett för att utveckla nämndens omvärldsanalys och riskregister vilka ligger till grund för urvalet av kontrollmoment.

Sammanfattning av granskningar

Tabell 1. Granskningar som rapporteras per augusti/helår.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
1	Bristande kunskap om hot och våld leder till att medarbetarna saknar kompetens att upptäcka, förhindra och hantera situationer knutna till hot, våld och andra övergrepp liksom våld i nära relation.	Kontrollera att personalen upplever att de har tillräckliga kunskaper om hot, våld och våld i nära relationer.	Kartlägg och beskriv hur stor andel av personal som genomgått utbildning om hot, våld och våld i nära relationer. Kartläggningen ska kunna svara på om personalen anser att man har tillräckliga kunskaper på området.	Granskningen är genomförd med anmärkning	Se Fördjupad redovisning.
2	Att utskrivningsklara patienter ej kan tas emot av inom tidsfrist vilket leder till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.	Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.	Uppföljning av kostnader och analys av eventuella kostnadsökningar.	Granskningen är genomförd utan anmärkning	Se Fördjupad redovisning.
3	Det råder oklarhet om vilken information som är viktig för verksamheten samt hur ansvaret för informationen uttrycks vilket leder till att risker inte identifieras och att	Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade.	Genomför en analys av i vilken utsträckning nämndens personuppgiftsbehandlingar är införda i artikel 30-registret.	Granskningen är genomförd med anmärkning	Se Fördjupad redovisning.

Postadress: Uppsala kommun, 753 75 Uppsala

Telefon: 018-727 00 00 (växel)

www.uppsala.se

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
	skyddsåtgärder inte vidtas vilket i sin tur leder till störning eller avbrott i produktionen.				
4	Nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.	Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade.	<p>4.1 Kontrollera att avbrottsrutiner och kontinuitetsplaner är testade och utvärderade.</p> <p>4.2 Kontrollera att ledningsplanen är aktuell, testad och utvärderad.</p>	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning	Se Fördjupad redovisning.
5	Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada. Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att delegationsbeslut inte anmäls till nämnd i rätt tid eller inte alls och därmed inte blir kända för nämnden, vilket kan medföra bristande	5. Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning. 1. Att beslut fattas av utsedd delegat. 2. Att delegationsbeslut anmäls till nämnd inom skälig tid.	<p>5.1 Beskriv hur delegations- och arbetsordningen implementerats, kartlägg i vilken mån den är känd av medarbetarna och analysera efterlevnaden.</p> <p>5.2 Analys av om det finns beslut som inte anmälts till nämnden trots att de är upptagna i delegationsordningen.</p> <p>Fokus för analysen bör vara avtalstecknande, polisanmälan och anmälan till IVO (lex Maria och lex Sarah) men även andra områden kan analyseras.</p>	Granskningen är genomförd med anmärkning	Se Fördjupad redovisning.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
	rättssäkerhet samt förtroendskada.				
6	Medarbetare har bisysslor som inverkar hindrade på arbetsuppgifterna eller som utgör konkurrerande alternativt förtroendskadlig verksamhet.	Kontroll av att riktlinjerna kring bisysslor följs.	<p>6.1 Kartlägg hur många medarbetare som har en bisyssla och bedöm om de är tillåtna enligt riktlinjerna.</p> <p>6.2 Beskriv hur riktlinjerna kring bisysslor implementerats i verksamheten.</p>	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning	

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

1. Kontrollera att personalen upplever att de har tillräckliga kunskaper om hot, våld och våld i nära relationer.

Bristande kunskap om hot och våld leder till att medarbetarna saknar kompetens att upptäcka, förhindra och hantera situationer knutna till hot, våld och andra övergrepp liksom våld i nära relation.

Genomförd kontroll

Inom myndighet ÄLN har, i överensstämmelse med beslutad kontrollmetod, en kartläggning av hur stor andel av personal som genomgått utbildning om hot, våld och våld i nära relationer genomförts. Därtill har man undersökt om personalen anser att man har tillräckliga kunskaper på området.

Inom avdelningarna ordinärt boende, särskilt boende samt hälso- och sjukvård har ingen kartläggning gjorts av hur stor andel av personalen som genomgått utbildning inom området. Inte heller har man kartlagt om personalen anser sig ha tillräckliga kunskaper. Avdelningarna har i stället inkommit med en beskrivning av hur man arbetar med frågorna.

Resultat av kontroll

- Granskningen genomförd med anmärkning då kontrollmomenten inte genomförts av samtliga verksamheter.

86% av medarbetarna på myndighet ÄLN har genomgått utbildning i hot och våld. Av dessa anser sig 55% ha mycket goda eller goda kunskaper inom området. 39% anser att kunskaperna kan bli bättre.

Myndigheten planerar för genomförande av utbildning hot och våld under hösten 2024 för att säkerställa att alla medarbetare har kunskaper inom området. 72% av medarbetarna på myndighet ÄLN har genomgått utbildning i våld i nära relation det senaste året. 75% av dessa medarbetare bedömer sin kompetens kring arbete med att upptäcka, synliggöra, förebygga och åtgärda våld i nära relation som mycket bra eller bra. 25% anser att kunskaperna kan bli bättre.

Utsedda våldsombud finns utsedda på myndigheten.

Inom avdelningarna ordinärt boende och särskilt boende har ingen kartläggning gjorts av hur stor andel av personalen som genomgått utbildning inom området. Inte heller har man kartlagt om personalen anser sig ha tillräckliga kunskaper. Alla nya medarbetare genomgår dock utbildningen *Introduktionskurs i hot och våld* via Lärportalen. Avdelningarna har därtill inkommit med en beskrivning av hur man arbetar med frågorna. Följande redovisas:

- Verksamhetschef har ämnet på agendan vid arbetsplatsträffar för att fånga in synpunkter och behov i medarbetargruppen av stöd och utbildning.
- Den kommunövergripande rutinen för hot och våld går igenom årligen med medarbetarna.
- Rutiner finns för att följa upp arbetsmiljön, skyddsombud medverkar.
- Rutiner och checklistor finns för riskbedömning och handlingsplan.
- Uppföljning av rapporterade tillbud och skador i systemet KIA.
- I hemvården finns en utsedd verksamhetschef som bevakar ämnet.
- Ombud har gått utbildningen på vissa verksamheter och fört vidare informationen till övriga gruppen.
- Rutinen anses vara välkänd och går igenom på APT.

Inom avdelning hälso- och sjukvård uppmuntras alla medarbetare att genomgå utbildningen men ingen statistik över slutförd utbildning görs i dagsläget. I samband med hot och våld i nära relationer är erfarenheten att medarbetarna behöver mycket stöd. Avdelningens egen bedömning är att medarbetarna tyvärr inte alltid har tillräckliga kunskaper inom området, trots genomförd utbildning.

Åtgärder

Inom myndighet ÄLN planerar våldsombuden och chefer genomföra information om programmet våld i nära relation samt workshop under hösten 2024.

Egen regi bör skyndsamt på ett systematiskt sätt skaffa sig en bild över kompetensnivå och -behov gällande hot, våld och våld i nära relationer.

2. Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.

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

Genomförd kontroll

Kontroll har genomförts genom uppföljning av kostnader.

Resultat av kontroll

- Genomförd utan anmärkning.

Under 2024 har kostnaderna för utskrivningsklara patienter kvarvarandes i slutenvården minskat jämfört med föregående år. Flertalet aktiviteter ligger till grund för de minskade kostnaderna. Flerpartsanalyser genomförs tillsammans med slutenvården, hemsjukvård och myndighet för att identifiera områden för förbättrad samverkan enligt gällande samverkansavtal med dess rutiner. Gemensamma möten tillsammans med slutenvård, hemsjukvård och representanter från myndigheten genomförs vardagar för att motverka fördröjning av mer komplicerade ärenden i utskrivningsprocessen. Aktiviteter för förbättrad teamsamverkan mellan hemtjänst, hemsjukvård, korttidsplatsverksamhet samt myndighet kommuninternt är genomförda och kommer fortlöpa under året. Ovanstående aktiviteter kommer fortgå för att motverka kostnader för utskrivningsklara patienter kvarvarandes i slutenvården.

Åtgärder

Fortsatt arbete enligt ovan.

3. Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade.

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

Kontrollen bestod i två kontrollmoment:

1. Genomför en analys av i vilken utsträckning nämndens personuppgiftsbehandlingar är införda i artikel 30-registret.
2. Beskriv hur informationshanteringsplanen (IH-planen) implementerats, kartlägg i vilken mån den är känd av medarbetarna och analysera efterlevnaden.

Genomförd kontroll

Inom myndighet ÄLN har en kartläggning personuppgiftsbehandlingar påbörjats.

Information om informationshanteringsplanen är genomförd till alla medarbetare på myndighet ÄLN. För 100% av medarbetarna är planen känd. Teamledare har genomgått särskild fördjupad utbildning om planen för att säkerställa kompetens på myndigheten. Genomgång av öppna ärenden i DHS är genomfört och ärenden är avslutade där ingen ytterligare åtgärd behöver genomföras.

Inom egen regi har ingen analys av personuppgiftsbehandlingar genomförts (kontrollmoment 3.1). Däremot redovisas att det finns rutiner för att årligen gå igenom artikel 30-registret. Verksamhetschefer förväntas delta i informationstillfälle om IH-planen.

Resultat av kontroll

- Granskningen genomförd med anmärkning då kontrollmomenten inte genomförts av samtliga verksamheter.

Se genomförd kontroll ovan.

Åtgärder

Myndighet ÄLN planerar fortsatt arbete med artikel 30-registret.

Övriga avdelningar bör genomföra en analys av vilka personuppgiftsbehandlingar man utför och huruvida de är införda i artikel 30-registret.

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

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

Kontrollen bestod i två kontrollmoment:

1. Kontrollera att avbrottsrutiner och kontinuitetsplaner är testade och utvärderade.
2. Kontrollera att ledningsplanen är aktuell, testad och utvärderad.

Genomförd kontroll

Avdelningar i egen regi samt myndighet ÄLN har kontrollerat om avbrottsrutiner och kontinuitetsplaner är testade och utvärderade (kontrollmoment 3.1).

Förvaltningens stab har kontrollerat om ledningsplanen är aktuell, testad och utvärderad (kontrollmoment 3.2).

Resultat av kontroll

- Genomförd med mindre anmärkning då samtliga rutiner och planer ej är testade och utvärderade. Det bedöms dock vara en mindre anmärkning då planering finns för att genomföra detta under året.

Kontrollmoment 3.1

Kontinuitetsplaner finns upprättade för alla verksamheter i egen regi samt myndighet ÄLN.

Myndighet ÄLN planerar testa kontinuitetsplanen under hösten. Övningarna kommer att följas upp och kontinuitetsplanen kommer att ses över och utvecklas.

Inom avdelning särskilt boende har övningar genomförts och ett systematiskt arbete finns med att se över behov och kontinuitetsplaner.

Inom avdelning ordinärt boende planeras det övningar under hösten 2024. Behov finns av att utveckla kontinuitetsarbetet.

Samverkansövning planerad mellan egen regi och avdelning hälso- och sjukvård.

Inom avdelning hälso- och sjukvård är avbrottsrutinerna testade och utvärderade i början av sommaren tillsammans med alla verksamhetschefer.

Kontrollmoment 3.2

Ledningsplanen är nyligen reviderad (januari 2024). Övning och utvärdering planeras ske senare under året.

Åtgärder

Ovan beskrivna planerade övningar.

Förvaltningen kommer utifrån kommundemensam planering ta fram en flerårig övnings- och utbildningsplan.

5. Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.

Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendskada. Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att delegationsbeslut inte anmäls till nämnd i rätt tid eller inte alls och därmed inte blir kända för nämnden, vilket kan medföra bristande rättssäkerhet samt förtroendskada.

Kontrollen bestod i två kontrollmoment:

1. Beskriv hur delegations- och arbetsordningen implementerats, kartlägg i vilken mån den är känd av medarbetarna och analysera efterlevnaden.
2. Analys av om det finns beslut som inte anmälts till nämnden trots att de är upptagna i delegationsordningen.

Genomförd kontroll

Kontrollmoment 5.1 Beskriv hur delegations- och arbetsordningen implementerats, kartlägg i vilken mån den är känd av medarbetarna och analysera efterlevnaden.

Kontroll av rutiner har genomförts.

Kontrollmoment 5.2 Analys av om det finns beslut som inte anmälts till nämnden trots att de är upptagna i delegationsordningen.

Utifrån de områden som angavs i internkontrollplanen har kontroll gjorts av huruvida det finns registrerade delegationsbeslut i ärendehanteringssystemet DHS för perioden 230301–240331.

Därtill har förekomst av registrerade delegationsbeslut gällande utlämnande av handlingar, yttranden över detaljplaner, återkrav från leverantörer och beslut om kostnader för brukare (omsorgsdebitering) kontrollerats.

Dels har listor över alla registrerade delegationsbeslut plockats ut för perioden, dels har fritextsökningar gjorts i försök att identifiera felregistrerade ärenden.

För ärenden registrerade som delegationsbeslut har kontroll skett av huruvida rätt delegationsnummer och delegat angivits.

Ärenden som registrerats korrekt i DHS anmäls till nämnden.

Resultat av kontroll

- Genomförd med anmärkning då ingen kartläggning genomförts enligt kontrollmoment 5.1 samt att vissa avvikelser noterades för kontrollmoment 5.2.

Kontrollmoment 5.1 Beskriv hur delegations- och arbetsordningen implementerats, kartlägg i vilken mån den är känd av medarbetarna och analysera efterlevnaden.

Inom egen regi har samtliga chefer fått information om delegations- och arbetsordning. Ingen kontroll har gjorts av i vilken mån den är känd bland medarbetarna. Kontroll har endast gjorts på övergripande nivå kring efterlevnad.

Inom myndighet ÄLN ges vid introduktion av nya medarbetare information om delegationsordning och arbetsordning. Vid uppdatering av delegations- och arbetsordning delges information om uppdatering till alla medarbetare. Efterlevnaden av delegationsordning och arbetsordning sker genom kontroll av chef omfattande beslutsfattare i ärenden.

Inom myndighet ÄLN bedöms delegations- och arbetsordning vara känd av samtliga medarbetare.

Kontrollmoment 5.2 Analys av om det finns beslut som inte anmälts till nämnden trots att de är upptagna i delegationsordningen.

36 registrerade delegationsbeslut identifierades. Vid fritextsökning kunde inga ytterligare ärenden identifieras. Då det kunde antas finnas en stor mängd ärenden relaterade till avtalstecknande på olika nivåer i organisationen men endast ett fåtal registrerade ärenden gick att finna i DHS gjordes ytterligare efterforskningar.

Det visade sig att avrop och avtalstecknande hanteras i särskilda kommundemensamma verksamhetssystem. Hanteringen är i sig korrekt enligt gällande rutiner men får till konsekvens att om ingen extra registrering görs i DHS så anmäls inte delegationsbesluten till nämnden.

Gällande omsorgsdebitering identifierades inga beslut i DHS om kostnader för brukare. Dessa beslut hanteras idag i ett annat verksamhetssystem och det har inte varit möjligt få ut listor vilka skulle kunna anmälas till nämnden.

Värt att notera är att det i kommunstyrelsens (KS) delegationsordning görs ett antal undantag för vilka delegationsbeslut som ska anmälas till nämnden, däribland att ingå avtal efter upphandling. Som orsak till undantagen angavs i tjänsteskrivelsen:

”Under rubriken Hantering av delegationsbeslut har en lista över vilka beslut som inte ska anmälas till nämnden preciserats. Bakgrunden till listan är att när det gäller ärenden för vilka Lagen om offentlig upphandling, LOU, gäller (punkt 1–5 i listan), så framgår det av LOU att laglighetsprövning inte är möjlig, varför anmälan av besluten är en onödig administrativ åtgärd. När det gäller övriga punkter är det osannolikt att dessa beslut överklagas genom laglighetsprövning, varför en anmälan av dessa också innebär en onödig administrativ åtgärd.”

Då nämnden under perioden reviderat delegationsordningen gjordes kontroll mot den för tiden gällande delegationsordningen.

Merparten av registrerade delegationsbeslut är korrekta vad gäller angivet delegationsnummer och delegat, 24 av 36 ärenden.

För två delegationsbeslut gällande Lex Maria anmälan noteras att rätt delegat angivits men fel delegationsnummer vilket kunde spåras till en icke reviderad instruktion för MAS/MAR.

För ytterligare två delegationsbeslut gällande samma ärende har förvaltningsdirektören angivits som delegat men korrekt delegat är enligt delegationsordningen upphandlingsutskottet.

Förvaltningsdirektören har i ytterligare tre delegationsbeslut gällande detaljplaner angivits som delegat men där hanteringen vidaredelegerats. Delegationsnummer saknas. Då vidaredelegering från förvaltningsdirektören inte ska anmälas till nämnden enligt gällande delegationsordning är registreringen av delegationsbesluten felaktig. Det har dock inte gått att finna någon beskrivning av hur förvaltningsdirektören vidaredelegation ska dokumenteras.

Vidare finns sju delegationsbeslut registrerade i DHS som sannolikt inte utgör delegationsbeslut enligt delegationsordningen och därmed är att betrakta som felregistreringar.

Följande typer av delegationsbeslut fanns registrerade i DHS för perioden:

- Anmäla till IVO vid lex Sarah
- Besluta att inte lämna ut handling eller uppställa villkor för dess utlämnande, avseende övriga handlingar
- Fatta tilldelningsbeslut och avbrytandebeslut angående tjänster avseende vård- och omsorgsinsatser
- Föra nämndens talan och avge yttrande i ärende eller mål vid domstol eller annan myndighet, avseende detaljplaneärende som överensstämmer med översiktsplan eller program
- Ingå avtal efter upphandling, när det totala värdet uppgår till 500 001–1 000 000 kr (inom övrig verksamhet)

Åtgärder

5.1 Beskriv hur delegations- och arbetsordningen implementerats, kartlägg i vilken mån den är känd av medarbetarna och analysera efterlevnaden.

Behov finns av att kvalitetssäkra introduktionen av nya chefer. Förslag på att utbildningen "Ny som chef" även innehåller vad som ingår i chefsmandatet och inte.

5.2 Analys av om det finns beslut som inte anmälts till nämnden trots att de är upptagna i delegationsordningen.

Nämnden bör vid nästa revidering av delegationsordningen överväga att undanta vissa delegationsbeslut från anmälan. Detta gäller särskilt delegationsbeslut av den typ av ärenden där laglighetsprövning inte är möjlig liksom ärenden som hanteras rutinmässigt. Nämndens uppsyn över att hanteringen är korrekt föreslås ske på andra sätt, t ex inom ramen för internkontrollen. I de fall det är aktuellt bör det noteras i delegationsordningen att hanteringen sker i separat verksamhetssystem.

Förvaltningen bör ta fram rutiner gällande förvaltningsdirektörens vidaredelegering alternativt bör nämnden förtydliga detta i delegationsordningen.

6. Kontroll av att riktlinjerna kring bisysslor följs.

Medarbetare har bisysslor som inverkar hindrade på arbetsuppgifterna eller som utgör konkurrerande alternativt förtroendeskadlig verksamhet.

Kontrollen bestod i två kontrollmoment:

1. Kartlägg hur många medarbetare som har en bisyssla och bedöm om de är tillåtna enligt riktlinjerna.
2. Beskriv hur riktlinjerna kring bisysslor implementerats i verksamheten.

Genomförd kontroll

Vid tidpunkten för internkontrollplanens framtagande fanns kommungemensamma riktlinjer gällande bisyssla. Kommunstyrelsen upphävde (KSN-2023-02511) dock dessa under slutet av 2023 med hänvisning till riktlinjerna inte längre var aktuella och då regleringen av bisysslor ansågs tillräckligt väl beskrivna i lag och kollektivavtal varför en särskild kommungemensam riktlinje endast skulle försvåra rättstillämpningen.

Kontrollen har därför inte gjorts mot riktlinjerna utan mot vad som gäller enligt lag och kollektivavtal.

Resultat av kontroll

- Genomförd med mindre anmärkning då någon kartläggning inte upprättats. Dock bedöms hanteringen av bisysslor skötas på ett tillfredställande sätt.

Samtliga chefer och övriga medarbetare har fått information om skyldigheten att anmäla bisyssla, vad som räknas som bisyssla och vid vilka tillfällen som arbetsgivaren kan förbjuda bisyssla. Anmälan av bisyssla sker elektroniskt. På så sätt kan ansvarig chef få information om att en medarbetare anmält bisyssla och därefter avgöra om den är tillåten.

Inom egen regi har ingen särskild kartläggning gjorts av hur många medarbetare som har en bisyssla. Avdelning hälso- och sjukvård redovisar att ett fåtal medarbetare har en bisyssla. Inom myndighet ÄLN har två medarbetare meddelat bisyssla vilka bedömts som tillåtna. Det saknas dock systemstöd för att sammanställa hur många medarbetare som har anmält bisyssla varför närmsta chef måste handräkna.

Vid kontrollen rapporterar egen regi att det finns otydligheter kring när en bisyssla kan nekas.

Åtgärder

Ta fram förbättrad förvaltnings- alternativt kommungemensam information till chefer om vilka bisysslor som är godkända respektive kan nekas.