

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2024-09-06

Diarienummer:
OSN-2023-00697

Handläggare:
Daniel Rosenfeld

Uppföljning av internkontrollplanen 2024

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** godkänna avrapportering av internkontrollplan 2024 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna den 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 fyra bedömts vara genomförda med anmärkning. Ett utan och ett 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.

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 6 september 2024
- Bilaga, Omsorgsnämnden - Avrapportering av internkontrollplan för 2024

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Omsorgsnämnden
Rapport

Datum:
2024-09-09

Diarienummer:
OSN-2023-00697

Handläggare:
Daniel Rosenfeld, Daniel Karlsson

Avrapportering av internkontrollplan för 2024 För omsorgsnämnden

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.	9
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.	14

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 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 förtroendeskada.				
6	Medarbetare har bisysslor som inverkar hindrade på arbetsuppgifterna eller som utgör konkurrerande alternativt förtroendeskadlig 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	Se Fördjupad redovisning.

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

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

Risk för 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

Avdelningarna arbete och bostad, socialpsykiatri och personligt stöd, hälso- och sjukvård samt myndighet OSN fick i uppdrag att genomföra kartläggning av hur stor andel av personalen som genomgått utbildning om hot, våld och våld i nära relationer. Kartläggningen skulle även kunna svara på om personalen anser att man har tillräckliga kunskaper på området.

Myndighet OSN har genomfört enkätundersökningar där frågor har ställts kring hur medarbetarna upplever deras kunskaper kring området hot, våld och våld i nära relation. Frågor har ställts om medarbetarna anser sig ha tillräckliga kunskaper dels för att kunna hantera en hotfull situation dels om att hjälpa en brukare som är utsatt för våld i nära relation.

Inom avdelningarna arbete och bostad samt socialpsykiatri och personligt stöd 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. En kartläggning är dock planerad att genomföras under hösten 2024. Avdelningarna har i stället inkommit med en beskrivning av hur man arbetar med frågorna. Följande redovisas:

- Den kommunövergripande rutinen för hot och våld går igenom årligen med medarbetarna, utifrån ledningssystemets årshjul.
- Vid behov och händelser finns handledning inom avdelningen för lågaffektivt bemötande.
- Verksamhetschef går igenom ärenden vid arbetsplatsträffar vid händelser.
- Det finns kurs via Lärportalen – *introduktionskurs i hot och våld samt lågaffektivt bemötande*.
- Rutiner finns för att följa upp arbetsmiljön, skyddsombud medverkar, rapporterar in i Hypergene.
- Rutiner och checklistor finns för riskbedömning och handlingsplaner, finns som rutin i Lifecare, nya brukare.
- Uppföljning av rapporterade tillbud och skador i systemet KIA, följs upp på APT, ledningsgrupp och på avdelningssamverkan.

- Ombud finns på verksamheter där hot och våld förekommer, har gått utbildningen på vissa verksamheter och fört vidare informationen till övriga gruppen.
- Har haft handledning och nära samarbete med säkerhetsavdelningen till chef och verksamhet, där hot har funnits i samband med skjutningarna som skedde i Uppsala.

Inte heller inom avdelning hälso- och sjukvård har någon kartläggning genomförts.

Resultat av kontroll

- Granskningen genomförd med anmärkning då kontrollmomenten inte genomförts av samtliga verksamheter och då det resultat som framkommit indikerar att ytterligare insatser krävs.

Inom myndighet OSN har 45% av de svarande genomgått en utbildning i hot och våld under de senaste tre åren. Ytterligare 23% har genomgått en utbildning för mellan tre och fem år sedan. För 6% var det mer än fem år sedan de genomgick en sådan utbildning. Resterande, 23%, har inte genomgått någon sådan utbildning.

75% av medarbetarna bedömer den egna kompetensen som mycket bra eller bra. 20% som inte bra och 5% svarar att de inte vet.

Inom myndighet OSN bedöms kontrollmomentet vara genomfört med anmärkning, detta då samtliga inte genomgått en utbildning eller anser sig ha tillräcklig kompetens.

Avdelningarna arbete och bostad samt socialpsykiatri och personligt stöd har som nämnts ovan inte genomfört någon kartläggning utan planerar detta till hösten 2024. Man gör bedömningen att tydliga rutiner finns och att chefer har kännedom om dessa samt följer årshjulet. Det är dock inte känt hur väl medarbetare känner till rutinerna.

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

Myndighet OSN

- Utbildning i hot och våld. Enligt enkätundersökning efterfrågas utbildning på plats.
- Information på enhetsmöten om hur man kan få stöd vid risk för hotfulla situationer samt om personlarm.
- Utveckla arbetet med att tala om/ge stöd att fråga brukare om våld i nära relation. Föreläsningar och workshops.

Avdelningarna arbete och bostad samt socialpsykiatri och personligt stöd planerar idag inga åtgärder utan inväntar resultatet av den planerade undersökningen.

Behov finns hos avdelning hälso- och sjukvård att förbättra kunskapen om medarbetarnas kompetensbehov.

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

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

Genomförd kontroll

Uppföljning av kostnader och analys av eventuella kostnadsökningar.

Varje månad sker granskning av fakturorna från Region Uppsala.

Resultat av kontroll

- Granskningen genomförd utan anmärkning.

Per maj månad hade nämnden en ackumulerad kostnad på 296 678 kr. Under de senaste åren har arbete skett för att förbättra processerna. Myndigheten har sänkt kostnaderna för utskrivningsklara jämfört med 2023.

Åtgärder

Fortsatt arbete med att förbättra processerna.

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

Risk för att 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 personuppgiftsbehandlingsplaner 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 OSN har en kartläggning av personuppgiftsbehandlingsplaner genomförts (kontrollmoment 3.1) men ännu inte analyserats. Gällande IH-planen har flera utbildningssatsningar genomförts under året. En till hela avdelningen på ett API, en mer kursliknande utbildning för teamledare och utbildning för cheferna kring informationsförvaltning gällande artikel 30-registret och IH-planen.

Inom avdelningarna arbete och bostad, hälso- och sjukvård samt socialpsykiatri och personligt stöd har ingen analys av personuppgiftsbehandlingsplaner 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. Avdelning hälso- och sjukvård redovisar dock att inga personuppgifter ska behandlas utanför journalsystemen.

Åtgärder

Myndighet OSN 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.

Risk för att 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 OSN 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 anmärkning då rutiner och planer ej är testade och utvärderade.

Kontrollmoment 3.1

Kontinuitetsplaner finns upprättade för alla verksamheter i egen regi samt myndighet OSN. Revision av kontinuitetsplaner planerade till hösten 2024.

Inga övningar har genomförts men planeras genomföras inom myndighet OSN under hösten 2024.

Kontrollmoment 3.2

Ledningsplanen är aktuell och senast reviderad i januari 2024. Övning och utvärdering planeras ske senare under året.

Åtgärder

Egen regi bör planera för att genomföra övningar för att kunna utvärdera om framtagna rutiner och planer är tillräckliga.

Förvaltningen kommer utifrån kommungemensam 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 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 rättssäkerhet samt förtroendeskada.

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.

Inom myndighet OSN ingår information om de delar av delegationsordningen som gäller biståndshandläggarnas myndighetsbeslut i introduktionsplanen för nya medarbetare. Teamledarna har en central roll i att se till att rätt delegat fattar rätt beslut. Myndigheten har för avsikt att under hösten själva genomföra stickprovskontroller gällande att rätt delegat fattat rätt beslut inom ramen för avdelningens egenkontroll.

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.

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 avdelningarna arbete och bostad, hälso- och sjukvård samt socialpsykiatri och personligt stöd 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.

Resultat för myndighet OSN, se Genomförd kontroll ovan.

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

81 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 kommungemensamma 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.”

Merparten av registrerade delegationsbeslut är korrekta vad gäller angivet delegationsnummer och delegat, 66 av 81 ärenden. Då nämnden under perioden reviderat delegationsordningen gjordes kontroll mot den för tiden gällande delegationsordningen.

13 registrerade delegationsbeslut rör anmälningar till IVO. Ej aktuellt delegationsnummer har angivits. Samtliga 13 ärenden härrör från samma enhet. Delegationsbeslut anges i fritext i DHS och aktuellt delegationsnummer måste således hämtas manuellt från aktuell delegationsordning. Troligtvis finns på enheten en separat instruktion med felaktiga uppgifter.

För två delegationsbeslut har avdelningschef angivits som delegat men korrekt delegat är enligt delegationsordningen förvaltningsdirektör. Sannolikt rör det sig om en vidaredelegering. 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 förvaltningsdirektörens vidaredelegation ska dokumenteras.

Följande typer av delegationsbeslut fanns registrerade i DHS för perioden:

- Anmäla till IVO, avseende när det finns anledning att anta att en enskild bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans utan tillstånd eller att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas
- Besluta om återbetalningsskyldighet vid felaktig eller för hög ersättning för personlig assistans, vid belopp om 500 001 kr eller högre
- Besluta om återkrav, helt eller delvis, av felaktig utbetalning avseende leverantörsfakturor
- Föra nämndens talan och avge yttrande i ärende eller mål vid domstol eller annan myndighet, avseende detaljplaneärende som överensstämmer med översiktsplan eller program
- Föra nämndens talan och avge yttrande i ärende eller mål vid domstol eller annan myndighet, avseende lex Sarah-ärenden hos IVO
- Ingå avtal efter upphandling enligt LOV
- Polisanmäla vid misstanke om brott mot den egna verksamheten (myndighet)
- Polisanmäla vid misstanke om när det finns anledning att anta att en enskild bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans utan tillstånd eller att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas
- Polisanmäla vid misstanke om bidragsbrott
- Polisanmäla vid misstanke om brott mot den egna verksamheten (myndighet)
- Pröva ansökan om godkännande LOV

Åtgärder

Kontrollmoment 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.

Kontrollmoment 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 och/eller i förvaltningens arbetsordning.

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. Myndighet OSN planerar upprätta en kartläggning under hösten 2024. Avdelning hälso- och sjukvård redovisar att ett fåtal medarbetare har en bisyssla. Det saknas dock systemstöd för att sammanställa hur många medarbetare som har anmält bisyssla varför närmsta chef måste handräkna.

Vid kontrollen rapporterar avdelning arbete och bostad samt socialpsykiatri och personligt stöd 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.