



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

STRATEGISKA STABEN

Handläggare: Anna Larsson

Telefon: 08-508 03 083

Redovisning av förvaltningens internkontrollarbete i Spånga- Tensta 2012

Bakgrund

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

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

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

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

- en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- tillförlitlig rapportering och information om verksamheternas måluppfyllelse och budgethållning
- säkerställa att tillämpliga lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer m.m. efterlevs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Internkontrollarbetets förutsättningar och genomförande

Sedan 2010 har förvaltningen vidareutvecklat arbetet med den interna kontrollen och en funktion för intern revision upprättades. Förvaltningens ILS grupp, som under 2011 bestod av enhetschefen för verksamhetsutveckling, tre verksamhetscontrollers, en budgetcontroller samt en HR strateg utgjorde denna funktion. Från och med 2012 ändrades upplägget, för att på ett tydligare sätt knyta internkontrollen till verksamhetsplanen och för att säkerställa processen från granskning till genomförande. Enheten för verksamhetsutveckling, bestående av en processledare och tre verksamhetscontrollers ansvarade för arbetet och utifrån specialkunskaper lånades olika funktioner in för att genomföra vissa granskningar.

Förvaltningen har förutom internkontrollplanen också genomfört kontroller avseende vissa väsentliga processer där risk föreligger även om poängen inte uppgår till 16. Dessa kontroller redovisas endast till ansvarig avdelningschef. Målsättningen är att stärka det ständigt pågående arbetet med att utveckla verksamheterna och dess kvalitet. Det innebär att fel och brister som upptäcks används för att hjälpa verksamheterna att bli ännu bättre.

I samband med tertialrapport 2, redovisades återkontrollen av de handlingsplaner avseende risker som upprättats under 2011.

Metoderna för kontrollen har varierat sätt beroende på risk. I vissa fall har besök genomförts, där enheterna redogjort för metoder, arbetsätt och rutiner. Dessutom har enheterna beskrivit för hur man säkerställer att förekommande lagar, regler, policys och styrdokument etc. tillämpas och följs. Man har också kontrollerat hur ansvarsfördelningen ser ut, hur förekommande lagar, regler, policys och styrdokument görs kända på enheten, hur uppföljningen går till och om man genomför kontroller för att säkerställa att enheten följer de bestämmelser som finns.

Ibland har dessa besök kombinerats med stickprov och i vissa fall har enbart stickprov genomförts.

Respektive avdelningschef beslutar om enheten har en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet med en tillförlitlig rapportering och tillämpning av lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer etc. I de fall där brister konstaterats har en handlingsplan upprättats med instruktioner om vad som skall åtgärdas, samt hur och när återkoppling skall ske till avdelningschef/ verksamhetscontroller.

Internkontrollplan 16-25 poäng

Väsentliga processer	Risk	Sannolikhet	Väsentlighet	
HR	Personalens kompetensnivå uppfyller inte målen inom förskolan	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	åtgärd
Köhantering	Bristande rutiner/ arbetssätt vid köhanteringen inom förskolan	4 - Sannolikt	5 - Mycket allvarlig	Ok
Ledning och Styrning	Uppföljning av förvaltningens projekt sker ej	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	åtgärd
Myndighetsutövning	Avvikelse rapporteringen inom äldreomsorg och funktionsnedsättning fungerar ej	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	Ok
	Tiden för verkställighet av biståndsbeslut är för lång	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	Ok

	Utredningstiden avseende biståndsbedömning är för lång B&U	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	Åtgärd
Säkerhet	Incidentrapporteringssystemet RISK används inte av ansvariga	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	Ok
	Krishanteringen fungerar ej	4 - Sannolikt	5 - Mycket allvarlig	Ok
Upphandling	Ramavtalen efterlevs ej	4 - Sannolikt	4 - Allvarlig	Åtgärd
	Uppföljning av avtal sker ej enligt plan	4 - Sannolikt	5 - Mycket allvarlig	Åtgärd

Resultat och uppföljning

Under året har internkontrollplanens 10 risker granskats. Utifrån granskningarna som skett löpande över året gör förvaltningen bedömningen att enheterna generellt sett har en tillförlitlig rapportering och rutiner för att säkerställa att tillämpliga lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer m.m. efterlevs. Ett antal förbättringsområden har identifierats på såväl ett övergripande plan som på respektive enhet. I vissa fall där bristen rört enskilda enheter har handlingsplaner tagits fram. Inom andra områden där bristerna varit av mer generell karaktär, har åtgärder skrivits in i verksamhetsplanen för 2013.

Målsättningen är att förbättra de områden där bedömning gjorts att en rimlig grad av säkerhet inte uppnår kraven. Handlingsplaner kontrolleras och följs upp under 2013. De brister som skrivits in i verksamhetsplanen följs upp i samband med tertiärer och verksamhetsberättelsen 2013.

Risk, bedömning och åtgärd

- Personalens kompetensnivå uppfyller inte målen inom förskolan**
Två av åtta enheter riskerar att inte uppfylla kraven gällande kompetensnivån, detta på grund av låg andel förskollärare. En handlingsplan upprättas och bifogas enhetens verksamhetsplan 2013. Planen ska innehålla en beskrivning av hur arbetet organiseras så att förskollärare ansvarar för de målstyrda processerna i förskolan, medarbetarnas kompetensutvecklingsbehov samt innehålla en kartläggning av rekryteringsbehovet.

Utifrån kommunfullmäktiges budget och gällande skollag så har kommer en förvaltningsövergripande intensiv satsning på rekrytering av förskollärare att genomföras under kommande år. En rekryteringsplan har tagits fram i syfte att öka andelen förskollärare i stadsdelen. Målet har satts till 50 % förskolelärare. Samarbete med universitet och högskolor utgör en viktig del. Fortsatta utbildningsinsatser genomförs för att öka kompetensen hos förskolans medarbetare och grund- eller vidareutbildning erbjuds till barnskötare eller förskollärare.

Åtgärd: Uppföljning av handlingsplaner sker vid tertialer och verksamhetsberättelse under 2013.

- *Bristande rutiner/arbetssätt vid köhanteringen inom förskolan*
Rutin finns (dnr. 1.1-386/2011) Vid stickprovskontroll gällande att handläggning av kö och placering skett enligt gällande regler och rutiner framgick att rutinen följdes. 10 stycken slumpvis utvalda ärenden per handläggare granskades gällande garantitid, skriftliga erbjudanden, turordning och avsteg.
Åtgärd: ok
- *Uppföljning av förvaltningens projekt sker ej*
Fem av förvaltningens pågående projekt valdes ut och granskades utifrån parametrarna; upprättad projektplan, projektkod, bokföring, uppföljning och ansvarsfördelning. Två av fem projekt hade en godkänd projektredovisning, tre av fem projekt saknade delvis, eller helt projektredovisning. Förvaltningen saknar en övergripande rutin för vad som kännetecknar ett projekt, hur en projektplan ska se ut och vad den ska innehålla. Det är otydligt vad som ska finnas och vad som är valfritt.
Åtgärd: En förvaltningsövergripande rutin skall tas fram och förankras under 2013. Följs upp under 2013.
- *Krishanteringen fungerar ej*
Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning har en väl fungerande krisberedskap och krisorganisation. Förvaltningen har en säkerhetsstrateg. Krisberedskapen och krisarbetet är dokumenterat i förvaltningens Krisberedskapsplan (dnr 1.1-61/2010) samt i dokumentet Riktlinjer vid kris dnr (dnr 1.1-61/2010). Informationsfolder finns, samt information på intranätet. Minst två gånger per år uppdateras ett kontaktkort i plånboksformat som chefer, samverkansparter och olika nyckelpersoner har för att kunna starta ett krisarbete. En mer omfattande kontakt- och resurslista finns för de som ingår i krisorganisationen.

Utbildningar sker fortlöpande av såväl teori som praktisk övning. Krisorganisationen har prövats i skarpt läge vid flera tillfällen och har fungerat utan anmärkning.

Åtgärd: Ok

- *Incidentrapporteringssystemet RISK används inte av ansvariga*
Användandet av RISK används på ett tillfredsställande sätt. 12 utbildningar har hållits under året och ansvarig säkerhetsstrateg informerar vid behov på APT. Utdrag ur systemet avdelningsvis har gjorts vid två tillfällen under året för att följa upp och säkerställa att inrapporterade incidenter följs upp och att förbättringsarbeten vidtas vid behov. Fortfarande finns svårigheter vad gäller bedömning av allvarlighetsgraden av en incident, något som påverkas av att enskilda individer gör individuella bedömningar.

Åtgärd: Ok

- *Ramavtalen efterlevs ej*
Förvaltningen har rutiner för ramavtal. I flertalet fall frångår enheterna ramavtalen, eller följer dem inte på ett tillfredsställande sätt trots att kunskapen finns.

Åtgärd: Ett särskilt nämndmål har tagits fram i verksamhetsplanen för 2013 och alla enheter skall formulera åtaganden kring detta.

- *Uppföljning av avtal sker ej*
Förvaltningen har rutiner för hur och när avtal skall tas fram och hur uppföljning skall ske. I flertalet fall görs inte detta på ett tillfredsställande sätt och det finns en otydlig ansvarsfördelning och kravspecifikation.

Åtgärd: Ett särskilt nämndmål har tagits fram i verksamhetsplanen för 2013 och alla enheter skall formulera åtaganden kring detta.

- *Utredningstiden avseende biståndsbedömning inom är för lång*
I enlighet med socialtjänstlagen 11 kap 2 § SoL ska en utredning bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. Finns det särskilda skäl får socialnämnden besluta att förlänga utredningen för viss tid. För att säkerställa att utredningstiden sker inom fyra månader enheten har under 2012 förstärkts med fyra socialsekreterare; två i barngruppen och två i ungdomsgruppen.

Gruppcheferna har individuell handledning med alla socialsekreterare en gång i veckan för nyanställda för hjälpa till med prioriteringar.

Då ärendebelastningen har varit hög för handläggarna har det emellanåt varit svårt att hitta tid att skriva av utredningar som i realiteten avslutats. Enheten har särskilda skrivdagar för utredningsgrupperna och vid enstaka tillfällen planeras utöver skrivdagarna även hela skrivveckor in.

Enheten har också haft ett kontinuerligt samarbete med stadens BBiC-ansvarige för att hitta former för att skriva kortare utredningar som ändå uppfyller kraven som BBiC-licensen kräver. Enheten arbetar också med att säkra upp att det görs korrekta registreringar i Paraplyet, då det är därifrån statistiken över avslutade utredningar inhämtas.

Åtgärd: Ok

- *Avvikelse rapporteringen inom äldreomsorg och funktionsnedsättning fungerar ej*

Det finns ett system för hur avvikelserapportering i form av synpunkts- och klagomålshanteringen skall ske. Avvikelserna sammanställs per kategori och rapporteras i samband med tertialer och verksamhetsberättelse årligen. Ett kvalitetledningssystem har tagits fram (dnr 1.1-298/2012) som börjar gälla 2013. Inom ramen för kvalitetledningssystemet kommer ett förbättringsarbete att påbörjas, där avvikelshantering kommer ingå som en del.

Åtgärd: Ok

- *Tiden för verkställighet av biståndsbeslut är för lång*

Majoriteten av de icke verkställda besluten avser bostad med särskild service. Anledning till att besluten inte verkställts beror i huvudsak på att erbjuden bostad inte accepterats eller att lämplig bostad inte kunnat hittas. Enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) anmäls ej verkställda beslut till Socialstyrelsen. I en individrapport anmäls nya ärenden och ärenden som efter ytterligare ett kvartal fortfarande inte är verkställda, till dess att de har verkställts. När ett tidigare rapporterat ärende har verkställts anmäls även detta.

Åtgärd: Ok