

2. maj 2022

Intern Revision



REVISIONSRAPPORT

Socialforvaltningen

Risikobaseret ledelsestilsyn

2021

INTERN REVISION

Jesper Andersen
Solveig Petersen

MODTAGER

Adm. direktør Mikkel Boje
Direktør Søren Munk Skydsgaard

Indholdsfortegnelse

1.	INDLEDNING	3
2.	LEDELSESRESUME.....	4
3.	KONKLUSION	5
4.	FORVALTNINGENS TILTAG	6
5.	UDFØRT ARBEJDE	6
5.1	SOCIALFORVALTNINGENS HANDLEPLAN FOR 2021	7
5.2	INTERN REVISIONS ANBEFALINGER.....	8
	BILAG 1 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau	10
	BILAG 2 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn	11
	BILAG 3 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan.....	12

1. INDLEDNING

Økonomiudvalget besluttede i 2016, at anmode revisionen om fremover i forbindelse med årsregnskabet proaktivt, at rapportere til Økonomiudvalget på baggrund af dialog med forvaltningerne om, hvorvidt ledelsestilsynet er betryggende.

I Forretningscirkulære Ledelsestilsyn m.v. stilles der krav om, at der foretages ledelsestilsyn ud fra en risikobaseret tilgang og at ledelsestilsynet dokumenteres.

Det påhviler således ledelsen at tilrettelægge kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og enhedens forhold. Dette indebærer, at det overordnede kontrolmiljø og de organisatoriske rammer understøtter et velfungerende ledelses- og kontrolsystem, og at der på de enkelte aktivitetsområder er beskrevet og implementeret interne kontroller, som reducerer risikoen for væsentlige fejl og mangler i kommunens administration til et acceptabelt niveau.

Områder, hvor besvigelsesrisikoen er væsentlig, skal ligeledes identificeres. Der skal være etableret forretningsgangsbeskrivelser og interne kontroller inden for de væsentligste områder, som anses for dækkende til imødegåelse af risikoen for besvigelser.

Metode, afgrænsning og formål

Risikovurderingshandlingerne er foretaget ved forespørgsel til ledelsen i forvaltningen. Formålet er at vurdere, hvorvidt ledelsen i tilstrækkelig grad har identificeret de væsentlige risikoområder og har tilrettelagt kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og enhedens forhold.

Vi skal for god ordens skyld gøre opmærksom på, at gennemgangen hverken udgør revision eller review foretaget i overensstemmelse med danske eller internationale standarder for revision, hvorfor vi ikke giver nogen form for revisionsmæssig sikkerhed.

Rapportering

Rapporten forelægges Revisionsudvalget. Rapporten vil endvidere - som følge af Økonomiudvalgets lovpligtige indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for alle kommunens administrationsområder - blive sendt til Økonomiforvaltningens direktion til eventuel videre foranstaltning over for Økonomiudvalget.

Uddrag af rapporten vil indgå i en sammenfatning, som vil blive fremsendt til Økonomiudvalget.

2. LEDELSESRESUME

Vi har foretaget en opfølgning på SOF's vedtagne handleplan for 2021 og en vurdering af forvaltningens handleplan for 2022. Formålet er at vurdere, hvorvidt ledelsen i tilstrækkelig grad har identificeret de væsentlige risikoområder og har tilrettelagt kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og enhedens forhold.

Direktionen i SOF godkendte primo 2021 en handleplan for arbejdet med håndtering af konkrete risikoområder i 2021.

Det er vores vurdering, at SOF's handleplan for 2021 er igangsat som planlagt. Det bemærkes, at der kan være en risiko for, at de områder som ikke er gennemført i overensstemmelse med handleplanen, ikke administreres hensigtsmæssigt og betryggende.


Vi har anbefalet forvaltningen, at databaseskyttelsesområdet samt risikoområder udpeget af complianceenheden indgår i forvaltningens handleplan for 2022.

Ledelsen har, udover de videreførte områder fra 2021, identificeret fem risikoområder hvor der er behov for at gennemgå og vurdere de kontrolsystemer og forretningsgange.

Det er vores vurdering, at forvaltningens handleplan såfremt den gennemføres som planlagt, fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere forvaltningens risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende.

3. KONKLUSION

Vores undersøgelse af kommunens design og implementering af et risiko-baseret ledelsestilsyn har givet anledning til følgende observationer, konklusioner og anbefalinger:

Forvaltning	SOF	Revisionsområde	Ledelsestilsyn	Væsentlig-hedsniveau
Reference	Afsnit 5.1	Revisionsemne	Handleplan for 2021	
Observationer	<p>SOF's handleplan for 2021 omfatter håndtering af ni risikoområder med henblik på udarbejdelse af risikovurderinger og forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.</p> <p>SOF har håndteret fem risikoområder fuldt ud. Håndtering af fire områder (Borgerbetaling af diverse takster SL §107, Snitflader på debitorområdet med KS, Forretningsgange KY og implementering af ChangeDriver) er i gang og fortsætter ind i 2022.</p>			
Konklusion og anbefalinger	<p>Det er vores vurdering, at SOF's handleplan for 2021 er igangsat som planlagt.</p> <p>Vi anbefaler, at SOF prioriterer de overførte risikoområder fra 2021 i handleplanen for 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • risikoområder med borgerbetaling af diverse takster (SL §107) • beskrive snitflader med KS på debitorområdet • genbesøge forretningsgange på KY sammen med BIF • fortsætter implementeringen af procesportalen (ChangeDriver) <p>Vi anbefaler at følgende nye risikoområder indgår i SOF's handleplan for 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • udarbejder og igangsætter en handleplan som håndterer de anbefalinger, som fremgår af Databeskyttelsesrådgiverens statusrapport for 2021 • risikoområder udpeget af complianceenheden til håndtering i 2022. 			
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>Socialforvaltningen er enig i Intern Revisions konklusion og anbefalinger og inkluderer anbefalingerne i det kommende års arbejde.</p> <p>Socialforvaltningens har udpeget følgende 5 risikoområder, der skal håndteres i 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fejlagtig håndtering af firmadankort og medarbejderudlæg.</u> Risikoområdet er udvalgt, da medarbejdere med firmadankort og medarbejdere med udlæg, har adgang til kommunes likvide beholdninger. Området er risikofyldt i forhold til besvigelse og manglende compliance med overholdelse af beskrevne regler. Risikoområdet gælder alle 3 borgercentre. • <u>Ambulante alkoholtilbud.</u> Behandling i private ambulante alkoholtilbud sker uden visitation og med mulighed som anonym behandling, jf. sundhedslovens bestemmelser. Det undersøges, hvordan det kan sikres, at der er overensstemmelse mellem det afregnede beløb og ydelsen, når der er tale om anonyme behandlinger. Der er en risiko for, at der opkræves for borgere, der ikke har været tilknyttet et ambulante alkoholtilbud eller at der opkræves et beløb, der ikke modsvarer den leverede ydelse. Risikoområdet gælder alene Borgercenter Voksne. • <u>Takstberegning på tilbudsniveau.</u> Risikoområdet er udvalgt, da der er usikkerhed om, hvorvidt alle omkostninger er opgjort korrekt, idet der er forskellige opgørelsesmetoder i borgercentrene. Vi skal derfor efterprøve om omkostningerne er opgjort korrekt, herunder sikre, at beregningerne sker ens på tværs af forvaltningen. Risikoområdet gælder alle 3 borgercentre. 			

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Effekten af de tilskud vi giver</u>. Risikoområdet er udvalgt, da der er en risiko for, at tilskudsmodtagerne ikke leverer den indsats, der er en forudsætning for tilskuddet. Den nye forretningsgang om tilskud adresserer risikoen ved, at det nu skal vurderes om effekten er tilstrækkelig. Vi skal derfor sikre, at forretningsgangen er implementeret i forvaltningen. Risikoområdet gælder alle 3 borgercentre. • <u>Indtægter vedr. den sociale hjemmepleje</u>. Den Sociale Hjemmepleje leverer ydelser til botilbuddene - både BCV 's egne tilbud, tilbud under BCH og til private tilbud. Processen er manuelt båret og data til brug for beregning af taksten er mangelfulde. Det betyder, at der er en risiko for, at vi ikke får opkrævet det korrekte beløb. Det er derfor relevant at se på processen og selve grundlaget for takstfastsættelsen. Det er den eksterne takst, der er relevant at kigge på. Risikoområdet gælder alene Borgercenter Voksne. 	
--	--	--

4. FORVALTNINGENS TILTAG

Rapportens konklusioner er drøftet med ledelsen i Socialforvaltningen, der er enig i indholdet af rapporten og har tilsluttet sig vores konklusioner og anbefalinger.

Direktionen i Socialforvaltningen har revurderet og godkendt en handleplan, som indeholder en række områder, der fortsat vurderes som væsentlige, og som derfor er prioriteret i 2022.

Handleplanen fremgår ovenfor under afsnit 3, "Forvaltningens iværksatte tiltag".

Det er vores vurdering, at Socialforvaltningens handleplan for 2022 fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere de væsentlige risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende i kontrolmæssig henseende.

Forvaltningens ansvarlige for implementering er kontorchef Lone Berner Wolff.

Tidsfrist for afslutning af implementering er ultimo 2022.

5. UDFØRT ARBEJDE

I dette afsnit redegøres for vores opfølgning på Socialforvaltningens handleplan for 2021, herunder delegation samt design og implementering af forretningsgange på de risikoområder, som forvaltningen har identificeret i forbindelse med sin evaluering og prioritering af risikoområder. Endelig er anført en kort motivation for Intern Revisions anbefalinger til forvaltningens handleplan for ledelsestilsyn for 2022.

5.1 Socialforvaltningens handleplan for 2021

SOF's handleplan for 2021 omfatter håndtering af ni risikoområder med henblik på udarbejdelse af forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.

Nedenstående oversigt viser status for håndtering af de risikoområder, som er prioriteret for 2021.

Risikoområde	Status
Tøj og lommepege vedrørende børne- og ungeområdet	Håndteret
Implementering af fællesadministrative retningslinjer på takstområdet	Håndteret
Risikoområder med borgerbetaling af diverse takster (SL §§ 109 og 110)	Håndteret
Risikoområder med borgerbetaling af diverse takster (SL § 107)	I gang
Beskrivelse af snitflader på debitorområdet med KS	I gang
Forretningsgange KY for de områder, der er relevante for SOF	I gang
Implementering af ChangeDriver	I gang
Fastere struktur omkring ledelsestilsynet, herunder etablering af complianceenhed i Regnskab og Kontrakt	Håndteret
Opdatering og implementering af regelsæt vedrørende anlægsregnskaber	Håndteret

Fem prioriterede risikoområder er håndteret fuldt ud. For fire risikoområder er håndteringen påbegyndt og arbejdet fortsætter ind i 2022.

SOF er i gang med implementering af procesportalen ChangeDriver. Forvaltningen har lagt 42 forretningsgange ind i ChangeDriver, og yderligere 15 forretningsgange er godkendt og klar til indlæsning i procesportalen. De 19 forretningsgange vedrører områderne anlægsregnskaber, statsrefusion på flygtninge og sociale ydelser samt mellemkommunale. Herudover er proces med udarbejdelse / ajourføring af forretningsgange vedrørende områderne SL §107 og Motorlån i gang. Med udgangen af juni 2022 forventer SOF at have lagt i alt 72 forretningsgange i ChangeDriver.

SOF er i dialog med KS omkring snitfladeafklaring og samarbejde på debitorområdet. Debitorområdet viser sig ret komplekst, og det er derfor et langt sejt træk i forhold til at få snitflader på plads, da der stadig pågår oprydning på området. Vi er i gang og nedenstående er eksempler på kompleksiteten i snitfladerne:

- SOF afventer status på projektet om power BI løsning på restancer til forvaltningerne. I SOF forventes løsningen i drift i første halvår 2022
- Snitfladen mellem SOF og KS debitor i egenbetaling på § 108 sager
- Snitfladen mellem SOF og KS debitor på mellemkommunale krav
- Snitfladen mellem KY og OPUS debitor

Processen for borgernes egenbetaling SL §107 er kortlagt efter kvalitetsstandarden. Der er udarbejdelse af procesdiagram, procesbeskrivelse, identificering af risici og kontrolforanstaltninger. Arbejdet med udarbejdelse af beregningskabelon med tilhørende vejledning samt implementering, i Borgercenter Voksne og Borgercenter Handicap, forventes færdiggjort med udgangen af 2. kvartal 2022, da der skal foregå omorganisering af opgaven på borgercentre.

SOF har implementeret KY fra oktober måned 2021 og har udarbejdet vejledninger for områderne vedr. oprettelse af alternativ modtager og kontrol af alternativ modtager. Udarbejdelsen er sket i samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF). Det er aftalt med BIF, at alle fællesadministrative forretningsgange vedr. KY skal genbesøges i februar måned 2022 med henblik på at vurdere, om der er behov for tilpasninger, eller om der skal udarbejdes supplerende arbejdsgange, og om disse kan udarbejdes på tværs af forvaltningerne.

SOF arbejder struktureret med en fastere struktur omkring ledelsestilsynet. Forvaltningen har etableret en complianceenhed i 2021 og har udarbejdet et årshjul for de aktiviteter, der skal indgå i enhedens arbejde i 2022. Som et centralt element i årshjulet, indgår arbejdet med at identificere risikoområder i borgercentre.

5.2 Intern Revisions anbefalinger

Nedenfor er beskrevet en kort motivation for vores anbefaling til forvaltningens handleplan for 2022.

Databeskyttelsesområdet

I overensstemmelse med Københavns Kommunes Informationssikkerhedsregulativ udarbejder Databeskyttelsesrådgiveren årligt pr. 1. oktober en statusrapport. Rapporten indeholder en vurdering af databeskyttelsen i Københavns Kommune.

Rapporten fremsendes til forvaltningernes direktioner, til Revisionsudvalget og til Borgerrepræsentationen, efter forudgående indhentet erklæring fra Økonomiudvalget.

Databeskyttelsesrådgiveren har, på baggrund af indgående kendskab til både kommunen og forvaltningernes arbejde med databeskyttelse, foretaget en overordnet risikovurdering.

En overordnet risikovurdering viser, at de seks største risici i Københavns kommune, ikke-prioriteret rækkefølge, er:

- *Compliance i forvaltningerne*
På nuværende tidspunkt har forvaltningerne ikke et styringsværktøj, som sikrer et overblik over hvilke regler og retningslinjer, der er udarbejdet, kommunikeret og hvorvidt de følges. Der er en væsentlig risiko for, at databeskyttelsesindsatsen bliver ustruktureret og personafhængig.

- *Fortegnelsen*
Forvaltningerne har ikke etableret løbende overvåger og ajourfører fortegnelserne. Der er en væsentlig risiko for urigtige oplysninger og manglende gennemsigtighed, i forhold til de behandlinger forvaltningerne foretager.
- *Risikovurdering af behandlingsprocesser*
Forvaltningerne foretager ikke de nødvendige risikovurderinger, og derfor kan forvaltningerne ikke dokumentere at der træffes passende tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger.
- *Konsekvensanalyser*
Kommunens nuværende risikovurderingsværktøj er ikke tilstrækkelig i forhold til de generelle krav, der anses at være til en konsekvensanalyse. Der er udarbejdet et nyt koncept, som vil blive implementeret i forbindelse med kommunens nye risikokoncept.
- *Tilsyn med databehandlere*
Forvaltningerne udfører ikke strukturerede tilsyn med databehandlere. Der er igangsat initiativer, der skal sikre et løbende tilsyn ud fra et fast og ensartet tilsynskoncept på tværs af kommunen.
- *Oplysningspligten*
Det er grundlæggende et krav i databeskyttelsesforordningen, at forvaltningerne oplyser borgerne i tilstrækkeligt omfang, om de behandlinger deres personoplysninger benyttes i forbindelse med. Tilsyn har vist, at to ud af tre forvaltninger ikke efterlever oplysningspligten i tilstrækkelig grad.

Databeskyttelsesrådgiveren anbefaler i sin rapport for 2021, "at det i 2022 sikres, at forvaltningernes aktivitetsplaner omfatter en indsats som reducerer risikoen på de seks største risici, til et acceptabelt niveau".

Vi anbefaler, at databeskyttelsesområdet indgår i forvaltningens ledelsestilsyn for 2022.

Complianceenhedens udpegede risikoområder

SOF's complianceenhed har ultimo 2021, i samarbejde med borgercentrene, udpeget 5 risikoområder, som der skal afdækkes i 2022. Der er udarbejdet projektbeskrivelser og milepælsplan/aktivitetsplan for hvert risikoområde, med henblik på at opnå en ensartet og professionel håndtering af risikoområderne.

Vi anbefaler, at de udpegede risikoområder indgår i forvaltningens ledelsestilsyn for 2022.

BILAG 1 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau

I revisionsrapporter fra såvel Deloitte som Intern Revision vil formidlingen af risiko og væsentlighed på de enkelte observationer blive påført en prioritet ud fra følgende vurderingsgrundlag:

Prioritet 1 - markeres med



- Prioritet 1 markeringer anvendes for forhold, der anses for kritiske. I forbindelse med beretninger kan det observerede forhold efter nærmere vurdering eventuelt give anledning til en revisionsbemærkning.
- Et forhold anses for kritisk, såfremt der er en høj grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en betydelig effekt og/eller har en betydelig udbredelse.
- Prioritet 1 markeringer rapporteres til ledelsen med påkrav om, at disse forelægges for det stående udvalg eller Økonomiudvalget.

Prioritet 2 - markeres med



- Prioritet 2 markeringer anvendes for forhold, der anses for væsentlige. Observationerne må ikke have en karakter, der kan medføre revisionsbemærkninger i årsberetningen.
- Et forhold anses for væsentlig, såfremt der er en middel grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en vis effekt og/eller har en vis udbredelse.
- Prioritet 2 markeringer rapporteres til ledelsen i den reviderede forvaltning.

Prioritet 3 - markeres med

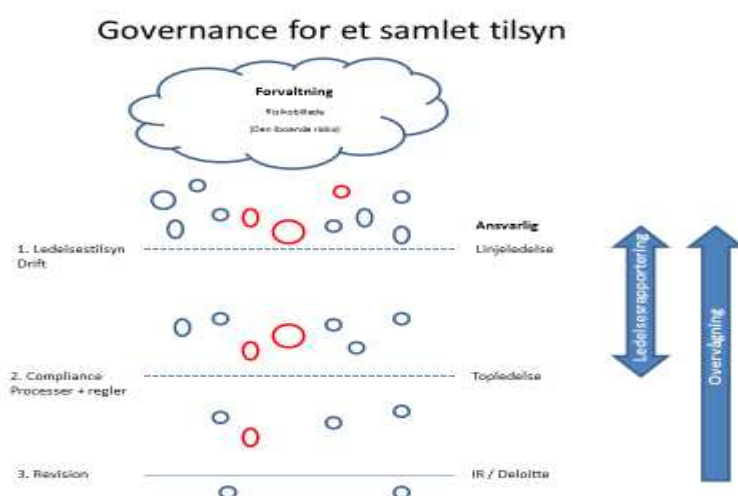


- Anvendes for forhold, der ikke har givet anledning til omtale eller kun anses for mindre væsentlige, og som derfor kun rapporteres til ledelsen som opmærksomhedspunkter.
- En risiko anses for mindre væsentlig, såfremt der er en lille grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en lille effekt og/eller har en lille udbredelse.

BILAG 2 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn

Tilrettelæggelse af intern styring og kontrol

Nedenstående figur illustrerer roller og ansvar for den interne styring og kontrol. Et effektivt ledelsestilsyn skal medvirke til at styrke 1. og 2. forsvarslinje og dermed medvirke til, at administrationen på de enkelte områder er hensigtsmæssig og betryggende i kontrolmæssig henseende, og at der administreres i overensstemmelse med gældende lovgivning, politiske beslutninger, meddelte bevillinger og øvrige beslutninger, indgåede aftaler og sædvanlig praksis.



Den 1. forsvarslinje består af forvaltningsenheder, som har fået delegeret ansvar for at identificere og styre risici inden for eget forretningsområde.

Den 2. forsvarslinje består af styrings- og kontrolfunktioner i de enkelte forvaltninger eller tværgående servicefunktioner, som har til formål at understøtte 1. forsvarslinje. Den 2. forsvarslinje kan også udføre egne kontroller og skabe forudsætninger for at eventuelle risici og fejl, som har passeret den første forsvarslinje, bliver opdaget og korrigeret.

Etablering af compliancefunktioner i 2. forsvarslinje kan medvirke til at sikre, at fejl, der underslipper den 1. operationelle forsvarslinje, så vidt muligt opfanges, så der ikke er grundlag for revisionsbemærkninger.

Den 3. forsvarslinje illustrerer risici og fejl, der konstateres af kommunens revision.

BILAG 3 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan

Ifølge kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ påhviler det den enkelte forvaltning at sikre, at ledelsen fører tilsyn på alle relevante områder, og at interne kontroller er tilstrækkelige ud fra væsentlighed og risiko.

Økonomiudvalget godkendte i marts 2017 Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv. Det påhviler ifølge cirkulæret ledelsen at tilrettelægge kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og de enkelte enheders forhold.

Dette indebærer, at det overordnede kontrolmiljø og de organisatoriske rammer understøtter et velfungerende ledelses- og kontrolsystem, og at der på de enkelte aktivitetsområder er beskrevet og implementeret interne kontroller, som reducerer risikoen for væsentlige fejl og mangler i kommunens administration til et acceptabelt niveau.

Forretningscirkulæret beskriver en model til brug for indsamling af informationer, som kan danne grundlag for vurdering af forvaltningernes arbejde med udvikling af et risikobaseret ledelsestilsyn.

Modellen indeholder 5 overordnede elementer, som udgør fundamentet for ledelsestilsynet.



Styringsregler

Formålet er, at aktuelle og tilgængelige regler er en forudsætning for at ledere og medarbejdere, dels kan udmønte gældende lovgivning, kommunalpolitiske beslutninger og regler, dels kan sikre en ensartet og effektiv opgaveløsning og endelig kan gennemføre de kontroller, der skal sikre en hensigtsmæssig drift og et regnskab, der er udarbejdet i overensstemmelse med gældende regler.

Organisation

Det handler om, at ledelsen har overblik over forvaltningens processer (risikoområder), at opgaver og ansvar er præciseret (delegation), samt at der systematisk arbejdes med effektive processer i et end-to-end perspektiv herunder kvalitet i opgaveløsningen.

Medarbejdere

Der er formålet, at forvaltningsledelse og medarbejdere har forandrings-evne til følge udviklingen i den kommunale forvaltning og kan anvende de løsninger, der stilles til rådighed.

Processer

Formålet er at kortlægge, hvilke risici der kan have væsentlig indvirkning på realiseringen af kommunens/forvaltningens mål, herunder regnskabsaf-læggelse og overholdelse af gældende lovgivning m.v. Risikovurdering har til formål at bestemme de identificerede risici i forhold til forvaltningens risikovillighed for at kunne opstille, prioritere og håndtere indsatser (be-skrive kontroller) i forhold til de enkelte risici.

Dette emne handler således om struktur i procesbeskrivelser samt identi-fikation, vurdering og håndtering af risici og etablering af kontroller, der reducerer risici til et acceptabelt niveau.

Indikatorer (indgår ikke i 2021)

Dette emne handler om målstyring og om at definere relevante KPI'er (Key Performance Indicator) og andre informationer, der har relevans for ledel-sen. Formålet er at udvælge de indikatorer, der giver ledelsen bedst muligt grundlag for at vurdere effektiviteten af de etablerede kontroller. Ud over internt fastsatte indikatorer kan eksterne indikatorer give input til risikosty-ring og bidrage til at undgå ubehagelige overraskelser.

Styringsinformation (indgår ikke i 2021)

Det handler om at fastsætte principper for rapportering til topledelsen fra underliggende ledelsesniveauer om kvaliteten i den daglige opgavevare-tagelse mv. Formålet er, at den øverste ledelse modtager information om væsentlige forretningskritiske risici, herunder om kontrollerne på de for-retningskritiske områder fungerer effektivt.