

2. maj 2022

Intern Revision



# REVISIONSRAPPORT

## Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

### Risikobaseret ledelsestilsyn

### 2021

**INTERN REVISION**

Jesper Andersen  
Solveig Petersen

**MODTAGER**

Adm. direktør Katja Kayser  
Direktør Jakob Krogh

**Indholdsfortegnelse**

1.	INDLEDNING .....	3
2.	LEDELSESRESUME.....	4
3.	KONKLUSION .....	5
4.	FORVALTNINGENS TILTAG .....	5
5.	UDFØRT ARBEJDE .....	6
5.1	SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS HANDLEPLAN FOR 2021.....	6
5.2	INTERN REVISIONS ANBEFALINGER.....	7
	BILAG 1 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau.....	9
	BILAG 2 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn .....	10
	BILAG 3 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan.....	11

## 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 SUF'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 SUF godkendte primo 2021 en handleplan for arbejdet med håndtering af konkrete risikoområder i 2021.

Det er vores vurdering, at SUF'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 databeskyttelsesområdet indgår i forvaltningens handleplan for 2022.

Ledelsen har, udover de videreførte områder fra 2021, ikke identificeret yderligere 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 risikobaseret ledelsestilsyn har givet anledning til følgende observationer, konklusioner og anbefalinger:

Forvaltning	SUF	Revisionsområde	Ledelsestilsyn	Væsentlig- hedsniveau
Reference	Afsnit 5.1	Revisionsemne	Handleplan for 2021	
Observationer	<p>SUF's handleplan for 2021 omfatter håndtering af fire risikoområder med henblik på udarbejdelse af risikovurderinger og forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.</p> <p>Et risikoområde (implementering af fælles retningslinjer for takstområdet) er genåbnet. Håndtering af et område (implementering af ChangeDriver) er i gang og fortsætter ind i 2022. To risikoområder (Fastere struktur omkring ledelsestilsynet og Snitflader på debitorområdet) afventer handlinger fra ØKF/KS, før SUF kan arbejde videre med håndtering af disse.</p>			
Konklusion og anbefalinger	<p>Det er vores vurdering, at SUF's handleplan for 2021 er igangsat som planlagt.</p> <p>Vi anbefaler, at SUF prioriterer de overførte risikoområder fra 2021 i handleplanen for 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>reimplementering af fælles retningslinjer for takstberegning</li> <li>fortsætter arbejdet med etablering af en faster struktur omkring ledelsestilsynet i forvaltningen</li> <li>Snitflader på debitorområdet</li> <li>fortsætter implementeringen af procesportalen (ChangeDriver)</li> </ul> <p>Vi anbefaler at følgende nye risikoområder indgår i SUF's handleplan for 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>udarbejder og igangsætter en handleplan som håndterer de anbefalinger, som fremgår af Databeskyttelsesrådgiverens statusrapport for 2021.</li> </ul>			
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>SUF er enig i Intern Revisions anbefaling og vil prioritere de overførte risikoområder fra 2021 i handleplanen for 2022. SUF vil herudover udarbejde og igangsætte en handleplan som håndterer de anbefalinger, som fremgår af Databeskyttelsesrådgiverens statusrapport for 2021.</p>			

### 4. FORVALTNINGENS TILTAG

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

Direktionen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 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 Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2022 fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere de væsentlige risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende i kontrolmæssig henseende.

Forvaltningens ansvarlige for implementering er regnskabschef Karsten Riber.

Tidsfrist for afslutning af implementering af de forskellige handleplaner er:

Reimplementering af fællesadministrative retningslinjer på takstområdet	Ultimo 2022
Udarbejde og igangsætte en handleplan som håndterer de anbefalinger, som fremgår af Databeskyttelsesrådgiverens statusrapport for 2021.	Ultimo 2022
Implementering af ChangeDriver	Ultimo 2023
Beskrivelse af snitflader på debitorområdet med KS	Afventer ØKF
Fastere struktur omkring ledelsestilsynet	Afventer ØKF

## 5. UDFØRT ARBEJDE

I dette afsnit redegøres for vores opfølgning på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens 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 Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2021

SUF's handleplan for 2021 omfatter håndtering af fire 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
Implementering af fællesadministrative retningslinjer på takstområdet	Genåbnet
Beskrivelse af snitflader på debitorområdet med KS	Afventer
Implementering af ChangeDriver	I gang
Fastere struktur omkring ledelsestilsynet	Afventer

Et prioriteret risikoområde er oplyst håndteret, men er efterfølgende genåbnet. For et risikoområde er håndteringen påbegyndt og arbejdet fortsætter ind i 2022. For to risikoområder afventer SUF handlinger fra andre forvaltninger.

Risikoområdet Implementering af fællesadministrative retningslinjer på takstområdet er genåbnet, idet revision af takstområdet har vist, at SUF ikke har håndteret regelsættet tilfredsstillende.

SUF har i 2021 indlæst otte forretningsgange i ChangeDriver. SUF har udarbejdet en plan for indlæsning af 23 forretningsgange i 2022 og ni forretningsgange i 2023.

Arbejdet med en fastere struktur omkring ledelsestilsynet afventer handling fra ØKF/KS, som skal etablere fælles netværk for compliance på tværs af forvaltningerne, samt sætte fælles ramme for arbejdet med risikostyring i KK. SUF har i 2021 som led i sit ledelsestilsynskoncept i lighed med 2020 gennemført en tilsyn, hvor er sendt spørgeskema og hjælpeskema ud til alle budgetansvarlige ledere. Efterfølgende har regnskabsafdelingen i SUF bearbejdet de indkomne data og været i dialog med enhederne om de fold, der kan forberedes. Dette koncept fortsætter fremadrettet.

Snitfladerne med KS på debitorområdet afventer KS's nye forretningsgange, før SUF genbesøger debitorområdet. SUF har i sine nuværende forretningsgange (Qualiware) beskrevet, hvilke opgave KS løser i forhold debitor opgaverne. SUF oplyser, at genbesøg af processer inden for debitorområdet vil omfatte en opdatering til den nye kvalitetsstandard, som anvendes i ChangeDriver.

## **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.



## 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

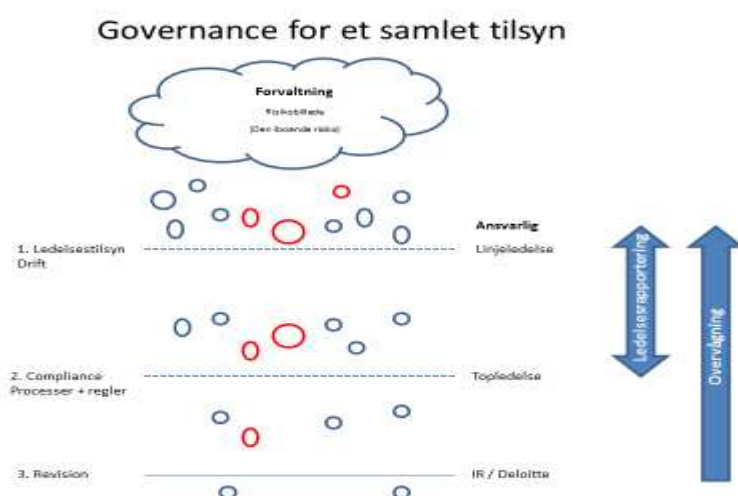


- Anvendes for forhold, der ikke har givet anledning til omtale eller kun anses for mindre væsentlige, og som derfor kun rapporteres til ledelsen som opmærksomhedspunkter.
- En risiko anses for mindre væsentlig, såfremt der er en lille grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en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