

Årsrapport 2022

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2023/25

Den kommunala revisionen är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivits i nämnder och bolag. Stadsrevisionen i Stockholm stad granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt kommunfullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna, lekmannarevisorerna och revisionskontoret.

I årsrapporter för nämnder och bolagsstyrelser sammanfattar stadsrevisionen det gångna årets granskningar och bedömningar av verksamheten. Granskningar som genomförs under året kan också publiceras som revisionsrapporter.

All rapportering finns på stadsrevisionens hemsida, start.stockholm/revision. Rapporterna kan också beställas från revisionskontoret, revision.rvk@stockholm.se.

Till

Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd

Årsrapport 2022

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds verksamhet under 2022.

Revisorerna bedömer att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds interna kontroll delvis har varit tillräcklig. Årets granskning visar, liksom föregående år, brister gällande nämndens styrning och uppföljning. Under året har granskningar genomförts som bland annat omfattat hemvårdsbidrag och förebyggande barnsäkerhetsarbete i förskolan. Granskningarna visar bland annat på vissa brister i rutiner och kontroller.

Vi hänvisar i övrigt till bifogad rapport som revisorerna behandlade den 23 mars 2023. Rapporten överlämnas till Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2023.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren
Sekreterare

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar.

Verksamhet och ekonomi

Sammantaget bedöms att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Bedömningen grundar sig på om resultatet är förenligt med kommunfullmäktiges mål för verksamheten samt om lagstiftning och andra föreskrifter efterlevts.

Under året har revisionskontoret genomfört en granskning som omfattat profilboende inom äldreomsorgen. Några utvecklingsområden har identifierats, bland annat behöver individuppföljningar och genomförandeplaner i stadsdelsnämndens profilboenden förbättras. Dessutom har uppföljande granskningar gjorts bland annat av arbetet utifrån stadens hemlöshetsprogram och intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen.

Intern kontroll

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten delvis har varit tillräcklig.

Av årets granskningar samt uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer framgår, liksom tidigare år, liknande utvecklingsbehov inom skilda verksamhetsområden. Iakttagelser som återkommer i granskningarna handlar om brister i styrning och uppföljning av internkontrollarbetet. Dock har nämnden åtgärdat flertalet tidigare lämnade rekommendationer och arbetet har utvecklats.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som bland annat omfattat hemvårdsbidrag och förebyggande barnsäkerhetsarbete i förskolan. Granskningarna visar bland annat på vissa brister i rutiner och kontroller.

Vidare har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat attesthantering, intäkts- och inköpsprocessen, pensionshantering och -redovisning, löneprocessen samt förtroendekänsliga poster. Inom inköps- och löneprocess ses mindre avvikelser och förbättringsområden.

Räkenskaper

Räkenskaperna bedöms vara upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

Uppföljning av tidigare års granskningar

Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i föregående års granskningar. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att åtgärda är att säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen är implementerat och efterlevs samt att planerade åtgärder i syfte att efterleva dataskyddsförordningen genomförs.

Innehåll

1. Årets granskning	1
2. Verksamhet och ekonomi	2
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	4
2.2.1 <i>Driftverksamhet</i>	4
2.2.2 <i>Investeringsverksamhet</i>	5
3. Intern kontroll	6
4. Räkenskaper.....	8
5. Uppföljning av tidigare års granskning	9
Bilaga 1 – Årets granskning.....	10
Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer	15
Bilaga 3 – Bedömningskriterier	19

1. Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar samt om den interna kontrollen som görs inom nämnden är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsled i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning av nämndens verksamhet. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 3.

I rapporten redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionsårets granskningar. De granskningar som genomförts under revisionsåret redovisas närmare i bilaga 1.

En uppföljning av i vilken utsträckning nämnden åtgärdat rekommendationer i tidigare års granskningar redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i bilaga 2.

Revisorerna träffade våren 2022 representanter för nämnden i samband med genomgång av 2021 års granskning och avstämning inför 2022.

Granskningsledare har varit Mari Önevall vid revisionskontoret och Carl-Magnus Stenhav vid PwC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

2. Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål samt om nämnden följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser.

2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Nämnden bedöms i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på granskning av nämndens redovisning och på de granskningar som genomförts under året.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2022 är i allt väsentligt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer att elva av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts.

Verksamhetsmålet att ”Stockholm är en trygg, säker och välskött stad att bo och vistas i” bedöms liksom föregående år delvis uppnått. Nämnden beskriver fortsatta stora utmaningar med den upplevda tryggheten i stadsdelen. För år 2021 förbättrades resultaten i medborgarundersökningen jämfört med 2019. Resultaten för 2022 är i nivå med 2021 och når inte årsmålen. Arbetet med platssamverkan har fortsatt liksom trygghetsvandringar. Ett antal fysiska trygghetskapade åtgärder har genomförts. Vidare fortsätter det förebyggande arbetet inom linjeverksamheterna, till exempel genom sociala insatsgrupper samt samverkan med skola och polis. Det har genomförts aktiviteter under året för att förbygga oegentligheter och otillåten påverkan samt inom ramen för handlingsplan mot våldbejakande extremism, såsom utbildningar inom området.

Verksamhetsmålet ”Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet” bedöms uppnås. I samband med tertialrapport 2 prognostiserades målet uppnås delvis. Det redovisades i huvudsak bero på den instabila personalsituationen inom socialtjänstens verksamheter, främst inom avdelningen för barn och unga. Personalsituationen anges ha stabiliserats under årets sista månader. Arbetet enligt ”Handlingsplan för en förbättrad arbetsituation för socialsekreterare och biståndshandläggare” har fortsatt under hela året och i slutet av året genomfördes en organisationsförändring inom avdelningen för barn och unga till mindre enheter för att därigenom bidra till ett närmare ledarskap. En

uppföljande granskning har genomförts av intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen. Granskningen visar att rekommendationerna har åtgärdats, bland annat genom att nya samverkansformer har arbetats fram för att nå enskilda som är i behov av ytterligare stöd och samverkan mellan enheter.

Revisionskontoret noterar att målsättningen om att inga barn ska vräkas inte nås. I ett par fall har bostaden varit övergiven då vräkningen skulle verkställas. En uppföljande granskning som genomförts av efterlevnad till stadens hemlöshetsprogram visar att nämnden har strukturer och arbetssätt för det vräkningsförebyggande och uppsökande arbetet.

Verksamhetsmålet ”I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande” redovisas som uppfyllt. Bedömningen grundar sig på utfallet av indikatorer, nämndens egna målsättningar, genomförda aktiviteter och individuppföljningar. Individuppföljningarna redovisas genomgående visa på ett bättre resultat än Socialstyrelsens brukarundersökning. Skillnaderna mellan utfallen i brukarundersökning och individuppföljningarna behöver analyseras.

Revisionskontoret konstaterar att det finns många indikatorer som inte uppnås. Målsättningen uppnås endast för de två indikatorer som utgör underlag för bedömning av de äldres upplevelse av trygghet. Utfallet för indikatorerna avseende den äldres delaktighet och nöjdhet med sina hemtjänstinsatser har förbättrats sedan 2019 men understiger årsmål. De utbildningssatsningar som har genomförts gällande genomförandeplaner inom hemtjänsten, redovisas ha påverkat utfallet positivt.

Utfallet för indikatorerna som gäller vård- och omsorgsboenden och dagverksamhet redovisas även detta år ha påverkas av pandemin genom att det tidvis funnits restriktioner gällande besök och social samvaro. Flertalet av årsmålen uppnås inte och utfallet har försämrats från 2020.

År 2020 redovisades verksamhetsmålet som delvis uppnått bland annat beroende på att det planerade utvecklingsarbetet med kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen inte kunnat prioriteras samt den påverkan som pandemin hade på verksamheterna. En uppföljande granskning som genomförts under året visar att det fortfarande återstår ett arbete med att säkerställa att kvalitetsledningssystemet omfattar samtliga delar.

Under året har en granskning genomförts som visar att arbetet med individuppföljningar och genomförandeplaner i stadsdelens profilboende behöver förbättras.

2.2 Ekonomiskt resultat

Nämnden bedöms ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2022:

Driftverksamhet (mnr)	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022	Avvikelse 2022, %	Budget-avvikelse 2021, %
Kostnader	2 441,4	2 440,9	0,5	0 %	1 %
Intäkter	347,4	365,1	17,8	5,1 %	3,5 %
Verksamhetens nettokostnader	2 094,0	2 075,8	18,2	0,9 %	2 %
Verksamhetens Nettokostnader efter resultatöverföringar	2 094,0	2 075,4	18,6	0,9 %	1,9 %

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 18,6 mnr i förhållande till budgeten. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar både positiva och negativa avvikelser per verksamhetsområde. Avvikelser återfinns inom verksamhetsområdet individ- och familjeomsorg där underskott redovisas för avdelningen barn och unga (-12,2 mnr) och inom äldreomsorgens utförarverksamhet (-13,3 mnr) Överskott redovisas inom ekonomiskt bistånd (15,5 mnr) samt inom omsorg om personer med funktionsnedsättning (9,5 mnr).

Underskottet inom avdelning barn och unga redovisas bland annat bero på ökade konsultkostnader utifrån personalvakanser samt att fler barn och unga har beviljats insatsen familjehem.

Enligt nämndens redovisning beror överskottet inom ekonomiskt bistånd på att kostnaderna har blivit lägre än förväntat beroende på att antalet hushåll i behov av ekonomiskt bistånd har fortsatt minska.

Överskottet inom funktionsnedsättning återfinns inom beställarfunktionen och redovisas bero på att kostnaderna varit lägre än budgeterat för vissa insatser. Ett flertal ärenden med insats boendestöd har överförts till socialpsykiatrins beställarenhet och nytt avtal för

turbundna resor har inneburit lägre kostnader än beräknat under det sista kvartalet.

Inom äldreomsorg redovisas, liksom föregående år, ett underskott inom utförarverksamheterna, främst inom hemtjänstutförarna i egen regi. Det utvecklingsarbete som påbörjades under 2021 med att optimera planering och utförande av insatser redovisas ha gett vissa effekter, men behöver fortsätta.

Vård- och omsorgsboendet och servicehuset i egen regi redovisar ett överskott (6,9 mnkr) vilket främst beror på en förbättrad beläggningsgrad.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker 3,4 mnkr i förhållande till budget. Avvikelser finns bland annat inom parkinvesteringar (2,7 mnkr lägre än budget). Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna på förseningar i ett projekt beroende på att miljöföroreningar upptäckts i marken.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

3. Intern kontroll

I detta avsnitt redovisas granskningen av nämndens interna kontroll. Av granskningen framgår bland annat i vilken utsträckning den interna kontrollen är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Vidare om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten har varit delvis tillräcklig. Av årets granskning framgår, liksom tidigare år, liknande utvecklingsbehov inom skilda verksamhetsområden. Iakttagelser som återkommer i granskningarna handlar om brister i styrning och uppföljning av internkontrollarbetet. Dock har nämnden åtgärdat flertalet tidigare lämnade rekommendationer och arbetet har utvecklats.

Nämnden bedömer, liksom föregående år, att den interna kontrollen inte varit helt tillräcklig under året, främst utifrån att det finns två avvikelser i genomförandet av kontroller enligt internkontrollplan. Revisionskontoret delar bedömningen men med ytterligare grunder vilket beskrivs nedan.

Arbetet med den interna kontrollen är delvis en integrerad del i styrning och uppföljning. Ett utvecklingsarbete har dock skett under året. Nämnden har fastställt en rutin för arbetet som bland annat beskriver hur verksamheterna ska arbeta med avdelnings- och enhetsspecifika väsentlighets- och riskanalyser samt internkontrollplaner och kontroller och uppföljning av dessa. Arbetet med implementering har påbörjats. Den uppföljande granskningen av kvalitetsledningssystem visar att det bland annat kvarstår ett arbete med att kartlägga samtliga väsentliga processer, ta fram rutiner för dem samt fastställa vart material och information ska finnas tillgängligt på ett samlat sätt.

Systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner behöver fortsatt utvecklas. Det gäller exempelvis i det förebyggande barnsäkerhetsarbetet, i arbetet med att efterleva data-skyddsförordningen samt i hanteringen av hemvårdsbidrag.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Vad gäller riktlinjer och rutiner som ska bidra till att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs finns förbättringsområden. Granskning av det förebyggande barnsäkerhetsarbetet inom förskolan visar att handlingsplaner och rutiner behöver upprättas i enlighet med stadens riktlinje. Vidare visar en granskning av hemvårdsbidrag att rutiner behöver fastställas för vad som gäller vid felaktiga utbetalningar och återkrav. Dock

har ett antal rutiner upprättats under året utifrån tidigare lämnade rekommendationer, till exempel för föreningsbidrag, stickprovskontroller av anmälningssärenden samt inom ekonomi- och personaladministrativa processer.

För 2021 genomfördes inte någon analys som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Det redovisades bero på hög frånvaro på grund av pandemin. Nämnden har i år genomfört analysen samt i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen har följts upp systematiskt och fortlöpande, förutom de två avvikelser i genomförandet som redovisats. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärdats.

Nämnden har en tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi. Nämnden har system och rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra. Nämnden rekommenderades 2020 inom området personlig assistans att utveckla rutiner för att motverka oegentligheter. Rekommendationen har åtgärdats.

Under året har revisionskontoret också genomfört granskningar som omfattat attesthantering i Agresso, intäkts- och inköpsprocessen, löneprocessen, pensionshantering och -redovisning samt förtroendekänsliga och ledningsnära poster. Inom inköpsprocessen och löneprocessen ses mindre avvikelser och förbättringsområden.

4. Räkenskaper

I detta avsnitt redovisas en bedömning av om nämndens räkenskaper är upprättade enligt lag om kommunal bokföring och redovisning, följer god redovisningssed samt stadens anvisningar. Bedömningen baseras på en granskning av nämndens bokslut och på övriga granskningar som genomförts under året.

Räkenskaperna bedöms vara upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

5. Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionen gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2022 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att åtgärda är att säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen implementeras och efterlevs samt att planerade åtgärder i syfte att efterleva dataskyddsförordningen genomförs.

Bilaga 1 – Årets granskning

Granskningar under perioden april 2022 - mars 2023

Förebyggande barnsäkerhetsarbete inom förskolan

En granskning har genomförts med syfte att bedöma om Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd säkerställer en trygg omsorg för barn i förskolan i enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer för barnsäkerhet.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden delvis följer stadens riktlinje för barnsäkerhet.

Förvaltningen har en organisation för barnsäkerhetsarbetet. De rutiner och riktlinjer som tagits fram centralt av förskoleavdelningen på förvaltningen uppfyller i delar de krav som ställs upp i riktlinjerna för barnsäkerhet. Det saknas en handlingsplan för hur personalen ska agera vid behov av inrymning vid hotande händelser i närområdet, och därtill har rutiner och handlingsplaner inte uppdaterats årligen. Det uppges även att informationen från central förvaltning till rektorerna gällande reviderade handlingsplaner ibland brister.

Information och utbildning om barnsäkerhet till personalen på förskolorna sker systematiskt. Personalen genomgår utbildning i brandskydd och i hjärt- och lungräddning vart annat år.

Förskoleavdelningen följer upp att barnsäkerhetsronderna har genomförts genom att begära in dokumentationen. Det sker dock ingen analys av framkomna brister eller av vidtagna åtgärder utifrån att samma brister skulle kunna finnas på andra förskolor. Därtill uppges att förskolorna inte använder sig av samma checklistor och protokoll för att genomföra barnsäkerhetsronderna. Det kan leda till att viktiga kontroller inte görs på alla förskolor samt att uppföljning och analys av ronderna på övergripande nivå försvåras.

Rektor anger att incidentrapporteringen gällande barnen följs upp löpande. I likhet med barnsäkerhetsronderna sker ingen systematisk uppföljning, varken på enhets- eller på avdelningsnivå, i syfte att analysera inrapporterade incidenter och tillbud utifrån risk att samma situation skulle kunna uppstå på andra förskolor inom stadsdelsförvaltningen.

Nämnden rekommenderas att:

- Upprätta handlingsplaner och rutiner i enlighet med stadens riktlinje för barnsäkerhet samt säkerställa att de uppdateras årligen.

- Säkerställa att informationen om uppdateringar av handlingsplaner och rutiner når ut till rektorer och biträdande rektorer.
- Upprätta gemensamma checklistor och protokoll för barnsäkerhetsronder.
- Systematiskt följa upp barnsäkerhetsarbetet på övergripande nivå, bl.a. genom att följa upp genomförda barnsäkerhetsronder samt rapporterade incidenter och tillbud som rör barnen.

Hemvårdsbidrag

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd har en tillräcklig intern kontroll i hanteringen av hemvårdsbidrag. Bedömningen är att den interna kontrollen är delvis tillräcklig.

Granskningen visar att handläggningen av hemvårdsbidrag utgår från stadens riktlinjer och tillämpningsanvisningar. Vidare finns upprättade lathundar för hanteringen av hemvårdsbidrag. Det finns en tydlig process från ansökan till utbetalning, med ett etablerat arbetssätt för fördelning av ärenden och utredning liksom för kontroller och månatliga avstämningar inför utbetalning av hemvårdsbidrag. Det finns en rutin för vad som ska kontrolleras, på vilket sätt samt av vilken funktion. Det kan dock tydliggöras i rutinen hur eventuella felaktiga utbetalningar och återkrav ska hanteras. Vidare finns inte någon kontroll av att rätt bankkontonummer registreras i verksamhetssystemet. Slutligen framgår att förvaltningen inte genomfört några egna stickprov eller utvärderat befintliga kontroller kopplat till hanteringen av hemvårdsbidragen. Stickprovsgranskning av om det finns ett biståndsbeslut samt om utbetalt belopp överensstämmer med fastställda nivåer visar att ett undertecknat beslut i personakt saknas samt att det finns brister i två av de sexton stickprovsgranskade utredningarna.

Nämnden rekommenderas att:

- Införa kontrollmoment för att säkerställa att bankkontonumret för utbetalning av hemvårdsbidraget tillhör den som blivit beviljat bidraget, i enlighet med stadens riktlinjer.
- Etablera rutiner för vad som gäller vid felaktiga utbetalningar och återkrav samt hur dessa ska hanteras.
- Införa löpande kontrollmoment i syfte att säkerställa efterlevnaden av riktlinjer och rutiner.

Profilboenden

En granskning har genomförts av hur staden säkerställer tillgången till profilboenden inom äldreomsorgen och hur Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd följer upp insatserna för brukarna i profilboenden

enligt stadens ”Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg”. Med profilboende avses ett vård- och omsorgsboende som riktas mot särskilda målgrupper med diagnos och/eller funktionsnedsättningar som kräver särskild omvårdnad och kompetens.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden har ett arbete och en planering för att ge staden förutsättningar för att säkerställa tillgång till profilboenden. Dock behöver nämnden intensifiera arbetet med att säkerställa att individuppföljningar genomförs och säkerställa att alla brukare har en genomförandeplan, i enlighet med stadens riktlinjer.

Stadsdelsnämnderna ansvarar för verksamheter inom staden som är i kommunal regi. Äldrenämnden ansvarar för att upphandla och förvalta avtal med privata utförare avseende profilboenden.

Granskningen visar att dokumenterad kartläggning och analys av särskilda målgrupper med diagnos och/eller funktionsnedsättningar som omfattas eller kan omfattas av profilboende, sker årligen via regionvisa äldreboendeplaner. Utifrån stadsdelsnämndernas regionvisa äldreboendeplaner utarbetar sedan äldreförvaltningen stadens äldreboendeplan. I region västerorts äldreboendeplan, ”Boendeplan för äldre 2023 med utblick mot 2040”, framgår att stadsdelsförvaltningen anser att det framöver kommer finnas behov av platser för äldre hemlösa personer som har missbruksproblematik eller andra specifika behov. Stadsdelsförvaltningen ser även ökat behov av boende för personer i åldersgruppen yngre äldre med komplexa svårigheter, såsom psykisk ohälsa, missbruk och samlarbeteende. Även profilboende för personer med demens i tidig ålder kommer att behövas.

Stadsdelsnämnderna ska utföra individuppföljningar. Det åligger även stadsdelsnämnderna att genomföra kvalitetsuppföljning på individnivå för att fånga in brukarnas egna upplevelser av äldreomsorgen kring t.ex. bemötande, delaktighet och personalkontinuitet. Stadsdelsnämnderna ansvarar också för att genomföra verksamhetsuppföljningar av profilboenden oavsett driftsform.

Vid intervju med stadsdelsförvaltningen framkommer att förvaltningen inte har genomfört individuppföljningar på profilboenden i någon större utsträckning sedan pandemin utbröt. Detta med hänvisning till att fysiska besök tidvis inte fick genomföras på vård- och omsorgsboenden under pandemin. Stadsdelsförvaltningen uppger också att det inte är ett alternativ att genomföra individuppföljningar via telefon. Stadsdelsförvaltningen understryker att merparten av brukarna har omfattande problem med psykisk ohälsa och långtgående demenssjukdom, vilket i sig medför svårigheter att överhuvudtaget genomföra intervjuer med brukarna. Ur revisionskontorets verifiering av brukarnas genomförandeplaner framgår att det finns planer för brukare i 30 av 41 ärenden, vilket motsvarar knappt 75 procent i måluppfyllelse.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att individuppföljningar genomförs i enlighet med stadens riktlinjer.
- Säkerställa att det finns genomförandeplaner för alla brukare i enlighet med stadens riktlinjer.

Attesthantering i Agresso

En granskning har genomförts av hanteringen av behörighet och attest i Agresso. Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även, i enlighet med stadens rutiner, ett attestkort för förvaltningschefen samt namnteckningsprov för attestant i genomfört stickprov. Uppföljning av behörigheter har skett enligt stadens rutiner.

Inköpsprocessen

En granskning har genomförts av inköpsprocessen med fokus på transporttjänster. Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna är korrekt hanterade avseende prestation, betalningsvillkor, attest och kontering.

En mindre avvikelse noterades i att en faktura vid granskningstillfället var felkonterad och förvaltningen uppmanas säkerställa att konteringen är korrekt.

Intäktprocessen

En granskning har genomförts av intäktprocessen avseende äldreomsorgsavgifter.

Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att fakturerat belopp överensstämmer med aktuellt avgiftsbeslut för samtliga stickprov. Betalning (alternativt hantering enligt kravrutin) sker vid rätt tidpunkt i enlighet med stadens regler, bokföring sker vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod och transaktionen är rätt konterad för samtliga stickprov. Verifikationerna uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler. Det framgår av delegationsordning vem som är behörig att besluta om makulering och makulering av fakturor har skett i enlighet med stadens regler.

Löneprocessen

En granskning har genomförts av löneprocessen. Enligt stadens anvisning ska kontroller ske med olika tidsintervall: månatliga, kvartalsvisa och årliga. Arbetet ska dokumenteras på ett sådant sätt att det framgår vad som har kontrollerats, resultatet och eventuell åtgärdsplan. En

skriftlig rutin för förvaring av material ska finnas. Granskningen har genomförts genom genomgång och verifiering av dokumenterade rutiner och kontroller samt genom uppföljning av avvikelser i genomförd registeranalys.

Uppföljningen av avvikelser från registeranalysen gjordes utan anmärkning. Granskningen visar att förvaltningen i allt väsentligt genomför och dokumenterar de kontroller som framgår av stadens riktlinjer. I vissa fall saknas spårbarhet i kontrollerna. I syfte att ytterligare stärka den interna kontrollen bör förvaltningen säkerställa att det alltid finns en spårbarhet till vem som genomfört kontrollerna och när.

Förtroendekänsliga poster

En granskning har genomförts av redovisning av förtroendekänsliga poster, där urvalet 2022 varit representation. Granskning har genomförts genom stickprov av kontering, deltagare, syfte, momsavdrag samt attestants behörighet och oberoende, dvs. att attestanten själv inte deltagit. Granskningen visar att samtliga granskade transaktioner i allt väsentligt är korrekt hanterade avseende kontering, syfte, deltagarlista samt attest. För de transaktioner som granskats bedöms inriktning och omfattning som rimlig.

Pensionshantering och -redovisning

En granskning har genomförts av pensionshantering och -redovisning. Granskningen har genomförts genom kartläggning av aktuella pensionsavtal samt genom dokumentgranskning av rutiner, riktlinjer och policys. Rutiner och dokumentation har granskats genom verifiering av dokumenterade kontroller. Rapporteringen av pensionsmedförande löner har granskats genom analys av årsrapportering avseende pensionsavtalet KAP-KL.

Granskningen har genomförts samlat för staden och ansvaret för granskad process ligger i huvudsak hos stadsledningskontoret och serviceförvaltningen. Genomförd granskning har inte föranlett några särskilda iakttagelser avseende nämndens verksamhet.

Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

Grundläggande och fördjupad granskning

Års-rapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2018	Hemlöshet inom prioriterade grupper Nämnden rekommenderas säkerställa att intentionen i stadens program mot hemlöshet efterlevs.	Ja	Innehållet i det reviderade hemlöshetsprogrammet har implementerats genom att på olika sätt och vid flera tillfällen informera berörda avdelningar. Det finns lokala styrdokument som komplement, till exempel rutiner för tak-över-huvudet-garantin, vräkningsförebyggande arbete samt styrdokument inom ramen för ett förebyggande projekt inom äldreomsorgen. Hemlöshetsprogrammet anger mål och strategier för arbetet samt på vilket sätt uppföljning ska ske. Vidare listas åtgärder som verktyg för att nå målsättningar, till exempel att erbjuda budget och skuldrådgivning med kort väntetid och att tillhandahålla boendelösningar utan villkor att delta i behandling. Dessa åtgärds punkter omhändertas. Utöver utvärdering av specifika projekt eller satsningar sker uppföljning inom ramen för den ordinarie verksamhetsrapporteringen.
ÅR 2019	Delegationsordning (uppföljning) Nämnden rekommenderas säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Vidare utveckla den interna kontrollen avseende delegation.	Ja	I internkontrollplan för 2020 angavs att stickprovskontroller av att anmälningsärenden hanterats korrekt skulle genomföras. Det kunde inte prioriteras på grund av pandemin. Stickprovskontroller genomfördes inte heller under 2021 varför rekommendationen kvarstod. En rutin för stickprovskontroll har under året tagits fram och fastställts av nämnden.
ÅR 2019	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen (uppföljning) Nämnden bör se till att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är aktuellt och omfattar samtliga delar. Nämnden bör även se till att väsentlighets- och riskanalys utarbetas och dokumenteras på avdelningsnivå, i enlighet med nämndens system för intern kontroll. Vidare rekommenderas nämnden se till att plan för egenkontroll utarbetas på enhetsnivå.	Delvis	Arbetet med att uppdatera ledningssystemet för kvalitetsarbetet har fortsatt. Bland annat har den digitala samarbetsytan utvecklats. Planer/rutiner för egenkontroll finns på enhetsnivå. Dock kvarstår ett arbete med att kartlägga samtliga väsentliga processer, ta fram rutiner för dem samt fastställa vart material och information ska finnas tillgängligt på ett samlat sätt. I dagsläget används den digitala samarbetsytan, olika delar av ILS samt fysisk och digital förvaring hos enheterna. Vidare återstår att genomföra avdelnings- och enhetsvisa väsentlighets- och riskanalyser utifrån processerna. Avdelningen äldreomsorg startade en utvecklingsenhet i mars 2022 med uppdrag att stötta verksamheterna i arbetet. Revisionskontoret bedömer att kvarstående arbete är angeläget att slutföra utifrån att den ursprungliga granskningen genomfördes redan 2017.
ÅR 2020	Intern samverkan inom individ och familjeomsorgen Nämnden rekommenderas att dokumentera samverkan i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, införa en kvalitetssäkring som säkerställer att aktuella brukare som finns aktualiserade med insatser inom socialpsykiatri och/eller missbruk har informerats om stöd avseende samsjuklighet.	Ja	Befintliga rutiner har reviderats och nya styrdokument upprättats som stöd i det löpande arbetet. Egenkontroller har inrättats på enhetsnivå för att följa upp samverkan. Nämnden har arbetat fram nya samverkansformer för att nå enskilda som är i behov av ytterligare stöd och samverkan mellan enheter. Information som lämnas till brukare om samverkan har förstärkts och lämnas, enligt uppgift, i ett tidigt skede av ärendets gång.

Års-rapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2020	Uppföljning av utförare av korttidstillsyn enligt LSS Nämnden rekommenderas att säkerställa att det tydligt framgår av beställning och genomförandeplan vad insatsen ska omfatta för att möjliggöra att insatsen och dess kvalitet kan följas upp.	Ja	På enheten för barn och unga har man infört att varje handläggare ska följa upp att genomförandeplan inkommer i alla ärenden genom att fylla i en statusfil som alla på enheten kommer åt. Om planen inte inkommer trots påminnelse skickas en avvikelserapport där utföraren får fylla i orsak till försening. När det gäller insatsens omfattning ska beställningen formuleras individuellt. Därtill ska handläggarna säkerställa att genomförandeplanen är utformad så det går att följa upp insatsen.
ÅR 2020	Köp av huvudverksamhet Nämnden rekommenderas att arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras.	Ja	Under året har en rutin vid misstanke om fusk och felaktigheter gällande personlig assistans tagit fram. Rutinen hanterar hur misstanke om fusk eller oegentligheter ska hanteras.
ÅR 2021	Systematiskt brandskyddsarbete i bostäder med särskild service för vuxna Säkerställa att personalen har tillräcklig kunskap om brukarnas reaktion vid en brandsituation samt om utrymnings-/inrymningsrutiner. Säkerställa att brandövningar genomförs. Säkerställa att kontroller av larmcentralen har utförts (åtgärdad).	Delvis	Stadsdelsnämnden har påbörjat att vidta åtgärder. Nämnden har uppdaterat den systematiska brandskyddsdocumentationen. Under 2022 har utbildning genomförts digitalt. Dock kvarstår att genomföra praktiska utbildningar, vilket planeras ske under våren 2023. Vid intervjuerna med förvaltningen framgår att det skett brandövningar vid vissa boendeenheter. För att säkerställa att brandövningar utförs och sker på ett korrekt sätt planeras att verksamheterna ska få stöd av extern brandexpert vid brandövningarna. Förvaltningen planerar att brandövningar ska ske minst två gånger per år. Kontroller av larmcentralen ingår i boendeenheternas egenkontroll.
ÅR 2020 ÅR 2021	Förtroendekänsliga och ledningsnära poster Nämnden rekommenderas att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.	Ja	Granskning av området 2022 visar inga avvikelser och tidigare rekommendationer bedöms i och med det åtgärdade.
ÅR 2021	Attesthantering Nämnden rekommenderas säkerställa att attestförteckningen överensstämmer med registrerade attestbehörigheter i Agresso.	Ja	En riktlinje har tagits fram gällande behörigheter. Av den framgår att uppföljning av behörigheter ska göras två gånger per år. Behörigheter avslutas också löpande under året vid avslut av anställning.
ÅR 2021	Intäktprocessen Nämnden rekommenderas att säkerställa att pris/ fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor/ avtal.	Ja	En rutin har tagits fram som hanterar kontroll av intäkter/inkomster. Verksamheten ska genomföra stickprovskontroll fyra gånger per år bland annat av korrekt belopp och momsavdrag samt att rätt period anges på fakturan. Vidare genomför även ekonomienheten granskningar av kundfakturer vid två tillfällen under året.
ÅR 2021	Inköpsprocessen Nämnden rekommenderas säkerställa att betalning sker vid rätt tidpunkt.	Ja	Under året har förvaltningen förändrat sitt arbetssätt genom att i högre utsträckning skicka påminnelser till berörda administratörer om att fakturer ska granskas, godkännas och atteras i tid. Påminnelse skickas två gånger i månaden. Vidare ges utbildningar i fakturahantering med regelbundenhet.

Års-rapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2022	<p>Profilboenden</p> <p>Säkerställa att individuppföljningar genomförs i enlighet med stadens riktlinjer.</p> <p>Säkerställa att det finns genomförandeplaner för alla brukare i enlighet med stadens riktlinjer.</p>	Se kommentar	Följs upp kommande år.
ÅR 2022	<p>Förebyggande barnsäkerhetsarbete</p> <p>Upprätta handlingsplaner och rutiner i enlighet med stadens riktlinje för barnsäkerhet samt säkerställa att de uppdateras årligen.</p> <p>Säkerställa att informationen om uppdateringar av handlingsplaner och rutiner når ut till rektorer och biträdande rektorer.</p> <p>Upprätta gemensamma checklistor och protokoll för barnsäkerhetsronder.</p> <p>Systematiskt följa upp barnsäkerhetsarbetet på övergripande nivå, bl.a. genom att följa upp genomförda barnsäkerhetsronder samt rapporterade incidenter och tillbud som rör barnen.</p>	Se kommentar	Följs upp kommande år.
ÅR 2022	<p>Hemvårdsbidrag</p> <p>Införa kontrollmoment för att säkerställa att bankkontonumret för utbetalning av hemvårdsbidraget tillhör den som blivit beviljat bidraget, i enlighet med stadens riktlinjer.</p> <p>Etablera rutiner för vad som gäller vid felaktiga utbetalningar och återkrav samt hur dessa ska hanteras.</p> <p>Införa löpande kontrollmoment i syfte att säkerställa efterlevnaden av riktlinjer och rutiner.</p>	Se kommentar	Följs upp kommande år.

Revisionsrapport

Revisionsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/delvis/nej)	Kommentar
Nr 5/2019	Implementering av dataskyddsförordningen Nämnden bör utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Vidare bör nämnden informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar.	Delvis	Under året har lokala tillämpningsanvisningar utifrån stadens informations säkerhetsriktlinje antagits men inte fullt ut implementerats. Arbetet med informationsklassning har ännu inte systematiserats. En handlingsplan för arbetet med registerförteckning har tagits fram och ingår i årshjulet i de lokala tillämpningsanvisningarna. Det beskrivs finnas ett utbildningsbehov hos verksamheterna för att säkerställa att registerförteckning, informationsklassning och konsekvensbedömningar blir korrekta och att arbetet sker med systematik.
Nr 3/2022	Bidrag till ideella föreningar Säkerställa att nämndens riktlinje överensstämmer med stadens samt utarbeta tillhörande arbetsätt och stödjande styrdokument som ger tillräcklig vägledning i handläggningen. Säkerställa att relevanta uppgifter och handlingar inhämtas samt att relevanta och befogade kontroller genomförs i handlägningsprocessen. Utveckla dokumentationen av samtliga moment i handlägningsprocessen.	Ja	En revidering av riktlinje och rutin har genomförts samt mallar har tagits fram för handläggning av ansökan och uppföljning. I rutinen beskrivs bland annat roller och ansvar, vilka kontroller som ska genomföras samt vart handläggaren kan hitta ytterligare metodstöd i sin bedömning av seriositet och för att förebygga oegentligheter. I mallarna beskrivs även handlägningsförfarandet. Dokumentation av kontroller och bedömningar/ställningstagandena sker i mallarna som sparas tillsammans med ansöknings- och redovisningsblankett.
Nr 8/2021	Placeringar av barn och ungdomar på HVB Säkerställa att dokumentation och uppföljning av vårdplaner och genomförandeplaner genomförs. Upprätta dokumenterade rutiner för kontroller av IVO-tillstånd inklusive dokumentation av genomförda kontroller (åtgärdad). Säkerställa och upprätta dokumenterade rutiner för att HVB gör kontroller ur polisens misstanke- och belastningsregister. Säkerställa att dokumentation och uppföljning avseende individuella avtal vid direktupphandlingar sker.	Delvis	Egenkontroller genomförs för att säkerställa att det sker dokumentation avseende vårdplaner och genomförandeplaner. Ur egenkontrollerna förekommer dock att det i en del fall inte finns genomförandeplaner i it-systemet Sociala system (Paraplyet). Kontroller genomförs av IVO-tillstånd och dokumenteras med utgångspunkt från förvaltningens egenkontrollmall. Dialog pågår med socialförvaltningen om hur kontroller ur polisens misstanke- och belastningsregister ska genomföras. En rutin uppges finnas för avtal och uppföljning av individuella avtal vid direktupphandlingar. Avtalsuppföljning sker dock inte på ett systematiskt sätt.

Bilaga 3 – Bedömningskriterier

Nedan redovisas de kriterier som ligger till grund för gjorda bedömningar. Bedömningarna avser såväl genomförandet som resultatet av verksamheten.

Analysen i rapporten är underlag till revisorernas slutliga bedömning av revisionsobjektens ansvarstagande. Revisorerna kan

1. tillstyrka att ansvarsfrihet beviljas,
2. rikta anmärkning,
3. avstyrka att ansvarsfrihet beviljas.

Detta redovisas i revisionsobjektets revisionsberättelse.

Verksamhet och ekonomi

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att nämnden har uppnått kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten.

Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har ett resultat som är förenligt med fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer.
- Har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser.
- Har bedrivit verksamheten enligt gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömning:

I allt väsentligt tillfredsställande	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.
Delvis tillfredsställande	Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

Intern kontroll

Den interna kontrollen är en process som utförs av nämnd, förvaltningsledning och personal. Den är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Processen säkerställer, med en rimlig grad av säkerhet, att verksamheten drivs effektivt, att lagar, förordningar och andra regler följs. Det lämnas en tillförlitlig finansiell redovisning och rättvisande rapportering om verksamheten.

Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.
- Har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga/oavsiktliga fel samt oegentligheter.
- Följer systematiskt och fortlöpande upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
- Genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker.
- Har riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.
- Följer upp den interna kontrollen systematiskt och fortlöpande.
- Har en rapportering som ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

Bedömning

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i huvudsak tillräcklig, delvis tillräcklig eller inte tillräcklig.

I huvudsak tillräcklig	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.
Delvis tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.

Inte tillräcklig

Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

Räkenskaper

Bedömning görs av om nämndens räkenskaper är upprättade enligt lag om kommunal bokföring och redovisning, följer god redovisningssed samt stadens anvisningar. Bedömningen baseras på en granskning av nämndens bokslut och på övriga granskningar som genomförts under året.

Bedömningskriterier

Nämndens räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

Bedömning

Räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer ska åtgärdas.

Räkenskaper är inte upprättade enligt lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar

Väsentliga brister finns som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.