



# Årsrapport 2019

## Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Rapport från  
stadsrevisionen  
Nr 24, 2020  
Dnr: 3.1.4-28/2020

Den kommunala revisionen är fullmäktiges 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 fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna 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 projektrapporter.

Publikationerna finns på stadsrevisionens hemsida, [stad.stockholm/revision](http://stad.stockholm/revision). De kan också beställas från revisionskontoret, [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till  
Hässelby-Vällingby  
stadsdelsnämnd

## Årsrapport 2019

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds verksamhet under 2019.

Revisorerna bedömer att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds verksamhetsmässiga resultat inte är helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Endast sju av tolv verksamhetsmål uppnås.

Vi hänvisar i övrigt till bifogad rapport som revisorerna behandlade den 19 mars 2020. Rapporten överlämnas till Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2020.

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

Revisionskontoret bedömer att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd från ekonomisk synpunkt har bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Bedömningen grundar sig på att fullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnåtts. Nämnden bedöms däremot inte ha bedrivit verksamheten på ett helt ändamålsenligt sätt, då det verksamhetsmässiga resultatet inte är helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Nämnden redovisar att endast sju av tolv verksamhetsmål uppnåtts.

Under året har granskningar genomförts av nämndens stöd till anhöriga till personer med missbruks-/beroendeproblematik samt nämndens kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen. Granskningarna visar på vissa utvecklingsområden. Bland annat behöver nämnden årligen följa upp anhörigstödet samt säkerställa att uppföljningen omfattar samtliga målgrupper. Vidare bör nämnden revidera sitt ledningssystem för kvalitet så att det omfattar samtliga delar som ska ingå enligt Socialstyrelsens föreskrift.

## Intern kontroll

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Under året har revisionen bland annat granskat nämndens implementering av dataskyddsförordningen samt delegationsordning och återrapportering av delegationsbeslut. Några utvecklingsområden har identifierats. Det gäller bland annat styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen samt anmälan och systematisk uppföljning av delegationsbeslut.

Övriga granskningar som revisionen genomfört av nämndens interna kontroll har omfattat inköpsprocessen, intäktsprocessen, behörighets- och attesthantering i Agresso samt kontroll av löneutbetalningar. Den interna kontrollen i granskade processer och rutiner bedöms vara tillräcklig.

**Räkenskaper**

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

**Uppföljning av tidigare års granskningar**

Nämnden har delvis vidtagit åtgärder utifrån revisorernas rekommendationer i föregående års granskningar. De väsentligaste rekommendationer som återstår att genomföra avser anmälan samt uppföljning och kontroll av delegationsbeslut, samt nämndens kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen.

# Innehåll

<b>1. Årets granskning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Verksamhet och ekonomi .....</b>	<b>1</b>
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	4
<b>3. Intern kontroll .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Räkenskaper .....</b>	<b>7</b>
<b>5. Uppföljning av tidigare års granskning .....</b>	<b>7</b>

## **Bilagor**

Bilaga 1 – Årets granskningar .....	9
Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer .....	14
Bilaga 3 – Bedömningskriterier .....	17

# 1. Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsord 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.

De förtroendevalda revisorerna har träffat representanter för nämnden våren 2019 i samband med genomgång av 2018 års granskning och avstämning inför år 2019.

Granskningsledare har varit Anna Spetz vid revisionskontoret och Richard Moëll Vahul 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 följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser samt haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Nämnden bedöms från ekonomisk synpunkt ha bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Däremot bedöms det verksamhetsmässiga resultatet inte vara helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Bedömningen grundar sig på iakttagelser som redovisas i avsnitt 2.1 och 2.2.

## 2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Revisionen konstaterar att nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2019 inte är helt förenligt med de mål som fullmäktige fastställt. Nämnden bedöms inte ha bedrivit verksamheten på ett helt ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundas på granskning av nämndens redovisning i verksamhetsberättelsen vad gäller måluppfyllelse samt på övriga granskningar som genomförts under året.

Nämndens verksamhetsberättelse bedöms i huvudsak ge en rättvisande bild av det verksamhetsmässiga resultatet. Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Redovisningen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse. Verksamhetsberättelsen innehåller tydliga analyser vid bedömning av måluppfyllelse. Revisionens granskning visar att det i huvudsak finns grunder för nämndens målbedömningar.

I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden att den bidrar till att uppfylla fullmäktiges tre inriktningsmål. Vad gäller inriktningsmålet *En hållbart växande och dynamisk storstad med hög tillväxt* noterar revisionskontoret dock att tre av fem tillhörande verksamhetsmål bedöms som delvis uppfyllda. Vidare noteras att nämnden i den sammanfattande analysen av inriktningsmålet redovisar att tre av fem verksamhetsmål uppfylls, vilket inte överensstämmer med bedömningen av respektive verksamhetsmål.

Nämnden bedömer att sju av kommunfullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts. Fem av verksamhetsmålen redovisas som delvis uppfyllda. Andelen verksamhetsmål som bedöms vara uppfyllda är i nivå med föregående år.

Verksamhetsmålet *I Stockholm är människor självförsörjande och vägen till arbete och svenskunkunskaper är kort* bedöms uppfyllas delvis då nämnden inte uppnår årsmålen för majoriteten av indikatorerna. Andelen personer med ekonomiskt bistånd, andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd samt andelen barn i familjer med ekonomiskt bistånd har även ökat i förhållande till föregående år. Nämnden förklarar resultatet med att antalet nyanlända nästan fördubblats i jämförelse med 2018. För att långsiktigt förbättra måluppfyllelsen har nämnden genomfört kartläggningar och analyser av



nyanländas situation och behov som bland annat resulterat i nya arbetssätt och en integrationssatsning.

Verksamhetsmålet *I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande* redovisas som delvis uppfyllt. Motsvarande verksamhetsmål avseende äldreomsorgen uppfylldes delvis även 2018. Målet mäts till stor del genom brukarundersökningar. Fortsatta utvecklingsområden för nämnden gäller bland annat äldres upplevelse av möjlighet till delaktighet i omsorgen, upplevd trygghet samt möjlighet till utevistelse vid vård- och omsorgsboende.

Revisionen har genomfört en uppföljande granskning av kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen. Granskningen visar att nämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Bland annat omfattar nämndens ledningssystem inte alla delar som ska ingå enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Rekommendationer lämnas utifrån de brister som granskningen påvisar. Se bilaga 1.

Verksamhetsmålen *Stockholms infrastruktur främjar effektiva och hållbara transporter samt god framkomlighet, Stockholm är en modern kultur- och evenemangsstad med en stark besöksnäring samt Stockholm är en hållbar stad med en god livsmiljö* bedöms delvis uppfyllda. Bedömningarna grundas på att majoriteten av indikatorerna inte uppnår årsmålen samt att samtliga nämndmål inte uppnås. Fortsatta utvecklingsområden för nämnden är att bland annat öka andelen inköpta ekologiska måltider och livsmedel samt förbättra nöjdheten hos ungdomar avseende tillgång till idrotts- och kulturaktiviteter.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av nämndens stöd till anhöriga till personer med missbruks-/beroendeproblematik. Den sammantagna bedömningen är att nämnden erbjuder stöd för att underlätta för anhöriga till personer med missbruks-/beroendeproblematik i enlighet med 5 kap. 10 § socialtjänstlagen och nationella riktlinjer. Delar som dock behöver utvecklas, utifrån stadens program för stöd till anhöriga, gäller information, samverkan och uppföljning. Se bilaga 1.

## 2.2 Ekonomiskt resultat

### 2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2019:

Driftverksamhet (mkr)	Budget 2019	Bokslut 2019			Budgetavvikelse 2018
		Utfall	Avvikelse		
Kostnader	2 291,5	2 299,4	-7,9	0,3 %	-3,9
Intäkter	340,3	351,9	11,6	3,4 %	4,8
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>1 951,2</b>	<b>1 947,5</b>	<b>3,7</b>	<b>0,2 %</b>	<b>0,9</b>
<b>Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar</b>	<b>1 951,2</b>	<b>1 950,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0 %</b>	<b>0,5</b>

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall ligger i nivå med budget. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnåtts. Nämnden bedöms ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar dock avvikelser inom vissa verksamhetsområden. De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena stöd och service till personer med funktionsnedsättning (-12,7 mnkr), äldreomsorg (-5,4 mnkr) samt nämnd- och förvaltningsadministration (9,5 mnkr).

Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning bland annat på att kostnader för SoL-insatser och resor överstiger det fasta anslaget. En stor andel LSS-insatser utförs även utanför valfrihetssystemet, vilket medför högre kostnader. I jämförelse med 2018 har underskottet inom verksamhetsområdet ökat från -7,1 mnkr till -12,7 mnkr. Verksamhetens nettokostnad har samtidigt ökat med 6,8 mnkr.

Underskottet inom äldreomsorgen beror, enligt nämndens redovisning, bland annat på att åtgärder inom hemtjänsten inte gett väntad effekt samt att nämndens vård- och omsorgsboenden under de senaste åren haft låg beläggningsgrad. Ett av nämndens vård- och omsorgsboenden har därför avvecklats under 2019. Nämnden redogör för det arbete som gjorts under året med att anpassa bemanningen utifrån förutsättningarna. Det uppges vara ett långsiktigt arbete som tar tid.

Överskottet inom nämnd- och förvaltningsadministration beror bland annat på vakanshållande av tjänster och uppskjutna planerade inköp för att balansera andra verksamhetsområdets underskott.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

### **2.2.2 Investeringsverksamhet**

Nämndens utfall för investeringsverksamheten ligger sammantaget i nivå med budget. En mindre avvikelse finns inom inventarier och maskiner (-1,3 mnkr). Enligt nämndens redovisning beror avvikelsen på att värdet för bilar med finansiell leasing enligt nya regler ska bokföras som tillgångar i balansräkningen, vilket inte beräknats i budget. Vidare begär nämnden ombudgetering av medel för trygghetsinstallationer på förskolegårdar (0,6 mnkr) som inte kunnat genomföras under 2019 på grund av förseningar från leverantören.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

## **3. Intern kontroll**

I detta avsnitt redovisas en granskning 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 i huvudsak har varit tillräcklig. Av genomförda granskningar framgår dock att det finns vissa brister.

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Granskning visar dock att nämnden behöver utveckla en systematisk kontroll och uppföljning av delegationsbeslut inom samtliga ärendegrupper.

Nämnden har en organisation med en i huvudsak tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel, samt oegentligheter. En granskning av nämndens delegationsordning visar dock att det inte varit helt tydligt hur nämnden delegerat beslutanderätten då samtliga beslut som krävs för vidaredelegation inte funnits på plats. Nämnden har åtgärdat detta genom beslut om ny delegationsordning

2020<sup>1</sup>. Granskningen visar även att det finns brister i anmälan av delegationsbeslut till nämnden, se bilaga 1. Nämnden har under året granskats av Justitieombudsmannen (JO) i ett ärende rörande myndighetsutövning mot enskild. Av JO:s beslut, vilket innebär kritik mot nämnden i hanteringen av individärendet, bedömer JO även att nämnden har bristande kunskap om och förståelse för den egna delegationsordningen.

Det finns riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Dock finns vissa utvecklingsområden. Nämnden saknar en samlad förteckning över beslutade styrdokument. Vidare visar en granskning av nämndens implementering av dataskyddsförordningen att nämndens arbete med personuppgiftsbehandlingar inte är helt tillräckligt. Identifierade avvikelser avser bland annat informationsklassning och systematiken i inventering av personuppgiftsbehandlingar. Nämnden rekommenderas bland annat att utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Se bilaga 1.

Nämnden genomför årliga analyser som i huvudsak fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Dock noteras att nämnden reviderade sin internkontrollplan i november efter att revisionen uppmärksammat att den beslutade planen saknade två av tre obligatoriska processer.

Beslutade kontroller följs delvis upp systematiskt och fortlöpande. Under 2019 har tre av kontrollerna i den interna kontrollplanen inte genomförts. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärder har föreslagits. Nämnden rekommenderas säkerställa att samtliga beslutade kontroller genomförs.

Nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en i huvudsak aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi. Nämnden har system och rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra.

Nämndens uppföljningar under året har identifierat ekonomiska problem inom verksamhetsområdet stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Nämnden har genomfört åtgärder för att komma till rätta med budgetavvikelserna. Bland annat genom att

---

<sup>1</sup> Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd 2020-01-30 § 6.

omförhandla priserna för beviljade insatser utanför stadens valfrihetssystem samt där det är möjligt erbjuda byte till utförare inom valfrihetssystemet. Under hösten har arbetet gett positiv effekt och underskottet har minskat med 4,8 mnkr i jämförelse med prognosen i tertiärrapport 2.

Vidare har nämnden identifierat ekonomiska utmaningar inom hemtjänsten. Åtgärder har vidtagits i form av bland annat anpassning av bemanningen, tydligare ekonomistyrning samt löpande uppföljning av väsentliga nyckeltal för verksamheten.

Åtgärderna har inte varit helt tillräckliga för att under 2019 komma till rätta med de ekonomiska utmaningarna för verksamheterna.

Under året har revisionen även genomfört granskningar avseende behörighets- och attesthantering i Agresso, inköps- och intäktprocessen samt kontroll av löneutbetalningar. Sammantaget bedöms den interna kontrollen i granskade processer vara tillräcklig. Se bilaga 1.

## **4. Räkenskaper**

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

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vidare i allt väsentligt vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

## **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 2019 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationer som återstår att genomföra avser anmälan samt uppföljning och kontroll av delegationsbeslut samt nämndens kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen.

## Bilaga 1 – Årets granskningar

### Granskningar under perioden april 2019 - mars 2020

---

#### Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

##### **Stöd till anhöriga till personer med missbruks-/beroendeproblematik**

En granskning har genomförts för att bedöma om stadsdelsnämndens styrning och uppföljning säkerställer att anhöriga till personer med missbruks-/beroendeproblematik erbjuds stöd i enlighet med 5 kap. 10 § socialtjänstlagen och stadens program för stöd till anhöriga.

I Stockholms stads program för stöd till anhöriga anges att stadsdelsnämnderna ska ha väl fungerade rutiner, arbetsmetoder och organisation för att möta anhörigas behov och underlätta deras vardag i enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser. Stadsdelsnämnderna ska utforma organisationen på ett sådant sätt att de tillgodoser de anhörigas behov av stöd. Det ska vara tydligt till vem/vart den anhörige kan vända sig för att få stöd och det ska finnas en tydlig ingång till socialtjänsten.

Granskningen visar att stadsdelsnämnden i huvudsak har rutiner för att fånga upp anhörigas behov av stöd. Däremot behöver nämnden tydliggöra, i ordinarie informationskanaler, till vem eller vart anhöriga till närstående med missbruk/beroende kan vända sig vid behov av stöd.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende socialt stöd. Detta i form av bland annat programmet CRAFT (Community Reinforcement Approach Family Treatment).

Socialt stöd till anhöriga i enlighet med de nationella riktlinjerna finns att tillgå inom staden och erbjuds av socialnämnden och stadsdelsnämnderna.

Stadsdelsnämnden genomför ingen strukturerad samlad uppföljning av anhörigstödet där samtliga målgrupper ingår.

Sammanfattningsvis bedöms nämnden erbjuda stöd för att underlätta för anhöriga till personer med missbruks-/beroende-

problematik i enlighet med 5 kap. 10 § socialtjänstlagen och nationella riktlinjer. Delar som dock behöver utvecklas, utifrån stadens program för stöd till anhöriga, gäller information, samverkan och uppföljning.

Utifrån redovisade iakttagelser och bedömningar lämnas följande rekommendationer. Nämnden rekommenderas att:

- tydliggöra i ordinarie informationskanaler till vem eller vart anhöriga till närstående med missbruk/beroende kan vända sig vid behov av stöd
- genomföra årlig uppföljning av anhörigstödet och säkerställa att uppföljningen omfattar samtliga målgrupper

### **Kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen - uppföljning**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån 2017 års granskning, så att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrift.

Granskningen visar att nämnden inte har reviderat det förvaltningsövergripande ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Det omfattar inte alla delar som ska ingå enligt Socialstyrelsens föreskrift.

Granskningen visar att nämnden på avdelningsnivå inte har en uppdaterad och dokumenterad väsentlighets- och riskanalys. Revisionskontoret noterar att det avviker från vad som anges i nämndens system för intern kontroll. Avdelningen har heller inte fastställt vad enheternas egenkontroll ska omfatta.

Granskad enhet, Vällingby hemtjänst, har utarbetat en uppdaterad och dokumenterad väsentlighets- och riskanalys. Granskningen visar dock att enheten saknar en dokumenterad plan för egenkontroll. Enhetens dokumentation av egenkontroll har utvecklats, så att det framgår vad som kontrollerats och vilka resultat som framkommit.

Sammantaget bedöms att nämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån 2017 års rekommendationer.

Följande rekommendationer lämnas utifrån årets granskning:

- nämnden bör se till att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är aktuellt och omfattar samtliga delar som ska ingå enligt Socialstyrelsens föreskrift



- nämnden bör se till att väsentlighets- och riskanalys utarbetas och dokumenteras på avdelningsnivå, i enlighet med nämndens system för intern kontroll
- nämnden bör se till att plan för egenkontroll utarbetas på enhetsnivå

## **Intern kontroll**

### **Implementering av dataskyddsförordningen (rapport nr 5 2019)**

Revisionskontoret har genomfört en granskning av stadens följsamhet till dataskyddsförordningen. Syftet med granskningen har varit att bedöma hur implementeringen av förordningen har genomförts. Granskningen har omfattat stadens nämnder och kommunstyrelsen.

Granskningen visar att nämndens arbete med personuppgiftsbehandlingar inte är helt tillräckligt. Det kvarstår arbete innan nämndens arbete med personuppgiftsbehandlingar uppnår kraven i dataskyddsförordningen. I granskningen har framkommit att nämnden har utsett ett dataskyddsombud och anmält dataskyddsombudet till Datainspektionen. Vidare har nämnden inventerat sina personuppgiftsbehandlingar och upprättat en registerförteckning. Dock finns inget systematiskt och regelbundet arbete med inventering av personuppgiftsbehandlingar. Nämnden har heller inte informationsklassat sina informationstillgångar.

Revisionskontoret rekommenderar nämnden att:

- utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen
- informationsklassa sina informationstillgångar
- regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar

### **Delegationsordning - uppföljning**

En granskning har genomförts av om nämndens delegationsordning och återrapportering överensstämmer med kommunallagens bestämmelser. Granskningen har avgränsats till:

- om det är tydligt hur beslut ska fattas inom nämndens ansvarsområde
- om anmälan av granskade beslut sker enligt kommunallagens bestämmelser
- nämndens interna kontroll avseende delegationsbeslut

Den sammantagna bedömningen är att nämndens delegationsordning och återrapportering inte helt överensstämmer med

kommunallagens bestämmelser. Vid tiden för granskningen var det inte helt tydligt hur nämnden delegerat beslutanderätten då samtliga beslut som krävs för vidaredelegation inte fanns på plats. Nämnden har åtgärdat detta genom beslut om ny delegationsordning den 30 januari 2020. Vidare visar revisionskontorets verifiering att beslut i huvudsak fattas av rätt delegat men att det finns vissa brister i anmälan av beslut till nämnden. Granskningen visar även att nämnden inte har en systematisk uppföljning av delegationsbeslut för alla ärendegrupper.

Det är viktigt att det av nämndens beslut om delegation tydligt framgår vilken beslutanderätt som delegerats och vem som är delegat i varje ärende. Om nämnden uppdrar till förvaltningschefen att fatta beslut och ger hen rätt att vidaredelegera beslutanderätten ska förvaltningschefen fatta ett beslut om vilka ärenden som vidaredelegeras till vilken delegat. Detta beslut ska anmälas till nämnden. Om beslutskedjan från nämnd till delegat brister riskerar det lagligheten i besluten. Om delegationsbeslut inte anmäls till nämnden i enlighet med kommunallagens bestämmelser vinner besluten inte laga kraft. Vidare brister nämndens uppföljning av de beslut som fattats på nämndens vägnar samt att medborgarnas insyn minskar.

Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer. Nämnden bör:

- säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser
- utveckla sin interna kontroll avseende delegation

### **Attesthantering i Agresso**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende attesthantering i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad process är tillräcklig. Granskningen visar att det finns en aktuell, undertecknad attestförteckning som överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Granskningen visar även att det finns namnteckningsprov för attestanterna i genomfört stickprov. Det finns också en rutin för löpande uppföljning av attesträtter.

### **Behörighetshantering i Agresso**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende behörighetshantering i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad process är tillräcklig. Granskningen visar att det finns behörighetsblanketter som överensstämmer med registrerade behörigheter i Agresso. Vid granskningstillfället saknades dock obligatoriska underskrifter på

14 av 15 blanketter. I samband med granskningen vidtogs åtgärd och de gamla blanketterna kompletterades med underskrift. Vid en uppföljning i samband med årsbokslutet genomfördes nya stickprov som inte visade på någon avvikelse, varför bristen bedöms åtgärdad. Granskningen visar heller inte på några otillåtna rollkombinationer. Det finns också en rutin för löpande uppföljning av behörigheter i Agresso.

### **Kontroll av löneutbetalningar**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende lönehantering. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin är tillräcklig. Granskningen visar att det finns en förvaltningsspecifik rutin för lönehantering, utöver stadens anvisningar. Av rutinen framgår vilka kontrollmoment som ska göras och av vem. Kontrollerna dokumenteras i begränsad utsträckning. Det finns till viss del rutin för löpande uppföljning och kontroll på övergripande nivå. Nämnden har bedömt att rutiner och arbetssätt varit väl fungerande och har därför inte inkluderat lönehantering i nämndens internkontrollplan 2019. Processgenomgång av fem flöden visar inga avvikelser avseende löneutbetalning. Genomgången omfattar kontroll av att anställningsavtal finns, korrekt löneökning registrerats samt att korrekt lön utbetalats.

### **Inköpsprocessen - köp av verksamhet**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen är tillräcklig avseende köp av huvudverksamhet. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad process är tillräcklig. Granskningen visar att transaktionerna är korrekt hanterade avseende prestation, bokföringsunderlag, betalningstidpunkt, bokföringstidpunkt samt kontering. Vidare visar genomfört stickprov att det finns en följsamhet till stadens riktlinjer och lagen om offentlig upphandling avseende köp av huvudverksamhet.

### **Intäktprocessen - försäljning av verksamhet**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i intäktprocessen avseende försäljning av verksamhet. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad process är tillräcklig. Den översiktliga processgenomgången har verifierats genom stickprovskontroller. Dessa visar att granskade kundfakturor i allt väsentligt har fakturerats vid rätt tidpunkt, stämmer överens med avtalade villkor, uppfyller kraven enligt god redovisningssed och stadens regler, har betalats vid rätt tidpunkt, är redovisad i rätt period samt har konterats korrekt.

## Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

### Årlig och fördjupad granskning

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
ÅR 2017	<b>Rutiner för automatiska periodiseringar</b> Nämnden rekommenderas att säkerställa att automatiska periodiseringar blir korrekta.	X			Uppföljning 2019 visar att nämnden genomför löpande stickprovskontroller för att säkerställa att periodiseringarna blir korrekta.  Revisionens verifiering visar ingen avvikelse. Samtliga transaktioner/hyresfakturer var korrekt periodiserade.
ÅR 2017	<b>Lönehanteringen</b> Nämnden rekommenderas att säkerställa att anställningsavtal inkommer och att personalakter upprättas för samtliga nyanställda medarbetare.	X			Uppföljning 2019 visar att nämnden genomfört stickprov under året för att säkerställa att anställningsavtal är inskickade enligt fastställda rutiner.  Revisionens genomgång av nämndens rutiner och kontroller samt genomförda stickprov visar inte på några avvikelser.
ÅR 2018	<b>Hemlöshet inom prioriterade grupper</b> Nämnden rekommenderas att säkerställa att intentionen i stadens program mot hemlöshet efterlevs.				Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.
ÅR 2018	<b>Tillgänglighet i offentlig miljö och till stadens service</b> Nämnden rekommenderas att utveckla processer när det gäller att utreda, kartlägga och ta fram åtgärder avseende tillgänglig samhällsinformation. Detta för att säkerställa att samhällsinformationen blir tillgänglig oavsett funktionsförmåga.				Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.
ÅR 2019	<b>Delegationsordning (uppföljning)</b> Nämnden rekommenderas säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Vidare utveckla den interna kontrollen avseende delegation.				En uppföljande granskning gällande nämndens delegationsordning har genomförts, se bilaga 1.  I 2017 års granskning rekommenderades nämnden att utveckla en uppföljning och kontroll som säkerställer att fattade beslut efterlever delegationsordningen och anmäls till nämnden.  Nämnden bedöms inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån de tidigare rekommendationerna, varför nya rekommendationer lämnas.
ÅR 2019	<b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen (uppföljning)</b> 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				En uppföljande granskning gällande nämndens kvalitetsledningssystem för äldreomsorgen har genomförts, se bilaga 1.  I 2017 års granskning rekommenderades nämnden att uppdatera avdelningens ledningssystem så att det omfattar föreskriftens samtliga områden. Vidare rekommenderades nämnden dokumentera avdelningens riskanalys samt utveckla dokumentationen av enhetens egenkontroll, så att det framgår vilka resultat som framkommit.  Nämnden bedöms inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån de tidigare rekommendationerna, varför nya rekommendationer lämnas.

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	egenkontroll utarbetas på enhetsnivå.				
ÅR 2019	<b>Stöd till anhöriga till personer med missbruks-/beroende-problematik</b> Nämnden rekommenderas att tydliggöra i ordinarie informationskanaler till vem eller vart anhöriga till närstående med missbruk/beroende kan vända sig vid behov av stöd. Vidare bör nämnden genomföra årlig uppföljning av anhörigstödet och säkerställa att uppföljningen omfattar samtliga målgrupper.				
ÅR 2019	<b>Intern kontroll</b> Nämnden bör säkerställa att samtliga beslutade kontroller i internkontrollplanen genomförs.				

## Revisionsprojekt

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Nr 7/2017	<b>Utredningstider inom individ- och familjeomsorgen</b> Nämnden bör se över sin styrning, uppföljning och analys avseende handläggningen av barn- och ungdomsärenden för att säkerställa att förhandsbedömningar och utredningar genomförs inom lagstadgad tid. Nämnden bör vidare se över och utveckla arbetssätt för att säkerställa att handläggningen genomförs enligt lagstiftning och stadens riktlinjer. Slutligen bör nämnden säkerställa tillförlitligheten i redovisningen av utredningstider genom att se till att registrering i verksamhetssystemet sker på ett korrekt och enhetligt sätt.				Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Nr 5/2019	<p><b>Implementering av dataskyddsförordningen</b>                      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.</p>				

## Bilaga 3 – Bedömningskriterier

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

### Verksamhet och ekonomi

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

### Bedömningskriterier

Nämnden/styrelsen:

- 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.
- Har haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

### Bedömning:

<i>Tillfredsställande</i>	Bedömningskriterier är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.
<i>Inte helt tillfredsställande</i>	Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Det finns brister som måste åtgärdas.
<i>Inte tillfredsställande</i>	Bedömningskriterier bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som måste åtgärdas omgående.

## Intern kontroll

Den interna kontrollen är en process som utförs av nämnd/styrelse, förvaltnings- eller bolagsledning 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/styrelsen:

- Har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och 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 riskanalyser som fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att minimera risken för att verksamhetens mål inte uppnås. Nämnden/styrelsen 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:

*Tillräcklig*

Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.

*Inte helt tillräcklig*

Bedömningskriterierna bedöms delvis uppfyllda. Det finns brister som måste åtgärdas.

*Inte tillräcklig*

Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som måste åtgärdas omgående.



### **Räkenskaper**

Nämndens redovisning är upprättad enligt lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

### **Bedömningskriterier**

Nämndens:

- Redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.
- Räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning och god redovisningssed.

### **Bedömning:**

*Rättvisande*

Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.

*Inte rättvisande*

Väsentliga brister finns som måste åtgärdas.