



Årsrapport 2019

Södermalms stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen
Nr 31, 2020
Dnr: 3.1.4-35/2020

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 granskningspromemorior för 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. De kan också beställas från revisionskontoret, revision.rvk@stockholm.se.

Till
Södermalms stadsdelsnämnd

Årsrapport 2019

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av Södermalms stadsdelsnämnds verksamhet under 2019.

Revisorerna har den 19 mars 2020 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Södermalms 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

Sammantaget bedöms att Södermalms stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bedömningen grundas på granskning av nämndens redovisning i verksamhetsberättelsen vad gäller måluppfyllelse och ekonomiskt utfall samt på övriga granskningar som genomförts under året.

Under året har en granskning genomförts av äldre med psykisk ohälsa, vilken visar på vissa utvecklingsområden. Bland annat saknar nämnden ett systematiskt uppsökande arbete riktat mot äldre personer. Vidare bör nämnden säkerställa att rutinerna för att uppmärksamma psykisk ohälsa bland äldre efterlevs. Revisionen har även gjort en uppföljande granskning av kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen där nämnden bedöms ha vidtagit åtgärder utifrån lämnade rekommendationer.

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 en uppföljande granskning av handläggning och dokumentation av LSS-ärenden i enlighet med DUR, 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 i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån revisorernas rekommendationer i föregående års granskningar. Nämnden behöver dock säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls samt utveckla den interna kontrollen gällande delegation.

Innehåll

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

Bilagor

Bilaga 1 – Årets granskningar	8
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 revisionsordning 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 Annika Hansson 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.

Sammantaget bedöms att Södermalms stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från

ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. 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 i allt väsentligt är förenligt med de mål som fullmäktige fastställt. Nämnden bedöms i huvudsak ha bedrivit verksamheten på ett 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. Nämnden bör dock utveckla sin analys när det gäller grunderna för bedömning av måluppfyllelse för såväl nämndmålen som fullmäktiges verksamhetsmål.

I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer att elva av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts.

Verksamhetsmålet *Stockholm är en trygg, säker och välskött stad att bo och vistas i* redovisas som delvis uppfyllt. Bedömningen grundas på att en av fem KF-indikatorer uppnår målvärdet, tre delvis och en inte alls. Resultaten baseras till stor del på stadens medborgarundersökning. Jämfört med 2018 har indikatorn som mäter invånarnas upplevda trygghet minskat från 84 procent till 74 procent. Södermalms resultat är dock bättre än genomsnittet för staden. Övriga indikatorer visar på små skillnader i jämförelse med föregående år. Nämnden arbetar med frågan bland annat genom att i platssamverkan utveckla Medborgarplatsen och Björns trädgård. Arbetet sker tillsammans med bland annat polisen, lokala näringslivet, fastighetsägare och civilsamhället. Vidare sker trygghetsarbete inom ramen för Söderandan – nämndens lokala brottsförebyggande råd.

Nämnden bedömer verksamhetsmålet *I Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet* som helt uppfyllt. Revisionskontoret noterar dock att utfallet för flera indikatorer väsentligt avviker från årsmålet och att resultaten även i vissa fall försämrats i jämförelse med 2018. Nämnden redovisar att den kommer genomföra fördjupade analyser

och vidta åtgärder för att förbättra resultaten under 2020. Samtliga underliggande nämndmål bedöms uppfyllda och nämnden har under året genomfört flera aktiviteter som de bedömer bidrar till att verksamhetsmålet uppfylls.

När det gäller målet om kontinuitet inom hemtjänsten anger nämnden att åtgärder vidtagits såsom effektivare planering, arbete i arbetslag och fasta vikarier. Nämnden arbetar aktivt med frågan i dialog med privata utförare. Dock har arbetet inte gett tillräcklig effekt ännu, utan resultatet är i nivå med föregående år. Nämnden bedömer att målet kommer vara svårt att nå för samtliga utförare som verkar inom Södermalm. Resultatet för egenregin har däremot förbättrats i jämförelse med föregående år. Egenregins egna mätningar i maj och oktober visar på ytterligare ökad kontinuitet.

Sammantaget visar revisionens granskning att det finns grunder för nämndens målbedömning.

Revisionen har genomfört en granskning av stadens arbete rörande äldre med psykisk ohälsa. Granskningen visar bland annat att nämnden saknar ett systematiskt uppsökande arbete, att samtliga medarbetare inom hemtjänsten inte har information om det förebyggande arbetet samt att uppföljning och analys av den förebyggande verksamheten bör utvecklas. Nämnden rekommenderas att vidta åtgärder utifrån granskningens slutsatser.

En uppföljande granskning har gjorts avseende kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen. Granskningen visar att nämnden vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Det kvarstår dock för nämnden att säkerställa att berörda enheter dokumenterar genomförd egenkontroll i enlighet med den struktur som utarbetats.

För mer information om de genomförda granskningarna, 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	2 752,3	2 778,2	-25,9	0,9 %	-38,9
Intäkter	386,8	417,4	30,6	7,9 %	40,8
Verksamhetens nettokostnader	2 365,5	2 360,8	4,7	0 %	1,9
Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar	2 365,5	2 365,3	0,2	0 %	0

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall ligger i nivå med budget. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnått. 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 individ- och familjeomsorg (-20,6 mnkr), ekonomiskt bistånd (-6,8 mnkr) och äldreomsorg (13,9).

Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna inom individ- och familjeomsorgen främst på att antalet externa placeringar har ökat. Underskottet för enheten barn- och unga är större än prognosen i tertialrapport 2, vilket enligt redovisningen beror på att ärendemängden ökat samt att planerade åtgärder inte har fått önskad effekt. Nämnden har i budget 2020 tillfört medel för att ge verksamheten bättre förutsättningar, samtidigt som arbetet med åtgärdsplaner fortsätter. I jämförelse med 2018 har underskottet inom verksamhetsområdet ökat från -10,1 mnkr till -20,6 mnkr. Verksamhetens nettokostnad har samtidigt ökat med 18,4 mnkr.

Underskottet inom ekonomiskt bistånd härleds till en ökning av det genomsnittliga antalet hushåll som haft bidrag under året. Både i jämförelse med budget och föregående år.

Överskottet för äldreomsorgen förklaras främst av minskat antal placeringar inom vård- och omsorgsboende. Nämnden har också haft ökade intäkter, bland annat till följd av övertagandet av Magdalenagårdens vård- och omsorgsboende. Nämndens utförare i

egen regi redovisar ett sammantaget underskott om 5,0 mnkr, vilket är i nivå med föregående år.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med 14,4 mnkr i förhållande till budget. Störst avvikelser finns inom park- och reinvesteringar (totalt 9,5 mnkr). Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna främst på försenade tidplaner för två projekt. För projekten *Kvarteret Rosendahl mindre* beror detta på att arkeologiska fynd påträffades i samband med markarbeten. Länsstyrelsen har beslutat att ytterligare utgrävningar av platsen ska göras. Gällande projektet *Reimersholme parkyta* beror förseningen på att markföroreningar upptäckts. Nämnden begär ombudgetering om 9,1 mnkr för ovan nämnda projekt.

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 det saknas systematiska kontroller och uppföljning av delegationsbeslut. Vidare visar revisionens verifiering att egenkontrollen gällande förändringsplaner i ärenden som avser ekonomiskt bistånd inte har dokumenterats löpande. Ett arbete uppges ha påbörjats för att utveckla dokumentationen och en ny rutin för uppföljning ska implementeras under 2020.

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.

Nämnden har dock inte en uttalad process för hur medarbetare ska agera vid misstanke om oegentligheter. Under 2020 kommer detta, enligt uppgift, implementeras i årshjulet för APT och ett gemensamt informationsmaterial kommer att användas för att säkerställa att medarbetare har kunskap om hur de ska hantera misstankar om oegentligheter.

Det finns riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Dock finns vissa utvecklingsområden. En granskning av nämndens implementering av dataskyddsförordningen visar 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. Vidare visar revisionens granskning av delegationsordningen att det finns brister i anmälan av delegationsbeslut till nämnden. Se bilaga 1.

Nämnden genomför årligen 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 samt följer upp de beslutade kontrollerna, systematiskt och fortlöpande. De avvikelser som upptäckts har dokumenterats och åtgärder har föreslagits. Revisionskontorets verifiering visar att beslutade kontrollaktiviteter genomförts och dokumenterats i enlighet med vad som redovisas till nämnden.

När det gäller avtalsuppföljning av parkentreprenad har nämnden utvecklat arbetet under året. Det finns bland annat arbetsformer för löpande kontroller och regelbundna uppföljningsmöten. Dock noterar revisionskontoret att det inte finns en dokumenterad plan eller rutin för genomförandet av de löpande stickprovskontrollerna. Detta är viktigt för att säkerställa systematiken i arbetet och minska personberoendet.

Nämnden har i huvudsak 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.

Nämndens uppföljningar under året har identifierat ekonomiska utmaningar inom verksamhetsområdena individ- och familjeomsorg

och ekonomiskt bistånd. Nämnden har genomfört åtgärder för att komma till rätta med budgetavvikelserna, bland annat genom åtgärdsplaner, översyn av boendeformer inom socialpsykiatri, omförhandling av priser för individavtal, samt ett aktivt arbete med ledarskap och medarbetarskap. Åtgärderna har dock inte varit helt tillräckliga. Nämnden beräknar att åtgärderna kommer ge större effekt under 2020.

Under året har revisionen även genomfört granskningar avseende behörighets- och attesthantering i Agresso, inköpsprocessen, intäktsprocessen, kontroll av löneutbetalningar samt en uppföljande granskning av handläggning och dokumentation av LSS-ärenden i enlighet med DUR. 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 i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. Nämnden behöver dock säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls samt utveckla den interna kontrollen gällande delegation.

Bilaga 1 – Årets granskningar

Granskningar under perioden april 2019 - mars 2020

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Äldre med psykisk ohälsa (rapport nr 3 2020)

Revisionskontoret har granskat om staden bedriver ett ändamålsenligt arbete med att förebygga och uppmärksamma psykisk ohälsa bland personer som är 65 år och äldre.

Granskningen visar att stadsdelsnämndernas planering, organisering och utbud avseende det förebyggande och uppsökande arbetet varierar. Södermalms stadsdelsnämnd saknar ett systematiskt uppsökande arbete. Vidare har inte samtliga hemtjänstutförare information om den förebyggande verksamheten.

Nämnden har rutiner och arbetssätt för att uppmärksamma psykisk ohälsa. Den behöver dock säkerställa, t.ex. genom systematisk egenkontroll, att rutinerna följs när det gäller utredningsdokumentation och uppföljning av biståndsbedömda insatser. Vidare finns det inte dokumenterade rutiner för samverkan inom samtliga berörda verksamheter.

Nämnden arbetar med att säkerställa att berörd personal har tillräckliga kunskaper för att kunna uppmärksamma psykisk ohälsa bland äldre. Det finns dock fortsatt behov av att bibehålla och öka personalens kompetens. Granskningen visar slutligen att det finns brister när det gäller analys av det förebyggande och uppsökande arbetet.

Revisionskontorets sammantagna bedömning är att staden bedriver ett systematiskt arbete med att uppmärksamma psykisk ohälsa bland äldre personer, även om det finns delar som behöver utvecklas. Vidare bedömer revisionskontoret att stadens förebyggande och uppsökande arbete behöver förbättras, framförallt när det gäller uppföljning och analys.

Nämnden rekommenderas att:

- utveckla ett systematiskt uppsökande arbete riktat mot äldre personer
- se till att såväl kommunala som privata hemtjänstutförare har information om nämndernas förebyggande verksamhet

- säkerställa att biståndshandläggare, i utredningar, konsekvent beaktar och dokumenterar den enskildes situation när det gäller psykisk hälsa och välbefinnande
- följa upp samtliga biståndsbedömda insatser minst årligen
- utarbeta och implementera rutiner för samverkan med regionen inom berörda verksamheter
- utveckla analysen av det förebyggande arbetet riktat mot äldre personer

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 föreskrifter och allmänna råd.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden vidtagit åtgärder utifrån rekommendationerna i 2017 års granskning. Granskningen visar att nämnden har tillsett att det övergripande ledningssystemet för kvalitetsarbete är aktuellt. Det finns även rutiner för att se till att processer och rutiner som är del av det större kvalitetsarbetet hålls uppdaterade.

Nämnden har, i enlighet med revisionskontorets rekommendation, utarbetat en plan för egenkontroll vid avdelningen för äldreomsorg. Nämnden har även utvecklat strukturen för arbetet med dokumentation av genomförd egenkontroll, för att underlätta för enheterna att dokumentera och sammanställa vad som kontrollerats och vilka resultat som framkommit. Vid årets slut har strukturen inte börjat tillämpas av samtliga enheter.

Nämnden har utarbetat och dokumenterat en väsentlighets- och riskanalys för äldreomsorgen inför 2019.

Utifrån granskningen lämnas följande rekommendation:

- Nämnden bör se till att berörda enheter dokumenterar genomförd egenkontroll på ett enhetligt sätt, i enlighet med den struktur som utarbetats.

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. Det är tydligt hur och till vilken funktion nämnden delegerat beslutanderätten. Revisionskontorets verifiering visar att beslut i huvudsak fattas av rätt delegat men att det finns 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

Handläggning och dokumentation av LSS-ärenden i enlighet med DUR - uppföljning

Under 2017 granskade revisionskontoret handläggning och dokumentation av ärenden i enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. I stadens riktlinjer för handläggning av insatser enligt LSS anges att ett strukturerat utrednings- och uppföljningsmaterial ska tillämpas, DUR (Dokumentation, Utvärdering, Resultat). Uppföljning av LSS-insatser ska göras minst en gång per år. Granskningen omfattade vuxna brukare. Nämnden rekommenderades säkerställa att samtliga beslutade insatser följs upp årligen.

Stadsdelsnämnden har en rutin avseende uppföljning av insats som tydliggör att alla insatser ska följas upp årligen och hur uppföljningen ska genomföras. Nämnden följer upp och dokumenterar om uppföljningarna genomförts. Revisionen har tagit del av dokumentationen och den visar att det finns insatser som inte har följts upp under det senaste året. Nämnden har uppmärksammat detta och vidtagit åtgärder.

Stadsdelsnämnden bedöms i huvudsak ha vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån den rekommendation som lämnades av revisionen vid den tidigare granskningen.

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 och den 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 och att dessa är undertecknade av behöriga personer, samt överensstämmer med registrerade behörigheter i Agresso. Granskningen visar 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 stadens anvisningar för lönehantering används. Därutöver finns det förvaltnings specifika riktlinjer och rutiner för löne- och personalhantering, samt rutiner för löpande uppföljning och kontroll på övergripande nivå. Löneprocessen ingår i nämndens väsentlighets- och riskanalys samt 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	Uppföljning av insatser för personer med funktionsnedsättning Nämnden rekommenderas säkerställa att samtliga beslutade insatser följs upp årligen.	X			Den uppföljande granskningen visar att nämnden i huvudsak har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att samtliga beslutade insatser följs upp årligen. Granskningen visar att nämnden har en rutin för uppföljning av insats som tydliggör att alla insatser ska följas upp årligen och hur uppföljningen ska genomföras. Vidare sker egenkontroller för att säkerställa att uppföljningarna genomförs.
ÅR 2018	Intäktprocessen Nämnden rekommenderas införa kontroller i syfte att säkerställa att samtliga tjänster faktureras.	X			Den uppföljande granskningen visar att nämnden vidtagit åtgärder för att säkerställa att samtliga tjänster faktureras. Nämnden har infört kontroller på enhets-, avdelnings- och övergripande nivå och det finns rutinbeskrivningar för dessa. Vidare visade stickproverna i internkontrollgranskningen 2019 inga avvikelser.
ÅR 2018	Inköpsprocessen Nämnden rekommenderas att ta fram en dokumenterad rutin för regelbunden avstämning av leverantörsreskontra samt se över rutinen för avstämning av upphandlingar.	X			Den uppföljande granskningen visar att nämnden vidtagit åtgärder utifrån lämnad rekommendation. Serviceförvaltningen utför regelbundna avstämningar av leverantörsreskontra på uppdrag av nämnden. Vidare kontrolleras avtalstroheten på känsliga konton tre gånger per år av stadsdelsförvaltningens jurist och controller. Samtliga leverantörer kontrolleras mot avtalsdatabasen. Vidare visar stickproven i internkontrollgranskningen 2019 inga avvikelser gällande följsamhet till lagen om offentlig upphandling och stadens regler.
ÅR 2019	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen (uppföljning) Nämnden rekommenderas säkerställa att berörda enheter dokumenterar genomförd egenkontroll på ett enhetligt sätt, i enlighet med den struktur som utarbetats.				En uppföljande granskning gällande nämndens kvalitetsledningssystem för äldreomsorgen har genomförts, se bilaga 1. I 2017 års granskning rekommenderades nämnden att hålla avdelningens ledningssystem för kvalitetsarbetet uppdaterat. Vidare rekommenderades nämnden att ta fram och dokumentera en plan för hur egenkontrollen ska bedrivas på avdelningsnivå samt utveckla dokumentationen av genomförda kontroller, så att det framgår vad som kontrollerats och vilka resultat som framkommit. Nämnden har sedan föregående granskning vidtagit åtgärder utifrån de tidigare rekommendationerna. Revisionskontoret har lämnat en rekommendation för nämndens fortsatta arbete.
ÅR 2019	Delegationsordning (uppföljning) Nämnden rekommenderas säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Vidare utveckla den interna kontroll avseende delegation.				En uppföljande granskning gällande nämndens delegationsordning har genomförts, se bilaga 1. I 2017 års granskning rekommenderades nämnden att tydliggöra tillämpning av delegation, vidaredelegation och verkställighet i delegationsordningen. Nämnden rekommenderas också att utveckla sin uppföljning och kontroll av beslut som fattas med stöd av delegation från nämnden. Nämnden har delvis vidtagit åtgärder utifrån den tidigare granskningen. Bland annat har en ny delegationsordning tagits fram som bedöms överensstämma med kommunallagens bestämmelser. Det är tydligt hur delegation sker från nämnd till delegat och vem som har delegation i respektive ärende. Vissa brister avseende efterlevnad samt uppföljning och kontroll kvarstår, varför nya rekommendationer lämnas.

Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Nr 7/2017	<p>Utredningstider inom individ- och familjeomsorgen</p> <p>Nämnden rekommenderas att se över och utveckla sin styrning, uppföljning och analys avseende handläggningen av barn- och ungdomsårenden för att säkerställa att förhandsbedömningar och utredningar genomförs inom lagstadgad tid.</p> <p>Nämnden rekommenderas också att se över och utveckla arbetssätt för att säkerställa att förhandsbedömningar och utredningar genomförs enligt lagstiftning och stadens riktlinjer. Detta avser framförallt dokumentationen av planering samt av barn och ungas bästa i utredningen.</p> <p>Nämnden rekommenderas också att säkerställa tillförlitligheten i redovisningen av utredningstider genom att se till att registrering i verksamhetssystemet sker på ett korrekt och enhetligt sätt.</p>				<p>Nämnden har i sitt yttrande bl.a. uppgett att nya rutiner för uppföljning och kontroll har tagits fram. Vidare att ett processteam har inrättats i syfte att följa upp, analysera och utveckla handläggningen och stödet till barn och unga.</p> <p>Det noteras att nämndens uppföljning av den interna kontrollen visar att de lagstadgade tiderna för förhandsbedömning och utredning inte har hållits under 2019.</p> <p>Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.</p>
Nr 8/2017	<p>Direktupphandling</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att direktupphandlingar genomförs i enlighet med LOU och stadens riktlinjer för direktupphandling vad gäller konkurrensutsättning, seriositetsprövning och dokumentation.</p>	X			<p>Den uppföljande granskningen visar att nämnden har beslutat om riktlinjer för direktupphandling. Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder för att säkerställa att direktupphandlingar följer LOU och stadens riktlinjer för direktupphandling.</p>
Nr 11/2018	<p>Kontinuitet inom hemtjänsten</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att uppföljning av beslutade hemtjänstinsatser sker minst en gång per år. Uppföljningsdokumentationen bör omfatta insatsernas innehåll, omfattning och kvalitet samt den enskildes uppfattning om utförandet. Vidare rekommenderas nämnden säkerställa att beställarenheten har tillgång till aktuella genomförandeplaner för samtliga brukare och att dessa kontrolleras mot beställning samt att den enskildes önskemål om när och hur insatserna ska utföras går att utläsa av genomförandeplanen för varje enskilt ärende.</p>				<p>Av nämndens yttrande framgår att den anser att revisionsrapporten pekar på viktiga utvecklingsområden och att lämnade rekommendationer har uppmärksamats. Nämnden ser också behov av ett stadsövergripande utvecklingsarbete.</p> <p>Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.</p>

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Nr 5/2019	<p>Implementering av dataskyddsförordningen Nämnden bör utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Vidare bör nämnden informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgifts-behandlingar.</p>				
Nr 3/2020	<p>Äldre med psykisk ohälsa Nämnden bör utveckla ett systematiskt uppsökande arbete riktat mot äldre personer. Vidare rekommenderas nämnden se till att såväl kommunala som privata hemtjänstutförare har information om nämndens förebyggande verksamhet. Nämnden bör säkerställa att biståndshandläggare, i utredningar, konsekvent beaktar och dokumenterar den enskildes situation när det gäller psykisk hälsa och välbefinnande samt följa upp samtliga biståndsbedömda insatser minst årligen. Nämnden rekommenderas även att utarbeta och implementera rutiner för samverkan med regionen inom berörda verksamheter. Slutligen bör nämnden utveckla analysen av det förebyggande arbetet riktat mot äldre personer.</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.