



# Årsrapport 2020

## Södermalms stadsdelsnämnd

Rapport från  
stadsrevisionen  
Nr 29, 2021  
Dnr: RVK 2021/31

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 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 webbplats, [start.stockholm/revision](http://start.stockholm/revision). De kan också beställas från revisionskontoret, [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till  
Södermalms stadsdelsnämnd

## Årsrapport 2020

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av Södermalms stadsdelsnämnds verksamhet under 2020.

Nämndernas verksamheter har påverkats av pandemin i olika omfattning. Nämnden har till del inte haft rådighet över situationen. Vår granskning visar att nämnden har anpassat sin styrning och vidtagit åtgärder i syfte att eftersträva kontinuitet i verksamheten. Medborgare och brukare har dock påverkats av att verksamhet inte utförts och av de restriktioner och anpassningar som gällt inom exempel äldreomsorgen. Pandemin är ännu inte över och den slutliga utvärderingen av hur staden och dess nämnder hanterat situationen dröjer. I vår roll som revisorer kommer vi under år 2021 följa utvecklingen.

Revisorerna har den 25 mars 2021 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Södermalms stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2021.

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 av Södermalms stadsdelsnämnd.

## Verksamhet och ekonomi

År 2020 var ett annorlunda år. Stadens verksamheter har anpassats till de speciella förutsättningar som pandemin medfört men trots anpassningar har vissa verksamheter inte kunnat utföras som planerat. Bland annat har daglig verksamhet inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning varit stängd eller haft begränsad verksamhet under delar av året. Det har inneburit att brukarna inte kunnat gå till sitt arbete och den struktur och meningsfullhet som insatsen erbjuder. Inom äldreomsorgen har möjligheten att ta emot besök för brukarna varit begränsad, vilket sannolikt inneburit ett stort avbräck i livskvaliteten för de äldre. Inom staden har antal tomma platser på vård- och omsorgsboenden ökat då flera brukare tackat nej till beslutad insats. Även inom hemtjänsten har insatser avstått på grund av rädsla för smitta. Utifrån dessa förutsättningar, som nämnden till del inte haft rådighet över, bedömer revisionskontoret att verksamheten ur ett brukarperspektiv inte kunnat bedrivas på ett helt ändamålsenligt sätt.

Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms inte vara helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Nämnden redovisar att ett av tre inriktningsmål uppfylls delvis, *En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla*.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av samverkan med regionen kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden samverkar med regionen när så är möjligt. Bedömningen grundar sig bland annat i att primärvården inte kallar samordnad individuell planering (SIP) i den omfattning som överenskommits. Det gör det svårt för stadsdelsnämnden att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Södermalms stadsdelsnämnd bedöms från ekonomisk synpunkt ha bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Bedömningen grundas i att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnåtts.

### **Intern kontroll**

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

Årets granskningar har bland annat omfattat inköpsprocessen, intäktsprocessen, beslutsunderlag och uppföljning av nämndbeslut, köp av huvudverksamhet enligt LSS som utförs av externa utförare samt lönetillägg. Utvecklingsområden har identifierats, bland annat avseende rutiner för avtalsuppföljning, införande av systematiska tillståndskontroller av externa utförare avseende personlig assistans samt att införa och dokumentera nyckelkontroller avseende hanteringen av bostads- och lokalhyresintäkter. Granskning av förtroendekänsliga poster har identifierat väsentliga avvikelser avseende redovisning av transaktioner.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen för att bedöma om nämnden har arbetsätt för en god samverkan mellan verksamhetsområdena. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden bör utveckla samverkan inom individ- och familjeomsorgen och att dokumentation av pågående samverkan bör tydliggöras.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat attest- och behörighetshantering i Agresso samt kontroll av löneutbetalningar. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms i huvudsak vara tillräckliga.

### **Räkenskaper**

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

### **Uppföljning av tidigare års granskningar**

Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån revisionskontorets rekommendationer i föregående års granskningar.

# 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.....	5
<b>3. Intern kontroll .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Räkenskaper.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Uppföljning av tidigare års granskning .....</b>	<b>8</b>

## **Bilagor**

Bilaga 1 - Årets granskningar .....	9
Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer .....	16
Bilaga 3 – Bedömningskriterier .....	19

# 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 revisionssed 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.

Den pågående pandemin har påverkat verksamhet och ekonomi. Revisionen har anpassats utifrån de förutsättningar som gällt under året.

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 har åtgärdat rekommendationer i tidigare års granskningar redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i bilaga 2.

Presidiet mellan de förtroendevalda revisorerna och representanter för nämnden genomfördes inte våren 2020 på grund av rådande pandemi.

Granskningsledare har varit Jonas Zackrisson 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.

Nämnden bedöms från ekonomisk synpunkt ha bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Däremot bedöms det verksamhetsmässiga resultatet inte vara helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Nämnden redovisar att ett av tre inriktningsmål uppfylls delvis, *En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla*.

Bedömningen grundar sig på iakttagelser som redovisas i avsnitt 2.1 och 2.2.

## **2.1 Verksamhetsmässigt resultat**

Årets verksamhet och förutsättningarna för att nå god målfyllelse har påverkats av pandemin. Stadens verksamheter har anpassats till de speciella förutsättningar som gällt men trots anpassningar har vissa verksamheter inte kunnat utföras som planerat. Bland annat har daglig verksamhet inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning varit stängd eller haft begränsad verksamhet under delar av året. Inom äldreomsorgen har möjligheten att ta emot besök för brukarna varit begränsad, vilket sannolikt inneburit ett stort avbräck i livskvaliteten för de äldre. Inom staden har antal tomma platser på vård- och omsorgsboenden ökat då flera brukare tackat nej till beslutad insats. Även inom hemtjänsten har insatser avståtts på grund av rädsla för smitta. Utifrån dessa förutsättningar, som nämnden till del inte haft rådighet över, bedömer revisionskontoret att verksamheten ur ett brukarperspektiv inte kunnat bedrivas på ett helt ändamålsenligt sätt.

Vidare konstateras att nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2020 inte är helt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Bedömningen grundas på granskning av nämndens redovisning i verksamhetsberättelsen 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 målfyllelse.

I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden att den bidrar till att uppfylla två av kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Inriktningsmål 1. *En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla* bedömer nämnden uppfylls delvis. Nämnden bedömer att åtta



av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts. Fyra av verksamhetsmålen redovisas som delvis uppfyllda varav tre finns under inriktningsmål 1.

Verksamhetsmålet *1.2 Stockholm är en trygg, säker och välskött stad att bo och vistas i* redovisas som delvis uppfyllt. Bedömningen görs till stor del utifrån resultatet från föregående års medborgarundersökning då årets undersökning inte genomförts på grund av den rådande pandemin. För 2019 redovisade nämnden att tre av indikatorerna uppfylldes delvis och att en inte uppfylldes. Ett av nämndmålen bedöms som delvis uppfyllt. Samtliga aktiviteter i verksamhetsplanen har genomförts.

Verksamhetsmål *1.3 I Stockholm når barn sin fulla potential då Stockholms skolor och förskolor är de bästa i Sverige* redovisas som uppfyllt. Två av tre nämndmål redovisas som delvis uppfyllda. Revisionskontoret konstaterar att flertalet indikatorer som rör nöjdhets- och kvalitetsmätning för såväl föräldrar som personal, inte uppnår årsmålen samt redovisar ett lägre utfall jämfört med föregående år. Nämnden redovisar analyser av resultaten och åtgärder finns planerade inför 2021.

Verksamhetsmål *1.4 I Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet* redovisas som delvis uppfyllt. Ett av nämndmålen uppfylls helt, ett uppfylls delvis och ett uppfylls inte. Nämnden redovisar högre resultat, jämfört med föregående år, för indikatorer som rör diskriminering, bemötande och möjlighet att påverka insatser. Fördjupade analyser från föregående år och vidtagna åtgärder anges ha bidragit till ett högre resultat, men att den rådande pandemin bidrar till att verksamhetsmålet inte uppfylls fullt ut. Samtliga aktiviteter i verksamhetsplanen har genomförts.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen för att bedöma om stadsdelsnämnden har arbetssätt för en god samverkan inom individ- och familjeomsorgen som tillvaratar den enskildes behov. I granskningen har det framkommit att stadsdelsnämnden har arbetssätt för skapa en helhetssyn och individuellt stöd kring individen i enlighet med Socialtjänstlagens krav. Granskning av personakter och journalanteckningar visar dock att samverkan och samsjuklighet inte har dokumenterats i enlighet med stadens riktlinjer och Socialstyrelsens dokumentationskrav. Sammantaget bedömer revisionskontoret att stadsdelsnämnden bör utveckla samverkan

inom individ- och familjeomsorgen och att dokumentation av pågående samverkan bör tydliggöras.

Nämnden bedömer att verksamhetsmål *1.5 I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande* som delvis uppfyllt. Bedömningen grundas i att sex av tio indikatorer uppfylls, tre uppfylls delvis och en uppfylls inte. Den rådande pandemin har haft stor påverkan på verksamhetsområdet och åtgärder har vidtagits för att minska risker för smittspridning. Indikatorerna visar på små skillnader jämfört med föregående år och samtliga aktiviteter enligt plan har genomförts.

Verksamhetsmål *3.2 Stockholm använder skattemedlen effektivt till största nytta för stockholmarna* redovisas som delvis uppfyllt. Resultatet från genomförd medarbetarenkät visar på ett något bättre utfall jämfört med föregående år även om målen inte uppnås helt. När det gäller indikatorerna för sjukfrånvaro uppnås inte årsmålen. Den ökade sjukfrånvaron anges huvudsakligen bero på pandemin.

Verksamhetsmål *1.3 I Stockholm når barn sin fulla potential då Stockholms skolor och förskolor är de bästa i Sverige* redovisas som uppfyllt. Revisionskontoret konstaterar att flertalet indikatorer som rör nöjdhets- och kvalitetsmätning för såväl föräldrar som personal, inte uppnår årsmålen samt redovisar ett lägre utfall jämfört med föregående år. Två av tre nämndmål redovisas som delvis uppfyllda. Nämnden redovisar analyser av resultaten och åtgärder finns planerade inför 2021.

Revisionskontorets granskning visar att det i huvudsak finns grund för nämndens målbedömning.

En granskning har genomförts av samverkan med regionen kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Syftet var att bedöma om samverkan sker i enlighet med gällande lagstiftning och regional överenskommelse. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden samverkar med regionen när så är möjligt. Bedömningen grundar sig bland annat i att primärvården inte kallar samordnad individuell planering (SIP) i den omfattning som överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnden att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 2.2 Ekonomiskt resultat

### 2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2020:

Driftverksamhet (mkr)	Budget 2020	Bokslut 2020			Budgetavvikelse (mkr) 2019
		Utfall	Avvikelse		
Kostnader	2 786,4	2 733,3	53,1	1,9 %	-25,9
Intäkter	-349,7	-387,7	38,0	11 %	30,6
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>2 436,7</b>	<b>2 345,6</b>	<b>91,1</b>	<b>3,7 %</b>	<b>4,7</b>
<b>Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar</b>	<b>2 436,7</b>	<b>2 356,6</b>	<b>80,1</b>	<b>3,2 %</b>	<b>0,2</b>

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 80,1 mnkr i förhållande till budgeten. Stor del av överskottet är effekter av pandemin. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnåts. Nämnden bedöms ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar avvikelser inom vissa verksamhetsområden. De största avvikelserna finns inom äldreomsorg (58,3 mnkr) och stöd och service till personer med funktionsnedsättning (22 mnkr). Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna på minskade kostnader och ökade intäkter till följd av den rådande pandemin. Överskottet inom äldreomsorgen består bland annat av minskade kostnader för placeringar inom vård- och omsorgsboende och insatser inom hemtjänst i ordinarie boende, till följd av att brukare avstått insatser under rådande pandemi. Vidare har statsbidrag för sjuklöneersättningar erhållits.

Inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning redovisas att överskottet beror på minskade kostnader för turbundna resor till följd av att dagliga verksamheter varit stängda under delar av året på grund av pandemin. Vidare har ett flertal brukare av sagt sig sin hemtjänst vilket bidrar till överskottet.

För individ- och familjeomsorgen redovisas ett underskott för bokslutet. Prognosen under året har varit att kostnaderna skulle öka till följd av den rådande pandemin, men kostnaderna har inte ökat i den takt som befarats. Ökade kostnader för externa placeringar bidrar dock till att verksamhetsområdena landar i ett underskott.

Nämnden har förklarat avvikelserna kortfattat. Revisionskontoret noterar att förklaringarna i verksamhetsberättelsen bör utvecklas för att underlätta förståelsen. Detta är särskilt viktigt ett år med stora avvikelser.

Inom nämnden finns sex resultatenheter inom förskola och parklek. För innevarande år redovisar enheterna ett överskott om 11 mnkr. Sammantaget förs 34,9 mnkr över till 2021.

### **2.2.2 Investeringsverksamhet**

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med 4,9 mnkr i förhållande till budget. Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna på anläggningsåtgärder som inte har hunnit påbörjas under året och förseningar till följd av arkeologisk utgrävning och påfunna markföroreningar.

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 inte har varit helt tillräcklig.

Arbetet med den interna kontrollen är i huvudsak en integrerad del i styrning och uppföljning. Däremot bör systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner förbättras. Några utvecklingsområden som har identifierats är bland annat att införa och dokumentera nyckelkontroller avseende fakturering av bostads- och lokalhyresintäkter, avtalsuppföljning samt införande av kontrollmoment för beslut och underlag avseende lönetillägg.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel. Revisionskontorets granskning av förtroendekänsliga poster visar dock på väsentliga brister i följsamhet till stadens regler avseende redovisning av transaktioner.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen för att bedöma om nämnden har arbetssätt för en god samverkan mellan verksamhetsområdena. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden bör utveckla samverkan inom individ- och familjeomsorgen och att dokumentation av pågående samverkan bör tydliggöras.

Nämnden genomför årliga analyser som 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. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärdats.

Nämnden har en i huvudsak 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. Granskning visar dock på vissa utvecklingsområden, främst avseende systematiska tillståndskontroller för att säkerställa att utförarna har tillstånd från Inspektion för vård och omsorg.

Nämndens uppföljningar under året har identifierat ekonomiska avvikelser inom verksamhetsområdena stöd och service till personer med funktionsnedsättning, ekonomiskt bistånd samt äldreomsorg. Indikatorn som avser prognossäkerhet redovisas som delvis uppfylld. Det prognosticerade resultatet var 40 mnkr i tertialrapport 2 medan utfallet blev 80,1 mnkr. Överskottet förklaras huvudsakligen med minskade nettokostnader till följd av den rådande pandemin. Antalet äldre på vård- och omsorgsboende har minskat och prognosticerade kostnadsökningar inom ekonomiskt bistånd har inte skett i den omfattning som befarats. Nämnden ser även en minskning i antalet turbundna resor till följd av att dagliga verksamheter varit stängda under våren och fortsatt lågt deltagande även efter att de öppnat igen. Vidare har nämnden erhållit högre statsbidrag för pandemirelaterade kostnader och sjuklönekostnader än vad som beräknats.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av nämndens arbete med uppföljning av nämndbeslut. Nämnden har i huvudsak tillräckliga rutiner och arbetssätt för ärendehantering. En systematisk till nämnden för alla typer av beslut saknas. Balanslistor förs på avdelningsnivå, men nämnden tar inte del av dessa. Bedömningen är att nämnden inte har helt tillräckliga rutiner för att kunna säkerställa att samtliga beslutade ärenden är verkställda enligt beslutssatserna.

Övriga granskningar som revisionskontoret har genomfört under året har omfattat inköpsprocessen, intäktsprocessen, lönetillägg samt köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare. Flera utvecklingsområden har identifierats vilka redovisas ovan.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat attest- och behörighetshantering i Agresso samt kontroll av löneutbetalningar. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms i huvudsak vara tillräckliga.

Genomförda granskningar redovisas mer ingående i 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.

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning, delårsrapport och årsredovisning är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vidare 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. Revisionskontoret gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2020 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionskontorets rekommendationer. Delar som återstår av rekommendationerna kommer att följas upp under 2021.

## Bilaga 1 - Årets granskningar

### Granskningar under perioden april 2020 - mars 2021

---

#### Verksamhet och ekonomi

##### **Samverkan utskrivna patienter från slutenvård (rapport 2021:02)**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om samverkan sker kring patienter som skrivs ut från slutenvård i enlighet med Lag om utskrivningsklara patienter från slutenvård (LUS) och den regionala överenskommelse som slutits mellan Region Stockholm och länets kommuner. Granskningen har avgränsats till patienter/brukare som fyllt 65 år, har varit inlagda på sjukhus (somatisk vård) och efter utskrivning har behov av insats inom den kommunala äldreomsorgen (vanligen i form av hemtjänst eller annat stöd i hemmet, korttidsvård eller varaktig plats på vård- och omsorgsboende) eller regionens öppenvård. Granskningen har gjorts i samverkan med Region Stockholm. I staden har äldrenämnden och stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby samt Södermalm granskats.

Vår samlade bedömning är att Södermalms stadsdelsnämnd samverkar med Region Stockholm, i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen avseende utskrivningsklara patienter från slutenvård, när så är möjligt. Bedömningen grundar sig i att primärvården inte kallar till samordnad individuell planering (SIP) i den omfattning som överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnderna att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Genomförd granskning visar på väsentliga brister i samverkan mellan Region Stockholm och staden kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Samverkan sker endast i delar i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen. En central del i samverkansöverenskommelsen är genomförandet av vårdplaneringsmöten (SIP, samordnad individuell planering) där representanter från slutenvården, primärvården, äldreomsorgen och patienten/brukaren ska delta. Primärvården är enligt överenskommelsen sammankallande. Granskningen visar att primärvården i mycket begränsad omfattning kallar till dessa vårdplaneringsmöten. Region Stockholm ansvarar för att tillhandahålla ett ändamålsenligt IT-stöd som underlättar hanteringen. Det befintliga systemet har

begränsningar som bedöms försvåra samverkansprocessen. Ett nytt IT-stöd är under utveckling.

Kommunförbundet StorSthlm har tillsammans med Region Stockholm ansvar för uppföljning av överenskommelsen. Någon uppföljning har inte genomförts eller planerats att genomföras vid tidpunkten för granskningen. Region Stockholm ansvarar för att tillhandahålla månatlig statistik för att varje kommun själv ska kunna följa sin utveckling avseende effektiv utskrivning och hemgång. I Stockholms stad följs dessa underlag upp av berörda förvaltningar. Äldrenämnden följer dock inte upp om staden uppnår de mål som finns i den regionala överenskommelsen. Rapportering av avvikelser, som uppstår i hanteringen mellan staden och regionen, sker i ringa omfattning.

Stockholms stad arbetar med att implementera modellen Tryggt mottagande i hemmet. Modellen uppges fungera väl för de verksamheter där modellen är implementerad. Implementering sker succesivt, stadsdelsnämnd för stadsdelsnämnd.

Nämnden rekommenderas att

- tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte.
- Säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar.
- Utveckla rapporteringen av avvikelser.
- Regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias.

## **Intern kontroll**

### **Attesthantering i Agresso**

En granskning har genomförts av hanteringen av attesthanteringen i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin är tillräcklig.

Granskningen visar att det finns en aktuell undertecknad attestförteckning och den överensstämmer i allt väsentligt med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även ett attestkort för förvaltningschef samt namnteckningsprov för attestanterna i genomfört stickprov. Genomgång av samtliga attesträttigheter görs löpande.



### **Behörighetshantering i Agresso**

En granskning har genomförts av behörighetshantering i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin är tillräcklig.

Granskningen har utförts genom analys av huvudbokstransaktioner via särskilt granskningsverktyg samt genom stickprovskontroller. Utfallet av granskningen visar att det finns behörighetsblanketter för registrerade behörigheter och att dessa är undertecknade av behöriga personer samt i allt väsentligt överensstämmer med registrerade behörigheter i Agresso. Förvaltningen gör regelbunden genomgång av inaktiva behörigheter.

### **Beslutsunderlag och uppföljning av nämndbeslut**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om nämnden hanterar nämndärenden och -beslut i enlighet med kommunallagens bestämmelser gällande beslutsunderlag och uppföljning av beslut.

Sammantaget bedömer revisionskontoret att nämnden i huvudsak har tillräckliga rutiner för ärendehantering. Arbetssätt och processen för ärendehantering är tydligt strukturerad, men övergripande balanslista över tagna nämndbeslut saknas. Balanslistor förs på avdelningsnivå, men nämnden tar inte del av dessa. Nämnden får återkoppling och uppföljning av beslutade ärenden i den ordinarie verksamhetsplaneringsprocessen, men utöver detta sker ingen återkoppling eller uppföljning till nämnden. En systematisk uppföljning till nämnden för alla typer av beslut saknas. Revisionskontoret bedömer att rutinerna inte är helt tillräckliga för att nämnden ska kunna säkerställa att samtliga beslutade ärenden verkställs.

Utifrån granskningen lämnas följande rekommendation:

- Nämnden bör säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av om nämndens samtliga beslut är genomförda.

### **Förtroendekänsliga och ledningsnära poster**

En granskning har genomförts av hantering av förtroendekänsliga och ledningsnära poster. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin inte är helt tillräcklig.

Bedömningen grundar sig på att tre av 16 stickprov kunde verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte och deltagarlista samt momsavdrag. För åtta fakturor saknas deltagarlista och det har inte gått att bedöma om fakturan har attesterats i enlighet med stadens regelverk. För tre fakturor saknas underlag för syfte. Två fakturor

har attesterats av person som själv deltagit. För de fakturor som granskats bedömer vi inriktning och omfattning som rimlig.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.

### **Inköpsprocessen**

En granskning har genomförts av fakturor vid inköp av konsulttjänster. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin inte är helt tillräcklig.

Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna i allt väsentligt är korrekt hanterade avseende bokföringsunderlag, bokföringstidpunkt och kontering. Däremot stämmer fakturerade priser inte mot avtal för tre granskade fakturor (samtliga från samma leverantör). Vidare noteras en faktura som bokförts på fel år.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att avtalade villkor följs.

### **Intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen (ekonomiskt bistånd, missbruk och socialpsykiatri)**

En granskning har genomförts för att bedöma om stadsdelsnämnden har arbetssätt för en god samverkan inom individ- och familjeomsorgen som tillvaratar den enskildes behov.

Granskningen visar att stadsdelsnämnden har en övergripande styrning och uppföljning kopplat till samverkan i sin verksamhetsplanering. Dock utförs det inte någon uppföljning avseende samverkan kring samsjuklighet för person med insatser från flera enheter.

Stadsdelsnämnden har rutiner för samverkan. I revisionskontorets enkätundersökning till handläggarna framkommer att rutinerna är kända samt att samverkan upplevs fungera mellan de olika verksamhetsområdena.

I granskningen har det framkommit att stadsdelsnämnden har arbetssätt för skapa en helhetssyn och individuellt stöd kring individen i enlighet med Socialtjänstlagens krav. Det sker genom tjänstemannamöten, samordnad individuell plan (SIP) och gemensamma möten med brukare. Revisionskontorets granskning av journalanteckningar visar dock att samverkan inte har dokumenterats i enlighet med Socialstyrelsens dokumentationskrav. Det är av

vikt att samverkan dokumenteras för att medföra att det tydligt går att följa den löpande samverkan. Dels utifrån att den enskilde har rätt till insyn, dels för att det ska gå att följa ärendets gång till exempel som led i enhetens interna kontroll eller vid överlämning av ärendet till annan handläggare.

Personaktsgranskning visar även att stadsdelsnämnden inte har tillämpat stadens handläggningsriktlinjer avseende att eventuell samsjuklighet ska fångas upp och dokumenteras i samtliga ärenden.

Sammantaget bedömer revisionskontoret att stadsdelsnämnden bör utveckla samverkan inom individ- och familjeomsorgen. Dock bör dokumentationen av pågående samverkan tydliggöras.

Utifrån granskningen rekommenderas stadsdelsnämnden att:

- Dokumentera samverkan i enlighet med stadens riktlinjer för handläggning.
- 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.

### **Intäktprocessen**

En granskning har genomförts av intäktprocessen avseende bostads- och lokalhyror. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin inte är helt tillräcklig.

Granskningen visar att kundfakturor i allt väsentligt fakturerats vid rätt tidpunkt och stämmer överens med avtalade villkor. Kundfakturorna har betalats, redovisats på rätt period och är rätt konterade samt uppfyller kraven enligt god redovisningssed och stadens regler. Däremot saknas dokumenterade beskrivningar över vilka nyckelkontroller som ska genomföras och av vem dessa ska genomföras (med nyckelkontroller avses att rätt hyra faktureras till rätt person i rätt tid enligt avtal).

Nämnden rekommenderas att införa och dokumentera nyckelkontroller i intäktprocessen avseende hanteringen av bostads- och lokalhyresintäkter som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt i enlighet med gällande avtal och stadens regler.

### **Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare**

En granskning har genomförts vad gäller köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig.

Granskningen visar att nyckelkontroller saknas avseende systematiska kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och att den enskilde fortfarande är bokförd i stadsdelen eller staden vid uppföljning av beslut. Hanteringen av extra skyddsvärda personuppgifter bedöms bristande. Vissa avvikelser har noterats i stickproven, bland annat vad gäller fullständiga bokföringsunderlag.

Nämnden rekommenderas att:

- Införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg.
- Arbeta fram en rutin för kontroll av utförare mot assistansfusk och oegentligheter hos utförarna och hur det ska hanteras.
- Säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från SLK.
- Säkerställa att fakturor är tydligt specificerade så att verifikationerna uppfyller kraven i LKBR och enligt god redovisningssed.

### **Kontroll av löneutbetalningar**

En granskning har genomförts av hantering av personalkostnader och löneutbetalningar. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin är tillräcklig.

Granskningen visar att förvaltningen använder sig av elektronisk attest på löneutbetalningslistorna i LISA Självservice. Processgenomgången av fem flöden visar att anställningsavtal finns, att korrekt löneökning registrerats och att korrekt lön utbetalats. Inga avvikelser har noterats.

### **Lönetillägg**

En granskning har genomförts avseende lönetillägg. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen inte är tillräcklig i granskad rutin.

Stickprovsgranskningen visar att erforderligt beslut/underlag för lönetillägg saknas för två av 16 stickprov samt att fyra stickprov saknar överensstämmelse mellan beslut/underlag för lönetillägg och vad som är faktiskt utbetalt avseende belopp eller period. 10 av 16 stickprov bedöms som godkända.

Utifrån granskningen lämnas följande rekommendation:

- Nämnden bör säkerställa att det finns erforderliga beslut/underlag för alla lönetillägg i personalakt samt att kontrollmoment upprättas för att säkerställa detta liksom att utbetalning sker enligt gällande beslut/underlag för lönetillägg.

## Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

### Årlig och fördjupad granskning

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
ÅR 2019	<p><b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen (uppföljning)</b> Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att berörda enheter dokumenterar genomförd egenkontroll på ett enhetligt sätt, i enlighet med den struktur som utarbetats.</p>				<p>I 2017 års granskning rekommenderades nämnden att säkerställa att dokumentationen omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det vill säga att även arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till.</p> <p>En uppföljande granskning genomfördes 2019. Nämnden bedömdes inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån de tidigare rekommendationerna, varför nya rekommendationer lämnades.</p> <p>Uppföljning av rekommendationer genomförs under 2021.</p>
År 2019	<p><b>Delegationsordning (uppföljning)</b> Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Vidareutveckla den interna kontrollen avseende delegation.</p>		X		<p>Nämnden bedöms ha delvis vidtagit nödvändiga åtgärder utifrån de lämnade rekommendationerna.</p> <p>Ytterligare uppföljning av rekommendationerna kommer att ske genom stickprovskontroller under 2021.</p>
ÅR 2020	<p><b>Intern samverkan inom individ- och familjeomsorgen</b> Nämnden rekommenderas att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentera samverkan i enlighet med stadens riktlinjer för handläggning.</li> <li>- Dokumentera samverkan i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.</li> <li>- Införa en kvalitetssäkring som säkerställer att aktuella brukare som finns aktualiserade med insatser inom socialpsykiatri och/eller missbruk har informerats om stöd avseende samsjuklighet.</li> </ul>				
ÅR 2020	<p><b>Beslutsunderlag och uppföljning av nämndbeslut</b> Nämnden rekommenderas att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av om nämndens samtliga beslut är genomförda.</li> </ul>				
ÅR 2020	<p><b>Förtroendekänsliga poster</b> Nämnden rekommenderas att:</p>				Granskningen följs upp under 2021.

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	- Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.				
ÅR 2020	<b>Inköpsprocessen</b> Nämnden rekommenderas att:  Säkerställa att avtalade villkor följs.				Granskningen följs upp under 2021.
ÅR 2020	<b>Intäktprocessen</b> Nämnden rekommenderas att:  Införa och dokumentera nyckelkontroller i intäktprocessen avseende hanteringen av bostads- och lokalhyresintäkter som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt i enlighet med gällande avtal och stadens regler.				Granskningen följs upp under 2021.
ÅR 2020	<b>Köp av personlig assistans enligt LSS som utförs av externa utförare</b> Nämnden rekommenderas att:  - Införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg. - Arbeta fram en rutin för kontroll av utförare mot assistansfusk och oegentligheter hos utförarna och hur det ska hanteras. - Säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från SLK. - Säkerställa att fakturor är tydligt specificerade så att verifikationerna uppfyller kraven i LKBR och enligt god redovisningssed.				Granskningen följs upp under 2021.
ÅR 2020	<b>Lönstillägg</b> Nämnden rekommenderas att:  - Säkerställa att det finns erforderliga beslut/underlag för alla lönetillägg i personalakt samt att kontrollmoment upprättas för att säkerställa detta liksom att utbetalning sker enligt gällande beslut/underlag för lönetillägg.				Granskningen följs upp under 2021.

## Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Nr 5/2019	<p><b>Implementering av dataskyddsförordningen</b> Nämnden bör utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Vidare bör nämnden informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar.</p>		X		<p>Nämnden har vidtagit åtgärder och arbetet planeras fortgå under 2021.</p> <p>Ytterligare uppföljning av rekommendationer kommer att ske under 2021.</p>
ÅR 2020	<p><b>Samverkan utskrivna patienter från slutenvård (rapport 2021:02)</b> Nämnden rekommenderas att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte.</li> <li>- Säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar.</li> <li>- Utveckla rapporteringen av avvikelser.</li> <li>- Regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias.</li> </ul>				



## 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:

*Tillfredsställande*

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

*Inte helt tillfredsställande*

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

*Inte tillfredsställande*

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.

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning, delårsrapport och årsredovisning är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

### **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.