

Uppföljning av Intern kontroll 2025, Farsta stadsdelsnämnd



Innehållsförteckning

Bedömning av nämndens interna kontroll.....	3
Uppföljning av nämndens internkontrollplan	4
Nämndens planerade uppföljning av den löpande kontrollen	4
1.1 Alla barn och ungdomar ska ges möjlighet till jämlika uppväxtvillkor och trygghet samt en rik fritid	4
1.2 Alla barn ska ges likvärdig möjlighet till utveckling och lärande i förskolan och skolan	4
1.3 Stockholms stad ska ge stöd och omsorg där behoven är som störst	5
1.4 Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och stor trygghet	7
3.5 Hög beredskap och stark rådighet ska råda i alla verksamhetsområden	10
3.6 Tryggheten ska öka genom förebyggande insatser	15

Bedömning av nämndens interna kontroll

 Tillräcklig

Analys

Farsta stadsdelsnämnd bedömer att den interna kontrollen under år 2025 varit tillräcklig. Bedömningen grundar sig på att nämnden inför 2025 gjorde ett omfattande utvecklingsarbete i syfte att säkerställa att de väsentliga processerna funnits med i väsentlighets- och riskanalysen men också skapa en ökad förståelse, kunskap och gemensamt ägande kring arbetet med intern kontroll inom förvaltningen. Det har också skapat förutsättningar för att se den interna kontrollen som en del av att stärka och utveckla verksamheten och därmed säkra kvalitén.

Samtliga kontroller i nämndens beslutade internkontrollplan har genomförts och i de fall där brister identifierats har också korrigerande åtgärder beslutats. Vissa av de korrigerade åtgärderna är slutförda medan andra kräver mer arbete och kommer följa med in i verksamhetsåret 2026.

I samband med väsentlighets- och riskanalysen inför verksamhetsplanen 2025 identifierades ett antal direktåtgärder. Majoriteten av dessa åtgärder är genomförda och de som inte är det följer med in i verksamhetsområdet 2026.

Under året har ett antal externa granskningar genomförts (redovisas kortfattat i nämndens kvalitetsberättelse för 2025 som är en bilaga till VB) och nämnden har mottagit ett antal rekommendationer som verksamheterna tagit hand om och har en plan för att arbeta in för att stärka kvalitén ytterligare.

Uppföljning av nämndens internkontrollplan

Nämndens planerade uppföljning av den löpande kontrollen

1.1 Alla barn och ungdomar ska ges möjlighet till jämlika uppväxtvillkor och trygghet samt en rik fritid

Process: Tillhandahålla en trygg och meningsfull fritidsverksamhet för barn och unga

Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Medarbetare inom fritidsverksamheten orosanmäler vid oro för att barn far illa	Årlig genomgång (och vid behov uppdatering) av rutinerna med all personal inom fritidsverksamheterna	Att medarbetarna har kunskap om rutinen samt när en orosanmälan ska göras Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: en av två enheter på fritiden har under december på APT gått igenom rutinen. För den andra enheten kvarstår genomgång eftersom APT i december ställdes in på grund av sjukdom. Analys av kontrollant: Genomgång av rutiner kommer slutföras under våren 2026.

1.2 Alla barn ska ges likvärdig möjlighet till utveckling och lärande i förskolan och skolan

Process: Förebygga att barn far illa

Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Orosanmälan vid oro för barn	Barnkonferenser	Att medarbetarna har kunskap om rutinen samt när en orosanmälan ska göras Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: En ny rutin för orosanmälningar implementerades under året. Avdelning förskola har genom korrespondens med biträdande rektorer kontrollerat att medarbetare på samtliga förskolor har tagit del av rutinen samt fått utbildning. Enheter där samtliga har tagit del av rutinen klarmarkerar aktivitet i tertialrapporteringen. Det finns tre enheter som ännu inte gått igenom rutinen för orosanmälningar, vilket de kommer att göra under hösten. Två medarbetare (biträdande rektorer) är nya och har ännu inte gått utbildningen Våga se, höra och göra. Analys av kontrollant: Biträdande rektorer har i uppgift att se till att alla medarbetare, inklusive de själva, tar del av rutinen. Medarbetare ska även ha genomgått utbildning (utbildningen Våga se, höra och göra) där nya medarbetare tar del av informationen inom ramen för sin introduktion. Det har börjat två biträdande rektorer sedan utbildningen genomfördes och dessa har ännu inte tagit del av rutinen men de har tagit del av rutin för orosanmälningar som ingår i introduktionen av nya medarbetare. Avdelning förskola ser att de tre enheter som saknar kunskap om rutinen kommer att ta del av denna under hösten och därmed ska alla nuvarande pedagoger och annan personal ha den kunskap som behövs vid oro över att ett barn far illa.

1.3 Stockholms stad ska ge stöd och omsorg där behoven är som störst

Process: Planera och beställa insatser

Arbetsätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Matcha sökande med insats	Dokumenterad kommunikation och samarbete kring insatsens/uppdragets mål och förväntade resultat	Stickprovskontroll av genomförandeplaner Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Antal kontrollerade förekomster: Sammanlagt har 18 stickprover genomförts inom tre enheter; sex per enhet. Följande insatser har kontrollerats: Boendestöd- Vuxen missbruk Daglig verksamhet – Biståndsenheten för personer med funktionsnedsättning Familjehemsplaceringar – Barn och ungdom Andel godkända: Genomförandeplan finns: 15 av 18 Uppföljning av genomförandeplan har genomförts enligt rutin och är dokumenterad: 15 Resultat per insats: Boendestöd Genomförandeplan finns: 5 av 6 Uppföljning av genomförandeplan har genomförts enligt rutin och är dokumenterad: 5 Daglig verksamhet Genomförandeplan finns: 4 av 6 Uppföljning av genomförandeplan har genomförts enligt rutin och är dokumenterad: 4 Familjehemsplacering Genomförandeplan finns: 6 av 6 Uppföljning av genomförandeplan har genomförts enligt rutin och är dokumenterad: 6 Analys från internkontrollanter: Vuxenhetens insats stödboende samt insats familjehemsplaceringar barn och unga genomgick kontrollen utan anmärkning. Genomförandet av insatsplanering och uppföljning av insats varierar för insats daglig verksamhet LSS då det i två av sex ärenden är otydligt om genomförandeplan finns och om uppföljning av dessa har skett. Enheterna har generellt upprättade genomförandeplaner men det finns vissa brister i dokumentation kring uppföljning. I en del stickprov som genomförts har noterats att uppföljning skett men som inte tydligt rubricerats i journalen, vilket gör ärenden svårare att följa. Förslag till förbättringar/åtgärder: Rubricering i samband med dokumentation behöver tydliggöras för att alla lättare ska kunna följa ärenden. I samtal med enhetschef på biståndsenheten för personer med funktionsnedsättning finns en medvetenhet om att arbete kring dokumentation i pågående insatser behöver stärkas.

1.4 Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och stor trygghet

Process: Samverkan för personcentrerad vård och omsorg

Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Aktuell vårdcentral anges för enskild vid insatsbeställning av dagverksamhet	Kontroll att aktuell vårdcentral angivits i beställning av dagverksamhet	Granska beställning av insats dagverksamhet Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning: Vilken vårdcentral den enskilde tillhör/är inskriven i anges i beställningen för dagverksamhet. Antal kontrollerade förekomster: 39 beställningar (perioden 1 januari – 19 maj 2025), vilket utgjorde samtliga nybeställningar. Andel godkända: I 14 beställningar gjorda under perioden angavs vilken vårdcentral den enskilde tillhör. Analys från internkontrollanter: Information om att vårdcentral ska anges i beställning av dagverksamhet gavs till samtliga medarbetare/biståndshandläggare under senhöst 2024. Rutinen ändrades dock först under våren 2025, april/maj, i den står att vårdcentral ska anges. Dock kan den förtydligas ytterligare. Förslag till förbättringar/åtgärder: I och med att rutinen ändrades så nära inpå granskningen föreslår kontrollanterna att en till granskning genomförs under hösten för att redovisas i verksamhetsberättelsen. Kontrollanterna anser också att rutinen behöver förtydligas på ett sådant sätt att det inte går att tolka formuleringen som att informationen om vilken vårdcentral inte behöver stå med.



Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Beställarenhet och hemtjänstenhet initierar och medverkar vid SIP	Kontroll av antal genomförda SIP för enskild med hemtjänstinsats	Granska dokumenterade initiativ till SIP från hemtjänsten Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Handlingsplan för God och nära vård i Stockholms län 2024-2030. God och nära vård och omsorg. Stockholms stads gemensamma handlingsplan för god och nära vård och omsorg 2024-2030. Stadsgemensam aktivitetsplan 2025. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Det bedöms finnas aktuella, tillräckliga och tillgängliga styr- och stöddokument men de bedöms endast delvis tillämpade. Kriterier för bedömning: Initiativ som tas till SIP dokumenteras. Antal kontrollerade förekomster: År 2024 samt perioden 1 januari till och med 15 maj 2025. Andel godkända: Sammanlagt har tre initiativ tagits till SIP under den granskade perioden. Samtliga initiativ kom från Regionen/Vårdcentral. Analys från internkontrollanter Utifrån att Regionen är huvudman för hemsjukvården så görs bedömningen att det relativt sett tagits få initiativ till SIP. I granskningen har det framkommit att det över tid funnits samverkansutmaningar vad gäller SIP när initiativ tas från hemtjänsten. Det finns behov av en stärkt samverkan genom att bland annat tydliggöra samverkansformer. Förslag till förbättringar/åtgärder I samverkan med Skarpnäck stadsdelsförvaltning tillsatte förvaltningen i februari 2025 en utvecklingsledare för God och nära vård. Rollen har tillsatts i syfte att bland annat utveckla processerna för samverkan med Regionen



Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Teamarbete mellan olika yrkeskategorier inom vård- och omsorgsboende	Egenkontroll av dokumentation och teamarbete på vård- och omsorgsboende	Granskning av dokumentation Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning: Granskning av dokumentation i Parasol och Vodok, med fokus på "den röda tråden" teamarbete och informationsöverföring. Det ska framgå i dokumentation att informationsöverföring genomförs/finns mellan yrkesprofessionerna. Antal kontrollerade förekomster: Tre vård- och omsorgsboenden, där verksamhetschef alternativt enhetschef genomfört stickprover och redovisat en sammanställning. Andel godkända: Samtliga egenkontroller är genomförda med resultat som har identifierade utvecklingsområden. Åtgärder är framtagna. Analys från internkontrollanter: Kontrollanterna gör bedömningen att chefernas analyser av egenkontrollernas resultat visar på att man uppmärksammat och är medveten om de utvecklingsområden som finns kopplat till teamarbete och dokumentation. Cheferna har tagit fram åtgärder som bedöms som rimliga. Kontrollanterna framhåller dock vikten av att följa upp de åtgärder som tagits fram för att säkerställa att utvecklingen går framåt. Förslag till förbättringar/åtgärder: Genomföra framtagna åtgärder och följa upp dessa. Egenkontrollen genomförs även under hösten 2025 för att säkerställa utveckling. Cheferna kan med fördel ta hjälp av och stötta varandra i utvecklingsarbetet

Process: Tillgodose äldres behov stöd och omsorg/en meningsfull vardag inom vård- och omsorgsboenden

Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Plan för den enskildes dagliga utevistelse finns i verksamheten	Kontroll av verksamhetens planering och den enskildes genomförandeplan.	Granska social dokumentation Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning: Det ska framgå om utevistelse inte genomförts och varför. I sammanställningen ska det framgå att utevistelse genomförts och hur. Antal kontrollerade förekomster: Totalt 20 stickprover har genomförts på vård- och omsorgsboendena. Andel godkända: Av de granskade genomförandeplanerna omnämndes utevistelse i 8 av 20 planer. I den löpande dokumentationen omnämndes utevistelse återkommande/flertalet gånger i 9 av 20 journaler. I 3 av 20 journaler omnämndes utevistelse vid enstaka tillfälle och i 8 av 20 journaler fanns ingen dokumentation om utevistelse. I den sociala dokumentationen har sammanfattning använts på ett korrekt sätt i 1 av 20 granskade journaler. I sammanfattningen omnämndes också utevistelse. Sammantaget är internkontrollen inte godkänd. Analys från kontrollanter: Granskningen visar på skillnader i resultatet mellan de olika vård- och omsorgsboendena. De olika resultaten visar på att ett boende har ett mer utvecklat arbetssätt vad gäller utevistelse och dokumentation. En sammanfattande analys visar på att ett fortsatt utvecklingsarbete behövs för att synliggöra utevistelse i genomförandeplanen och i den löpande dokumentationen. Den enskildes inflytande, delaktighet och önskemål behöver återspeglas i den sociala dokumentationen. Förslag till förbättringar/åtgärder: Enheterna behöver säkerställa att det finns ett fungerande arbetssätt för utevistelse och dokumentationen. Förslagsvis kan redan befintliga styrkor och fungerande arbetssätt användas som goda exempel och bidra till en lärandeorganisation. Enheterna behöver utveckla användandet av sökord i den sociala dokumentationen. Vad dokumenteras under vilken rubrik och när. Behov av tydliggörande för medarbetarna

3.5 Hög beredskap och stark rådighet ska råda i alla verksamhetsområden

Process: Inköp och avtalstrohet

Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Följa upp upphandlade avtal	Plan för uppföljning av ingångna avtal	Kontroll av plan för uppföljning av nämndens avtal Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Befintliga styr- och stöddokument bedöms som aktuella, tillgängliga och delvis tillämpade. De bedöms dock inte fullt ut tillräckliga. Kriterier för bedömning • Finns plan för uppföljning upprättad vad gäller nämndens lokala avtal Ja/Nej • Är genomförd uppföljning dokumenterad och finns genomförd dokumentation tillgänglig i eDok? Ja/Nej • På vilket sätt säkerställs att inte felaktig ersättning utgår för upphandlad vara/tjänst? Antal kontrollerade förekomster: Följande avdelningar har kontrollerats: äldreomsorg, förskola, individ- och familjeomsorg och stadsutveckling. Andel godkända: Skriftlig plan för uppföljning bedöms saknas för nämndens samtliga lokala avtal. Den sammanfattande bedömningen är att beställarkompetensen har ökat jämfört med resultatet av förvaltningens tidigare genomförda interkontroller. Kontrollansvarig bedömer att samtliga avdelningar i mer eller mindre utsträckning följer upp nämndens avtal. Reservation för att det finns en generell förbättringspotential inom nämndens samtliga verksamhetsområden. Den aktuella bedömningen ligger väl i linje med stadsrevisorernas omdöme, vilka under året har granskat hur förvaltningen arbetar med att följa upp nämndens lokala avtal. Samtliga avdelningar bedöms följa upp aktuella avtal (nämndens lokala avtal) minst en gång per år. Dokumentation av genomförd avtalsuppföljning finns i mer eller mindre uträckning och bedöms generellt kunna bli bättre. Sistnämnda inkluderar att dokumentationen ska finnas tillgänglig i eDok. Sammantaget bedöms nämndens beställarkompetens kunna bli bättre. Det gäller inte minst att förvaltningen ska bedriva en systematisk och aktiv avtalsförvaltning/-uppföljning. Analys från internkontrollant: En plan för avtalsuppföljning ska finnas för nämndens samtliga avtal. En systematisk avtalsförvaltning/-uppföljning ska säkerställas. Det förutsätter att ansvariga chefer dels utarbetar plan för avtalsuppföljning, dels planerar för att verkställa densamma. Genomförande av avtalsuppföljning bör lämpligtvis tas med i årshjulet, i samband med att respektive verksamhet utarbetar VP och i samband med att verksamheten planerar för aktiviteter under året. Plan för uppföljning ska ligga till grund för att nämndens ska kunna följa upp och säkerställa att ingångna avtal efterlevs och syftar även till att förebygga, upptäcka och hantera eventuell välfärdsbrottslighet. Vidare ska dokumentationen av genomförd avtalsuppföljning utvecklas och hållas tillgänglig i eDok. I sammanhanget ovan ska tilläggas att förvaltningens upphandling- och inköpssamordnare föreslås utarbeta checklista för vad plan för avtalsuppföljning bör innehålla. Det som stöd för verksamheterna när de ska utarbeta plan för avtalsuppföljning.

Arbetsätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Köp utanför inköpssystemet	Rutin för direktupphandlingar	Kontroll av efterlevnad av ingångna avtal inklusive kontroll av följsamhet till nämndens rutin för direktupphandling Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning: Kontrollansvarig har ställt följande frågor till ansvariga chefer: • Genomförs köp utanför stadens inköpssystem Agresso? Ja/Nej • Varför genomförs eventuella köp utanför stadens inköpssystem Agresso? • Genomförs köp utanför avtal? Ja/Nej • Varför genomförs eventuella köp utanför avtal? • Har ni genomfört någon direktupphandling under året? Ja/nej • Är nämndens riktlinjer för direktupphandling kända och tillämpas dessa vid behov? Ja/Nej • Vid eventuell genomförd direktupphandling, har upphandlingen dokumenterats? Ja/Nej • Finns dokumentation av genomförd direktupphandling tillgänglig i eDok? Ja/Nej • Har förvaltningens mall för direktupphandling använts vid genomförande av dokumentation? Ja/Nej • Tillämpas förvaltningens attestinstruktioner av godkännare/attestanter? Ja/Nej • Är stadens regler för ekonomisk förvaltning implementerad? Ja/Nej <i>Ovan frågor har besvarats skriftligen av representant från respektive avdelning enligt nedan.</i> Antal kontrollerade förekomster: Följande avdelningar har kontrollerats: äldreomsorg, förskola, individ- och familjeomsorg och stadsutveckling. Andel godkända: Samtliga granskade avdelningar bedöms använda sig av Agresso inköp, när så är möjligt. Reservation för att undantag förekommer och framförallt vid mindre inköp av så kallad akut karaktär och i de fall då avtalsparten inte är ansluten till inköpssystemet. I sistnämnda fall sker köp utanför inköpssystemet. Köp utanför inköpssystemet (direktupphandling) kan även förekomma när beställaren bedömer att upphandlat anbudssortiment inte täcker beställarens behov. Vid de tillfällen direktupphandling genomförs, bedöms nämndens riktlinjer för direktupphandling nyttjas. Genomförd direktupphandling bedöms överlag dokumenteras och vid inköp från 30 tkr eller högre bedöms förvaltningens mall för direktupphandling nyttjas. Vad gäller kravet att dokumentationen av genomförd direktupphandling ska arkiveras, bedöms det finnas en förbättringspotential hos vissa avdelningar och det samtidigt som andra avdelningar bedöms leva upp till kravet att dokumentation av genomförd direktupphandling ska finnas tillgänglig i eDok. Analys från internkontrollanter: Befintliga styr- och stöddokument bedöms aktuella, tillräckliga, tillägnliga och delvis tillämpade. Fortsatt implementering av nämndens riktlinjer för direktupphandling. Arbetet med att erbjuda kunskapshöjande insatser för medarbetare, nyckelpersoner bör intensifieras.



Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Köpa upphandlade varor och tjänster	Attest och godkännande av fakturor i Agresso	Kontroll av efterlevnad gällande attestinstruktion Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning: Kontrollansvarig har ställt följande frågor till ansvariga chefer: • Tillämpas förvaltningens attestinstruktioner av godkännare/attestanter? Ja/Nej • Är stadens regler för ekonomisk förvaltning implementerad? Ja/Nej • På vilket sätt säkerställs att inte felaktig ersättning utgår för upphandlad vara/tjänst? <i>Ovan frågor har besvarats skriftligen av representant från respektive avdelning enligt nedan</i> Antal kontrollerade förekomster: Följande avdelningar har kontrollerats: äldreomsorg, förskola, individ- och familjeomsorg och stadsutveckling. Andel godkända: Samtliga granskade avdelningar bedöms efterleva stadens regler för ekonomisk förvaltning inklusive förvaltningens attestinstruktion. Innan ansvarig chef attesterar inkommen faktura, så säkerställer godkännare att varan/tjänsten har levererats enligt avtal. Godkännanden loggas i agresso. Analys av kontrollant Befintliga styr- och stöddokument bedöms som tillgängliga och tillräckliga men endast delvis aktuella och tillämpade. Trots att samtliga tillfrågade avdelningar säger sig efterleva stadens regler för ekonomisk förvaltning inklusive förvaltningens attestinstruktion, förekommer det att fakturor som är felaktiga godkänns och attesteras. Det kan exempelvis handla om att en avtalad tjänst endast delvis har verkställts enligt krav och förutsättningar som framgår av avtal. Eller att leverantören "saltar fakturan" och begär en högre ersättning än vad denne har rätt till enligt avtal. Kontrollansvarig rekommenderar fortsatt implementering av stadens regler för ekonomisk förvaltning inklusive förvaltningens attestinstruktion och att förvaltningens attestinstruktion ska aktualiseras och göras tillgänglig på stadens intranät och i Biblioteket - Farstas styr- och stöddokument. Därutöver bör arbetet med att erbjuda kunskapshöjande insatser för medarbetare, nyckelpersoner intensifieras.

Process: Systematiskt informationssäkerhetsarbete

Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Behörighetshantering	Regelbunden kontroll av vilka som har behörighet till verksamhetssystem	Kontroll av tillämpningen av behörighetsrutiner Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning: • Att det finns en behörighetsrutin eller etablerade och upparbetade rutiner för hur behörigheter tilldelas och följs upp. • Att befintlig rutin tillämpas • Godkända stickprovskontroller Kontrollerade förekomster: • Cosafe • Siths/EK • Tempus • eDok Andel godkända: 0 av 4. 2 av 4 system har en behörighetsrutin som är aktuell och tillräcklig. Däremot finns det brister i tillämpningen. Gällande Tempus handlar det om att fler personer än vad rutinen säger har för höga behörigheter och därmed kommer åt fler och mer känsliga personuppgifter än vad de bör. Gällande Ek/Siths har de månadsvisa kontrollen inte genomförts som planerat under året men i och med granskningen har dessa kontroller återupptagits. Cosafe och eDok saknar skriftliga behörighetsrutiner. Vid kontrollen kunde dock konstateras att det finns en löpande uppföljning och hantering av behörigheter och stickprovskontrollen visar också att behörigheterna var korrekta. Analys från internkontrollanter Flera av systemen innehåller känslig information och känsliga personuppgifter och det är därför viktigt att det finns tydliga och tillämpade rutiner. Den här kontrollen konstaterar att det finns brister i alla kontrollerade delar, men bristerna ser olika ut. Generellt finns en förståelse och kunskap om vikten av behörighetsstyrning och löpande uppföljning av behörigheterna. Däremot är det inte alltid rutinerna dokumenterade eller tillämpade. Det är särskilt viktigt att det finns rutiner och att de är tillämpade då de granskande systemen är valda utifrån att de innehåller känslig information. Det finns ett behov av att förtydliga arbetssätten kring behörighetsrutiner, följa upp hur de tillämpas och löpande genomföra granskningar och stickprovskontroller. Förslag till förbättringar/åtgärder • Dokumentera rutiner för tilldela och följa upp behörigheter för eDok Vidta åtgärder för att tillämpa befintliga behörighetsåtgärder för tempus



Arbetsätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Konsekvensbedömningar för att förebygga risker i hantering av personuppgifter	Granskningar av nämndens konsekvensbedömningar	Kontroll av chefernas kunskap kring konsekvensbedömningar Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: I kontrollen har kontrollansvarig genomfört en stickprovskontroll bland ett slumpmässigt utvalda chefer för att se hur deras kunskaper ser ut vad gäller konsekvensbedömningar. Kontrollen har även innefattat att kolla på de konsekvensbedömningar som genomförts på förvaltningen för att se på vilket initiativ som dessa har genomförts. Kontrollen har även omfattat att kolla igenom de styrdokument som finns. <i>Resultat av kontrollen</i> Utfallet visar precis som tidigare år att kunskapen kring konsekvensbedömningar är bristfälligt bland förvaltningens chefer. Få känner till vad en konsekvensbedömning av dataskydd är samt att ansvar för att detta genomförs följer linjeansvaret. De konsekvensbedömningar som har genomförts har genomförts i samband med att behov identifierats i informationsklassning. Samtidigt finns det många personuppgiftsbehandlingar inom förvaltningens verksamheter som behandlar känsliga personuppgifter och som bör konsekvensbedömas och nämnden lever inte upp till de lagkrav som finns kopplat till detta. Under 2024 påbörjades ett arbete med att inventera vilka personuppgiftsbehandlingar som kan behöva konsekvensbedömas men arbetet slutfördes aldrig och det finns fortfarande en osäkerhet kring vilka behandlingar som kan vara aktuella. Genomgången av befintliga styrdokument visar också att det inte är helt tydligt vem som ansvarar för att genomföra konsekvensbedömningar. I befintliga styrdokument står det att ansvaret följer linjeansvaret men flera personuppgiftsbehandlingar går också över linjeansvaret och här finns ett behov av att förtydliga ansvaret. Förslag till åtgärder: • Utbildning riktad till förvaltningens chefer kring konsekvensbedömningar • Ge någon i uppdrag att ta vidare den inventering av de personuppgiftsbehandlingar som behöver konsekvensbedömas samt lägga en plan för hur detta ska genomföras Förtydliga befintliga styrdokument kring vem som ansvarar för genomförandet av konsekvensbedömningar



3.6 Tryggheten ska öka genom förebyggande insatser

Process: Förebygga otillåten påverkan



Arbetsätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
-----------	----------------------	-------------------

Arbetsätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
Förebygga korruption och mutor	Stadens riktlinjer för mutor	Efterlevnad av rutin för representation Beskrivning och resultat av kontrollaktivitet: Kriterier för bedömning All intern och extern representation ska följa stadens och Farstas egen riktlinje gällande representation. Antal kontrollerade förekomster Alla fakturor konterade på konto 7111 Intern representation och 7101 Extern representation under period 202501-202508 har kontrollerats så att de uppfyller kraven för beloppsgränser för presenter, underlagsblanketter, momsavdrag, överordnad attest, samt övriga övriga krav gällande vilka som får vara mottagare av representationen som förvaltningen står för. Kontrollen innefattade totalt 60 st fakturor. Antal/andel avvikelser Av 60 st kontrollerade fakturor innehöll 30 st avvikelser i någon form. Dvs hälften av kontrollerade fakturor innehöll avvikelser i någon form. • 15 avvikelser visade att man inhandlat blommor för högre belopp än riktlinjen anger. • 4 avvikelser visade att man köpt blomma/present av fel anledning, tex firande av 30-åring, blomma för uppskattnings, inköp av presentkort samt inköp av blomma vid sjukdom. • 1 överordnad attest saknades. • 10 avvikelser visade att present inköpt för belopp högre än riktlinjen anger. Analys av internkontrollanter Alla fakturor som konteras på representation kontrolleras av ekonomi. Kontrollen innefattar att underlagsblankett är ifylld rätt med syfte och deltagare, att rätt momsavdrag gjorts, samt kontroll om fakturan behöver flödas till överordnad attestant. Kontrollen innefattar inte att inköpande enhet har hållit sig till riktlinjen avseende beloppsgränser och till vem representationen avser, då inköpet redan gjorts och fakturan är ett fullbordat faktum. Ekonomi kan då enbart till enheten lyfta att de gjort avsteg från riktlinjen och att de måste göra rätt vid nästa inköp av representation. Kontrollanterna konstaterar att cheferna måste bli bättre på att läsa de riktlinjer som publicerats samt säkerställa att berörda medarbetare följer dessa. Det finns idag möjligheter att vidta åtgärder när enheter inte följer bestämmelserna. Ett problem för närvarande är att åtgärder och uppföljningar lätt blir tandlösa då inga reprimander eller följd effekter kommer ur att inte följa de bestämmelser som finns. Det ska inte bero på vilken chef eller enhet medarbetaren jobbar på, likabehandlingsprincipen måste följas så att alla medarbetare i Farsta behandlas på samma sätt. Enhetens ekonomi eller den kultur som råder på enheten ska inte påverka vem som får ta del av representationen. Utbildningsinsatser för administratörer görs 1-2 årligen då detta lyfts varje gång. Controllers lyfter även frågan vid prognosmöten. 2025 har ny riktlinje skickats ut både centralt i staden samt en lokal. Förslag till förbättringar/åtgärder • Årlig översyn av riktlinjen görs av ekonomi och presenteras för förvaltningsledningen, förslagsvis i mars, med syfte att ge frågan mer tyngd. Efter godkännande förs riktlinjen ut i organisationen genom ledarforum, ALG etc. • Årliga utskick och utbildning till chefer i regelverket samt information om vilka konsekvenser som eventuella avsteg kan få. • Att använda de reprimander och följd effekter som faktiskt finns, exempelvis, vid avsteg från förvaltningens regelverk gällande vem som har rätt till gåva, ansvarar chef för att täcka mellanskillnad eller hela kostnaden ur



Arbetssätt	Systematisk kontroll	Kontrollaktivitet
		egen ficka.