



Stockholms
stad



Årsrapport 2020

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen

Nr 22, 2021

Dnr: RVK 2021/24

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

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd

Årsrapport 2020

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av Hässelby-Vällingby 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 Hässelby Vällingbys 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 Hässelby-Vällingby 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 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.

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 överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnden att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Under året har revisionskontoret även genomfört granskning av samverkan inom individ- och familjeomsorgen. Några utvecklingsområden har identifierats, bland annat dokumentationen av samverkan.

Hässelby-Vällingby 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 delvis en integrerad del i styrning och uppföljning. Det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner, men genomförandet av kontroller och uppföljningar behöver förbättras. De rekommendationer som revisionskontoret lämnat tidigare inom internkontroll- och kvalitetsområdet bedöms fortsatt angelägna att åtgärda.

Granskningar har genomförts av intäktsprocessen, hanteringen av förtroendekänsliga och ledningsnära poster samt köp av personlig assistans enligt LSS utfört av externa utförare. Utvecklingsområden har identifierats bland annat behov av att införa nyckelkontroller som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt samt införa systematiska kontroller av assistansbolag.

Under året har revisionskontoret även genomfört granskningar som omfattat behörighets- och attesthantering i ekonomisystemet Agresso, inköpsprocessen samt hantering av löneutbetalningar och lönetillägg. Den interna kontrollen i dessa processer och rutiner bedöms vara tillräcklig.

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 delvis vidtagit åtgärder utifrån revisorernas rekommendationer i föregående års granskningar. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att åtgärda är bland annat revidering och utveckling av kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen samt att genomföra utvecklingsarbete inom internkontroll- och kvalitetsområdet.

Innehåll

1. Årets granskning	1
2. Verksamhet och ekonomi	1
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	5
3. Intern kontroll	6
4. Räkenskaper.....	8
5. Uppföljning av tidigare års granskning	8

Bilagor

Bilaga 1 - Årets granskningar.....	9
Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer	15
Bilaga 3 – Bedömningskriterier	19

1. Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

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 Mari Önevall vid revisionskontoret och Carl-Magnus Stenehav 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 bedömer 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 måluppfyllelse 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 måluppfyllelse.

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 bedöms delvis uppnått. I verksamhetsberättelsen beskrivs att pandemins konsekvenser har påverkat nämndens möjlighet att bidra till måluppfyllelsen för detta inriktningsmål.

Nämnden bedömer att sju av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts, fem av verksamhetsmålen redovisas som delvis uppfyllda.

Verksamhetsmål 1.2 *Stockholm är en trygg, säker och välskött stad att bo och vistas i* bedöms delvis uppnått. Verksamhetsberättelsen beskriver fortsatta utmaningar med den upplevda tryggheten i stadsdelen. Stadens medborgarundersökning som utgör underlag för fyra av fem indikatorer har inte genomförts i år och bedömningen av måluppfyllelse bygger därför bland annat på resultatet från Trygghetsundersökningen som senast genomfördes för tre år sedan. Den visar att stadsdelen som helhet upplevs tryggare men att resultatet liksom 2017 är lägre än resten av staden. Dock finns områdesvariationer. Arbetet med platsamverkan fortsätter liksom att geografiskt utvidga samverkan för att motverka otrygghet på nya platser i stadsdelen. Trygghetsvandringar och fysiska trygghetskapade åtgärder är fortsatt prioriterade.

Verksamhetsmål 1.4. *I Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet* bedöms som delvis uppnått. Indikatorerna för verksamhetsmålet visar på utfall både under- och överstigande årsmålen. Resultatet från Stockholmsenkäten visar genomgående på utfall under årsmålen. Förvaltningen anger att de kommer att analysera resultaten från enkäten vidare.

Nämnden beskriver att vissa planerade utbildningar och gemensamma satsningar för att förbättra samverkan mellan skola och socialtjänst har fått skjutas upp på grund av pandemin liksom vissa förebyggande utbildningsinsatser riktade till föräldrar.

Under året har en granskning genomförts av stadsdelsnämndens arbetssätt för en god samverkan inom individ- och familjeomsorgen som tillvaratar den enskildes behov. Delar som behöver utvecklas är dokumentationen av samverkan samt säkerställa att målgrupper med insatser inom socialpsykiatri och/eller missbruk har informerats om stöd avseende samsjuklighet. Se bilaga 1.

Nämnden redovisar att på grund av pandemin finns svårigheter att etablera och upprätthålla kontakt med vissa målgrupper, bland annat personer som vill lämna kriminalitet och personer som är utsatta för våld i nära relation.

Verksamhetsmål 1.5 *I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande* bedöms uppnås delvis. Bedömningen av verksamhetsmålet görs främst utifrån resultatet av indikatorer med Socialstyrelsens brukarundersökning som underlag. Resultaten för några indikatorer har förbättrats sedan 2019, även om inte årsmålen nås. Det gäller bland annat upplevelse av möjlighet att komma utomhus, upplevelse av trygghet samt personalkontinuitet inom hemtjänsten. Målet om andel nöjda omsorgstagare nås varken inom hemtjänst eller i vård- och omsorgsboende, vilket beskrivs vara en effekt av pandemin. En annan effekt av pandemin är att arbetet med att upprätta och återrapportera genomförandepplaner till beställaren visar på brister. Vissa planerade aktiviteter har fått ställas in eller skjutas upp på grund av pandemin, exempelvis utredning om anhörigombudets roll inom hemtjänst och beställarenhet samt utvecklingsarbetet av kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen. Dessa aktiviteter planeras genomföras under 2021.

Inom verksamhetsmål 2.4. *Stockholm är en modern kultur- och evenemangsstad med en stark besöksnäring*, som bedöms delvis uppnått, beskrivs att nämnden har arbetat med att strukturera och systematisera samverkan med civilsamhället bland annat genom avtal om idéburet offentligt partnerskap, föreningsbidrag och nyhetsbrev. Årsmålen för indikatorerna nås inte men har utfall som är något bättre än föregående år.

Verksamhetsmål 2.5. *Stockholm är en hållbar stad med en god livsmiljö* bedöms delvis nås. Två av indikatorerna visar ett utfall under årsmål.

Revisionskontorets granskning visar att det finns grund för nämndens målbedömning.

En granskning har också 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. Se 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	2 299,3	1 914,4	384,9	16,7 %	-7,9
Intäkter	333,1	350,4	17,3	5,2 %	11,6
Verksamhetens nettokostnader	1 966,2	1 914,4	51,8	2,6 %	3,7
Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar		1 918,4	47,8	2,4 %	0,3

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 47,8 mnkr i förhållande till budgeten. 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 både positiva och negativa avvikelser inom de olika verksamhetsområdena. De största positiva avvikelserna finns inom verksamhetsområdena individ- och familjeomsorg (24 mnkr) och stöd och service till personer med funktionsnedsättning (13,3 mnkr). Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna inom funktionsnedsättning på ett medvetet arbete med att se över och omförhandla avtal om placeringar utanför lagen och valfrihetsystem. Inom individ- och familjeomsorg förklaras överskottet främst med fler hemmaplanslösningar vilket resulterat i lägre kostnader för placeringar.

Inom äldreomsorg redovisas ett underskott totalt på 3,7 mnkr. Inom äldreomsorgens beställarverksamhet redovisas ett överskott (20,6 mnkr). Avvikelsen kan till största delen hänföras till effekter av pandemin som inneburit att färre har ansökt om plats och flyttat in på vård- och omsorgsboende. Inom hemtjänsten har färre ansökningar inkommit och brukare har även tillfälligt sagt upp sina beviljade hemtjänstinsatser. Inom utförarverksamheterna redovisas ett underskott (30,2 mnkr) Avvikelsen beror främst på den lägre beläggningsgraden på stadsdelsnämndens vård- och omsorgsboende samt färre insatser inom hemtjänsten. Därtill även ökande kostnader bland annat för overtid och högre bemanning.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten ligger i nivå med budget.

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. Av genomförda granskningar framgår brister inom skilda verksamhetsområden men med det gemensamt att kontrollen i kärnprocesser är bristfällig.

Nämnden redovisar i sin verksamhetsberättelse att deras bedömning, precis som revisionskontorets, är att den interna kontrollen inte varit helt tillräcklig under året. De motiverar bedömningen med att effekterna av pandemin påverkat verksamheternas arbetssätt och prioriteringar vilket i sin tur påverkat internkontrollarbetet negativt.

Arbetet med den interna kontrollen är delvis en integrerad del i styrning och uppföljning. Det finns i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner men dessa har inte utförts helt som planerat. Nämnden fick rekommendationer 2019 om att utveckla kvalitetsarbetet i äldreomsorgen, säkerställa att samtliga beslutade kontroller i internkontrollplanen genomförs samt utveckla den interna kontrollen avseende delegation. En utveckling av intern kontroll av delegationsarbetet har skett, men flertalet rekommendationer kvarstår.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel. Det finns riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs, dock behöver uppföljningen av följsamheten till styrdokument utvecklas. Exempelvis visar granskningen av intäkter att nyckelkontroller behöver införas som säkerställer att samtliga bostads- och

lokalhyror faktureras korrekt. I granskningen av köp av personlig assistans enligt LSS visade stickprov att det i vissa fall saknats beslut om insatsen och i granskning av förtroendekänsliga poster visar några av stickproven på bristande följsamhet till stadens anvisningar och regler.

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 har inte följts upp systematiskt och fortlöpande. Nämnden anger att bristerna i år beror på effekter av pandemin. Förutom att kontroller i internkontrollplanen inte kunnat genomföras har vissa större aktiviteter som revidering av kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen och utveckling av internkontrollarbetet inte prioriterats.

Nämndens prognossäkerhet i årets tertialrapporter har varit bristfällig. Avvikelsen mellan den prognos som lämnades i tertialrapport 2 och utfallet vid bokslutet blev 1,23 procent. Avvikelsen förklaras främst av överskott inom funktionsnedsättning, där arbetet under året för att minska kostnader för placeringar utanför valfrihetssystemet har gett tidigare effekter än prognosticerat.

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.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat intäktprocessen, förtroendekänsliga och ledningsnära poster samt köp av personlig assistans enligt LSS utfört av externa utförare. Några utvecklingsområden har identifierats bland annat behov av att införa systematiska kontroller av assistansbolag och verksamhet samt att utarbeta rutin för hantering av misstänkt fusk och oegentligheter.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat behörighets- och attesthantering i ekonomisystemet Agresso, inköpsprocessen, hantering av löneutbetalningar samt lönetillägg. Den interna kontrollen i dessa processer och rutiner bedöms vara tillräcklig.

Granskningarna 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 (LKBR) 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 delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionskontorets rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att genomföra är bland annat revidering och utveckling av kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen samt att säkra och utveckla kontroller inom internkontrollplanen.

Bilaga 1 - Årets granskningar

Granskningar under perioden april 2020 - mars 2021

Verksamhet och ekonomi

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 utförts 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 Socialstyrelsen 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 att stadsdelsnämnden i huvudsak har tillämpat stadens handläggningsriktlinjer avseende att eventuell samsjuklighet ska fångas upp och dokumenteras i samtliga ärenden.

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. Dokumentationen av pågående samverkan bör tydliggöras och samverkansrutiner bör aktualiseras för att tillvarata den enskildes behov.

Utifrån granskningen rekommenderas stadsdelsnämnden att:

- dokumentera samverkan i utredningar 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.

Samverkan utskrivna patienter från slutenvård

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 stadsdelsnämnden 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 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 granskningen 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.

Stadsdelsnämnden 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

Attesthanteringen 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 och undertecknad attestförteckning som överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso samt namnteckningsprov för attestanterna.

Behörighetshanteringen i Agresso

En granskning har genomförts av behörighetshanteringen i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin är tillräcklig. Granskningen visar att det finns behörighetsblanketter för registrerade behörigheter och att dessa är undertecknade av behöriga personer samt överensstämmer med registrerade behörigheter i Agresso. Förvaltningen gör regelbunden genomgång av inaktiva behörigheter.

Förtroendekänsliga och ledningsnära poster

Granskning av kostnader för resor, konferens, utbildning och representation har under året genomförts i två etapper. Nämndens egna rutiner/ kontroller har inhämtats samt stickprovskontroller genomförts i samband med delårs- och helårsbokslut. I stickprovskontrollen har ett urval transaktioner kontrollerats avseende kontering, syfte, deltagarförteckning och moms. I bokslutsgranskningen kontrollerades transaktionerna för attest. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig. Bedömningen grundar sig på att nämnden har rutiner och kontroller inom området men att det i genomfört stickprov vid helårsbokslut noterats ett antal brister i huvudsak gällande syfte och deltagarförteckning.

För de poster som granskats bedöms representation till sin 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 är tillräcklig.

Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna i allt väsentligt är korrekt hanterade avseende bokföringsunderlag, betalningstidpunkt, bokföringstidpunkt samt kontering. Genomfört stickprov visar inget som tyder på avsteg från stadens regler eller LOU.

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 har fakturerats vid rätt tidpunkt, stämmer överens med avtalade villkor, uppfyller kraven enligt god redovisningssed och stadens regler, har betalats, är redovisad i rätt period samt rätt konterade. Det noteras dock att hyresavtal saknas för ett stickprov samt att årliga hyreshöjningar inte alltid genomförts.

Det 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 lokal hyresintäkter som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt i enlighet med gällande avtal och stadens regler.

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 är tillräcklig i granskad rutin.

Stickprovsgranskningen visar att det finns ett skriftligt beslutsunderlag/avtal om lönetillägg samt att utbetalt belopp och period överensstämmer med avtalade villkor.

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). Hanteringen av extra skyddsvärda personuppgifter bedöms bristande. Det finns behov av att ta fram rutin för assistansfusk och oegentligheter hos utförarna. Vissa avvikelser har noterats i genomförd stickprovskontroll bland annat att beslut enligt LSS saknas.

Nämnden rekommenderas att införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vidare säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret. Det finns behov av att ta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras. Slutligen rekommenderas nämnden säkerställa att verifikationerna uppfyller kraven i LKBR och god redovisningssed samt att det finns beslut om personlig assistans enligt LSS i samtliga fall.

Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

Årlig och fördjupad granskning

Års-rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
ÅR 2018	Hemlöshet inom prioriterade grupper Nämnden rekommenderas att säkerställa att intentionen i stadens program mot hemlöshet efterlevs.				Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.
ÅR 2019	Delegationsordning (uppföljning) Nämnden rekommenderas säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Vidare utveckla den interna kontrollen avseende delegation.		X		Förvaltningen har genomfört en utbildning i allmänna handlingar och dokumenthantering där delegationsordning och anmälan för delegationsärenden togs upp. Registraturen har också som rutin att kontinuerligt påminna om anmälan om delegationsbeslut. För närvarande pågår en översyn av information på intranätet gällande sådan Ärende och dokumenthantering i Hässelby-Vällingby, i vilken information om delegationsordning och anmälan om delegationsärenden ingår. Det finns rutiner för hur medarbetare anmäler ett ärende och hur registraturen ska hantera inkomna anmälningsärenden. Stickprov enligt internkontrollplan har inte kunnat prioriteras under året, rekommendationen kvarstår därför.
ÅR 2019	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen (uppföljning) Nämnden bör se till att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är aktuellt och omfattar samtliga delar. Nämnden bör även se till att väsentlighets- och riskanalys utarbetas och dokumenteras på avdelningsnivå, i enlighet med nämndens system för intern kontroll. Vidare rekommenderas nämnden se till att plan för egenkontroll utarbetas på enhetsnivå			X	På grund av rådande pandemi har arbetet med kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen inte kunnat prioriteras. Under 2021 planerar förvaltningen att rekrytera en verksamhetsutvecklare som bland annat kommer att få i uppdrag att arbeta med kvalitetsledningssystemet för äldreomsorgen.
ÅR 2019	Stöd till anhöriga till personer med missbruks-/beroende-problematik Nämnden rekommenderas att tydliggöra i ordinarie informationskanaler till vem eller vart anhöriga till närstående med missbruk/beroende kan vända sig vid behov av stöd. Vidare bör nämnden genomföra årlig uppföljning av anhörigstödet och säkerställa att uppföljningen omfattar samtliga målgrupper.	X			Förvaltningen har uppdaterat broschyrer och hemsida där det framgår att anhörigstöd erbjuds målgruppen och/eller hänvisar till andra samhällsinstanser t.ex. självhjälpgrupper, intresseorganisationer etc. Förvaltningen följer systematiskt upp insatser inklusive anhörigstödet och att rutiner efterlevs genom kollegiala granskningar samt egenkontroll av dokumentation genom stickprov av chef.
ÅR 2019	Intern kontroll Nämnden bör säkerställa att samtliga beslutade kontroller i internkontrollplanen genomförs.			X	Arbetet med systematisk uppföljning av nämndens internkontrollplan liksom utvecklingsarbetet kring väsentlighets- och riskanalyser har inte kunnat prioriteras under året på grund av pandemin.
ÅR 2019	Redovisning av kostnader för representation	X			En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen vad gäller hanteringen/redovisningen av förtroendekans-

Årsrapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	I samband med granskning av årsbokslutet noterades avvikelser avseende representation. Avvikelser avsåg felaktigt momsavdrag i ett fall samt i ett fall att erforderliga underlag inte bifogats.				liga och ledningsnära poster är tillräcklig. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad process. Bedömningen grundar sig på att stickproven i allt väsentligt kunde verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte och deltagarlista samt momsavdrag. För de poster som granskats bedöms representationen till sin inriktning och omfattning som rimlig. Den interna kontrollen kopplat till hanteringen bedöms även som tillräcklig.
ÅR 2020	Intern samverkan inom individ och familjeomsorgen Nämnden rekommenderas att • dokumentera samverkan i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. • införa en kvalitetsssäkring som säkerställer att aktuella brukare som finns aktualiserade med insatser inom socialpsykiatri och/eller missbruk har informerats om stöd avseende samsjuklighet.				
ÅR 2020	Intäktprocessen 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.				Rekommendationen följs upp under år 2021.
ÅR 2020	Förtroendekänsliga och ledningsnära poster Nämnden rekommenderas att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.				Rekommendationen följs upp under år 2021.
ÅR 2020	Köp av huvudverksamhet Nämnden rekommenderas införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Nämnden rekommenderas också säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från SLK. Nämnden rekommenderas även att arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras.				Rekommendationerna följs upp under år 2021.

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	Nämnden rekommenderas slutligen säkerställa att verifikationerna uppfyller kraven i LKBR och god Redovisningssed samt att det finns beslut om personlig assistans enligt LSS i samtliga fall.				

Revisionsprojekt

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Nr 7/2017	Utredningstider inom individ- och familjeomsorgen Nämnden bör se över sin styrning, uppföljning och analys avseende handläggningen av barn- och ungdomsärenden för att säkerställa att förhands-bedömningar och utredningar genomförs inom lagstadgad tid. Nämnden bör vidare se över och utveckla arbetssätt för att säkerställa att handläggningen genomförs enligt lagstiftning och stadens riktlinjer. Slutligen bör nämnden säkerställa tillförlitligheten i redovisningen av utredningstider genom att se till att registrering i verksamhets-systemet sker på ett korrekt och enhetligt sätt				Uppföljande granskning kommer att ske under kommande år.
Nr 7/2018	Tillgänglighet i offentlig miljö och till stadens service Nämnden rekommenderas att utveckla processer när det gäller att utreda, kartlägga och ta fram åtgärder avseende tillgänglig samhällsinformation. Detta för att säkerställa att samhällsinformationen blir tillgänglig oavsett funktionsförmåga.				Uppföljande granskning kommer att ske under år 2021.
Nr 5/2019	Implementering av dataskyddsförordningen Nämnden bör utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Vidare bör nämnden informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och			X	Nämnden har i verksamhetsplan för 2021 aktiviteter för att utveckla arbetet med följsamhet till dataskyddsförordningen exempelvis översyn av registerförteckningar och informationsklassningar.

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgär- der			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	systematiskt inventerar sina personuppgiftsbehandlingar.				
Nr 2/2021	<p>Samverkan utskrivna patienter från slutenvård</p> <p>Nämnden rekommenderas att</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 				

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.