

Årsrapport 2014
Hägersten-
Liljeholmens
stadsdelsnämnd

**Rapport från
Stadsrevisionen**

Nr 17, 2015

Dnr 3.1.2-55/2015

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Stockholm granskar nämnders och styrelserns ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

I ”årsrapporter” för nämnder och ”granskningspromemorior” för styrelser sammanfattar Stadsrevisionen det gångna årets synpunkter på verksamheten. Fördjupade granskningar som sker under året kan också publiceras som projektrapporter.

Publikationerna finns på Stadsrevisionens hemsida. De kan också beställas från revisionskontoret.

Till
Hägersten-Liljeholmens
stadsdelsnämnd

Revisorerna för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd har avslutat revisionen av nämndens verksamhet under år 2014. Kopia på den revisionsberättelse som överlämnas till kommunfullmäktige bifogas.

Revisorerna överlämnar och åberopar revisionskontorets årsrapport för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd.

Revisorerna emotser ett yttrande över årsrapporten från nämnden senast 2015-06-30.

På revisorernas vägnar

Bosse Ringholm
Ordförande

Karin Meding
Sekreterare

Sammanfattning

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Sammantaget bedöms att Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Det ekonomiska utfallet ryms inom tilldelad budget och alla verksamhetsmålen har nåtts utom målet ”Stockholms stad är en attraktiv arbetsgivare med spännande och utmanande arbeten” som delvis nåtts.

Intern kontroll

Revisionskontoret bedömer att nämndens interna kontroll har varit tillräcklig. Nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Ekonomi och verksamhet följs upp i samband med månads- och tertialrapporter.

I de granskningar som revisionskontoret har genomfört av nämndens interna kontroll under året har inte noterats några väsentliga brister, utom i granskningen av nämndens hantering av registerkontroll av personal inom förskolan där nämnden inte uppfyller lagens krav. Nämnden rekommenderas att införa en rutin som säkerställer att lagen och stadens anvisningar för rekryteringshandlingar följs. Nämndens rekommenderas även att ta fram anvisningar för registerkontroll av inhyrda tjänster för förskolorna. Sammantaget bedöms bristen inte påverka revisionskontorets sammanfattande bedömning av nämndens interna kontroll.

Bokslut och räkenskaper

Nämndens bokslut och räkenskaper bedöms i allt väsentligt vara rättvisande och följer gällande regler och god redovisningssed. Det råder god ordning i underlagen till bokslutet och posterna är i allt väsentligt väl dokumenterade.

Innehåll

Årets granskning	1
Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi	1
Intern kontroll	4
Bokslut och räkenskaper	7
Uppföljning av tidigare års granskning	7
Bilaga 1 - Bedömningskriterier	
Bilaga 2 - Årets granskningar	
Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer	

Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi
- Intern kontroll
- Bokslut och räkenskaper

Revisionen sker i enlighet med kommunallagen och andra tillämpliga lagar samt i enlighet med reglementet för stadsrevisionen och god revisionssed i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning av nämnden. Kriterier för bedömningen redovisas i *bilaga 1*.

I rapporten redovisas översiktligt resultatet av revisionsårets grundläggande och fördjupade granskningar. De granskningar som genomförts under revisionsåret redovisas närmare i *bilaga 2*.

En uppföljning av i vad mån nämnden har beaktat rekommendationer från tidigare års granskning redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i *bilaga 3*.

De förtroendevalda revisorerna har träffat representanter för nämnden i samband med genomgång av 2013 års granskning och avstämning inför år 2014.

Granskningsledare har varit Karin Meding vid revisionskontoret och Anders Rabb vid PwC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål, uppdrag och budget samt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Sammantaget bedöms att Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bedömningen grundar sig på att det ekonomiska utfallet ryms inom tilldelad budget och att alla verksamhetsmålen nåtts utom målet ”Stockholms

stad är en attraktiv arbetsgivare med spännande och utmanande arbeten” vilket delvis har nåtts.

Ekonomiskt resultat

Nämnden redovisar följande budgetutfall och avvikelser för år 2014:

Mnkr	Budget 2014	B o k s l u t 2 0 1 4			Budget- avvikelse 2013
		Utfall	Avvikelse		
Driftbudget					
Verksamhet					
Kostnader	1 958,6	1 997,8	- 39,2	2,0 %	- 47,8
Intäkter	239,0	273,7	34,7	14,5 %	47,7
Verksamhetens nettokostnader	1 719,6	1 724,1	- 4,5	0,3 %	0,1
Avskrivningar	4,0	3,9	0,1	2,5 %	0,2
Internräntor	1,9	1,8	0,1	5,3 %	0,3
Driftbudgetens nettokostnader	1 725,5	1 729,8	- 4,3	0,3 %	0,5
Justerat netto, efter resultat- överföringar		1 725,4	- 0,1	0,0 %	0,6
Investeringsplan					
Utgifter	20,3	19,0	1,3	6,4 %	0,6
Inkomster	0,0	0,0	0,0	0,0 %	0,0
Nettoutgifter	20,3	19,0	1,3	6,4 %	0,6

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall, efter resultatöverföringar, avviker med endast 0,1 mnkr i förhållande till budgeten. Utfallet visar således att budgethållningen har varit tillräcklig.

De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena individ- och familjeomsorg (-18,2 mnkr), äldreomsorg (-10,0 mnkr) och stöd och service till personer med funktionsnedsättning (+7,5 mnkr).

Drygt hälften av individ- och familjeomsorgens underskott finns inom barn- och ungdomsenheten och beror på att nämnden har haft fler och dyrare placeringar jämfört med föregående år. Enheten har även haft stora kostnader för inhyrd personal i avvaktan på tillsättningar av socialsekreterare. Resterande del av underskottet finns inom vuxenenheten (nästan 4 mnkr) beroende på höga kostnader för placeringar på behandlingshem och LVM-placeringar, och inom socialpsykiatri (drygt 3 mnkr) för bland annat boendestöd.

Äldreomsorgens underskott beror på ett förhållandevis stort antal placeringar på vård- och omsorgsboenden med demensinriktning. Dessutom har i snitt 15 servicehuslägenheter varit outhyrda med stort intäktsbortfall som följd. Även vård- och omsorgsboendena har haft tomma platser, liksom några av platserna i Axelsbergs korttidsboende.

Överskottet inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning beror till 1,9 mnkr på att beställarenheten har lyckats omförhandla i stort sett alla avtal för placeringar hos privata anordnare utanför stadens valfrihetssystem. Dessutom visar resultatenheterna och utförarverksamheterna ett sammantaget ett överskott om 5,9 mnkr till följd av ökad försäljning av platser och lägre kostnader än förväntat.

Resultatenheternas samlade nettoresultat för året är ett underskott om 4,4 mnkr, varav underskott om 2,4 mnkr för de tre förskoleområdena, underskott om 2,5 mnkr för Hägersten-Liljeholmens hemtjänst, överskott om 0,2 mnkr för Fruängens servicehus och överskott om 0,2 mnkr för de sociala omsorgsenheterna.

Hägersten-Liljeholmens hemtjänst har inte klarat att under året täcka förra årets underskott om 0,8 mnkr varför enheten upphör att vara resultatenhet per 31 december 2014. Nämnden ska därmed enligt stadens regler täcka den avvecklade enhetens totala underskott om 3,3 mnkr under 2015.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

Verksamhetens resultat

Revisionskontoret bedömer att nämndens resultat för 2014 i allt väsentligt är förenligt med de mål som fullmäktige fastställt. Bedömningen grundas på en granskning av nämndens verksamhetsberättelse samt på de övriga granskningar som har genomförts under året.

Samtliga mål och uppdrag har avrapporterats i verksamhetsberättelsen. Avvikelser har analyserats och kommenterats. Verksamhetsberättelsen ger en god bild av det verksamhetsmässiga resultatet.

Nämnden har bidragit till att uppnå kommunfullmäktiges mål. Alla de av kommunfullmäktige fastställda verksamhetsmålen har uppnåtts utom målet ”Stockholms stad är en attraktiv arbetsgivare med spännande och utmanande arbeten” som delvis nåtts. Det beror på att nämndens årsmål för indikatorerna andel deltidsanställda som

erbjuds heltid och sjukfrånvaron inte har nåtts. Nämndens årsmål om att erbjuda 100 % av de deltidsanställda som önskar heltid, har inte nåtts. Årets resultat blev 43 %. Nämndens årsmål för sjukfrånvaron var 5,8 % medan utfallet visar 7,7 %. Den korta sjukfrånvaron upp till två veckor och den långa över ett år minskar, medan ökningen finns inom i intervallet däremellan. I verksamhetsberättelsen finns analys och beskrivning av nämndens riktade insatser för att försöka minska sjukfrånvaron.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av om nämnden registrerar i de nationella kvalitetsregistren inom äldreomsorgen och om resultaten används i verksamhetsutvecklingen. Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning registrera de åtgärder som planeras med anledning av genomförda riskbedömningar i Senior Alert. Nämnden rekommenderas även att öka antalet enheter som aktivt registrerar i de nationella kvalitetsregistren (se *bilaga 2*).

Sammanfattningsvis bedöms nämnden i huvudsak ha en ändamålsenlig styrning och uppföljning. De brister som noterats är inte av sådan omfattning att de väsentligt påverkar bedömningen av verksamhetens resultat.

Ej verkställda beslut SoL och LSS (funktionsnedsättning och IoF)
Stadsdelsnämnd ska enligt SoL och LSS till IVO och revisorerna rapportera gynnande beslut om insatser som inte har verkställts inom tre månader från nämndens beslutsdatum. En nämnd som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd som någon är berättigad till enligt domstols avgörande kan åläggas att betala särskild avgift.

Nämnden har under perioden 2013 till och med tredje kvartalet 2014 inte tilldelats några vitesdomar. Antalet ej verkställda beslut som rapporterats till IVO tredje kvartalet 2014 är sex inom funktionsnedsättning och sex inom IOF. Ärendena avser i huvudsak boende med särskild service inom funktionsnedsättning och kontaktperson inom IoF.

Revisionskontoret har under 2014 genomfört en granskning av biståndsbeslut som inte verkställts som redovisas i *bilaga 2*.

Intern kontroll

Den interna kontrollen är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Den interna kontrollen säkerställer, med en rimlig grad av säkerhet, att verksamheten drivs effektivt, att lagar, förord-

ningar och andra regler följs samt att en tillförlitlig finansiell redovisning och rättvisande rapportering om verksamheten lämnas.

Sammanfattningsvis bedömer revisionskontoret att nämndens interna kontroll har varit tillräcklig. De iakttagelser som ligger till grund för denna bedömning redovisas i *bilaga 2*.

En del i nämndens interna kontroll är att säkerställa en ändamålsenlig styrning och kontroll av ekonomi och verksamhet. Revisionskontoret har granskat nämndens verksamhetsplan för år 2014 och bedömer att nämndens egna mål ansluter till kommunfullmäktiges mål för den verksamhet som nämnden bedriver. Nämnden har för varje verksamhetsområde fastställt egna mål. För de flesta av nämndens egna mål är indikatorer inte fastställda, men nämnden har angett mätbara/uppföljningsbara aktiviteter och/eller förväntat resultat. Revisionskontoret bedömer att nämndens verksamhetsplan utgör ett ändamålsenligt styrdokument med relevant information om verksamhetens ekonomi och prestationer.

Nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Ekonomi, verksamhet och kvalitet följs systematiskt upp i samband med nämndens månads- och tertialrapporter. Uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra sker årligen i enlighet med stadens gemensamma uppföljningsmodell.

Nedanstående sammanställning visar att prognossäkerheten i nämndens tertialrapporter har varit god under året.

Mnkr	Tertial- rapport 1 2014	Tertial- rapport 2 2014	Bokslut 2014	Avvikelse T2 - bokslut	
Driftbudget					
Verksamhet					
Kostnader	1 969,8	1 965,4	1 997,8	- 32,4	1,6 %
Intäkter	259	246,3	237,7	-8,6	3,5 %
Verksamhetens nettokostnader	1 710,8	1 719,1	1 724,1	- 5,0	0,3 %
Avskrivningar	4,0	4,0	3,9	0,1	2,5 %
Internräntor	1,9	1,9	1,8	0,1	5,3 %
Driftbudgetens nettokostnader	1 716,7	1 725,0	1 729,8	- 4,8	0,3 %
Justerat netto, efter resultat- överföringar	1 712,9	1 719,8	1 725,4	- 5,6	0,3 %
Investeringsplan					
Utgifter	20,3	20,3	19,0	1,3	6,4 %
Inkomster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 %
Nettoutgifter	20,3	20,3	19,0	1,3	6,4 %

Revisionskontorets granskning av nämndens system för intern kontroll visar att systemet antogs av nämnden 2010 men det är fortfarande aktuellt. Ärendet innehåller organisation och uppgifter i internkontrollarbetet för nämnden, stadsdelsdirektören, avdelning- och enhetschefer, medarbetarna, ILS-gruppen samt budget- och ILS-samordnaren. Där anges också hur planering och uppföljning ska genomföras.

Revisionskontoret rekommenderar nämnden att under 2015 fatta beslut om sitt system för intern kontroll då det är ny mandatperiod.

Nämndens uppföljning av årets internkontrollplan, uppföljningar utöver planen och redovisning av vidtagna åtgärder efter tidigare uppföljningar, visar att förvaltningens rutiner och system håller en i huvudsak god kvalitet. De brister som upptäckts i nämndens kontroller är bland annat att fakturor som avser intern representation i flera fall saknar syfte och/eller deltagare och är inte attesterade av överordnad chef, samt att känslig information förekommer på fakturor. Ekonomienheten har då kontaktat medarbetare och leverantörer och har även under året genomfört utbildningar inom ekonomi och intern kontroll.

Revisionskontoret har under året genomfört ett antal granskningar av nämndens interna kontroll: risk för att medarbetarna utsätts för

hot och våld, registerkontroll av personal inom förskolan, lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg, nämndens protokollshantering, behörighetsrutiner i Paraplysystemet avseende externa utförare inom socialtjänsten, biståndsbeslut som inte verkställs, avgiftsrutiner inom äldreomsorgen, uppföljning av moms, uppföljning av löner och betalkort (se *bilaga 2*).

I de granskningar som revisionskontoret under året har genomfört av nämndens interna kontroll har inte några väsentliga brister noterats, utom i granskningen av nämndens hantering av registerkontroll av personal inom förskolan där nämnden inte uppfyller lagens krav. Nämnden rekommenderas att införa en rutin som säkerställer att lagen och stadens anvisningar för rekryteringshandlingar följs. Nämndens rekommenderas även att ta fram anvisningar för registerkontroll av inhyrda tjänster för förskolorna.

Sammantaget är de brister som noterats inte av sådan omfattning att de påverkar den sammanfattande bedömningen av nämndens interna kontroll. I *bilaga 2* sammanfattas alla revisionskontorets granskningar med bedömningar och lämnade rekommendationer.

Bokslut och räkenskaper

I detta avsnitt redovisas en bedömning av om nämndens bokslut är rättvisande samt om räkenskaperna är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed.

Sammanfattningsvis bedöms att bokslut och räkenskaper i allt väsentligt är rättvisande.

Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionskontoret gör årligen en uppföljning och bedömning av i vad mån nämnden har beaktat rekommendationerna, se *bilaga 3*.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har beaktat revisionens rekommendationer.

Bilaga 1 - Bedömningskriterier

Revisionskontorets bedömningskriterier

För avsnitten Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi och Intern kontroll används följande bedömningar:

<i>Tillfredsställande/Tillräcklig</i>	Kriterierna är i allt väsentligt uppfyllda
<i>Inte helt tillfredsställande/ Inte helt tillräcklig</i>	Brister finns som måste åtgärdas
<i>Inte tillfredsställande/ Inte tillräcklig</i>	Väsentliga brister finns som måste åtgärdas omgående

För avsnitt Bokslut och räkenskaper gäller följande bedömningar:

<i>Rättvisande, Inte helt rättvisande eller Inte rättvisande</i>
--

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Nämnden har uppnått kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

- Nämndens resultat följer fullmäktiges beslut om mål, uppdrag och budget.
- Nämnden har inom tilldelat anslag uppfyllt sina mål för verksamheten och uppnått i verksamhetsplanen angiven verksamhet.
- Nämndens verksamhet har bedrivits enligt lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Intern kontroll

Den interna kontrollen är en process som utförs av nämnd, förvaltningsledning 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 samt att en tillförlitlig finansiell redovisning och rättvisande rapportering om verksamheten lämnas.

- Nämnden genomför årligen en riskanalys som fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att minimera risken för att verksamhetens mål inte uppnås.
- Nämndens organisation har en tydlig fördelning av ansvar och befogenheter som bidrar till att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel samt oegentligheter.
- Nämndens verksamhetsplan överensstämmer med fullmäktiges beslut om mål, uppdrag och budget. Nämnden har för varje verksamhetsområde fastställt mätbara/uppföljningsbara mål för ekonomi och verksamhet.
- Nämnden följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi, verksamhet och kvalitet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
- Nämnden har ett fungerande informations- och kommunikationssystem för styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.
- Nämnden har riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.
- Nämnden följer upp den interna kontrollen systematiskt och regelbundet för att säkra att den fungerar på ett betryggande sätt.

Nämndens bokslut och räkenskaper

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

- Nämndens bokslut är rättvisande.
- Nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed.

Bilaga 2 - Årets granskningar

Granskningar och projekt under perioden april 2014 – mars 2015

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Nationella kvalitetsregister inom äldreomsorgen

En granskning har genomförts för att bedöma om nämnden registrerar i de nationella kvalitetsregistren och använder resultaten i verksamhetsutvecklingen av äldreomsorgen. Nämnden ska i enlighet med kommunfullmäktiges beslut använda de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert och Svenska palliativregistret, inom alla särskilda boenden oavsett regiform. Syftet med registren är att skapa en systematik i patientsäkerhetsarbetet som kan bidra till att förbättra vården och omsorgen för sjuka äldre.

Granskningen visar att nämnden har anslutit sig till och använder Senior Alert och Svenska palliativregistret i enlighet med kommunfullmäktiges beslut. Nämnden har anslutit sig till registret BPSD¹ och har under året genomfört en lokal utbildning för personal som ska registrera i systemet.

Av utdata från kvalitetsregistret Senior Alert och från patientsäkerhetsberättelsen framgår att antalet registrerade riskbedömning ökat jämfört med 2013. Ett utvecklingsområde har varit att genomföra riskbedömning i Senior Alert gällande munhälsa. Nämnden registrerar dock inte i samma omfattning planerade åtgärder för att bland annat förebygga fallskador och trycksår.

För att kunna behandla personuppgifter i de nationella kvalitetsregistren krävs enligt Patientdatalagen (2008:355) att den äldre ger sitt samtycke. Om den enskilde är beslutoförmögen² ger ändå lagen vårdgivaren möjlighet, bland annat genom att anhöriga kan förmedla den äldres uppfattning, att registrera och behandla personuppgifter. Nämnden har som rutin att, när ett ärende aktualiseras, fråga den äldre om samtycker till registrering av personuppgifter där sådant medgivande krävs. Den äldres ställningstagande dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Ansvar för att organisera och följa upp att registreringen sker i de nationella registren åligger verksamhetschef. Granskningen visar att

¹ Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

² Att den enskilda inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning.

uppföljningen sker löpande och att resultatet årligen redovisas i t.ex. patientsäkerhetsberättelsen till nämnden.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i huvudsak använder de nationella kvalitetsregistren på ett ändamålsenligt sätt. Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning i Senior Alert registrera de åtgärder som planeras med anledning av genomförda riskbedömningar. Nämnden rekommenderas även att se till att fler enheter aktivt ökar antalet registreringar i de nationella kvalitetsregistren.

Intern kontroll

Risk för att medarbetarna utsätts för hot och våld

Utifrån arbetsmiljölagens krav och Arbetsmiljöverkets föreskrift om våld och hot i arbetsmiljön har en granskning genomförts för att bedöma om nämnden bedriver arbetet med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen har visat att förvaltningen har handlingsplaner och riktlinjer för hur de anställda inom olika enheter ska agera både förebyggande och om de hamnar i hot- och våldssituationer. Dokumenten hålls levande genom att de tas upp på chefsmöten, på APT där säkerhetssamordnaren bjuds in, genom enhetschefernas ansvar för att riktlinjer och enhetsspecifika rutiner går igenom med all personal, och i samband med den årliga arbetsmiljöronden. Riskkartläggningar görs på varje enhet. Inom social omsorg görs även riskbedömning på klienter/vårdtagare. Det finns även en risk-samordnare som kartlägger den fysiska säkerheten en gång per år. Minst en gång om året anordnas en fyradagars arbetsmiljöutbildning för nya chefer, övriga nyanställda och skyddsombud.

De personalkategorier som förvaltningen bedömer personalen löper störst risk att utsättas för hot och våld är socialsekreterare och biståndsbedömare. Men personal inom socialpsykiatri, äldreomsorgen och förskoleverksamheten är också utsatta.

Exempel på förebyggande säkerhetsåtgärder som har vidtagits är att besöksrummen har larm och två utgångar och ligger i låst korridor i anslutning till receptionen. Vid hembesök har personalen mobilt personlarm. Dubbelbemanning vid riskbedömning. Inom daglig verksamhet finns särskilda säkerhetsrutiner. Förvaltningen har sedan tre år ett projekt i studiecirkelform på gruppbostäderna som

till stor del handlar om bemötande och hur man undviker att personer med psykiska sjukdomar blir triggade.

Utdrag ur RISK-systemet för perioden 1 november 2013 t o m oktober 2014 visar att anställda i Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning har registrerat 20 incidenter, varav 4 har klassificerats som allvarliga. Av de 20 incidenterna gäller 8 gruppboendestäder, 3 förskolor, 3 dagliga verksamheter, 3 stödboende, 1 boendestöd, 1 neuropsykiatriska stödteamet, 1 servicebostad.

I RISK-systemet ska bl a noteras vad som kan göras i förebyggande syfte för att det inte ska hända igen. Revisionskontoret har noterat att detta görs.

Sammantaget är bedömningen att Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen.

Registerkontroll av personal inom förskolan

Den som erbjuds en anställning, praktiktjänstgöring eller om det sker genom uppdrag i kommun ska, om arbetet innebär direkt och regelbunden kontakt med barn, på begäran av arbetsgivaren/huvudmannen visa upp ett utdrag ur Rikspolisstyrelsens belastningsregister.

Revisionskontoret har genomfört en granskning för att bedöma om nämnden följer det lagstiftningen föreskriver. Den som erbjuds arbete får inte börja innan utdrag uppvisats. Kontrollen ska enligt lagen dokumenteras.

I ett urval av 15 personalakter saknades det vid granskningstillfället utdrag ur belastningsregistret för 13 anställda. Efter granskningen har 6 av de som saknades inkommit till förvaltningen. Det visade sig då att en person hade börjat sin anställning ca två månader innan utdraget var utfärdat, och att ett registerutdrag var för gammalt när personen anställdes.

Enligt stadens anvisningar ska utdragen och övriga relevanta rekryteringshandlingar förvaras i personalakten på förvaltningen. Granskningen visade att endast ett fåtal av personalakterna innehöll något mer än anställningsavtalet.

I granskningen framkom att det råder osäkerhet kring registerkontroll vid inhyrda tjänster.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden inte uppfyller lagens krav om registerkontroll av personal inom förskolan. Revisionskontoret rekommenderar att en rutin införs för att uppfylla att lagen och stadens anvisningar följs. Förslagsvis genom att efterfråga relevanta rekryteringsunderlag om endast anställningsavtal skickas in till förvaltningen. Nämnden rekommenderas att ta fram anvisningar för registerkontroll av inhyrda tjänster vid förskolorna.

Uppföljning av lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg

En granskning har genomförts av om nämnden följer stadens riktlinjer och följer upp sin lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorgen. Granskningen har avgränsats till öppenvårdsverksamhet.

Granskningen visar att nämnden säkerställer sin följsamhet till ramavtalet genom att delegation av beslut avseende öppenvårdsinsatser utförd i extern tas av bitr. enhetschef. Förvaltningen följer systematiskt upp öppenvårdsinsatser oavsett utförare. Dock sammanställs inte köp och följs upp på en aggregerad nivå, varken av enheten eller centralt inom förvaltningen. Det finns en central funktion för avtalsförvaltning, dock ansvarar enhetschef för sina avtal inom individ- och familjeomsorgen.

Nämnden har under 2013 köpt externa öppenvårdstjänster för 2,5 mnkr, varav 3,4 % inte kan kopplas till ramavtalet eller till rätt kategori, vilket beror på felregistreringar i ekonomisystemet. Förvaltningen har inte köpt öppenvårdsverksamhet utanför ramavtalet.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i allt väsentligt följer stadens riktlinjer och följer upp sin lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorgen. Nämnden rekommenderas dock att säkerställa tillförlitligheten i verksamhetsredovisningen i ekonomisystemet då det i granskningen har visat sig finnas mindre brister som försvårar den interna uppföljningen.

Nämndens protokollshantering

En granskning har genomförts av nämndens protokoll för att bedöma om kommunallagens krav följs och om protokollen är informativa och lättförståeliga samt om regler och rutiner för publicering av protokollen är tillräckliga.

Granskningen visar att kommunallagens krav följs vad gäller protokollens förande, innehåll och justering. Kommunallagens krav på protokollen utgör minimikrav. Utöver detta bör protokollen även

beaktas som informationsbärare för såväl den egna organisationen som omvärlden i form av intressenter och allmänhet. Granskningen visar att protokollen är informativa och lättförståeliga. Granskningen visar även att nämndens rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn följs.

Den sammantagna bedömningen är att nämndens protokoll följer kommunallagens krav och att protokollen är informativa och lättförståeliga samt att det finns tillräckliga rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn.

Behörighetsrutiner i Paraplysystemet avseende externa utförare inom socialtjänsten

Revisionskontoret har genomfört en granskning av den interna kontrollen i nämndens behörighetsrutiner för externa utförare avseende verksamhetssystemet Paraplyet.

Granskningen visar att det finns centrala riktlinjer och regelverk kring informationssäkerhet och behörighetsroller. Det saknas dock tydliga anvisningar för hur nämnderna ska handlägga behörigheter gentemot externa utförare. Det noteras att äldrenämnden efter granskningen tagit fram anvisningar för behörighetsadministration inom äldreomsorgen.

Nämnden har inte tagit fram en rutin för behörighets- och lösenordsadministration i Paraplysystemet. Paraplysamordnaren informerar, utbildar och ger de externa utförarna support under avtalstiden vad det gäller behörighetssystemet och utförardokumentationen. Uppföljning och kontroll av utförarens behörighetsadministration sker vid tre tillfällen under året. Nämnden följer däremot inte systematiskt upp och kontrollerar hur utföraren hanterar behörighetsadministrationen exempelvis i form av verksamhetsbesök.

De externa utförarna ansvarar för att behörigheter på en lägre nivå än verksamhetschef läggs upp. Behörighetsblanketter upprättas för ändamålet, undertecknas av behörig beslutfattare och förvaras hos den externa utföraren.

Verifieringen av tilldelade behörigheter visade att de granskade underlagen var fullständiga. Bland de granskade behörigheterna fanns underlag som avsåg en utförare där avtalet med staden hade upphört. För dessa hade paraplysamordnaren avslutat behörigheterna utan att utföraren hade upprättat en avslutsblankett. Detta är korrekt enligt stadens regelverk.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden i huvudsak följer gällande centrala anvisningar för behörighetsadministrationen i Paraplysystemet. Nämnden behöver dock förbättra uppföljningen och kontrollen av hur de externa utförarna hanterar tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter. Nämnden rekommenderas att årligen och på plats, exempelvis i samband med verksamhetsuppföljningen, särskilt kontrollera detta.

Biståndsbeslut som inte verkställs

Stadsdelsnämnderna ska enligt socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) rapportera till inspektionen för vård och omsorg (IVO) och revisorerna gynnande biståndsbeslut som inte har verkställts inom tre månader från nämndens beslutsdatum. Granskningen syftar till att bedöma om nämnden har rutiner som säkerställer att gynnande ej verkställda beslut avrapporteras och om nämnden vidtar tillräckliga åtgärder för de biståndsbeslut som inte är verkställda. Granskningen har avgränsats till verksamheterna individ- och familjeomsorg och stöd och service till personer med funktionsnedsättning.

Nämnden har dokumenterade rutiner för bevakning och rapportering av ej verkställda beslut.

Rapporteringen anmäls endast till sociala delegationen.

Nämnden vidtar åtgärder när ett biståndsbeslut inte kan verkställas och har endast ärenden från 2014 som ännu inte är verkställda. Nämnden har inte tilldelats några vitesdomar.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden har rutiner för att säkerställa att gynnande ej verkställda beslut avrapporteras. Rapporteringen utförs i huvudsak enligt lagstiftningen och stadens anvisningar.

Nämnden rekommenderas tillse att rapporteringen anmäls till nämnden. Av anmälan bör det framgå antal ärenden, vilken typ av insats som avses, anledningen till varför ärendet inte verkställts samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.

Avgiftsrutiner inom äldreomsorgen

Granskningen har visat att kontrollen av avgiftsrutiner inom äldreomsorgen är tillräcklig men vissa förbättringar behövs. Nämndens 24 biståndsbedömare beslutar enligt delegation om både insats och avgift i de ärenden de handlägger. Nämnden bör överväga att ta fram en rutin för stickprovskontroll av fattade beslut. Om jävshållande finns i ett ärende överlämnar enhetschef, enligt stadens policy, ärendet till annan stadsdelsförvaltning för handläggning. De avstämningsrutiner som görs av fakturor från leverantörer och av utförda tjänster faktureras, görs enligt stadens tillämpningsanvisningar för avgiftssystemet samt skriftliga interna rutiner. Rutiner finns, dock ej skriftliga, för att följa upp och vidta åtgärder när brukare inte betalar sina räkningar. Detta sker månadsvis av enhetschef och administrativ assistent.

Uppföljning av moms

En granskning av uppföljning av moms har visat att nämnden gör tillräckliga kontroller för den löpande avstämningen och rättar de felkonteringar som påträffas. Men nämnden måste tillse att de medarbetare som konterar och attesterar ingående moms för representation och leasingbilar har kunskap om vilka avdragsbegränsningar som då gäller.

Uppföljning av löner

Granskningen av uppföljningen av löner har visat att kontrollerna är tillräckliga. Lönecontrollern genomför samtliga kontroller enligt stadens riktlinjer. Enheterna utför kontroll av att rätt lön har utbetalats till rätt person, och det dokumenteras genom att cheferna signerar lönelistorna. Nämnden rekommenderas att dokumentera den kontroll som görs av behörigheter i LISA-systemet.

Betalkort

Granskningen har visat att den interna kontrollen är tillräcklig när det gäller de administrativa rutinerna vid beställning av betalkort. Bedömningen grundar sig på att förvaltningen följer stadens riktlinjer för hantering av betalkort. Dock har noterats att det inte framgår av nämndens delegationsordning vem som ansvarar för ärendegruppen betalkort, men under granskning har framkommit att en revidering av delegationsordningen kommer att göras av nämnden.

Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2013	Nämnden bör rutinmässigt begära upp- gift från förskolorna om deras öppettider och även stickprovsvist tillfråga vård- nadshavarna om tiderna motsvarar deras behov, samt tillhandahålla skriftlig infor- mation om möjlighet till barnomsorg på ob-tid.		X		Nämndens kommunikationsenhet har fått i uppdrag att lägga ut information på förskolorna i jämförservice för att vårdnadshavarna ska få god information om stadens regler för öppet- hållande.
2013	Den interna kontrollen i lönehanteringen är i huvudsak tillräcklig men rutin- beskrivningen bör uppdateras så det tydligare framgår vilka kontroller som månatligen ska utföras av besluts- attestanter, och att förvaltningens stöd- dokument kommuniseras ut till samtliga chefer för att säkerställa tillräcklig kontroll och uppföljning av löner.	X			Nämndens rutinbeskrivning har kompletterats med mall ” internkontroll av löne- och LAS- hanteringen samt bisyssla”. Av mallen framgår vilka kontroller som ska göras och av vem. Mallen har kommunicerats till berörda besluts- attestanter.
2013	Nämnden interna kontroll av hanteringen av enskildas medel är i huvudsak till- räcklig men nämnden rekommenderas att rutinbeskrivningen uppdateras bl a avseende skriftliga överenskommelser mellan anhörig/god man och utsedd företrädare för enheterna och rutin för utlämning av kvitton till god man/ anhörig/företrädare.	X			Ny rutinbeskrivning har upprättats och blanketter har uppdaterats, i enlighet med revisionens lämnade rekommendation, för gode mäns och företrädares redovisning.
2013	Den interna kontrollen är i huvudsak till- räcklig när det gäller styrning och upp- följning av interna och externa projekt. Men nämnden rekommenderas att se över användandet av projektkoder och utveckla rutinen avseende dokumenta- tion/underlag för projekt samt även behandla projekten i nämnden som informationsärende.	X			Ny rutinbeskrivning har upprättats som beskriver hur projektredovisningen ska gå till. Nämnden erhåller information vid ansökan om projektmedel (anmälningsärende) och i form av uppföljningar i tertialrapporter och bokslut.
2013	Nämnden har i huvudsak fungerande styrning och kontroll för att förhindra att obehöriga får tillträde till äldreboenden. Men nämnden rekommenderas att kom- plettera kvittensblanketter för tilldelning och återlämning av passerkort. Vidare bör en rutin tas fram som klargör vad personalen ska göra om obehöriga tar sig in.	X			Aktuella passerkort finns. Fungerande och väl kända rutiner för kvittensblanketter. Signeringslista finns och kontroller görs. Dokumenterad rutin finns för lokal hantering av aptus-brickor till dörrarna. Frågan om obehöriga är högst aktuell, då hus 43 står tomt. Ett möte med Micasa är inplanerat för att diskutera detta närmare. Skriftlig rutin kommer efter det att tas fram.

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2013	Nämnden bör införa en rutin som säkerställer att känslig information inte förekommer i ekonomisystemet.	X			Rutinerna med leverantörer har setts över så att personuppgifter kodas om, för att undvika känsliga uppgifter på vårdfakturor mm. Administrativa avdelningen har genomfört uppföljning som påbörjades i maj och har fortgått under året. Vid brister har kontakt tagits direkt med berörd medarbetare och/eller leverantör för att informera om vad som gäller.
2014	Revisionskontoret rekommenderar nämnden att under 2015 fatta beslut om sitt system för intern kontroll då det är ny mandatperiod.				Följs upp under 2015
2014	Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning i Senior Alert registrera de åtgärder som planeras med anledning av genomförda riskbedömningar. Nämnden rekommenderas även att öka antalet enheter som aktivt registrerar i de nationella kvalitetsregistren.				Följs upp under 2015
2014	Nämnden rekommenderas - att införa en rutin införs för att uppfylla att lagen och stadens anvisningar följs vad gäller registerkontroll av personal inom förskolan. - att ta fram anvisningar för registerkontroll av inhyrda tjänster vid förskolorna.				Följs upp under 2015
2014	Nämnden följer i allt väsentligt stadens riktlinjer och följer upp sin lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorgen, men rekommenderas att säkerställa tillförlitligheten i verksamhetsredovisningen i ekonomisystemet då det i granskningen har visat sig finnas mindre brister som försvårar den interna uppföljningen.				Följs upp under 2015
2014	Nämnden behöver förbättra uppföljningen och kontrollen av hur de externa utförarna hanterar tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter i Paraplysystemet. Nämnden rekommenderas att årligen och på plats, exempelvis i samband med verksamhetsuppföljningen, särskilt kontrollera detta.				Följs upp under 2015

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2014	Nämnden rekommenderas tillse att rapporteringen av ej verkställda beslut anmäls till hela nämnden. Av anmälan bör det framgå antal ärenden, vilken typ av insats som avses, anledningen till varför ärendet inte verkställts samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.				Följs upp under 2015
2014	Nämnden rekommenderas att dokumentera den kontroll som görs av behörigheter i LISA-systemet.				Följs upp under 2015