

Årsrapport 2014 Skärholmens stadsdelsnämnd

**Rapport från
Stadsrevisionen**

Nr 18, 2015

Dnr 3.1.2-56/2015

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

I ”årsrapporter” för nämnder och ”granskningspromemorior” för 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
Skärholmens stadsdelsnämnd

Revisorerna för Skärholmens 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 Skärholmens 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 Skärholmens stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Bedömningen grundar sig på att budgethållningen, ett överskott med 2,9 mnkr efter resultatöverföringar, har varit tillräcklig och att fullmäktiges övriga verksamhetsmål i huvudsak har uppnåtts.

Intern kontroll

Nämndens interna kontroll bedöms ha varit tillräcklig. Systemet för intern kontroll är aktuellt, den interna kontrollen följs upp årligen och resultatet rapporteras i samband med verksamhetsberättelsen.

Revisionskontoret har noterat vissa brister i samband med genomförda granskningar, bl.a. uppföljningen och kontrollen av hur anmälan av beslut som inte verkställs, lojalitet mot ramavtal inom individ och familjeomsorgen och protokollshanteringen. Dessa brister bedöms inte väsentligen påverka bedömningen av den interna kontrollen.

Bokslut och räkenskaper

Bokslut och räkenskaper bedöms i allt väsentligt vara rättvisande samt följer gällande regler och god redovisningssed.

Innehåll

Årets granskning	1
Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi	1
Intern kontroll	5
Bokslut och räkenskaper	8
Uppföljning av tidigare års granskning	8
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 2014.

Granskningsledare har varit Ester Rudolfsson Mattsson vid revisionskontoret och Richard Vahul 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 Skärholmens stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Bedömningen grundar sig på att budgethållningen, ett överskott med 2,9 mnkr efter resultatöverföringar, har varit tillräcklig och att fullmäktiges övriga verksamhetsmål i huvudsak har uppnåtts.

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	1 167,9	1 198,1	- 30,2	2,6 %	0,3
Intäkter	118,0	154,0	36,0	30,5 %	19,3
Verksamhetens nettokostnader	1 049,9	1 044,1	5,8	0,55 %	19,6
Avskrivningar	4,0	4,7	- 0,7	17,5 %	- 0,2
Internräntor	1,7	1,7		0,0 %	0
Driftbudgetens nettokostnader	1 055,6	1 050,5	5,1	0,48 %	19,4
Justerat netto, efter resultatöverföringar		1 052,7	2,9	0,27 %	12,8
Investeringsplan					
Utgifter	13,2	11,9	1,3	9,8 %	5,1
Inkomster	0,0	1,6	1,6	100 %	0,8
Nettoutgifter	13,2	10,3	2,9	22,0 %	5,9

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall, efter resultatöverföringar, avviker med 2,9 mnkr i förhållande till budgeten. Utfallet visar att budgethållningen har varit tillräcklig.

De största budgetavvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorg och stöd och service till personer med funktionsnedsättning som redovisar ett nettounderskott om sammanlagt 27,6 mnkr. Redovisade underskott vägs upp av överskott inom främst individ- och familjeomsorgen, förskolan samt ekonomiskt bistånd med totalt 22,9 mnkr. Vidare har nämnden inte använt sin medelsreserv på 6 mnkr.

Det enskilt största nettounderskottet om 22,1 mnkr, finns inom äldreomsorgen. Nämnden har under året haft en stor ökning av placeringar inom vård- och omsorgsboende, främst på sjukhem. Ett flertal ärenden rör äldre som tidigare haft mindre hemtjänstinsatser och där hälsotillståndet försämrats avsevärt.

Inom hemtjänsten har både ärendemängden och antalet beviljade hemtjänststimmar ökat under 2014. Vårdbehovet har enligt nämnden blivit större trots att antalet äldre i befolkningen inte har ökat nämnvärt.

Verksamheten för stöd och service till personer med funktionsnedsättning redovisar ett nettounderskott om 5,5 mnkr. En betydande del av underskottet återfinns i likhet med år 2013 inom hemtjänst, personlig assistans LSS, samt särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Under året har ett ökat antal personer under 65 år med stora omvårdnadsbehov, men utan rätt till insatser enligt LSS, aktualiserats. De har istället beviljats insatser enligt socialtjänstlagen. Antalet beviljade hemtjänststimmar har ökat och fler placeringar har gjorts i särskilt boende.

Inom verksamheten för individ- och familjeomsorgen redovisas ett nettoöverskott på 12,7 mnkr. Avvikelsen beror på ökade intäkter för mottagandet av ensamkommande flyktingbarn, färre tvångsplaceringar för missbrukare och vakanser inom personalgruppen.

Inom förskoleverksamheten redovisas ett nettoöverskott om 4,0 mnkr. Överskottet förklaras i huvudsak av minskade kostnader för förskoleskjuts, kulturevenemang och att planerade utbildningsinsatser inte genomförts. Vidare har det på specialförskolan för barn med diagnos inom autismspektrum och andra funktionsnedsättningar funnits både färre antal barn och anställda.

Inom ekonomiskt bistånd redovisas ett nettoöverskott på 7,0 mnkr varav 0,9 mnkr avser lägre kostnader på handläggningen och 6,1 mnkr utbetalning och ökade intäkter för flyktingmottagningen. Jämfört med 2013 har 50 färre hushåll varit i behov av ekonomiskt bistånd.

Vid ingången av 2014 uppgick resultatenheternas resultatfond till sammanlagt 9,0 mnkr. Efter resultatöverföring till 2015 uppgår det samlade överskottet i resultatfonden till 11,3 mnkr. Jämfört med år 2013 har resultatfonden och resultatenheternas samlade överskott ökat 2,3 mnkr.

Förskolans resultatenheter har 2014 ökat sin resultatfond med sammanlagt 0,8 mnkr. Resultatenheten inom hemtjänsten redovisar även år 2014 ett ekonomiskt underskott i verksamheten. Nämnden har i enlighet med stadens regler för ekonomisk förvaltning beslutat upplösa resultatenheten inom hemtjänsten då det medhavda under-

skottet inte har kunnat täckas under året. Resterande underskott om 1,5 mnkr har belastat 2014 års resultat.

Nämndens budget för investeringar uppgick 2014 till 13,2 mnkr netto, varav stadsmiljöinvesteringar 11,3 mnkr och 1,9 mnkr för maskiner och inventarier. Nämndens investeringsredovisning avviker med 3,0 mnkr i förhållande till investeringsplanen. Avvikelsen beror främst på att arbetet med Västerholmsstråket förskjutits i tiden och färdigställs 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.

Nämnden har i huvudsak nått fullmäktiges inriktnings- och verksamhetsmål. Nämnden uppfyller tio av kommunfullmäktiges mål helt. Två uppfylls delvis. Vidare bedöms att nämnden i huvudsak har nått sina mål och uppnått i verksamhetsplanen angiven verksamhet. Revisionskontoret delar nämndens bedömning.

Verksamhetsberättelsen utgör ett viktigt underlag i bedömningen av nämndens resultat. Revisionskontoret har därför granskat om verksamhetsberättelsen är rättvisande och tillförlitlig dvs. om den information som ges stämmer med verkliga förhållanden.

Målet ”Stockholmarna upplever att de får god service och omsorg” bygger till stor del på resultatet av stadens brukarundersökningar samt nämndens egna mål och indikatorer.

Nämnden når inte årsmålen för flera av de indikatorer som rör äldreomsorgen. Detta gäller bl.a. de äldres upplevelse av hur maten smakar och om måltiden är en trevlig stund på dagen (vård- och omsorgboende). Vidare har andelen äldre som är nöjda och känner sig trygga med hemtjänsten minskat i jämförelse med 2013. Inom verksamheten för stöd och service till personer med funktionsnedsättning når nämnden i jämförelser med 2013 fler årsmål. Men tillfrågade personer med funktionsnedsättning är inte tillräckligt nöjda med tillgängligheten till stadens inne- och utemiljö. Andelen som är nöjda med sitt boende (LSS) når inte heller upp till målvärdet för indikatorn.

Nämnden uppfyller inte helt verksamhetsmålet ”Stockholm är en attraktiv arbetsgivare med spännande och utmanande arbeten.” Sjukfrånvaron uppgick till 7 %, vilket innebär att årsmålet 5,6 % inte nås. Trots olika insatser har sjukfrånvaron ökat med 1,1 % jämfört med föregående år. Den främsta orsaken till avvikelsen är långtidsfrånvaron. Målet att cheferna ställer tydliga krav på sina medarbetare har inte heller uppnåtts.

Revisionskontoret har genomfört en granskning för att bedöma om nämnden registrerar i de nationella kvalitetsregistren och använder resultaten i verksamhetsutvecklingen av äldreomsorgen. Sammanfattningsvis bedöms nämnden i huvudsak använda de nationella kvalitetsregistren på ett ändamålsenligt sätt, se *bilaga 2*.

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

Nämnden vidtar åtgärder när ett biståndsbeslut inte kan verkställas men har fortfarande två ärenden från år 2013 och tidigare som ännu inte är verkställda. Det ena ärendet har inte verkställts pga. resursbrist. I granskningen har noterats att det andra ärendet är felaktigt rapporterat som ej verkställt trots att det är verkställt. Nämnden har inte tilldelats några vitesdomar.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av biståndsbeslut som inte verkställts, se *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, förordningar 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 nedan. Av redovisningen framgår att inga väsentliga brister har noterats.

En del i nämndens interna kontroll är att säkerställa en ändamåls-
enlig styrning och kontroll av ekonomi och verksamhet. En gransk-
ning av nämndens verksamhetsplan för år 2014 visar att nämndens
egna mål i huvudsak ansluter till kommunfullmäktiges mål för den
verksamhet som nämnden bedriver. Nämnden har för varje verk-
samsområde fastställt mätbara/uppfoljningsbara mål för ekonomi
och verksamhet.

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

Nämnden har fortsatt det kvalitetsarbete som påbörjades under 2013
för att på ett tydligare sätt styra verksamheter mot goda resultat för
brukarna. En arbetsgrupp med representanter från de olika verk-
samheterna svarar för att samordna förvaltningens arbete med risk-
bedömningar och att ta fram underlag som stöd för avdelningarnas
och förvaltningsledningens bedömning av den interna kontrollen.
Vidare följer gruppen upp hur den interna kontrollen fungerar och
rapporterar resultatet till ledningen och nämnden.

Årets uppföljningar har identifierat ekonomiska problem inom
främst äldreomsorgen. Nämnden har genomfört åtgärder för att
komma tillrätta med budgetavvikelsen genom att utreda om
biståndsbeslut fattats i enlighet med brukarnas behov och stadens
riktlinjer. Utredningen visade på behovet av tydligare styrning och
bättre kontroll och har varit underlag för åtgärder i handlägg-
ningsrutinerna. Exempelvis sker särskilda granskningar av ärenden
med högt antal beviljade timmar, anhöriganställningar och utförare
som återkommande utför fler timmar än beviljat. Genomförda
åtgärder har dock inte varit tillräckliga.

Nedanstående sammanställning visar att prognossäkerheten i näm-
dens tertialrapporter har varit god under året.

Mnkr	Tertial- rapport 1 2014	Tertial- rapport 2 2014	Bokslut 2014	Avvikelse T2 - bokslut	
Driftbudget					
Verksamhet					
Kostnader	1 152,2	1 180,7	1 198,1	- 17,4	1,4 %
Intäkter	112,9	127,3	154,0	26,7	17,3 %
Verksamhetens nettokostnader	1 039,3	1 053,4	1 044,1	9,3	0,9%
Avskrivningar	4,0	4,0	4,7	- 0,7	14,9 %
Internräntor	1,7	1,7	1,7	0,0	0 %
Driftbudgetens nettokostnader	1 045,0	1 059,1	1 050,5	8,6	0,8 %
Justerat netto, efter resultat- över-föringar	1 043,5	1 060,9	1 052,7	8,2	0,8 %
Investeringsplan					
Utgifter	13,2	12,2	11,9	0,3	2,5 %
Inkomster	0,0	0,0	1,6	1,6	100 %
Nettoutgifter	13,2	12,2	10,3	1,9	15,6%

Sammanställningen visar att det finns avvikelser i prognossäkerheten avseende nämndens tertialrapporter. Nettoavvikelsen mellan tertialrapport 2 och bokslutet uppgår till 8,2 mnkr, vilket motsvarar 0,8 %.

Nämnden har ett aktuellt system för intern kontroll och under 2014 har en handbok för de ekonomiadministrativa rutinerna tagits fram. Revisionskontorets granskning visar att nämndens dokumentation av risk- och väsentlighetsanalysen är tillfredsställande.

Nämnden fastställer årligen en internkontrollplan i samband med verksamhetsplanen. Internkontrollplanen för 2014 omfattar risk för brister gällande korttidsfrånvaron, vite för ej verkställda beslut, genomförandeplaner och den sociala dokumentationen i samband med verkställighet och hanteringen av egna medel.

Beslutade kontroller har genomförts i enlighet med fastställd plan för den interna kontrollen och resultatet har avrapporterats till nämnden i verksamhetsberättelsen. Nämndens uppföljning av internkontrollplanen har inte visat på några allvarliga brister.

Ett antal granskningar har genomförts av nämndens interna kontroll, se *bilaga 2*. Granskningarna omfattar risk för att medarbetare utsätts för hot och våld, lojalitet mot ramavtal inom individ- och familje-

omsorgen, nämndens protokollshantering, hantering av ej verkställda biståndsbeslut, behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten. Även nämndens interna kontroll avseende faktureringsrutiner för äldreomsorgsavgifter, kontroller i samband med löneutbetalning samt behörigheter i Agresso har granskats.

Revisionskontoret har noterat vissa brister i samband med genomförda granskningar, bl.a. uppföljningen och kontrollen av hur anmälan av ej verkställda beslut sker till nämnden, lojalitet mot ramavtal inom individ och familjeomsorgen och protokollshanteringen. Bedömda brister är inte av sådan omfattning att de väsentligt påverkar bedömningen av nämndens interna kontroll. Rekommendationer lämnas dock till nämnden utifrån granskningarna. 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. Bedömningen baseras på granskningen av nämndens bokslut.

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:

Rättvisande, Inte helt rättvisande eller Inte rättvisande

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 i kommunfullmäktiges beslut. Nämnden har även anslutit sig till registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Av nämndens verksamhetsberättelse 2014 framgår det att antalet registreringar i både Senior Alert och Svenska palliativregistret ökat i jämförelse med föregående år.

Även utdata från kvalitetsregistret Senior Alert bekräftar att antalet registrerade riskbedömningar ökat jämfört med 2013. Nämnden registrerar dock inte i samma omfattning planerade åtgärder för att bland annat förebygga fallskador och trycksår samt hur dessa har följts upp.

För att kunna behandla personuppgifter i de nationella kvalitetsregistren krävs enligt Patientdatalagen (2008:355) att den äldre ger sitt samtycke. Om den enskilde är beslutoförmögen¹ ger ändå lagen vårdgivaren möjlighet att registrera och behandla personuppgifter. Detta genom t.ex. att anhöriga kan förmedla den äldres uppfattning. Nämnden har som rutin att, när ett ärende aktualiseras, fråga den äldre om samtycke till registrering av personuppgifter där sådant medgivande krävs. Den äldres ställningstagande dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen.

¹ Att den enskilda inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning.

Ansvaret för att organisera och följa upp att registreringen sker i de nationella registren åligger verksamhetschef. Granskningen visar att 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 registrera i Senior Alert de åtgärder som planeras med anledning av genomförda riskbedömningar.

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 aktuell policy och handlingsplan mot hot och våld och alla verksamheter har egna anpassade handlingsplaner. På APT diskuteras händelser som inträffat inom den egna arbetsgruppen för att se om förändring kan göras i bemötande eller rutiner. Chefer har ansvar för att alla anställda ska veta vart man vänder sig om man blir utsatt och att incidenter ska anmälas i RISK-systemet.

Exempel på förebyggande säkerhetsåtgärder som har vidtagits är att huvudkontoret har utrustats med internt bråklarm, larm till ordningsvakterna i Skärholmens centrum och polislarm. Besöksrummen har larm och två vägar ut, riskbedömda möten kan hållas på polisstationen som ligger nära eller att vakt tillfälligt engageras. Hemtjänstens personal har bärbara larm som används vid riskbesök.

I huvudkontorets bottenvåning finns medborgarkontor och reception, med i genomsnitt ca 1 800 besök/vecka, som bemannas med egen anställd personal.

Utdrag ur RISK-systemet för perioden 1 november 2013 t o m oktober 2014 visar att anställda i Skärholmens stadsdelsförvaltning har registrerat 19 incidenter, varav 6 har klassificerats som allvarliga. Av de 19 incidenterna gäller 10 avdelningen äldre och funktionshindrade, 5 avdelningen socialtjänst, 3 medborgarservice, 1 förskola. 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 Skärholmens stadsdelsnämnd arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen.

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 för barn och ungdomar.

Granskningen visar att nämnden säkerställer sin följsamhet till ramavtalet genom att delegation om beslut att teckna avtal utanför ramavtal enbart gäller enhetschef. Förvaltningen följer systematiskt upp öppenvårdsinsatser oavsett utförare. Dock följer inte förvaltningen upp köp av tjänster inom individ- och familjeomsorgen på en aggregerad nivå, varken av enheten eller centralt inom förvaltningen. Det finns en central funktion för avtalsförvaltning, utan varje enhetschef ansvarar för sina avtal inom individ och familjeomsorgen.

Nämnden har under år 2013 köpt externa öppenvårdstjänster för 7,4 mnkr varav 43,4 % inte kan kopplas till ramavtalet eller rätt kategori, dock beror merparten av köpen på felregistreringar i ekonomisystemet. Den verifierade granskningen visar att avstegen från ramavtalet har motiverats och att det i samtliga fall även har upprättats individuella avtal.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i huvudsak följer stadens riktlinjer och följer upp sin lojalitet mot ramavtal inom individ och familjeomsorgen. Nämnden rekommenderas dock att säkerställa tillförlitligheten i internredovisningen när det gäller verksamhetskoder, då finns brister som försvårar den interna uppföljningen.

Behörighetsrutiner i Paraplyet 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 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 årligen och i samråd med utföraren. Från och med år 2014 och i samband med den årliga verksamhetsuppföljningen följs utförarens behörighetsadministration upp och kontrolleras.

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.

Paraplysamordnaren informerar, utbildar och ger de externa utförarna support under avtals/kontraktstiden vad det gäller behörighetssystemet och utförardokumentationen. Sedan 2014 och i samband med den årliga verksamhetsuppföljningen ska utförarens behörighetsadministration följas upp och kontrolleras.

Verifieringen visade att den interna kontrollen i huvudsak är tillräcklig då det för flertalet granskade behörigheter fanns fullständiga underlag.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden följer gällande centrala anvisningar för behörighetsadministrationen i Paraplysystemet. Nämnden har i huvudsak en systematisk uppföljning och kontroll av hur de externa utförarna hanterar tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter.

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.

Nämnden har dokumenterade rutiner för bevakning och rapportering av ej verkställda beslut. Rapporteringen har inte anmälts till nämnden.

Nämnden vidtar åtgärder när ett biståndsbeslut inte kan verkställas men har fortfarande två ärenden från år 2013 eller tidigare som ännu inte är verkställda. Det ena ärendet har inte verkställts pga. resursbrist. I granskningen har noterats att det andra ärendet är felaktigt rapporterat som ej verkställt trots att det är verkställt. Nämnden har inte tilldelats några vitesdomar.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden har rutiner som säkerställer att gynnande ej verkställda beslut avrapporteras och att nämnden vidtar åtgärder för de biståndsbeslut som inte är verkställda. 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 ges, anledningen till varför ärendet inte verkställts samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.

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. Granskningen har därutöver visat att närvaroredovisningen bör utvecklas, då det inte framgår vid vilka ärenden personalföreträdare och tjänstemän deltog.

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 kan bli mer informativa och lättförståeliga. För att underlätta för läsaren bör det under ärenderubriken och efter beslutet finnas en kort sammanfattning av ärendet. Granskningen visar att nämndens rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn följs.

Den sammantagna bedömningen är att nämndens protokoll följer kommunallagens krav men att protokollen inte är tillräckligt informativa och lättförståeliga samt att det finns tillräckliga rutiner för

publicering av protokollen på webbplatsen insyn. Nämnden rekommenderas därför att med en kort sammanfattning redogöra för innehållet i de ärenden som behandlas på sammanträdet. Nämnden bör även utveckla närvaroredovisningen.

Faktureringsrutiner – äldreomsorgsavgifter

En granskning har skett avseende nämndens faktureringsrutiner och om det finns avstämningsrutiner som säkerställer en aktuell, fullständig och rättvisande intäktsredovisning. Granskningen visar att den interna kontrollen är tillräcklig, men att det finns utrymme för förbättringar. Nämnden bör säkerställa att det finns avgiftsbeslut för samtliga brukare som erhåller insats genom exempelvis uppföljning av ”Bevakningslistor” och/eller stickprovsvisa kontroller av detta. Vidare behöver rutinen för löpande uppföljning och hantering av utestående fordringar ses över och utvecklas.

Lönehantering – uppföljning

Granskning har skett av nämndens kontroller i samband med löneutbetalning med fokus på att det finns rutiner för löpande uppföljning och avstämning av löneutbetalningar samt s.k. nyckelkontroller före och efter löneutbetalning i enlighet med fastställd rutinbeskrivning. Sammanfattningsvis bedöms att den interna kontrollen är tillräcklig.

Behörigheter i Agresso

Granskningen har syftat till att bedöma om den interna kontrollen är tillräcklig när det gäller hantering av behörigheter i ekonomisystemet Agresso. Granskningen visar att den interna kontrollen bedöms som tillräcklig, men att det finns förbättringsområden, när det gäller att tilldela och ta bort behörigheter i ekonomisystemet. Nämnden bör säkerställa att det finns aktuella attestkort och aktuell attestföreteckning för samtliga användare och att behovet av behörighet prövas för de användare som sällan eller aldrig är inloggade i systemet.

Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2013	<p>Stadens ramöppettider för förskolan och möjlighet till omsorg utanför ramtiden</p> <p>Den sammantagna bedömningen är att nämnden inte helt uppfyller fullmäktiges beslut. Nämnden rekommenderas att rutinmässigt begära uppgift från förskolorna om deras öppettider och även stickprovsmässigt tillfråga vårdnadshavarna om öppettiderna motsvarar deras behov. Nämnden bör tillhandahålla skriftlig information om möjlighet till omsorg på ob-tid. För handläggningen av ansökningar på ob-tid anser revisionskontoret att det bör upprättas stadsgemensamma riktlinjer. Nämnden måste tillse att delegationsordningen följs, alternativt ändra den.</p>	X			Bland annat har rutiner upprättats för hur beslut om omsorg på obekvämt arbetstid ska fattas. Informationsinsatser om rättighet till barnomsorg på obekvämt arbetstid har genomförts.
2013	<p>Valfrihet – information till medborgarna om valmöjligheter, kvalitet m.m.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att informationen om utförarna på Jämför service i kvalitetssäkras.</p>	X			Informationen om utförarna i Jämför Service granskas enligt en framtagen rutin. Nämnden arbetar för och eftersträvar information som är begriplig och lättläst. Redigering av texten sker efter samråd mellan kommunikation och förvaltningen och ansvarig utförarchef.
2013	<p>Fritidsverksamhet för personer med funktionsnedsättning</p> <p>Nämnden behöver bli mer aktiv i arbetet med att utveckla utbudet av fritidsaktivitet för barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Som ett stöd i arbetet rekommenderas nämnden att utveckla arbetet med verksamhets- och kvalitetsuppföljning för dessa barn och ungdomar.</p>	X			Med Fryshuset, som numera bedriver fritidsverksamheten, genomför månatliga verksamhets- och kvalitetsuppföljningar. Antalet ungdomar med funktionsnedsättning har också enligt nämnden ökat inom verksamheten bl.a. därför att Fryshuset driver en aktivitet som riktas till denna målgrupp.
2013	<p>Interna och externa projektmedel för särskilda insatser/utvecklingsområden</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa rutinen för förvaring av dokumentation/underlag till projekten samt att behandla projekten i nämnden som ett informationsärende. Nämnden bör fullfölja planerna med att hålla utbildningar för berörd personal om projekthantering, uppföljning och redovisning samt även behandla projekten i nämnden som ett informationsärende.</p>	X			Ny rutinbeskrivning har upprättats. Av denna framgår bl. a att projekt över 100 tkr ska anmälas till nämnden. Rutinbeskrivningen har kommunicerats till alla chefer och specialister 2014-06-02.
2013	<p>Känslig information i ekonomisystemet</p> <p>Granskningen visar att det förekommer känslig information i ekonomisystemet.</p>	X			Rutin för scanning av fakturor har upprättats och kommunicerats. I rutinbeskrivningen beskrivs vilken information som inte får finnas

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
	Nämnden rekommenderas att införa en rutin som säkerställer att känslig information inte förekommer i ekonomisystemet.				med på underlag i Agresso. Det är respektive person som mottar/konterar fakturan som ansvarar för att det inte förekommer s.k. känsliga uppgifter i Agresso.
2013	Enskildas medel För att stärka den interna kontrollen rekommenderas att nämnden uppdaterar den stadsdelsövergripande rutinbeskrivningen genom att införa en dokumenterad rutin för enhetschefernas egna kontroller av att kontanter överensstämmer med kvitton och bokföring.	X			Nya rutinbeskrivningar har upprättats och blanketter för gode män och företrädares redovisning har uppdaterats i enlighet med revisionens lämnade rekommendation.
2013	Korruption och oegentligheter Nämnden behöver förbättra den interna kontrollen med att förebygga och förhindra korruption och oegentligheter. Nämnden rekommenderas att utarbeta rutiner för de händelser då anställda utsätts för otillbörlig påverkan eller begår oegentligheter. Nämnden behöver regelbundet informera de anställda om reglerna kring bisysslor och stärka kontrollen av de anställdas bisysslor.	X			Rutinbeskrivningar för hantering av motverkan- det av mutor, bestickning och jäv har tagits fram. I mallen för årliga medarbetarsamtal, som användas av alla chefer, ingår att ställa frågor om medarbetaren har någon bisyssla. Om bisyssla finns ska chefen avgöra om sysslan är förtroendekänslig.
2013	Risikanalys och internkontrollplan Nämnden rekommenderas att involvera fler verksamhetsföreträdare i processen att bedöma risker och att säkra att alla kontroller antagna i kontrollplanen genomförs löpande under året och dokumenteras.	X			Alla enheter gör risk- och väsentlighetsanalys av indikatorer samt väsentliga processer, i en särskild modul i ILS-webb. De finns uppsatta kontroller i internkontrollplanen genomförs. Dokumentationen kan enligt SDF förbättras, vilket påpekas när den Administrativa avdelningen genomför sina platsbesök.
2013	Lönehantering Nämnden rekommenderas att kommunicera gällande lönerutiner med samtliga beslutsfattande chefer. Samtliga genomförda kontroller bör dokumenteras.	X			Information om rutin för intern kontroll av lönehantering har tagits upp i chefsgruppen. Controller påminner varje månad cheferna att kontroll ska ske enligt rutinbeskrivning.
2013	Rutiner för akut placering av barn som far illa Nämnden rekommenderas att tillse att kontrollen av ärenden sker mer systematiskt. Rutiner bör tas fram där det framgår när uppföljningen ska ske och vem som ska utföra den samt vem som ansvarar för den. Rutinerna bör även innehålla information om vad som ska kontrolleras och hur kontrollen är tänkt att ske. Uppföljningarna bör dokumenteras.	X			Ett arbete med att förbättra den interna kontrollen i enskilda ärenden har påbörjats. En rutin har upprättats och innehåller bland annat en checklista för vad som ska granskas.
2014	Nationella kvalitetsregister Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning registrera de åtgärder som planeras med anledning av genomförda riskbedömningar i Senior Alert.				Följs upp under 2015

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2014	Lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorgen Nämnden rekommenderas att säkerställa tillförlitligheten i internredovisningen när det gäller verksamhetskoder, då finns brister som försvårar den interna uppföljningen.				Följs upp under 2015
2014	Nämndens protokollshantering Nämnden rekommenderas att utveckla närvaroredovisningen och med en sammanfattning se till att protokollen blir mer informativa				Följs upp under 2015
2014	Biståndsbeslut som inte verkställs Nämnden rekommenderas tillse att rapporteringen av ej verkställda beslut anmäls till nämnden. Av anmälan bör det framgå antal ärenden, vilken typ av insats som ges, anledningen till varför ärendet inte verkställts samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.				Följs upp under 2015
2014	Faktureringsrutiner – äldreomsorgsavgifter Nämnden bör säkerställa att det finns avgiftsbeslut för samtliga brukare som erhåller insats genom exempelvis uppföljning av ”Bevakningslistor” och/eller stickprovsvisa kontroller av detta. Vidare behöver rutinen för löpande uppföljning och hantering av utestående fordringar ses över och utvecklas.				Följs upp under 2015
2014	Behörigheter i Agresso Granskningen visar att det finns förbättringsområden, när det gäller att tilldela och ta bort behörigheter i ekonomisystemet. Nämnden bör säkerställa att det finns aktuella attestkort och aktuell attestförteckning för samtliga användare och att behovet av behörighet prövas för de användare som sällan eller aldrig är inloggade i systemet.				Följs upp under 2015