



Stockholms
stad

Årsrapport 2014

Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd

Rapport från
Stadsrevisionen

Nr 5, 2015

Dnr 3.1.2-43/2015

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
Rinkeby-Kista
stadsdelsnämnd

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

Bedömningen grundar sig på att budgethållningen har varit tillräcklig och att fullmäktiges övriga verksamhetsmål i huvudsak har uppnåtts. Genomförd granskning av insatser som utförs av ideella föreningar vad gäller våld i nära relationer visar dock vissa brister avseende styrning och uppföljning. Utvecklingsområden som identifierats är bl.a. säkerställa att beslut om insats föregås av en utredning, uppföljning av kvaliteten i verksamheten samt att avtal upprättas med den ideella föreningen.

Intern kontroll

Nämndens interna kontroll bedöms ha varit i huvudsak tillräcklig. Nämnden bedöms i huvudsak ha fungerande rutiner för intern styrning och kontroll. Några utvecklingsområden har dock identifierats, bl.a. uppföljning och avslut av behörigheter i verksamhetssystemet Paraplyet samt anmälan av ej verkställda beslut till nämnden.

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	7
Uppföljning av tidigare års granskning	7
Bilaga 1 - Bedömningskriterier	1
Bilaga 2 - Årets granskningar	1
Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer	1

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 nämnden och förvaltningsledningen i samband med genomgång av 2013 års resultat och avstämning inför 2014.

Granskningsledare har varit Katja Robleto 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 Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

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	1 511,0	1 515,7	-4,7	-0,3 %	17,2
Intäkter	156,6	172,9	16,3	10,4 %	1,7
Verksamhetens nettokostnader	1 354,4	1 342,8	11,6	0,9 %	18,9
Avskrivningar	2,3	2,0	0,3	13,0 %	-0,1
Internräntor	1,3	1,4	-0,1	-7,7 %	0,1
Driftbudgetens nettokostnader	1 358,0	1 346,2	11,8	0,9 %	18,9
Justerat netto, efter resultatöverföringar		1 346,9	11,1	0,8 %	19,8
Investeringsplan					
Utgifter	7,1	3,0	4,1	57,7 %	6,2
Inkomster	0,0	0,0	0,0	0,0 %	0,0
Nettoutgifter	7,1	3,0	4,1	57,7 %	6,2

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall, efter resultatöverföringar avviker positivt med 11,1 mnkr i förhållande till budgeten. Nämnden har begärt ombudgetering för ej förbrukade projektmedel avseende bostadslöshet om 1,8 mnkr. Utfallet efter budgetjusteringen uppgår till ett överskott om 9,3 mnkr. Utfallet visar att budgethållningen har varit tillräcklig.

De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorg (-15,6 mnkr), stadsmiljö (-3,9 mnkr), socialtjänst vuxna (3,0 mnkr), omsorg om personer med funktionsnedsättning (6,4 mnkr) samt nämnd och förvaltningsövergripande administration (14,6 mnkr).

Enligt nämndens redovisning beror underskottet inom äldreomsorgen på ökade prisnivåer till följd av införandet av nya ersättningssystem inom hemtjänst samt vård- och omsorgsboenden.

Underskottet inom stadsmiljö beror på icke budgeterade åtgärder för att förbättra vattenkvaliteten i plaskdammar, ytunderlaget på parkvägar samt utökad städning och tömning av papperskorgar vid skadegörelse.

Överskottet inom socialtjänst - vuxna beror främst på ej förbrukade projektmedel mot bostadslöshet samt lägre personalkostnader.

Överskottet inom verksamhetsområdet omsorg om personer med funktionsnedsättning beror främst på utökade medel i form av statsbidrag för nyanlända och lägre kostnader för turbundna resor till dagverksamhet/daglig verksamhet följt av ett nytt ramavtal.

Överskottet inom nämnd och förvaltningsövergripande administration beror på nämnden inte förbrukat bufferten för underskottstäckning samt lägre personalkostnader för Järva-Andan efter upphandling av ny projektkonsult.

Nämnden har sju resultatenheter inom förskoleverksamheten varav fyra redovisar ett överskott. Två resultatenheter har nått taket för maximalt tillåten budgetöverföring. Resultatenheterna har under 2014 ökat sitt överskott med 0,8 mnkr och överför sammanlagt 15,4 mnkr till 2015.

Nämndens budget för investeringar uppgick 2014 till 7,1 mnkr varav stadsmiljö (5,4 mnkr) samt maskiner och inventarier (1,7 mnkr). Nettoutgifterna för investeringar blev 4,1 mnkr lägre än budget. Överskottet beror på om- eller nybyggnation av ett gruppboende intill Nidarosparken vilket leder till senareläggning av arbetet med parken.

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.

Fullmäktige har fastställt tre inriktningsmål och ett antal verksamhetsmål för stadens verksamheter. Kopplat till verksamhetsmålen har ett antal indikatorer fastställts.

Nämnden gör bedömningen att av kommunfullmäktiges inriktningsmål uppnås samtliga i sin helhet. Av de verksamhetsmål som kommunfullmäktige fastställt uppnås elva i sin helhet och tre uppnås delvis. Revisionskontoret delar nämndens bedömning av måluppfyllelse och noterar följande avvikelser.

Verksamhetsmålet ”Stockholm upplevs som en trygg, säker och ren stad” uppnås delvis. Indikatorerna om andelen som upplever trygghet i stadsdelen samt nöjdhet med skötsel av park- och grönområden uppnås delvis. Trygghetsarbetet har utökats efter trygghetsmätningen.

Verksamhetsmålen ”Stockholmarna upplever att de erbjuds valfrihet och mångfald” uppnås delvis. Indikatorer som uppnås delvis är andel brukare som upplever valmöjligheter inom omsorg om personer med funktionsnedsättning samt inom äldreomsorg och hemtjänst. Årsmålet för indikatorn ”andel brukare som upplever valmöjligheter inom äldreomsorg och hemtjänst” är 90 procent. Utfallet var 95 procent under 2013 och 74 procent under 2014. Nämnden ska analysera resultatet mer ingående och vidta åtgärder.

Verksamhetsmålet ”Stockholmarna upplever att de får god service och omsorg” uppnås delvis. Flertalet av de indikatorer som omfattar centrala delar av nämndens verksamhet såsom äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt stöd och service till personer med funktionsnedsättning uppnås delvis. Indikatorerna som inte nås avser mat- och måltidsupplevelse inom äldreomsorgen. Till grund för ett flertal av indikatorerna ligger de brukaundersökningar som genomförts inom dessa verksamhetsområden.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av stadens styrning och uppföljning av insatser som utförs av ideella föreningar vad gäller våld i nära relationer samt nationella kvalitetsregister inom äldreomsorgen, se *bilaga 2*.

Granskningen av insatser som utförs av ideella föreningar vad gäller våld i nära relationer har visat brister i handläggningen och vissa brister vad gäller styrning och uppföljning. Nämnden rekommenderas bl.a. att säkerställa att beslut om insats föregås av en utredning, att avtal upprättas med den ideella föreningen och kontrollera och följa upp kvaliteten i verksamheten.

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)
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 har tilldelats tre vitesdomar med ett totalt vite om 535 tkr. Nämnden har beslutat att överklaga en av domarna vilken avsåg insatsen boende med särskild service. Den utgör 500 tkr i vite. Antalet ej verkställda beslut som rapporterats till IVO tredje kvartalet 2014 är två inom funktionsnedsättning och sex 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, 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 ändamålsenlig styrning och kontroll av ekonomi och verksamhet. En granskning av nämndens verksamhetsplan för år 2014 visar att nämndens egna mål ansluter till kommunfullmäktiges mål för den verksamhet som nämnden bedriver. Nämnden har för flertalet verksamhetsområde fastställt mätbara/uppföljningsbara 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 verksamhet som uppdragits åt annan att utföra sker årligen.

Årets uppföljningar har identifierat ekonomiska problem främst inom äldreomsorgen. Nämnden har inte redogjort för åtgärder för att komma till rätta med budgetavvikelsen under året.

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	1 492,5	1 508,1	1 515,7	-7,6	-0,5 %
Intäkter	140,7	156,8	172,9	16,1	10,3 %
Verksamhetens nettokostnader	1 351,8	1 351,3	1 342,8	8,5	0,6 %
Avskrivningar	2,3	2,3	2,0	0,3	13 %
Internräntor	1,3	1,3	1,4	-0,1	-7,7 %
Driftbudgetens nettokostnader	1 355,4	1 354,9	1 346,2	8,7	0,6 %
Justerat netto, efter resultatöverförin- gar	1 355,9	1 356,6	1 346,9	9,7	0,7 %
Investeringsplan					
Utgifter	5,9	4,8	3,0	1,8	37,5 %
Inkomster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 %
Nettoutgifter	5,9	4,8	3,0	1,8	37,5 %

Revisionskontorets granskning visar att nämndens system för intern kontroll är aktuell. Nämnden fastställer årligen en internkontrollplan i samband med verksamhetsplanen. Internkontrollplanen omfattar risk för brister gällande bl.a. fungerande rättsäkra interna processer, individuella hjälpinsatser inom äldreomsorgen samt upphandling av entreprenadavtal.

Nämndens genomförda interna kontroller redovisas i verksamhetsberättelsen. Av kontrollerna framgår bl.a. att utredningstiderna är långa inom barn och ungdom, behovet av att förbättra samverkan med landstinget inom äldreomsorgen samt uppföljning av verksamhetens kvalitet med anlita utförare. Nämnden har vidtagits åtgärder för att komma till rätta med bristerna.

Ett antal fördjupade granskningar har genomförts av nämndens interna kontroll, se *bilaga 2*. Granskningarna omfattar risk för att medarbetarna utsätts för hot och våld, nämndens protokollhantering, behörighetsrutiner i Paraplysystemet avseende externa utförare inom socialtjänsten, biståndsbeslut som inte verkställs, utredning och uppföljning av familjehem, faktureringsrutiner avseende

äldreomsorgsavgifter, uppföljning momshantering, uppföljning av lönehantering samt betalkort.

Vissa brister har noterats men dessa är inte av sådan omfattning att de väsentligt påverkar bedömningen av nämndens interna kontroll. Dock lämnas rekommendationer till nämnden utifrån granskningarna. Rekommendationerna framgår av redovisningen i *bilaga 2*.

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 en granskning 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:

<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/utföljningsbara 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 2013 – mars 2014

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Insatser som utförs av ideella föreningar gällande våld i nära relationer (nr 10, 2014)

Revisionskontoret har granskat stadens styrning och uppföljning av insatser som utförs av ideella föreningar vad gäller våld i nära relationer. Syftet med granskningen är att bedöma om socialnämnden och stadsdelsnämnderna har en ändamålsenlig styrning och uppföljning av insatser för vuxna personer över 18 år som utförs av ideella föreningar vad gäller våld i nära relationer.

Granskningen har visat att det finns brister i handläggningen av ärenden om våld i nära relationer, då beslut om insats enligt socialtjänstlagen inte alltid föregås av en utredning. Granskningen har vidare visat att det alltför ofta saknas uppdrag och genomförandeplaner, vilket försvårar uppföljningen av insatser. Det finns brister i nämndens ansvar för att kontrollera om insatsen som utförs av en ideell förening är av god kvalitet. Granskningen har vidare visat att samverkan bör utvecklas med framförallt hälso- och sjukvården.

Nämnden bedöms ha vissa brister vad gäller styrning och uppföljning av insatser som utförs av ideella föreningar vad gäller våld i nära relationer. Nämnden behöver utveckla samverkan, handläggning och uppföljning för detta arbete. De brister som granskningen påvisar kan påverka den enskildes rättssäkerhet och det stöd som ges till den enskilde i form av t.ex. en insats från en ideell förening.

Nämnden rekommenderas att se till att beslut om insats alltid föregås av en utredning och säkerställa att ett uppdrag alltid upprättas vid beställning av insats och att den ideella föreningen alltid upprättar en genomförandeplan. Nämnden rekommenderas vidare säkerställa att skriftligt avtal alltid upprättas med den ideella föreningen samt kontrollerar och följer upp kvaliteten i verksamheten till vilken genomförandet av en insats har överlämnats till en ideell förening. Nämnden rekommenderas säkerställa att samverkan med hälso- och sjukvården och polisen

formaliseras genom att en samverkansöverenskommelse tas fram, samt inom ramen för överenskommelsen även tar med samverkan med de ideella föreningarna.

Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd har yttrat sig den 18 december 2014. Av yttrandet framgår att nämnden tar till sig revisionskontorets rekommenderade förbättringsåtgärder och snarast kommer att påbörja arbetet för att säkerställa att beslutade insatser som ges till målgruppen får dessa med god kvalitet. Av yttrandet framgår vidare att förvaltningen och fyra vårdcentraler inom stadsdelsnämndsområdet beslutat att påbörja samverkan om målgruppen.

Nationella kvalitetsregister inom äldreomsorgen

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 Palliativa register i enlighet i kommunfullmäktiges beslut. Nämnden har även anslutit sig till registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

Av utdata från kvalitetsregistret Senior Alert framgår att antalet registrerade riskbedömningar ökat jämfört med 2013. Även registreringen av planerade åtgärder för att bl.a. förebygga fallskador och trycksår och uppföljning av dessa har ökat, dock inte i samma omfattning.

För att kunna behandla personuppgifter i de nationella kvalitetsregistren krävs enligt Patientdatalagen (2008:355) att den äldre ger sitt samtycke. Om den enskilde är beslutsoförmögen¹ 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 planerade åtgärder för att bl.a. förebygga fallskador och trycksår samt uppföljning av dessa.

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 förvaltningens verksamheter har aktuella policys och rutiner mot hot och våld. Dokumenten hålls levande inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet. I förebyggande syfte informeras personal enhetsvis och diskuterar policys och enhetsspecifika rutiner avseende hot och våld samt uppföljningen av föregående års arbetsskador och tillbud på arbetsplatsträffar. Detta följs upp verksamhetsområdesvis i samordningsgruppen och i förvaltningsgruppen årligen.

De anställda som förvaltningen bedömer löper störst risk att utsättas för hot och våld är personal inom individ- och familjeomsorgen och inom omsorgen av äldre och funktionsnedsatta. Även förskolan har en förhöjd risk i socialt utsatta områden.

Exempel på förebyggande säkerhetsåtgärder som har vidtagits är att receptionen numera har utökats med halvtids vaktjänst och att vakten har en stor del av sin tjänstgöring utanför receptionen, väntrummet och entrén. En anställd vid förvaltningen som blev utsatt för mordhot fick vakt dygnet runt under en period.

Utdrag ur RISK-systemet för perioden 1 november 2013 t o m oktober 2014 visar att anställda i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning har registrerat 34 incidenter, varav 14 har klassificerats som allvarliga eller mycket allvarliga. Av de 34 incidenterna gäller 26 socialtjänsten och 8 förskolan. 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 Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen.

Nämndens protokollshantering

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 i huvudsak följs vad gäller protokollens förande, innehåll och justering.

Granskningen visar dock att nämnden inte har hanterat ett ärende om jäv korrekt. Av protokollet framgår att ledamot som var jävig deltog i beslutet genom att lämna ett yrkande. I ytterligare två andra ärenden om jäv under föregående år har ledamot anmält jäv efter beslutgången.

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 är informativa och lättförståeliga. Granskningen visar även att nämndens rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn är tillräckliga.

Den sammantagna bedömningen är att nämndens protokoll i huvudsak följer kommunallagens krav och att protokollen är informativa och lättförståeliga samt att det finns tillräckliga rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn. Nämnden bör dock säkerställa att ärenden om jäv hanteras på ett korrekt sätt. Nämnden rekommenderas att utveckla närvaroredovisningen.

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 av vilka behörigheter som kan avslutas görs varje tertiäl i samråd med utföraren.

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.

Nämnden följer inte systematiskt upp och kontrollerar hur utföraren hanterar behörighetsadministrationen t.ex. i form av verksamhetsbesök. Under 2015 har dock nämnden för avsikt att på plats hos utföraren följa upp att samtliga handlingar finns för registrerade behörigheter.

Verifieringen visade att det fanns fullständigt underlag, ifyllda och undertecknade av behöriga personer, för samtliga granskade behörigheter.

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, t.ex. 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.

Nämnden har rutiner för bevakning och rapportering av ej verkställda beslut. Däremot är de inte dokumenterade. Förvaltningen bevakar ärenden manuellt genom bl.a. ärendedragningar och manuella bevakningslistor.

Nämnden rapporterar ej verkställda beslut kvartalsvis till IVO och KF. Däremot har nämnden inte rapporterat till revisorerna under år 2014. Rapporteringen har inte heller anmälts till nämnden.

Nämnden vidtar åtgärder när ett biståndsbeslut inte kan verkställas och har endast ärenden från 2014 som ännu inte är verkställda. Nämnden har tilldelats tre vitesdomar med ett totalt vite om 535 tkr.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden i huvudsak har rutiner som säkerställer att gynnande ej verkställda beslut avrapporteras och att nämnden vidtar åtgärder för de biståndsbeslut som inte är verkställda. Rapporteringen utförs delvis enligt lagstiftningen och stadens anvisningar.

Revisionskontoret rekommenderar att rutinerna för bevakning och rapportering av ej verkställda beslut dokumenteras. Verksamhetssystemet Paraplyet bör användas för att komplettera den manuella bevakningen. Nämnden rekommenderas rapportera kvartalsvis till revisorerna och 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.

Utredning och uppföljning av familjehem

Granskning har genomförts om nämnden genomför utredning och uppföljning av familjehem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och stadens riktlinjer. Granskningen har genomförts genom intervjuer och aktgranskning.

Nämnden ska i sin utredning av lämpligheten av ett familjehem göra en bedömning av hemmets allmänna förutsättningar, d.v.s. om vården är trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet. Utredningen av ett familjehem omfattar intervjuer, hembesök och referenstagning. Granskningen visar att dokumentationen i familjehemsutredningarna i huvudsak följer regelverket. I något fall saknas det registerutdrag t.ex. misstanke- och belastningsregister.

Inför nämndens beslut om vård i familjehem ska en bedömning ske om hemmets allmänna förutsättningar svarar mot barnets eller den unges behov. Beslutsunderlaget ska innehålla en aktuell utredning av familjehemmet samt en redogörelse om överväganden att placera hos anhöriga eller hos närstående. Granskningen visar att nämnden gör en bedömning av familjehemmet och att beslutsunderlaget innehåller det som krävs.

I samband med att barnet eller den unge placeras ska en genomförandeplan upprättas, där det framgår vilka åtgärder som planeras för barnet eller den unge. Granskningen visar att genomförandeplaner upprättas men att de inte alltid är undertecknade av vårdnadshavare, den unga, förvaltningen eller av familjehemmet.

Vården i ett familjehem ska följas genom personliga besök minst fyra gånger per år. Samtal ska ske med barnet, familjehemmet och vårdnadshavaren och bör bl.a. omfatta frågor om vården, miljö, familjehemmet, fritid, närstående, skolan, hälso- och sjukvård etc. Granskning visar att nämnden kontinuerligt följer upp vården enligt regelverket.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i huvudsak genomför utredning och uppföljning av familjehem i enlighet med gällande regelverk. Nämnden rekommenderas dock att säkerställa att uppgifter som framkommit utredningsprocessen dokumenteras och framgår tydligt i utredningen och i akten.

Faktureringsrutiner – äldreomsorgsavgifter

Granskning har skett avseende nämndens faktureringsrutiner och om det finns avstämningsrutiner som säkerställer en aktuell, fullständig och rättvisande intäktsredovisning.

Den interna kontrollen bedöms som tillräcklig, men det finns områden där den kan utvecklas. Nämnden bör överväga att ta fram rutiner för stickprovskontroll när bistånds- och avgiftsbeslut fattas av en och samma person och för löpande uppföljning och hantering av utestående fordringar.

Uppföljning momshantering

Granskning har skett av om den interna kontrollen avseende momshantering är tillräcklig och att nämndens redovisning av moms är fullständig och rättvisande.

Den interna kontrollen bedöms som tillräcklig, men nämnden rekommenderas att säkerställa att de medarbetare som handhar leverantörsfakturor ges tillräcklig utbildning i bl.a. momshantering.

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 så kallade nyckelkontroller före och efter löneutbetalning i enlighet med fastställd rutinbeskrivning. Den interna kontrollen bedöms vara tillräcklig. Nämnden rekommenderas dock att dokumentera samtliga kontroller.

Betalkort

Granskning har skett om hanteringen av betal-/inköpskort sker i enlighet med stadens regler. Nämndens interna kontroll avseende de administrativa rutinerna vid beställning av betalkort bedöms inte tillräcklig. Nämnden rekommenderas att ta fram en ansökan, som stämmer överens med delegationsordningen, där det framgår att förvaltningschefen är behörig beställare av inköpskort. Vidare att ta fram en förteckning över samtliga utlämnade kort för en bättre överblick och kontroll och börja använda förbindelsemallen för att undvika beställning av kort till medarbetare som inte har behovet. Nämnden bör bevaka att en förbindelse finns tecknad till varje ansökan samt genomföra en rensning av samtliga inköpskort för bättre överblick och kontroll. Därutöver säkerställa att ansökningsblanketten för förvaltningens privatkort återfinns.

Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2012	Överföring av känslig information Nämndens nuvarande rutin för att säkerställa att det inte förekommer känslig information i ekonomisystemet fungerar inte och rekommenderas därför att utveckla en fungerande rutin.	X			Ansvariga chefer inom äldreomsorgens beställarenhet och berörda biståndshandläggare har informerats om vikten av att skriva tydliga beställningar och information till leverantörerna om vad som gäller avseende s.k. känslig information. Inom ramen för uppföljning av intern kontroll under året har informationen på leverantörsfakturer kontrollerats.
2013	Enskildas medel Nämnden rekommenderas att upprätta en rutin och säkerställa att reglerna avseende hanteringen av enskildas medel efterlevs på alla enheter.	X			Nämnden kommer att införa en kontroll av att reglerna kring hanteringen av enskildas medel efterlevs. Detta genom den elektroniska ”ekonomihandboken” som är under utformning. På berörda enheter finns personal med särskilt ansvar för hanteringen av enskilda medel. De ska se till att rutinerna följs och efterlevs.
2013	Interna och externa projektmedel för särskilda insatser/utvecklingsområden Nämnden rekommenderas att fastställa en lägsta nivå avseende krav på dokumentation, redovisning, uppföljning och kontroll avseende verksamhet som bedrivs i projekt.	X			Innan projekt läggs upp i Agresso begärs en miniminivå av dokumentation in. Projekten följs upp och kontrolleras månatligen.
2013	Stadens ramöppettider för förskolan och möjlighet till omsorg utanför ramtiden Nämnden rekommenderas att rutinmässigt begära in uppgifter från förskolorna om deras öppettider och stickprovsmässigt tillfråga vårdnadshavarna om öppettiderna motsvarar behoven. Vidare att tillhandahålla skriftlig information om möjligheter till omsorg på ob-tider samt föra in i delegationsordningen vem som är delegerat att fatta beslut om omsorg på ob-tid.	X			Nämnden har genomfört kontroller om förskolornas ramöppettider. Information om rätt till omsorg på obekvämt arbetstid finns på stadens hemsida. Informationsblad kommer att tas fram under 2015. Delegationsordningen har uppdaterats.
2013	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 uppföljning ska ske, av vem samt vem som ansvarar för att genomföra den. Rutinen bör innehålla information om vad som ska kontrolleras och hur kontrollen ska ske. Uppföljningarna bör dokumenteras.	X			Handläggningen av ärenden där barn är akut placerade sker inom ramen för BBIC. Kontroll sker i samband med placering. Bitr. enhetschef kontrollerar fortlöpande rättssäkerheten i handlägningsprocessen. Vid akuta SiS-placeringar följs det individuella barnet upp. Stadsövergripande samverkan sker inom samverkansgruppen med SiS. Nämndens egna jourhem är utredda och godkända av socialförvaltningen. Jourhemmen får regelbundet stöd och handledning. Dokumentation av uppföljning sker löpande i uppdragstagarakten.

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2013	Parkskötsel och investeringar Nämnden rekommenderas att upprätta rutiner för dokumentation samt dokumentera och diarieföra telefonsamtal.		X		Det finns en rutin för dokumentation.
2013	Korruption och oegentligheter Nämnden rekommenderas att utarbeta rutiner för händelser då anställda utsätts för otillbörlig påverkan eller begår oegentligheter. Vidare att regelbundet informera de anställda om reglerna kring bisysslor samt stärka kontrollen.	X			En dokumenterad rutin för information om problematiken kring mutor och jäv finns framtagen. Rutinen innebär att alla nyanställda får information om problematiken kring mutor och jäv. Vidare informeras all personal minst en gång per år om detta i samband med arbetsplatsträff (ATP). Förvaltningsledningen har informerat alla chefer om reglerna kring bisyssla. I februari 2015 har samtliga chefer genom nyhetsbrev påmint om dessa regler.
2013	Externa utförare inom socialtjänsten Nämnden rekommenderas att se över och utveckla uppföljningsprocessen avseende individuella avtal samt skapa dokumenterade rutiner för avtalsuppföljning. Vidare se över och utveckla lojaliteten till stadens ramavtal avseende insatser för barn och ungdomar. Därutöver förbättra individuppföljningen, att alla placeringar har vårdplaner och genomförandeplaner.		X		Nämnden är i slutfasen med att ta fram rutiner för uppföljning av upphandlade tjänster. Avtalsuppföljning har bokats in under 2015. Nämnden har sett över lojaliteten till stadens ramavtal avseende insatser för barn och ungdomar. Rutiner har införts där motivering krävs vid avsteg från ramavtalet. Individuppföljningen sker inom ramen för BBIC som omfattar rutiner och checklistor för planering och uppföljning av placeringar. Socialsekreterarna har därutöver erhållit metodstödande fortbildning. Genom detta säkerställs att vårdplan och genomförandeplan upprättas och revideras vid behov i alla placeringsärenden.
2014	Insatser som utförs av ideella föreningar gällande våld i nära relationer Nämnden rekommenderas att se till att beslut om insats föregås av en utredning, att ett uppdrag upprättas vid beställning av insats samt att den ideella föreningen upprättar en genomförandeplan. Vidare säkerställa att avtal upprättas med ideella föreningen samt kontrollera och följa upp kvaliteten i verksamheten. Därutöver säkerställa att samverkan med hälso- och sjukvården samt polisen formaliseras genom en samverkansöverenskommelse som även omfattar ideella föreningar.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Nationella kvalitetsregister inom äldreomsorgen Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning registrera planerade åtgärder för att förebygga fallskador och trycksår samt uppföljning av dessa.				<i>Följs upp under 2015</i>

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2014	Nämndens protokollhantering Nämnden rekommenderas att säkerställa att ärenden om jäv hanteras på ett korrekt sätt samt att utveckla närvaroredovisningen.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten Nämnden rekommenderas att förbättra uppföljningen och kontrollen av hur de externa utförarna hanterar tilldelningen, uppföljningen och avslut av behörigheter. Vidare att kontrollera detta årligen och på plats.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Beslut som inte verkställs Nämnden rekommenderas att rapportera kvartalsvis till revisorerna och tillse att rapportering anmäls till nämnden. Av anmälan bör det framgå antal ärenden, vilken typ av insats som ges, anledning till varför ärendet inte verkställs samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Utredning och uppföljning av familjehem Nämnden rekommenderas att säkerställa att uppgifter som framkommit under utredningsprocessen dokumenteras och framgår tydligt i utredningen och i akten.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Faktureringsrutiner avseende äldreomsorgsavgifter Nämnden rekommenderas att överväga att ta fram rutiner för stickprovskontroll när bistånds- och avgiftsbeslut fattas av en och samma person samt för löpande uppföljning och hantering av utestående fordringar.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Uppföljning av momshantering Nämnden rekommenderas att säkerställa att de medarbetare som handhar leverantörsfakturor ges tillräcklig utbildning i momshantering.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Lönehantering-uppföljning Nämnden rekommenderas att dokumentera samtliga kontroller.				<i>Följs upp under 2015</i>
2014	Betalkort Nämnden rekommenderas att ta fram en ansökan, som stämmer överens med delegationsordningen, där det framgår att förvaltningschefen är behörig beställare av inköpskort. Vidare att ta fram en förteckning över samtliga utlämnade kort samt använda förbindelsemallen för att undvika beställning av kort till				<i>Följs upp under 2015</i>

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
	medarbetare utan behov. Därutöver bevaka att en förbindelse finns till varje ansökan samt genomföra en rensning av samtliga inköpskort för överblick/kontroll. Ansökningsblanketten för förvaltningens privatkort bör återfinnas.				