



# Årsrapport 2021

## Äldrenämnden

Rapport från  
stadsrevisionen  
Nr 16, 2022

Dnr: RVK 2022/17

Den kommunala revisionen är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivits i nämnder och bolag. Stadsrevisionen i Stockholm stad granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt kommunfullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna, lekmannarevisorerna och revisionskontoret.

I årsrapporter för nämnder och bolagsstyrelser sammanfattar stadsrevisionen det gångna årets granskningar och bedömningar av verksamheten. Granskningar som genomförs under året kan också publiceras som revisionsrapporter.

All rapportering finns på stadsrevisionens hemsida, [start.stockholm/revision](http://start.stockholm/revision). Rapporterna kan också beställas från revisionskontoret, [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till

Äldrenämnden

## Årsrapport 2021

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av äldrenämndens verksamhet under 2021.

Revisorerna har den 24 mars 2022 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till äldrenämnden för yttrande senast den 30 juni 2022.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm  
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren  
Sekreterare

**Stadsrevisionen**

Hantverkargatan 3d  
105 35 Stockholm  
Växel 08-508 29 000  
revision.rvk@stockholm.se  
start.stockholm/revision



# Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar.

## Verksamhet och ekonomi

Sammantaget bedöms att äldrenämnden i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Bedömningen grundar sig på om resultatet är förenligt med kommunfullmäktiges mål för verksamheten samt om lagstiftning och andra föreskrifter efterlevts.

Under året har revisionskontoret genomfört en granskning som omfattat hälso- och sjukvårdsansvar vid vård- och omsorgsboenden. Granskningen visar att nämnden bör tydliggöra och kommunicera hur ansvaret för kunskapsstyrning av stadens hälso- och sjukvårdsverksamheter ska fungera.

## Intern kontroll

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat attesthantering i Agresso, intäktprocessen, löneprocessen samt leverantörsregister och leverantörsutbetalningar. Sammantaget bedöms den interna kontrollen vara tillräcklig i granskade rutiner.

Granskningar har även utförts avseende uppföljning och kontroll av hemtjänstutförare, förtroendekänsliga poster samt inköpsprocessen. Vissa utvecklingsområden har identifierats, bl.a. att nämnden behöver vidta åtgärder vid misstanke om eller uppkomna brister hos utförare som uppmärksammas av t.ex. IVO, Inspektionen för vård och omsorg, eller stadsdelsförvaltningarna. Vidare behöver nämnden säkerställa att det finns en följsamhet till lagen om offentlig upphandling (LOU) och stadens regelverk vid köp av konsulttjänster.

## **Räkenskaper**

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

## **Uppföljning av tidigare års granskningar**

Nämnden har delvis vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i föregående års granskningar. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att genomföra är implementering av dataskyddsförordningen och utveckling av den interna kontrollen avseende delegationsbeslut.

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Årets granskning .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Verksamhet och ekonomi .....</b>	<b>2</b>
2.1	Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2	Ekonomiskt resultat .....	3
2.2.1	<i>Driftverksamhet.....</i>	<i>3</i>
2.2.2	<i>Investeringsverksamhet.....</i>	<i>4</i>
<b>3</b>	<b>Intern kontroll.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Räkenskaper.....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Uppföljning av tidigare års granskning.....</b>	<b>7</b>
	Bilaga 1 – Årets granskning .....	8
	Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer .....	14
	Bilaga 3 – Bedömningskriterier .....	20





# 1 Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnden är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsordning i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning av nämndens verksamhet. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 3.

I rapporten redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionsårets granskningar. De granskningar som genomförts under revisionsåret redovisas närmare i bilaga 1.

En uppföljning av i vilken utsträckning nämnden åtgärdat rekommendationer i tidigare års granskningar redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i bilaga 2.

Revisorerna träffade våren 2021 representanter för nämnden i samband med genomgång av 2020 års granskning och avstämning inför 2021.

Granskningsledare har varit Erik Skoog vid revisionskontoret och Malin Odby/Carin Hultgren vid PwC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

## 2 Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser samt haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

### 2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Nämnden bedöms i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på granskning av nämndens redovisning och på de granskningar som genomförts under året.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Redovisningen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse.

Nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2021 är i allt väsentligt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer att samtliga av fullmäktiges elva verksamhetsmål som berör nämnden uppfylls.

Avvikelse redovisas på några indikatorer under verksamhetsmålen 3.2 ”Stockholm använder skattemedlen effektivt till största nytta för stockholmarna”. Nämnden når inte årsmålen för indikatorerna gällande AMI, Aktivt Medskapandeindex (indexvärde 72 jämfört med årsmål på 82) samt Index Bra arbetsgivare (indexvärde 72 jämfört med årsmål på 84). Jämfört med 2020 har utfallet för AMI-indikatorn förbättrats med en indexpunkt. Däremot har utfallet för Bra arbetsgivare-indikatorn försämrats med fyra indexpunkter. Utifrån resultaten i medarbetarenkäten, har avdelningarna på förvaltningen utarbetat handlingsplaner med åtgärdsförslag. Som exempel på vidtagna åtgärder anger förvaltningen att uppdragslistor har upprättats för vem som ansvarar för respektive uppdrag och mötesstruktur har tydliggjorts. Förvaltningen uppger även att en extern utvärdering har genomförts. Detta i syfte att dels undersöka vilka effekter som omorganisationerna på förvaltningen under 2019 och 2020 medförde, dels identifiera nya utvecklingsområden med fokus på uppkomna iakttagelser som framkommit under pandemin. Av resultaten från utvärderingen kommer åtgärder vidtas och implementeras under våren 2022, enligt förvaltningen.

Revisionskontorets granskning visar att det finns grund för nämndens målbedömning.

Revisionskontoret har genomfört en granskning som omfattat hälso- och sjukvårdsansvar vid vård- och omsorgsboenden. Nämnden bedöms behöva utveckla sitt arbete för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsansvaret vid vård- och omsorgsboenden i egen regi uppfylls. Granskningen visar att nämnden bör tydliggöra och kommunicera hur ansvaret för kunskapsstyrning av stadens hälso- och sjukvårdsverksamheter ska fungera. Genomförd granskning redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 2.2 Ekonomiskt resultat

Nämnden bedöms ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

### 2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2021:

Driftverksamhet (mkr)	Budget 2021	Utfall 2021	Avvikelse 2021	Avvikelse 2021, %	Budgetavvikelse 2020, %
Kostnader	236,4	218,9	17,5	7,4%	4,7%
Intäkter	-18,2	-15,6	-2,6	14,3%	8,7%
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>218,2</b>	<b>203,3</b>	<b>15,0</b>	<b>6,9%</b>	<b>2,7%</b>

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 15 mnkr i förhållande till budgeten. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Enligt nämndens redovisning beror överskottet huvudsakligen på förseningar i införande av planerade digitaliseringsprojekt avseende låssystem inom hemtjänsten (projektet Smarta lås) samt internet-tjänsterna Anhörigportalen och Demenslotsen (benämns Digitaliseringspaketet). Avvikelsen på 4,3 mnkr beträffande Smarta Lås hänförs till att det har varit svårare än beräknat att inhämta medgivande från fastighetsägare och brukare för låsinstallation. Vidare att fler parter än beräknat har behövt genomföra riskbedömningar av låsinstallationer utifrån GDPR-perspektiv. Detta eftersom administrering av låsinstallationer innebär att personuppgifter måste hantleras. Överskottet på 2,1 mnkr avseende Digitaliseringspaketet beror bl.a. på försenade upphandlingsprocesser. Vidare uppgår 4,3 mnkr i

lägre utbildningskostnader än budgeterat. Detta då en del av förvaltningens planerade utbildningsinsatser för 2021 har kunnat finansieras med statsbidrag via utbildningssatsningen Äldreomsorgslyftet.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

### **2.2.2 Investeringsverksamhet**

Nämndens investeringsbudget var 5,4 mnkr. Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med 0,7 mnkr i förhållande till budget. Enligt nämndens redovisning beror avvikelsen på komponentbrist som uppkommit under pandemin i samband med utbyte och nyinstallation av larm.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

### 3 Intern kontroll

I detta avsnitt redovisas granskningen av nämndens interna kontroll. Av granskningen framgår bland annat i vilken utsträckning den interna kontrollen är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Vidare om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Genomförda granskningar har dock visat på vissa avvikelser. Delar som behöver utvecklas är bl.a. rutiner för att vidta åtgärder vid misstanke om eller uppkomna brister hos utförare. Vidare behöver nämnden säkerställa följsamhet till lagen om offentlig upphandling (LOU) och stadens regelverk vid köp av konsulttjänster.

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. I granskning av nämndens inköpsprocess visar dock att nämnden bör säkerställa att avtalade villkor efterlevs och att det finns tillräckliga underlag för att säkerställa detta. Vidare visar revisionskontorets granskning av förtroendekänsliga poster att nämnden bör fortsatt säkerställa att stadens anvisningar och regler följs gällande redovisning av resor, konferenser, utbildning samt representation.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Det finns i huvudsak riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Dock visar granskningen av nämndens inköpsprocess att nämnden behöver säkerställa att det finns en följsamhet till lagen om offentlig upphandling (LOU) och stadens regelverk.

Nämnden genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande och redovisades till nämnden i februari 2022. De avvikelser som påträffats har i delar dokumenterats. Rapporteringen till nämnden bör dock fortsatt utvecklas gällande resultatet av genomförda kontroller.

Nämnden har en i tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

Nämnden har i huvudsak system och rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra. Granskning av nämndens uppföljning och kontroll av hemtjänstutförare visar att nämnden behöver vidta åtgärder vid misstanke om eller uppkomna brister hos utförare som uppmärksammas av t.ex. IVO, Inspektionen för vård och omsorg, eller stadsdelsförvaltningarna.

Under året har revisionskontoret även genomfört granskningar som omfattat attesthantering i Agresso, intäktsprocessen, löneprocessen samt leverantörsregister och leverantörsutbetalningar. Sammantaget bedöms den interna kontrollen vara tillräcklig i granskade rutiner. Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 4 Räkenskaper

I detta avsnitt redovisas en bedömning av om nämndens räkenskaper är rättvisande, upprättade enligt lag om kommunal bokföring och redovisning samt följer god redovisningssed. Bedömningen baseras på en granskning av nämndens bokslut och på övriga granskningar som genomförts under året.

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vidare vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

## 5 Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionen gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2021 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att genomföra är implementering av data-skyddsförordningen och utveckling av den interna kontrollen avseende delegationsbeslut.

# Bilaga 1 – Årets granskning

## Granskningar under perioden april 2021 - mars 2022

### Verksamheten och ekonomi

#### Hälso- och sjukvårdsansvar vid vård- och omsorgsboenden

En granskning har genomförts av det arbete som utförs för att uppfylla hälso- och sjukvårdsansvaret vid vård- och omsorgsboenden i egen regi. Äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Farsta, Kungsholmen, Skarpnäck och Östermalm har ingått i granskningen. Vår samlade bedömning är att staden behöver utveckla sitt arbete för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsansvaret vid vård- och omsorgsboenden i egen regi uppfylls.

Granskningen visar att det saknas en kommunövergripande modell för kunskapsspridning och att det saknas rutiner för kunskapsstyrning både centralt och lokalt. Den kunskapsspridning som sker, sker främst via medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehab (MAR).

Granskningen visar också att äldrenämndens samordnande uppdrag generellt upplevs som otydligt av de stadsdelsnämnder som granskats. Det gäller även området kunskapsstyrning av stadens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Nämnden rekommenderas att:

- Tydliggöra och kommunicera hur ansvaret för kunskapsstyrning av stadens hälso- och sjukvårdsverksamhet ska fungera.

### Intern kontroll

#### Uppföljning och kontroll av hemtjänstutförare

En granskning har genomförts om staden har en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende ersättning till privata och kommunala hemtjänstutförare inom valfrihetssystemet. Äldrenämnden har granskats utifrån sin samordnade roll beträffande hemtjänst inom staden.



Den samlade bedömningen är att äldrenämnden har en omfattande uppföljning. Dock behöver kontroll och uppföljning av privata hemtjänstutförare förbättras vid uppmärksammade brister.

Äldrenämnden ansvarar för att upphandla och förvalta avtal med privata utförare av hemtjänst. Upphandlingen görs utifrån Lag (2008:962) om valfrihetssystem. Stadsdelsnämnderna ansvarar för uppföljning och kontroll av hemtjänstersättningen på individnivå.

Stadens övergripande uppföljningsmodell för hemtjänst innefattar äldreförvaltningens kvalitetsobservationer samt stadsdelsförvaltningarnas verksamhetsuppföljningar och kvalitetsuppföljningar på individnivå. Verksamhetsuppföljningarna ska genomföras jämna år och omfatta kontroll av utförarnas följsamhet till avtal, lagar, författningar och uppdrag. P.g.a. pandemin skedde inga verksamhetsuppföljningar eller andra uppföljningar som förutsatte platsbesök under 2020.

Äldreförvaltningens uppföljning av hemtjänst omfattar bl.a. inspektioner, särskilda granskningar, brukarundersökningar och seriositetskontroller. Avseende seriositetskontroller uppger intervjuade att dessa genomförs löpande av de privata utförarna, t.ex. hantering av skatter, avgifter och årsredovisningar. Vidare kan t.ex. inkomna synpunkter/klagomål från brukare, närstående eller medborgare samt information från bl.a. stadsdelsförvaltningar och statliga myndigheter om systematiska eller allvarliga avvikelser avseende hemtjänstinsatser föranleda granskning av utförare. Äldreförvaltningen uppger att de tar del av stadsdelsförvaltningarnas samtliga uppföljningsinsatser inom hemtjänstområdet. Äldreförvaltningen gör en samlad bedömning om eventuella brister medför anmodan om rättelse, hävning eller uppsägning av avtal.

I intervjuer framgår att det finns behov av att utveckla samverkan mellan äldreförvaltningen och stadsdelsförvaltningarna. Detta genom samarbete kring gemensamma uppföljningsinsatser av utförare såsom exempelvis oanmälda besök.

Äldreförvaltningen uppger att de även tar del av IVO:s uppföljningar och granskningar. I revisionskontorets verifiering av IVO-tillstånd hos verksamma utförare inom staden, framgår att två utförare saknade tillstånd av IVO med anledning av beslut om avslag i juni 2020. Utförare har rätt att bedriva hemtjänstverksamhet tills IVO:s beslut i tillståndsärendet vunnit laga kraft. Båda utförarna överklagade IVO:s beslut till övre instans. Stadens avtal med utförarna har löpt på i mer än ett år efter IVO:s beslut. I verifieringen framgår att samtliga stadsdelsnämnder som ingår i granskningen

nyttjat deras tjänster under 2021. Äldreförvaltningens bedömning är att de inte har funnit att IVO:s skäl för beslut om att inte bevilja tillstånd för dessa två utförare eller andra omständigheter utgjort tillräckliga grunder för uppsägning eller hävning av stadens avtal.

IVO:s skäl till beslut att inte bevilja tillstånd för en av utförarna grundas delvis på felaktig tidrapportering i annan kommun. Revisionskontoret noterar att en stadsdelsförvaltning uppmärksammat äldreförvaltningen om misstankar gällande felaktig tidrapportering för denna utförare några veckor efter IVO:s beslut. Trots IVO:s beslut och uppmärksammade misstankar, genomförde äldreförvaltningen ingen granskning. Äldreförvaltningen anger att detta inte skett då det inte har varit möjligt att genomföra platsbesök p.g.a. pandemin. Revisionskontoret menar dock att pandemin inte utgör tillräckligt skäl för att inte genomföra en granskning av utförarens tidrapportering. Om utförare missköter tidrapportering finns risk att brukare inte får avtalade hemtjänstinsatser och utföraren kan få högre ersättning än vad den har rätt till. Avtalet med utföraren sades upp av äldreförvaltningen i april 2021 med uppsägningstid på sex månader. Avtalet upphörde därmed att gälla i oktober 2021. För den andra utföraren upphörde avtalet att gälla i november 2021 eftersom IVO:s beslut hade vunnit laga kraft hos högsta förvaltningsdomstolen.

Enligt SLK:s tillämpningsanvisning Kontroll, attest samt begäran om utbetalning av pengar, som är ett komplement till Regler för ekonomisk förvaltning, anges bl.a. att leverantörsfakturor ska innehålla uppgift om tjänsternas omfattning och art. I verifieringen av utförarnas fakturor framkommer att det i ett flertal fall saknas uppgift om antal utförda hemtjänsttimmar per brukare. Av förfrågningsunderlaget för hemtjänst anges bl.a. att en faktura ska ange vad tjänsten avser, dock är det inte tydligt att antal utförda timmar per brukare behöver framgå. Revisionskontoret anser att förfrågningsunderlaget bör förtydligas med krav på att uppgift om antal utförda timmar per brukare ska framgå av fakturor.

Nämnden rekommenderas att:

- Att vidta åtgärder vid misstanke om eller uppkomna brister hos utförare som uppmärksammas av t.ex. IVO eller stadsdelsförvaltningarna.
- Att revidera förfrågningsunderlaget för hemtjänst genom förtydligande om att krav på att uppgift om antal utförda timmar per brukare ska framgå av fakturor. Detta i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar.

## **Attesthantering i ekonomisystemet**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende hantering av attesträtter i ekonomisystemet Agresso.

Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms tillräcklig.

Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även ett attestkort för förvaltningschefen.

## **Inköpsprocessen**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende inköpsprocessen med fokus på köp av konsulttjänster.

Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms delvis tillräcklig.

Granskningen har omfattat sex leverantörer där två fakturor per leverantör har granskats. Detta innebär att sammanlagt 12 fakturor har granskats. Granskningen visar att transaktionerna i allt väsentligt är korrekt hanterade avseende bokföringsunderlag och kontering. Dock framgår det för två transaktioner (från samma leverantör) att fakturerat pris och avtalat pris inte överensstämmer. För en transaktion kan en avstämning inte göras. Det har skett en prisjustering men det saknas dokumentation kring hur prisjusteringen beräknats eller en överenskommelse om nytt pris mellan parterna. För två transaktioner har dessa betalats efter förfalldatum. Utöver ovan noteras även att för en leverantör saknas dokumentation om upphandling eller avtal trots att fakturerat belopp överstiger tröskelvärdet på 100 tkr enligt LOU. Förvaltningen anger att åtgärder har vidtagits i form av informationsinsatser till samtliga chefer och medarbetare som varit involverade i inköp. Vidare uppger förvaltningen att den interna kontrollen kommer att utökas genom stickprov på att det finns tillräckliga underlag för inköpsfakturor. Kvartalsvis kommer förvaltningen tillse att rapporter skickas ut till respektive enhetschef/avdelningschef som visar respektive periods förfallna fakturor.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att det finns en följsamhet till lagen om offentlig upphandling (LOU) och stadens regelverk.
- Fortsatt säkerställa att avtalade villkor följs samt att det finns tillräckliga underlag för att säkerställa detta.
- Säkerställa att betalning sker vid rätt tidpunkt.

## **Intäktsprocessen**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i intäktsprocessen avseende försäljning av verksamhet.

Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms tillräcklig.

Granskningen visar att pris/fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor/avtal samt att fakturering har skett i enlighet med överenskomna villkor/avtal för samtliga stickprov. Vidare noteras att betalning (alternativ hantering enligt kravrutin) sker vid rätt tidpunkt i enlighet med stadens regler, att bokföring sker vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod och att transaktionen är rätt konterad för samtliga stickprov. Samtliga verifikationer uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler. Slutligen visar granskningen att det av nämndens delegationsordning framgår vem som är behörig att besluta om makulering.

## **Löneprocessen**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i löneprocessen.

Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms tillräcklig.

Inga väsentliga avvikelser har noterats. Förvaltningen uppger att de till stora delar genomför de kontroller som framgår av stadens riktlinjer. Alla kontroller dokumenteras dock inte, vilket gör det svårt att vid en efterhandskontroll följa upp huruvida de genomförts eller inte. I syfte att stärka den interna kontrollen bör genomförda kontroller dokumenteras för att möjliggöra uppföljning av följsamheten till riktlinjerna.

## **Leverantörsregister och leverantörsutbetalningar**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar. Granskningen har genomförts samlat för staden och ansvaret för granskad process ligger i huvudsak hos stadsledningskontoret och serviceförvaltningen.

Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms tillräcklig.

## **Förtroendekänsliga poster**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen vad gäller hanteringen/redovisningen av förtroendekänsliga poster.

Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskade rutiner är delvis tillräcklig.

Granskningen har omfattat 12 transaktioner, där urvalet varit resor och konferenser, utbildning samt representation. Av transaktionerna kunde samtliga verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte och deltagarlista och attest. Två fakturor har däremot felaktigt momsavdrag. Nämnden rekommenderas fortsatt att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs gällande redovisning av transaktioner som avser resor, konferenser, utbildning samt representation.

## Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

### Årlig och fördjupad granskning

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2019	<p><b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</b></p> <p>I det fall avdelningen Stockholms Trygghetsjours omorganisation genomförs som planerat bör nämnden vidare besluta om ett nytt kvalitetsledningssystem, som är aktuellt utifrån genomförda förändringar.</p>	X			<p>Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete utarbetades i april 2021 för Stockholms trygghetsjour utifrån genomförda organisationsförändringar. Chefer har erhållit utbildningsinsatser.</p>
ÅR 2019	<p><b>Delegationsordning</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser samt utveckla den interna kontrollen avseende delegation.</p>		X		<p>Rutin för anmälan av delegationsbeslut är under framtagande. Mall för delegationsbeslut har utarbetats.</p> <p>Förvaltningen har inte genomfört några egenkontroller under 2021 i syfte att säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Dock avser förvaltningen att göra egenkontroller under 2022.</p>
ÅR 2019	<p><b>Mottagning och förmedling av trygghetslarm</b></p> <p>Förvaltningen bör utveckla redovisningen till nämnd med avseende på den uppföljning som sker av processen för mottagning och förmedling av trygghetslarm.</p> <p>Nämnden bör se till att avdelningen Stockholms trygghetsjour utvecklar analys av avvikelser.</p> <p>Nämnden bör överväga att införa kontrollmoment kopplat till krav på inställelsetid avseende privata hemtjänstutförare i stadens valfrihetssystem.</p>	X			<p>Förvaltningen redovisar till nämnden avseende uppföljning av mottagning och förmedling av trygghetslarm i nämndens verksamhetsberättelse.</p> <p>Avdelningen har utvecklat rapportering och analys av avvikelser. Avvikelser rapporteras varje vecka till avtalsförvaltare och inspektörer vid gemensamma veckomöten samt via månatlig sammanställning.</p> <p>I den månatliga sammanställningen framgår vilka hemtjänstutförare som haft avvikelse samt vad avvikelsen handlat om.</p> <p>Större delen av avvikelserna handlar om väntetid vid larm. När avvikelse uppstår tas kontakt med berörd utförare. Därutöver har förvaltningen haft möte med utförare som visat högt antal avvikelser. Nytt larmmottagningssystem sattes i bruk december 2021.</p> <p>Då det saknas ett digitalt stödsystem för avvikelser så kan det nya larmmottagningssystemet med all sannolikhet förenkla uppföljning av avvikelshanteringen.</p> <p>Förvaltningen anser att det inte ska följa hur lång tid det tar för hemtjänstutförare att besvara larm, dvs inställelsetid. Detta då det är stadsdelsförvaltningarnas ansvar att följa upp inställelsetiden.</p> <p>Hemtjänstutförare utför ingen närvaroregistrering på larmet, vilket medför att det inte går att kontrollera inställelse efter larmanrop. Utföraren kan logga in på ParaGå-telefonen att de har loggat in hos kunden.</p> <p>Uppföljning kan ske via stadsdelsförvaltningarnas beställarenheter som kan se i IT-systemet Parapyet när utföraren ankom till kund. Dock måste de aktivt ta reda på när larmet gick ut från Stockholms trygghetsjour.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2019	<p><b>Intern kontroll</b></p> <p>Nämnden bör utveckla utformningen av systematiska kontroller i internkontrollplanen.</p> <p>Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden bör utveckla rapporteringen avseende uppföljning av internkontrollplanen gällande resultat av genomförda kontroller.</p> <p>Rekommendation kvarstår.</p>		X		<p>I internkontrollplanen framgår systematiska kontroller.</p> <p>I uppföljningen av internkontrollplanen framgår inte iakttagelser och resultat av genomförda kontrollaktiviteter inom tre riskområden.</p>
ÅR 2020	<p><b>Inköpsprocessen</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att avtalade villkor efterlevs samt att det finns tillräckliga underlag för att säkerställa detta.</p>		X		Uppföljande granskning visar bl.a. att för en av tolv transaktioner kan en avstämning inte göras. Det har skett en prisjustering men det saknas dokumentation kring hur prisjusteringen beräknats eller en överenskommelse om nytt pris mellan parterna.
ÅR 2020	<p><b>Uppföljning av beslut</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att rutinen om jämställdhetsanalyser i beslutsärenden följs.</p>	X			Nämnden genomför i allt väsentligt jämställdhetsanalyser i beslutsärenden.
ÅR 2020/ 2021	<p><b>Förtroendekänsliga och ledningsnära poster</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att stadens anvisningar och regler följs gällande redovisning av transaktioner som avser resor, konferenser, utbildning samt representation.</p>		X		Av årets granskning framgår felaktigt momsavdrag i två av tolv fakturor. Bedömningen är därmed att rekommendationen kvarstår.
ÅR 2021	<p><b>Inköpsprocessen</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att betalning sker vid rätt tidpunkt.</p> <p>Nämnden behöver säkerställa att det finns en följsamhet till lagen om offentlig upphandling (LOU) och stadens regelverk.</p>				Rekommendationerna följs upp under 2022.
ÅR 2021	<p><b>Uppföljning och kontroll av hemtjänstutförare</b></p> <p>Nämnden behöver vidta åtgärder vid misstanke om eller uppkomna brister hos utförare som uppmärksammas av t.ex. IVO eller stadsdelsförvaltningarna.</p> <p>Nämnden bör revidera förfrågningsunderlaget för hemtjänst genom förtydligande om att krav på att uppgift om antal utförda timmar per brukare ska framgå av fakturor. Detta i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar.</p>				Rekommendationerna följs upp under 2022.

Års- rapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2021	<b>Hälso- och sjukvårds- ansvar vid vård- och omsorgsboenden</b>  Tydliggöra och kommunicera hur ansvaret för kunskaps- styrning av stadens hälso- och sjukvårdsverksamhet ska fungera.				Rekommendationen följs upp under 2022.



## Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 5/2019	<p><b>Implementering av dataskyddsförordningen</b></p> <p>Nämnden bör utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen.</p> <p>Nämnden behöver informationsklassa sina informationstillgångar.</p> <p>Nämnden bör regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar.</p>			X	<p>Befintliga styrdokument kring hantering av personuppgifter behöver uppdateras och kompletteras.</p> <p>Det pågår ett arbete med att identifiera alla konsekvensbedömningar som borde genomföras.</p> <p>I verksamhetsberättelsen för år 2021 redovisar förvaltningen att vid mätningen den 10 december 2021 hade 69 procent av medarbetarna genomfört e-utbildningen om informationssäkerhet och ca 74 procent om dataskydd.</p> <p>Därutöver har timanställda genomgått utbildningarna men dessa ingår inte i statistiken. Aktiviteten ingår även i 2022 års verksamhetsplan då utbildningarna är obligatoriska för stadens medarbetare.</p> <p>Arbetet med informationsklassning är i behov av utveckling. Förvaltningen har inte genomfört de planerade informationsklassningarna under 2021. Aktiviteten kommer genomföras med stöd av konsult under 2022.</p> <p>Förvaltningen har inte haft personella resurser för att genomföra översyn av nämndens registerförteckningar enligt krav i dataskyddsförordningen.</p> <p>Det finns ytterligare system och personuppgiftsbehandlingar som ännu inte har dokumenterats i registerförteckningen. Arbetet fortsätter under 2022.</p>

Revisions- projekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 3/2020	<p><b>Äldre med psykisk ohälsa</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att stadsdelsnämnderna har kännedom om, samt utvärdera, webbutbildningen Psyk-E avseende psykisk ohälsa.</p> <p>Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden bör utveckla en övergripande uppföljning och analys av stadens förebyggande arbete samt redovisa resultatet till fullmäktige.</p> <p>Rekommendation kvarstår.</p>		X		<p>I december 2020 utarbetades en handlingsplan för suicidprevention inom äldreomsorgen. För att säkerställa att stadsdelsförvaltningarna har kännedom om webbutbildningen Psyk-E, framgår i handlingsplanen en aktivitet om att öka kunskapen hos chefer och medarbetare genom att arbeta med detta material.</p> <p>Materialet Psyk-E finns tillgängligt för stadens verksamheter via internet och intranät. Förvaltningen har under 2021 haft digitala nätverksträffar med stadsdelsförvaltningarnas förebyggande enheter.</p> <p>Temat har vid två tillfällen varit att motverka psykisk ohälsa. Äldreförvaltningen har bland annat introducerat webbutbildningen Psyk-E senior och Psyk-E suicid. Inom satsningen specialiserade hemtjänstgrupper har enheterna erbjudits webbutbildningen Psyk-E senior och Psyk-E suicid, både privata och kommunala hemtjänstenheter.</p> <p>En nätverksträff för biståndshandläggare inom satsningen Multiprofessionellt arbetssätt har hållits med temat att introducera webbutbildningen Psyk-E senior och Psyk-E suicid. Under 2021 tog förvaltningen fram en informationsfilm om handlingsplanen.</p> <p>Handlingsplanen riktar sig till alla som arbetar inom äldreomsorgen i Stockholms stad och är ett stöd för verksamheterna i deras planering av det suicidpreventiva arbetet. Information om handlingsplanen har under 2021 spridits till stadsdelsförvaltningarna och till privata utförare.</p> <p>Äldreförvaltningen har under hösten följt upp stadsdelsförvaltningarnas suicidpreventiva arbete utifrån handlingsplanen, vilket visat att huvuddelen av stadsdelsförvaltningarna påbörjat arbetet med att implementera handlingsplanen, bl.a. kompetensutveckling, upprättande av rutiner, informationsspridning om suicidprevention och uppsökande verksamhet.</p> <p>Dock framgår vid utvärdering att endast ett fåtal verksamheter har svarat att de planerar studiecirkel med stöd av Psyk E-materialet.</p> <p>I äldreomsorgens årsrapport för 2020 som redovisades i mars 2021, framgår uppföljning och analys av stadens förebyggande arbete. Äldreomsorgens årsrapport redovisas dock inte till fullmäktige.</p>

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 2/2021	<p><b>Samverkan utskrivna patienter från slutenvård</b></p> <p>Nämnden bör regelbundet följa upp och analysera om intentionerna i såväl lagstiftning som den regionala överenskommelsen infrias för staden som helhet, bl.a. med stadsdelsnämndernas avvikelser som grund.</p>		X		<p>Förvaltningen har genomfört vissa åtgärder. Bland annat följt upp hur utskrivningsprocessen fungerat under pandemin utifrån parternas olika perspektiv samt följt upp intentionerna med LUS i samarbete med en stadsdelsförvaltning.</p> <p>Nämnden följer löpande månadsstatistik över genomsnittligt antal utskrivningsdagar samt kallelser till SIP men i övrigt görs ingen uppföljning.</p> <p>Det anges inte vara möjligt att använda resultat från stadsdelsförvaltningarnas avvikelshantering som grund i uppföljningen av lagen.</p> <p>Detta då det saknas ett övergripande systematiskt system för detta. Under 2022 har äldreförvaltningen ett budgetuppdrag att vid behov ta fram ett digitalt stödsystem för avvikelser och klagomålshantering.</p> <p>Äldreförvaltningen har startat ett nätverk med stadsdelsförvaltningarna för frågor relaterade till LUS.</p> <p>Utifrån resultaten från genomförda uppföljningar tillsammans med erfarenheter från nätverksträffar har kännedom om brister i utskrivningsprocessen införskaffats.</p> <p>De anges vara: bristande kunskaper om lagen, bristande förståelse om varandras verksamheter och arbetssätt mellan kommun och region samt att primärvården saknar förutsättningar för att leva upp till lagstiftningen.</p> <p>Sedan granskningen rapporterades, våren 2021, har ingen uppföljning av överenskommelsens effektmål skett.</p> <p>Enligt uppgift har äldreförvaltningen påtalat detta för Kommunförbundet StorShlm som tillsammans med Region Stockholm är ansvariga. Fokus just nu anges vara att få det nya informationsöverföringssystemet Life Care på plats.</p>

## Bilaga 3 – Bedömningskriterier

Nedan redovisas de kriterier som ligger till grund för gjorda bedömningar. Bedömningarna avser såväl genomförandet som resultatet av verksamheten.

Analysen i rapporten är underlag till revisorernas slutliga bedömning av revisionsobjektens ansvarstagande. Revisorerna kan

1. tillstyrka att ansvarsfrihet beviljas,
2. rikta anmärkning,
3. avstyrka att ansvarsfrihet beviljas.

Detta redovisas i revisionsobjektets revisionsberättelse.

### Verksamhet och ekonomi

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att nämnden har uppnått kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten.

### Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har ett resultat som är förenligt med fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer.
- Har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser.
- Har bedrivit verksamheten enligt gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

### Bedömning:

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i allt väsentligt tillfredsställande, delvis tillfredsställande eller inte tillfredsställande.

I allt väsentligt tillfredsställande Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.

Delvis tillfredsställande	Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

## 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. Det lämnas en tillförlitlig finansiell redovisning och rättvisande rapportering om verksamheten.

## Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.
- Har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga/oavsiktliga fel samt oegentligheter.
- Följer systematiskt och fortlöpande upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
- Genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker.
- Har riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.
- Följer upp den interna kontrollen systematiskt och fortlöpande.
- Har en rapportering som ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

## Bedömning

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i huvudsak tillräcklig, delvis tillräcklig eller inte tillräcklig.

I huvudsak tillräcklig	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.
Delvis tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

## Räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning, delårsrapport och årsredovisning är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

## Bedömningskriterier

Nämnden:

- Redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.
- Räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning och god redovisningssed.

## Bedömning

Bedömningen är antingen rättvisande eller inte rättvisande.

Rättvisande	Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer ska åtgärdas.
Inte rättvisande	Väsentliga brister finns som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.