



Årsrapport 2021

Kungsholmens stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen
Nr 23, 2022

Dnr: RVK 2022/24

Den kommunala revisionen är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivits i nämnder och bolag. Stadsrevisionen i Stockholm stad granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt kommunfullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna, 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. Rapporterna kan också beställas från revisionskontoret, revision.rvk@stockholm.se.

Till

Kungsholmens stadsdelsnämnd

Årsrapport 2021

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

Revisorerna har den 24 mars 2022 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Kungsholmens stadsdelsnämnd 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 Kungsholmens stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bedömningen grundar sig på att resultatet är förenligt med kommunfullmäktiges mål för verksamheten samt att lagstiftning och andra föreskrifter efterlevts.

Även under 2021 har nämndens verksamhet påverkats av pandemin. Verksamheterna har enligt nämndens redovisning anpassats till de förutsättningar som gällt. All planerad verksamhet har inte varit möjlig att genomföra men nya arbetssätt och lättade restriktioner har enligt nämnden inneburit att övervägande delar av verksamheten kunnat utföras som planerat.

Under året har revisionskontoret genomfört granskning av hälso- och sjukvårdsansvaret vid nämndens äldreboenden. Granskningen visar på att avvikelserapporteringen behöver säkerställas och det behöver tydliggöras vad som händer om läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

En granskning har även gjorts av nämndens budget- och skuldrådgivning. Granskningen visar att nämnden säkerställer att budget- och skuldrådgivning ges i enlighet med fullmäktiges budgetuppdrag och stadens riktlinje.

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 systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Under året har revisionskontoret granskat nämndens interna kontroll vad gäller intäktprocessen, lönehanteringen och hanteringen av attesträtter i ekonomisystemet Agresso. Granskningarna visar på tillräcklig intern kontroll i granskade rutiner. En granskning av hanteringen av leverantörsregister och utbetalningar har inte visat några väsentliga iakttagelser gällande nämnden.

Granskning av inköpsprocessen har dock visat att nämnden bör säkerställa att avtalade villkor följs samt att underlag om avtalade villkor finns dokumenterade. Granskning av förtroendekänsliga och ledningsnära poster visar på avvikelser som innebär att tidigare rekommendationer kvarstår

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 att säkerställa hanteringen av extra skyddsvärda personuppgifter vid köp av personlig assistans enligt LSS samt att utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen.

Innehåll

1	Årets granskning	1
2	Verksamhet och ekonomi	2
2.1	Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2	Ekonomiskt resultat	4
2.2.1	<i>Driftverksamhet.....</i>	<i>4</i>
2.2.2	<i>Investeringsverksamhet.....</i>	<i>5</i>
3	Intern kontroll.....	6
4	Räkenskaper.....	8
5	Uppföljning av tidigare års granskning.....	8
	Bilaga 1 – Årets granskning	9
	Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer	13
	Bilaga 3 – Bedömningskriterier	17

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 Annika Morawetz vid revisionskontoret och Lars Wallin 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 om nämnden 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.

Även under 2021 har nämndens verksamhet påverkats av pandemin. Verksamheterna har enligt nämnden anpassats till de förutsättningar som gällt. All planerad verksamhet har inte varit möjlig att genomföra men nya arbetssätt och lättade restriktioner har enligt nämnden inneburit att övervägande delar av verksamheten kunnat utföras som planerat. Nämnden uppvisar även förbättrade utfall vad gäller flera av fullmäktiges verksamhetsmål jämfört med föregående år. Det är dock angeläget att nämnden under 2022 beaktar eventuella risker med anledning av förändrat arbetssätt och insatser som inte genomförts.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. 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 elva av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts. Verksamhetsmålet ”I Stockholm når barn sin fulla potential då Stockholms skolor och förskolor är de bästa i Sverige” redovisas som delvis uppfyllt.

Inriktningsmålet ”En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla” rör nämndens kärnverksamheter. Det underliggande verksamhetsmålet som rör förskolans verksamhet uppnåddes delvis även föregående år. Årets bedömning baseras på att flera indikatorer under nämndens egna mål endast uppfylls delvis. Förbättringsområden är bland annat kommunikationen med vårdnadshavare och andel nöjda föräldrar. Nämnden ser att resultatet delvis är en effekt av pandemin där utvecklingsarbete fått stå tillbaka på grund av

ansträngd personalsituation och där anpassade arbetssätt försvårat kommunikationen med vårdnadshavare.

Revisionskontoret avstår från att bedöma måluppfyllelse avseende mål 1.5, I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande. Måluppfyllelsen mäts genom Socialstyrelsens brukarundersökningar. Denna brukarundersökning har inte genomförts under 2021. Nämnden har istället använt egna individuppföljningar som underlag för bedömning. Uppföljningen ger dock inte tillräckligt underlag för bedömning av måluppfyllelse av kommunfullmäktiges indikatorer då svarsfrekvensen varit låg inom vård- och omsorgsboenden och då frågorna formulerats på annat sätt än i Socialstyrelsens brukarundersökning. Nämnden själva bedömer att målet uppfylls men identifierar förbättringsområden, bland annat att öka andelen nöjda omsorgstagare, möjligheten till utevistelse och tillgång till aktiviteter på vård- och omsorgsboendena.

Inom övriga områden visar nämndens redovisning att det finns utmaningar med att minska andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd samt att förbättra upplevelsen av renhållning, skötsel och städning av utemiljöer. Resultatet för Index attraktiv arbetsgivare har försämrats sedan föregående år, vilket nämnden uppger kan bero på hög arbetsbelastning och stora krav på medarbetarna under pandemin. Inom socialtjänstens verksamhet har utfallet för flera indikatorer gällande stöd och service för personer med funktionsnedsättning försämrats. Nämnden har genomfört en genomlysning av verksamheten och förbättringsområden har identifierats. Åtgärder ska tas fram och presenteras i tertialrapport 1 2022.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av nämndens budget- och skuldrådgivning. Bedömningen är att nämnden säkerställer att budget- och skuldrådgivning ges i enlighet med fullmäktiges budgetuppdrag och stadens riktlinje.

En granskning har även genomförts av hälso- och sjukvårdsansvaret vid nämndens äldreboenden. Granskningen visar att avvikelserapporteringen behöver säkerställas och det behöver tydliggöras vad som händer om läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

Genomförda granskningar 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, %	Budget-avvikelse 2020, %
Kostnader	1 584,9	1 565,8	19,1	1,2%	1,3%
Intäkter	-359,7	-376,5	16,8	4,7%	14,3%
Verksamhetens nettokostnader	1 225,2	1 189,3	35,9	2,9%	2,5%
Verksamhetens Nettokostnader efter resultatöverföringar	1 225,2	1 198,4	26,8	2,2%	1,8%

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 26,8 mnr i förhållande till budgeten. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar avvikelser inom vissa av verksamhetsområdena. De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorg (23,2 mnr) och ekonomiskt bistånd (-6,8 mnr) samt inom övrig verksamhet (7 mnr).

Under året har nämnden fått statlig ersättning för sjuklönekostnader på 9,5 mnr och statlig merkostnadsersättning för covid-19 på 2,3 mnr. Sjuklöneersättningen har framförallt tillförts förskoleverksamheten och äldreomsorgen. Merkostnadsersättningen har till största del gått till äldreomsorgen.

Enligt nämndens redovisning beror den positiva avvikelsen inom äldreomsorgen på ett stort överskott inom beställarverksamheten. Detta främst med anledning av färre beställda platser inom vård- och omsorgsboenden. Utförarverksamheten gör liksom föregående år ett underskott. Bemanningen på de egna vård- och omsorgsboendena har varit hög för att kunna undvika smittspridningen av covid-19, medan beläggningen har varit lägre än förutsett på grund av pandemin. Enligt nämndens redovisning har belägningsgraden ökat under hösten. I och med att årets prognoser visade på överskott

inom äldreomsorgen valde nämnden att förstärka bemanningen samt tidigarelägga planerade inköp och upprustning.

Underskottet inom ekonomiskt bistånd beror framförallt på högre handläggningskostnader än budgeterat, men även på att fler hushåll än förväntat fått bistånd. Posten övrig verksamhet avser en gemensam reserv för eventuell underskottstäckning som inte nyttjats under året, vilket förklarar överskottet. I övrigt bidrar bland annat utfallet inom verksamheten stöd och service till funktionshindrade till överskottet.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten är 2,1 mnkr lägre än budgeten på 15,8 mnkr. Enligt nämndens redovisning beror överskottet framförallt på att samtliga medel som erhållits från Boverket i det fleråriga projektet Grönare städer inte nyttjats.

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.

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Årets granskningar har dock visat på att internkontrollen bör förbättras i vissa processer, bland annat att säkerställa att avtalade villkor följs vid inköp av varor och tjänster.

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 riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.

Nämnden genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Det finns en internkontrollplan som inkluderar åtgärder för att hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärder har föreslagits.

Nämnden har en tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi. Nämnden har system och rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra. Etablerade arbetssätt, struktur och systematik finns för ekonomistyrningen men dokumenterade rutiner för den interna löpande uppföljningen behöver tas fram.

Nämndens uppföljningar under året har identifierat ekonomiska problem inom verksamhetsområdena ekonomiskt bistånd, individ- och familjeomsorgens barn- och ungdomsverksamhet samt äldreomsorgens utförrarverksamhet. Nämnden har genomfört åtgärder för att komma tillrätta med budgetavvikelsen genom att bland annat använda förvaltningens egna familjebehandlare för att om möjligt minska behovet av placeringar inom barn och ungdom samt stärka

styrning och uppföljning av ekonomiskt bistånd, där handläggningen utförs i samarbete med Östermalms stadsdelsnämnd. Åtgärderna har inte varit tillräckliga för att nå budget 2021 inom nämnda verksamhetsområden, men avvikelserna har minskat jämfört med föregående år. Inom äldreomsorgen har god vård och omsorg prioriterats under pandemin.

Revisionskontorets granskning av nämndens interna kontroll gällande intäktssystemet, lönehanteringen och hanteringen av attesträtter i ekonomisystemet Agresso visar på tillräcklig intern kontroll i granskade rutiner. De kontroller som görs inför utbetalning av löner bör dock dokumenteras för att möjliggöra uppföljning av följsamheten till stadens riktlinjer. Granskning av hanteringen av leverantörsregister och utbetalningar har inte visat några väsentliga iakttagelser gällande nämnden.

Övriga granskningar av nämndens interna kontroll har rört inköpsprocessen samt förtroendekänsliga och ledningsnära poster. Vad gäller inköp bör nämnden säkerställa att avtalade villkor följs samt att underlag om avtalade villkor finns dokumenterade. Gällande förtroendekänsliga och ledningsnära poster har årets granskning visat på avvikelser som innebär att tidigare rekommendationer kvarstår.

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 delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår att genomföra är att säkerställa hanteringen av extra skyddsvärda personuppgifter vid köp av personlig assistans enligt LSS samt att utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen.

Bilaga 1 – Årets granskning

Granskningar under perioden april 2021 - mars 2022

Hälso- och sjukvårdsansvar vid stadens äldreboenden

En granskning har genomförts av det arbete som utförs för att uppfylla hälso- och sjukvårdsansvaret vid vård- och omsorgsboenden i egen regi. Vår bedömning är att det finns områden som behöver utvecklas för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsansvaret uppfylls.

Nämnden behöver säkerställa att avvikelser rapporteras i enlighet med gällande rutiner. Granskningen visar på brister i avvikelserapporteringen, vilket kan leda till felaktiga slutsatser i den uppföljning som görs i syfte att utveckla verksamheten. Det gäller såväl avvikelser inom vård och omsorg som avvikelser från den samverkansöverenskommelse som finns mellan stad, region och läkarorganisationer. Det systemstöd som finns stödjer inte en effektiv avvikelshantering.

I granskningen framkommer att samarbetet mellan staden, Region Stockholm och läkarorganisationerna upplevs fungera men bygger på att alla parter är lösningsorienterade. Det är dock viktigt att det formella ansvaret är tydligt i det fall en allvarlig händelse uppstår. Det framgår inte heller av den överenskommelse som finns mellan parterna vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner.
- Tydliggöra överenskommelser med läkarorganisationen avseende vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

Budget- och skuldrådgivning

En granskning har genomförts av budget- och skuldrådgivning inom stadsdelsnämnderna Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm och Södermalm. Rådgivningen organiseras gemensamt för nämnderna och samordnas av Norrmalms stadsdelsnämnd. Granskningen har

inriktats på nämndens beredskap att möta nytillkomna behov med anledning av pandemin.

Den sammanfattande bedömningen är att Kungsholmens stadsdelsnämnd säkerställer att budget- och skuldrådgivning ges i enlighet med fullmäktiges budgetuppdrag och stadens riktlinje.

Revisionskontorets bedömning grundas på att nämnden erbjuder budget- och skuldrådgivning, stöd inför och under skuldsanering samt har utåtriktad verksamhet enligt stadens regelverk till medborgare som har behov av råd och stöd. Det finns forum, både på medarbetar- och chefsnivå, där utvecklingen i verksamheten diskuteras.

Verksamheten erbjuder öppen mottagning vilket möjliggör korta väntetider. På grund av pandemin har den öppna mottagningssverksamheten varit pausad sedan våren 2020. Istället har medborgarna erbjudits råd och stöd via telefonmöten och mejl. Vid behov har fysiska besök bokats in. Väntetiden för ett bokat besök understiger fyra veckor, vilket är i enlighet med Konsumentverkets rekommendationer. Rådgivningen dokumenteras i systemstödet Boss+. Ärendegenomgångar och avstämning av bland annat väntetid genomförs varje vecka. Nämnden har inte noterat någon ökning av ärenden eller att nya grupper sökt stödinsatser under pandemin.

Verksamhetsutveckling sker årligen utifrån statistik från Boss+ samt manuellt registrerade uppgifter, t.ex. antal besökare i den öppna mottagningen.

Samverkan och utåtriktad verksamhet sker både internt inom staden och med externa aktörer. Budget- och skuldrådgivarna deltar i stadens och Konsumentverkets fortbildningsinsatser. De ingår även i stadens nätverk för budget- och skuldrådgivare.

Nämnden ingår i ett projekt med syfte att nå fler unga utifrån kommunfullmäktiges budgetuppdrag om att utveckla budget- och skuldrådgivning för att möta behoven hos nya och särskilt behövande grupper. Revisionskontoret noterar att det finns kortfattad beskrivning av verksamhet och budgetuppdrag i nämndens verksamhetsplan och tertialrapport 2. I verksamhetsberättelse saknas uppföljande beskrivning av verksamhet och status för arbetet med budgetuppdraget.

Attesthantering i ekonomisystemet Agresso

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen gällande hantering av attesträtter i Agresso är tillräcklig.

Bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad rutin. Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning som överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även attestkort för förvaltningschefen.

Granskning av intäktprocessen

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i intäktprocessen gällande försäljning av verksamhet. Bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad process.

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

Granskning av inköpsprocessen

En granskning har genomförts i syftet att bedöma den interna kontrollen i inköpsprocessen, med fokus på köp av reparationer och underhåll, städverksamhet samt programvaror/licenser. Bedömningen är att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig i granskad process.

Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna i allt väsentligt är korrekt hanterade gällande bokföringsunderlag, betalningstidpunkt, bokföringstidpunkt samt kontering. Tre granskade transaktioner kan dock inte stämmas av eftersom inget underlag avseende avtalat pris har erhållits.

I genomfört stickprov finns inget som tyder på avsteg från LOU eller stadens regler avseende inköp.

Nämnden rekommenderas att:

- säkerställa att avtalade villkor följs samt att underlag om avtalade villkor finns dokumenterade så att avstämningar möjliggörs.

Granskning av intern kontroll i hanteringen av leverantörsregister- och utbetalningar

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen i hantering av leverantörsregister och leverantör-
sutbetalningar är tillräcklig.

Granskningen har genomförts samlat för staden och ansvaret för granskad process ligger i huvudsak hos stadsledningskontoret och serviceförvaltningen. Genomförd granskning har inte föranlett några särskilda iakttagelser nämnden.

Granskning av intern kontroll i löneprocessen

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i löneprocessen. Bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad process.

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.

I genomförd walk-throughgranskning och genomförd registeranalys har inga väsentliga avvikelser noterats.

Granskning av förtroendekänsliga poster

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende förtroendekänsliga poster. Bedömningen är att den interna kontrollen inte är tillräcklig i granskad process.

Granskningen visar att nio av 16 granskade transaktioner gällande resor och konferenser, utbildning samt representation har gått att verifiera utan anmärkning avseende kontering, syfte, deltagarlista samt momsavdrag. För tre fakturor hade en person som själv deltagit attesterat fakturan. För fyra fakturor saknas syfte varav tre också saknar deltagarförteckning. I efterhand har dock syfte och deltagarförteckning kompletterats för dessa transaktioner. För de fakturor som granskats bedömer vi inriktning och omfattning som rimlig.

Rekommendationen från föregående år kvarstår. Nämnden bör säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och 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>Läkemedelshantering på särskilda boenden för äldre</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att vård- och omsorgsboenden i egen regi har en uppdaterad plan för egenkontroll. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att inrapporterade avvikelser, löpande under året, sammanställs och analyseras på vård- och omsorgsboenden i egen regi. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att se till att vård- och omsorgsboenden i egen regi, i sina patientsäkerhetsberättelser, analyserar bakomliggande orsaker till uppkomna avvikelser. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas att överväga att vård- och omsorgsboenden i egen regi inför kontrollmoment kopplat till delegering av läkemedelshanteringsuppgifter till baspersonal, för att säkerställa tillräckliga kunskaper hos personalen. Rekommendation åtgärdad.</p>		X		<p>Förvaltningens MAS och MAR har tagit fram en plan för egenkontroll som genomförs två gånger om året. Serafens vård- och omsorgsboende har tagit fram ett årshjul för egenkontroller.</p> <p>Ett kvalitetsråd har upprättats där avvikelser och händelser ska tas upp och analyseras löpande under året. Arbetet är under implementering. Dessutom har man påbörjat ett utvecklingsarbete utifrån SKR analysverktyg för "god och nära vård".</p> <p>Genomgång av Sefarens vård- och omsorgsboendets patientsäkerhetsberättelse 2020 visar att analysen av avvikelser av bakomliggande orsaker till uppkomna avvikelser fortfarande är ett utvecklingsområde. MAS har tagit del av en ny mall från SKR som kommer börja användas under nästa år. Vidare går MAS och chefer går en utbildning "to learn" med fokus på hur verksamheten ska beskriva och analysera risker.</p> <p>Delegering av läkemedelsuppgifter genomförs via systemet VODOK. Nya medarbetare genomför ett kunskapstest och webbaserad utbildning. Apoteket har under året genomfört en utbildning kring läkemedelshantering. Delegation sätts under ett år och följs upp av sjuksköterskor. Sjuksköterskorna har möjlighet att dra in delegeringen om läkemedelshantering inte fungerar.</p>
ÅR 2020	<p>Förskolans utemiljö</p> <p>Nämnden rekommenderas att ta fram ett funktionsprogram för arbetet med att säkerställa goda och säkra utemiljöer vid ny-, ombyggnation samt vid inventering av befintliga förskolor. Tydliga riktlinjer skulle innebära ett uttalat fokus på förskolgårdens storlek och utformning.</p>	X			<p>En checklista med levvärdeskriterier har tagits fram i samråd med stadsdelsnämndens rektorer. Förskoleavdelningens ledningsgrupp har i januari 2022 tagit beslut om att implementera checklisten i verksamheten. Checklisten är tänkt att användas då pedagogerna ska utvärdera och utveckla förskolornas utemiljöer men också då stadsdelsförvaltningen planerar nya förskolor eller ombyggnation av gårdar. I nämndens verksamhetsplan 2022 framgår att en inventering av befintliga gårdar ska göras utifrån checklisten under året.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2020	<p>Hantering av äldreomsorg under pågående pandemi</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att läkarorganisationen fullföljer avtalet med nämndens vård- och omsorgsboenden avseende läkarnärvaro fysiskt på plats.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa en aktuell riskanalys för nämndens vård och omsorgsboenden.</p>	X			<p>Nämnden har säkerställt att läkarorganisationen fullföljt avtalet med Serafens vård och omsorgsboende. Från slutet av maj var läkarorganisationen åter igen på plats på vård och omsorgsboendet enligt avtal. D.v.s. minst en gång i veckan eller mer frekvent utifrån behov. Avstämningsmöten hålls regelbundet med läkarorganisationen för att bland annat gå igenom överenskommelsen och olika rutiner.</p> <p>Nämnden har säkerställt att vård och omsorgsboenden har aktuella riskanalyser. Förvaltningen har genomfört flera olika riskanalyser på boendena. Granskat boende, Serafens vård och omsorgsboende, har bland annat omfattats av en övergripande riskanalys för hela Kungsholmen. Vidare haft specifika riskanalyser för bland annat skyddsutrustning. En riskanalys har tagits fram inför julen som kommer att följas upp i slutet av januari. Den omfattar bland annat bemanning, skyddsutrustning och kunskap. En ytterligare riskanalys ska tas fram till sommaren. Riskanalys inför jul och sommar ingår i det systematiska kvalitetsarbetet på Serafens vård och omsorgsboende.</p>
ÅR 2020	<p>Intäktprocessen avseende bostads- och lokalhyror</p> <p>Nämnden rekommenderas att införa och dokumentera nyckelkontroller för hanteringen av bostads- och lokalhyresintäkter som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt i enlighet med gällande avtal och stadens regler.</p>	X			<p>Förvaltningen har skapat en rutin för kontinuerlig egenkontroll via stickprov vid lokalenheten. Kontrollen sker varje kvartal och dokumenteras. Utöver detta har förvaltningen beställt en genomlysning av verksamhetssystemet LOIS av Serviceförvaltningen för att säkerställa att samtliga avtal är korrekt registrerade samt att avtalen är inskannade och lagda i LOIS. Förvaltningen har i samma uppdrag även beställt skapande av fasta rapporter från systemet för att lättare kunna göra olika egenkontroller.</p>
ÅR 2020	<p>Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare</p> <p>Nämnden rekommenderas att införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från SLK. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas att arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras. Rekommendation åtgärdad.</p>		X		<p>Förvaltningen har tagit fram en dokumenterad rutin för kontroll av att alla bolag som fakturerar enheten gällande personlig assistans har tillstånd från IVO.</p> <p>Ett stickprov på sex transaktioner som avser personlig assistans enligt LSS har tagits för att kontrollera om det finns personnummer på fakturan eller i någon av fakturabilagorna som finns inlagda i ekonomisystemet. Resultatet från stickprovet visar på tre avvikelser där personnummer har förekommit på fakturabilaga i ekonomisystemet.</p> <p>Enheten för personer med funktionsnedsättning har tagit fram en dokumenterad rutin "Rutin vid misstanke om fusk och felaktigheter i personlig assistansärenden" (odaterad). Av rutinen framgår ett par åtgärder för att minska risken för fusk och felaktigheter samt hur misstanke om fusk eller felaktigheter ska hanteras.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2020/ ÅR 2021	Redovisning av förtroendekänsliga poster Nämnden rekommenderas säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.			X	Avvikelse noteras i stickprovsgranskning vid årsbokslut 2021 gällande attestant, syfte och deltagarförteckning.
År 2021	Inköpsprocessen Nämnden rekommenderas säkerställa att avtalade villkor följs vid betalning av fakturor samt att underlag avseende avtalat pris finns dokumenterat så att avstämningar möjliggörs.				Rekommendationen följs upp 2022.
ÅR 2021	Hälso- och sjukvårdsansvar vid stadens äldreboenden Nämnden rekommenderas säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner. Nämnden rekommenderas att tydliggöra överenskommelser med läkarorganisationen avseende vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.				Rekommendationerna följs upp 2022.

Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 5/2019	<p>Implementering av dataskyddsförordningen</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas att informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar. Rekommendation kvarstår.</p>		X		Systematiska kontroller av efterlevnaden av dataskyddet finns som en del i förvaltningens system för intern kontroll. DSO upprättar årligen rapport över verksamhetens status avseende integritet och dataskydd. Rapporteringen visar att verksamheten har rutiner för registerförteckning och att registerförteckningen bedöms vara fullständig. Rutiner och annan styrande dokumentation finns på intranätet. Gällande informationsklassningen av centralt administrerade informationstillgångar/IT-system som hanterar personuppgifter har nämnden inlett ett samarbete med andra stadsdelsnämnder och påbörjat en informationsklassning av prioriterade system. Samtliga informationstillgångar är dock ännu inte klassade. Gällande konsekvensbedömningar uppmärksammas att samtliga potentiella högriskbehandlingar inte konsekvensbedömts. De båda rekommendationerna bedöms vara delvis åtgärdade.
Nr 4/2019	<p>Systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänsten</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla hanteringen av avvikelser i syfte att säkerställa att alla avvikelser rapporteras och hanteras. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att egenkontroll, i form av granskning av personakter, genomförs systematiskt. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att fastställa nämndspecifika rutiner för lex Sarah, i enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att personalen informeras om deras rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och kommunfullmäktiges riktlinjer. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar en dokumenterad analys av verksamhetens kvalitet utifrån en sammanställning av riskanalys, samtliga avvikelser och egenkontroller samt att resultatet redovisas för nämnden. Rekommendation kvarstår.</p>		X		Nämnden har utvecklat rutiner och strukturer för avvikelshantering. Efter genomförda utbildningsinsatser har rapporteringen ökat. Analys och dokumentation av rapporterade avvikelser sker löpande. Egenkontroll sker regelbundet, dokumenteras och analyseras. Nämndspecifika rutiner för lex Sarah har antagits och information om rapporteringsskyldighet är en stående punkt i APT-årshjulet. Dokumenterad analys av det systematiska kvalitetsarbetet sker enbart övergripande i verksamhetsberättelsen. Resultat av riskanalyser, egenkontroller eller analys av vidtagna åtgärder saknas.

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.