

# Årsrapport 2022

Skarpnäcks stadsdelsnämnd

Rapport från  
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2023/29

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

Skarpnäcks stadsdelsnämnd

## **Årsrapport 2022**

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för Skarpnäcks stadsdelsnämnds verksamhet under 2022.

Revisorerna har den 23 mars 2023 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Skarpnäcks stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2023.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm  
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren  
Sekreterare

## **Sammanfattning**

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar.

### **Verksamhet och ekonomi**

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

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

Revisionskontoret har genomfört en granskning av integrerat ledningssystem. Granskningen visar att nämnden behöver genomföra utbildningsinsatser till förtroendevalda och medarbetare i hur stadens ledningssystem fungerar.

### **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 genomfört granskningar som omfattat behörighetshandlingen i Agresso, förtroendekänsliga poster, inköpsprocessen, intäktprocessen, kontroll av löneutbetalningar samt pensionshantering och -redovisning. Några utvecklingsområden har identifierats, bland annat säkerställa att avtalade villkor följs och att betalning sker vid rätt tidpunkt vid inköp av tjänster. Granskningen av förtroendekänsliga poster har visat på väsentliga brister. Nämnden rekommenderas säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation.

### **Räkenskaper**

Räkenskaperna bedöms vara upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

### **Uppföljning av tidigare års granskningar**

Nämnden har delvis vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i tidigare års granskningar. De väsentligaste

rekommendationerna som återstår är att säkerställa att överenskomna villkor och avtal avseende inköps- och intäktprocessen följs samt säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner gällande representation. Vidare att befogade kontroller genomförs i handlägningsprocessen avseende bidrag till ideella föreningar. När det gäller köp av personlig assistans enligt LSS, utförd av externa utförare kvarstår att nämnden bör arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hanteras.

# Innehåll

<b>1. Årets granskning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Verksamhet och ekonomi .....</b>	<b>2</b>
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	3
2.2.1 <i>Driftverksamhet</i> .....	4
2.2.2 <i>Investeringsverksamhet</i> .....	5
<b>3. Intern kontroll .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Räkenskaper .....</b>	<b>8</b>
<b>5. Uppföljning av tidigare års granskning .....</b>	<b>9</b>
<b>Bilaga 1 – Årets granskning.....</b>	<b>10</b>
<b>Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer .....</b>	<b>14</b>
<b>Bilaga 3 – Bedömningskriterier .....</b>	<b>18</b>

## 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 upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar samt om den interna kontrollen som görs inom nämnden är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsd 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 2022 representanter för nämnden i samband med genomgång av 2021 års granskning och avstämning inför 2022.

Granskningsledare har varit Katja Robleto vid revisionskontoret och Malin Odby 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.

### 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 2022 är i allt väsentligt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål och bedömer att samtliga av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdena har uppfyllts.

Nämnden bedömer att verksamhetsmålet ”I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande” uppfylls trots att flera av kommunfullmäktiges indikatorer bedöms uppnås delvis. Nämndens bedömning av måluppfyllelse grundar sig på fullmäktiges indikatorer, arbetet med prioriterade områden i verksamhetsplan 2022 samt på underliggande nämndmål med tillhörande indikatorer och aktiviteter. Indikatorer som uppfylls delvis avser bland annat upplevelsen av att måltiden är en trevlig stund på dagen, möjligheten att komma utomhus är bra, trygga omsorgstagare i vård- och omsorgsboende samt nöjda omsorgstagare i hemtjänsten. I jämförelse med brukarundersökningen 2020 har utfallet försämrats för flera indikatorer med undantag för utomhusvistelse. Upplevelsen avseende möjligheten att komma ut har förbättrats från 42 procent till 47 procent men ligger fortsatt under årsmålet, som är på 57 procent. Nämnden redogör att arbetet med måltidsombud, planerade aktiviteter och teman kring maten inom ramen för projektet Matlyftet har genomförts under året för att förbättra måltidsmiljön. Utomhusaktiviteterna har vidareutvecklats bland annat genom verksamheternas aktivets- och resursgrupp samt aktivitetsansvarig. En fortsatt implementering av värdegrundsarbetet har genomförts inom vård- och omsorgsboenden och förväntas öka upplevelsen av trygghet. Vidare anges att utvecklingsarbetet som genomförts med genomförandeplaner inom hemtjänsten



förväntas leda till ökad nöjdhet hos omsorgstagarna. Socialstyrelsens nationella enkätundersökning 2022 ligger till grund för utfallet avseende fullmäktiges indikatorer. Undersökningen genomfördes under januari till mars 2022 till skillnad från mars till maj tidigare år. Resultatet har försämrats generellt på riksnivå vilket även återspeglas för staden i sin helhet.

Verksamhetsmålet ”I Stockholm når barn sin fulla potential då Stockholms skolor och förskolor är de bästa i Sverige” bedöms uppfyllas. Revisionskontoret noterar dock att flertalet av kommunfullmäktiges indikatorer uppfyllts delvis. Indikatorer avseende andel legitimerade förskolelärare, antal barn per grupp och nöjda föräldrar uppfylls delvis. Flera av indikatorerna ligger dock nära årsmålet. I jämförelse med föregående år har andel legitimerade förskolelärare och antal barn per grupp försämrats något medan nöjdheten hos föräldrar har förbättrats. Nämnden redovisar att ett antal förskolelärare har varit föräldralediga och att det funnits utmaningar med att rekrytera legitimerade förskolelärare till tidsbegränsade anställningar, vilket också till viss del påverkat utfallet för antal barn per grupp. Enligt nämnden ska varje avdelning ha minst en legitimerad förskollärare. Revisionskontorets uppföljning av rekommendationer i tidigare års granskning av språkutveckling i förskolan visar att nämnden vidtagit vissa åtgärder. Prioriteringen och målstyrningen av området språkutveckling har tydliggjorts. Kartläggning av språkutveckling bland pedagoger och utvecklingen av den pedagogiska dokumentationen på individnivå ska fortgå under nästa år.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av stadens integrerade ledningssystem. Granskningen visar att det finns behov av regelbunden utbildning för förtroendevalda och medarbetare i hur stadens ledningssystem fungerar. Revisionskontoret har därtill genomfört en granskning som omfattar placering av barn och unga. Granskningen visar att det i några ärenden saknas väl underbyggda och motiverade beslutsunderlag. Se 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 2022:

Driftverksamhet (mnkr)	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022	Avvikelse 2022, %	Budget-avvikelse 2021, %
Kostnader	1 356,1	1 372,4	-16,3	1,2 %	0,7 %
Intäkter	130,6	167,1	36,5	27,9 %	9,3 %
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	1 225,5	1 205,3	20,2	1,6 %	0,7 %
<b>Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar</b>	1 225,5	1 205,2	20,3	1,7 %	0 %

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 20,3 mnkr i förhållande till budgeten. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar avvikelser inom vissa verksamhetsområden. De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorgen (18,8 mnkr) samt stöd och service till personer med funktionsnedsättning (-3,8 mnkr).

Enligt nämndens redovisning beror överskottet inom äldreomsorgen på färre köp av platser inom vård- och omsorgsboende än budgeterat. Efterfrågan på antal platser på vård- och omsorgsboende uppges varit svårt att prognostisera under året. Nämnden redovisar att förvaltningens gemensamma reserv på 4 mnkr utgör en del av överskottet på verksamhetsområdet.

Stöd och service till personer med funktionsnedsättning redovisar ett underskott om 3,8 mnkr som anges bero på ökade kostnader för personlig assistans till följd av att fastställda nivåer på ersättningar/schabloner inte fullt ut täckt kostnaden för omvårdnadsbehoven. En tät uppföljning av såväl nyttjandegraden som insatser kopplat till ökat omvårdnadsbehov uppges ha genomförts.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

## 2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med 0,9 mnkr i förhållande till budget om 18,8 mnkr. Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna bland annat på att upprustningen av kvartersparken Gåshällsparken i Kärrtorp försenats med anledning av prisuppgång på material. Upprustningen kommer genomföras under kommande år.

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.

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

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 ska bidra 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. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontrollerna avser bland annat uppföljning av beslut av barn i behov av särskilt stöd inom förskola samt antalet orosanmälningar inom förskola och socialtjänst. Vidare har kontroller genomförts avseende avvikelser inom lex Sarah, lex Maria samt synpunkter och klagomål.

Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärder har vidtagits. Nämndens genomförda uppföljning av internkontrollplanen avseende lex Sarah, lex Maria och avvikelshantering visar ett utvecklingsbehov avseende dokumentation och analys vid en enhet. En uppföljning av iakttagelserna kommer fortsätta att ske i samtal med enhetschefen. Revisionskontorets uppföljning av rekommendation i tidigare års granskning på området visar att nämndens rutin för lex Sarah har reviderats och innehåller nu en instruktion för hur uppföljning ska ske. Vidare att uppföljning av genomförda utredningar och åtgärder sker enligt en uppföljningsplan som upprättas för varje ärende.

Nämnden har en i huvudsak 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. Genomförd verksamhetsuppföljning och framkomna

utvecklingsområden inom äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri i egen regi, privat och entreprenad redovisas i bilaga till nämnden i samband med verksamhetsberättelsen.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat bland annat attesthantering i Agresso, förtroendekänsliga poster, inköpsprocessen, intäktprocessen, kontroll av löneutbetalningar samt pensionshantering och redovisning. Sammantaget bedöms den interna kontrollen i granskade processer i huvudsak vara tillräcklig men vissa avvikelser har identifierats. Nämnden rekommenderas att säkerställa att avtalade villkor följs och att betalning sker vid rätt tidpunkt vid inköp av tjänster. Granskningen av förtroendekänsliga poster har visat på väsentliga brister. Nämnden rekommenderas säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation. Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 4. Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

## 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 2022 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår är att säkerställa att överenskomna villkor/avtal avseende inköps- och intäktprocessen efterlevs samt säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner. Vidare att befogade kontroller genomförs i handlägningsprocessen avseende bidrag till ideella föreningar. När det gäller köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare kvarstår att nämnden bör arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hanteras.

## Bilaga 1 – Årets granskning

### Granskningar under perioden april 2022 - mars 2023

#### Integrerat ledningssystem (rapport 7/2022)

Revisionskontoret har genomfört en granskning av om stadens arbete med nedbrytning och uppföljning av kommunfullmäktiges mål följer kommunfullmäktiges intentioner. Stadsdelsnämnderna Kungsholmen, Skarpnäck och Spånga-Tensta samt kommunstyrelsen har ingått i granskningen som haft fokus på verksamheterna förskola och äldreomsorg.

Granskningen visar att stadens integrerade ledningssystem ger en struktur för nedbrytning och uppföljning av kommunfullmäktiges mål. Revisionskontorets bedömning är att ledningssystemets tillämpning försvåras av mängden styrsignaler som ges i budgeten och otydligheten i grunderna för bedömning av måluppfyllelse.

I budgeten för stadsdelsnämnderna finns över 800 styrsignaler som anger prioritering. Utöver detta tillkommer andra styrdokument såsom program och strategier. När styrsignalerna är så omfattande finns risk att styrningen försvagas eftersom verksamheten behöver prioritera vad som är viktigast att fokusera på. Detta kan leda till att den verkliga prioriteringen flyttas från kommunfullmäktige till verksamheten. Därför är det angeläget att antal styrsignaler väsentligt reduceras. Vidare behöver säkerställas att mätmetoder och mått ger relevanta och korrekta underlag för bedömning.

Stadens integrerade ledningssystem är förankrat i verksamheten utifrån att många känner till systemet. Nämndernas analys och målbedömning behöver dock utvecklas för att undvika skilda bedömningar vid likartade utfall. Granskning av tertiärrapportering 2 visar bland annat att nämndernas målbedömningar i delar hellre är positiva än realistiska. Vidare finns behov av regelbunden utbildning i hur ledningssystemet fungerar.

Stadens ledningssystem har funnits, i dess nuvarande form, sedan 2007. Granskningen visar på utvecklingsområden vad gäller tillämpning och innehåll.

Nämnden rekommenderas att:

- Regelbundet genomföra utbildningsinsatser för förtroendevalda och medarbetare i hur stadens ledningssystem fungerar.

Stadsdelsnämnden har avlämnat ett yttrande på rapporten och instämmer i de slutsatser som revisionen kommit fram till.



## **Placering av barn och unga – dokumentation av beslut**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om stadsdelsnämnden följer Socialstyrelsens föreskrifter och stadens riktlinjer för dokumentation av beslut i handläggning av barn- och ungdomsärenden.

Revisionskontorets bedömning är att dokumentationen i granskade ärenden förs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och stadens riktlinjer.

Dokumentation av ett ärende är en central del i socialtjänstens arbete, oavsett målgrupp och verksamhetsområde, och är en förutsättning för att säkerställa rättssäkerheten för den enskilde samt att upprätthålla god kvalitet i verksamheten. Dokumentationen ska föras löpande och ge en tydlig och relevant bild av utredningen och de bedömningar, analyser och ställningstaganden som gjorts under utredningens gång. Vidare ska dokumentationen vara lätt att förstå och ge historia och sammanhang för de berörda som senare vänder sig till socialtjänst eller stadsarkiv för att läsa sina handlingar.

Enigt Socialstyrelsens föreskrifter ska samtliga beslut som fattas i ett ärende vara väl underbyggda och motiverade. Inför nämndens beslut i ett ärende ska faktiska omständigheter, händelser av betydelse och bedömningar som ligger till grund för beslutet sammanställas i ett beslutsunderlag. Vad som ska ingå i beslutsunderlaget kan inte beskrivas generellt utan beror på ärendets omständigheter och komplexitet. Dokumentationen i beslutsunderlaget ska dock ge en relevant och tydlig bild av de omständigheter och bedömningar som gjorts i ärendet inför beslutet. Beslutsunderlaget bör som regel dokumenteras i en handling som är åtskild från journalen.

Revisionskontorets aktgranskning av nio ärenden visar att dokumentationen är väl underbyggd och motiverad. Vidare finns tydliga stödstrukturer för socialsekreterare och biträdande enhetschefer att handlägga ärenden på ett sätt som följer rådande föreskrifter och riktlinjer. Förvaltningen uppger att det finns metodstödjare och regelbundna ärendedragningar för diskussion i olika konstellationer, både med och utan chefer. Att upprätta tydlig och väl underbyggd dokumentation uppges dock vara en utmaning till följd av hög arbetsbelastning och ärendenas komplexitet.

## **Attesthanteringen i Agresso**

En granskning har genomförts av hanteringen av behörighet och attest i Agresso.

Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter i

Agresso. Det finns även, i enlighet med stadens rutiner, ett attestkort för förvaltningschefen samt namnteckningsprov för attestant i genomfört stickprov. Uppföljning av behörigheter i Agresso har skett enligt stadens rutiner.

### **Förtroendekänsliga poster**

En granskning har genomförts av redovisning av förtroendekänsliga poster, där urvalet varit representation.

Granskning har gjorts med avseende på kontering, deltagare, syfte, momsavdrag samt attestants behörighet och oberoende. Totalt har 15 transaktioner granskats.

Granskningen visar att det finns brister i flertalet av de granskade transaktionerna, bland annat saknas uppgift om deltagare vilket gör att det inte går att bedöma om det rätt attestant. Utöver det noteras flera transaktioner med felaktiga momsavdrag och felaktiga konteringar. För de transaktioner som granskats bedöms inriktning och omfattning som rimlig.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderas nämnden att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation. Motsvarande rekommendation lämnades även föregående år och bedöms därmed kvarstå.

### **Inköpsprocessen**

En granskning har genomförts av inköpsprocessen med fokus på transporttjänster.

Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna är korrekt hanterade avseende prestation, attest och kontering. Avvikelser har noterats i fyra granskade transaktioner som betalats efter förfallodatum. Tidigare rekommendation, från granskningen av inköpsprocessen 2021, avseende tidpunkt för betalning samt att avtalade villkor kvarstår.

### **Intäktprocessen**

En granskning har genomförts av intäktprocessen avseende äldreomsorgsavgifter.

Granskningen visar att fakturerat belopp överensstämmer med aktuellt avgiftsbeslut för samtliga stickprov. Betalning har skett vid rätt tidpunkt i enlighet med stadens regler. Vidare har bokföringen skett vid rätt tidpunkt, i rätt redovisningsperiod och transaktionen är rätt konterad för samtliga stickprov. Samtliga verifikationer uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler. I nämndens delegationsordning framgår vem som

är behörig att besluta om makulering. Makulering av fakturor har skett i enlighet med stadens regler.

### **Kontroll av löneutbetalningar**

En granskning har genomförts av löneprocessen.

Granskningen visar att nämnden i allt väsentligt genomför och dokumenterar de kontroller som framgår av stadens riktlinjer. Det är dock svårt att i vissa fall se en spårbarhet till vem som gjort kontrollerna och när. I syfte att ytterligare stärka den interna kontrollen bör förvaltningen säkerställa att det alltid finns en spårbarhet till vem som genomfört kontrollerna och när.

Uppföljningen av avvikelser från registeranalysen gjordes utan anmärkning.

### **Pensionshantering och -redovisning**

En granskning har genomförts av pensionshantering och -redovisning.

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 avseende stadsdelsnämndens verksamhet och föranleder därmed inga rekommendationer.

## Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

### Grundläggande och fördjupad granskning

Årsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2019	<p><b>Stöd till närstående med missbruksproblematik</b></p> <p>Tydliggöra i ordinarie informationskanaler till vem eller vart anhöriga till närstående med missbruk/beroende kan vända sig vid behov av stöd.</p> <p>Bör genomföra årlig uppföljning av anhörigstödet och säkerställa att uppföljningen omfattar samtliga målgrupper.</p>	Ja	<p>Förvaltningen har en rutin som tydliggör för medarbetare vilken vägledning som finns för anhöriga, deras rätt till stöd och var de kan få stöd. Förvaltningen ser regelbundet över den information som finns på stadens hemsida för att anhöriga ska lotsas till rätt stadsdelsförvaltning. Förvaltningen medverkar i aktiviteter i åtgärdslistan för stadens program för stöd till anhöriga. En av aktiviteterna är att tydliggöra kontaktvägar och framtagande av skriftliga informationskanaler.</p> <p>Förvaltningen har i ledningssystemet en delprocess som avser följsamhet till stadens program. Därutöver följs programmen upp utifrån ordinarie uppföljningssystem genom tertiärrapporter och verksamhetsberättelse. Anhörigstöd till anhöriga som har kontakt med förvaltningen utförs inte alltid av förvaltningens egna verksamheter varför en metodjämförd verksamhetsuppföljning som omfattar alla delar inom anhörigstöd inte är möjlig. Förvaltningen medverkar i ett nationellt projekt som NKA (Nationellt Kunskapscenter Anhöriga) på Socialstyrelsens uppdrag leder och som vänder sig till en anhöriggrupp och testar i denna ett standardiserat uppföljningsverktyg.</p>
ÅR 2019	<p><b>Handläggning och dokumentation av LSS-ärenden i enlighet med DUR – uppföljning</b></p> <p>Genomföra en systematisk kvalitetssäkring av DUR-metodiken.</p>	Ja	<p>Förvaltningen genomför egenkontroll för DUR-metodiken som avser delprocessen dokumentation. På förvaltningsövergripande nivå består egenkontrollen av att kontrollera om aktgranskning genomförs.</p>
ÅR 2020/2021	<p><b>Förtroendekänsliga och ledningsnära poster</b></p> <p>Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation. Rekommendation kvarstår.</p>	Nej	<p>Genomförd granskningen visar att det finns brister i flertalet av de granskade transaktionerna, bland annat saknas uppgift om deltagare vilket gör att det inte går att bedöma om det rätt attestant. Utöver det noteras flera transaktioner med felaktiga momsavdrag och felaktiga konteringar. För de transaktioner som granskats bedöms inriktning och omfattning som rimlig.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2020	<p><b>Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare</b></p> <p>Säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras. Rekommendation kvarstår.</p>	Delvis	<p>Förvaltningen upprättade 2021 en rutin för assistansersättning och sjuklönekostnad för personlig assistans (2021-04-27). Av rutinen framgår hur olika kontroller som ska genomföras. Däremot berördes inte tydligt hur assistansfusk kan upptäckas eller hur misstanke om fusk eller oegentligheter ska hanteras. Stickprovskontroll har genomförts under 2022 på 6 transaktioner som konterats på konto 4631 och den verksamhetskod som avser personlig assistans enligt LSS under perioden januari-november 2022. Kontroll har genomförts av om det finns personnummer på fakturan eller i någon av fakturabilagorna som finns inlagda i ekonomisystemet. Resultatet från stickprovet visar inte på några avvikelser.</p> <p>Under 2022 har förvaltningen tagit fram en mall för bilaga som leverantören ska fylla i och bifoga fakturan. I bilagan ska bland annat uppgift om assistenten och utförd assistenttid lämnas. Tillägg i rutinen för assistansersättning och sjuklönekostnad inte har uppdaterats med information om hur assistansfusk kan upptäckas eller hur misstanke om fusk eller oegentligheter ska hanteras.</p>
ÅR 2021	<p><b>Rapportering Lex Sarah</b></p> <p>Säkerställa att uppföljningen och åtgärder avseende lex Sarah-utredningar sker enligt nämndens rutin. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Nämndens rutin för lex Sarah har reviderats och innehåller en instruktioner för hur uppföljning ska ske. Uppföljning av genomförda utredningar och vidtagna åtgärder sker enligt en uppföljningsplan som upprättas i varje ärende. Avdelningschef ansvarar för uppföljningen.</p>
År 2021	<p><b>Uppföljning av ersättning till hemtjänsten</b></p> <p>Samtliga fakturor avseende hemtjänstersättningar innehåller uppgifter i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar och förfrågningsunderlag för privata utförare av hemtjänst.</p>	Ja	<p>Revisionskontoret har tagit del av 20 hemtjänstfakturorna under oktober. Ur verifieringen framgår inga väsentliga avvikelser. I fakturorna framgår besluts-ID (avidentifieringsnummer för brukaren) och antal timmar/kvantitet.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2021	<p><b>Hälso- och sjukvårdsansvar vid vård och omsorgsboenden</b></p> <p>Säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Tydliggöra överenskommelser med läkarorganisationen avseende vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja, se kommentar	<p>Nämnden har under 2021 och 2022 arbetat med att utveckla det systematiska förbättringsarbetet. Det har hållits flera informationstillfällen kring SOSFS för chefer inom avdelningen för äldreomsorg. Ett strukturerat arbete i ILS har genomförts bland annat har processer, risker, åtgärder och uppföljning dokumenterats och följs upp. Ett digitalt ledningssystem har köpts in i syfte att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. Rapporteringen av avvikelser fortsätter att öka inom vård- och omsorgsboendet. Under 2022 rapporterades 399 avvikelser i jämförelse med 309 föregående år. Förvaltningen analyserar varje månad inkomna avvikelser i en särskild excel-fil. Sambandsanalys och en övergripande analys genomförs och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen. Som ett led i analysen har den legitimerade personalen under 2022 genomgått utbildning samt workshops i analysmetoder för utredning av avvikelser.</p> <p>Samverkansöverenskommelsen har tydliggjorts i samverkan med läkarorganisationen och säbo samt MAS. Det är i dessa forum, samt i allvarliga fall direktkontakt med verksamhetschef, som eventuella brister och avvikelser tas upp. Då det är hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm som äger och förvaltar avtalet med läkarorganisationen är det till dem nämnden återkopplar i de fall läkarorganisationens åtagande inte uppfylls. I Storstockholms överenskommelse "Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre" punkt 6, 7 och 8 finns det tydligt beskrivet under vilka förutsättningar samt hur nämnden ska gå tillväga för att anställa en egen läkare.</p> <p>Eventuella kvarstående risker på området kommer beaktas inom ramen för revisionens årliga riskanalys.</p>
ÅR 2021	<p><b>Inköpsprocessen</b></p> <p>Säkerställa att avtalade villkor följs, och att detta är möjligt att stämma av. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Att betalning sker vid rätt tidpunkt. Rekommendation kvarstår.</p>	Nej	En granskning har genomförts av inköpsprocessen med fokus på transporttjänster. I granskningen framkom en avvikelse på fyra granskade transaktioner där betalning skett efter förfallodatum.
ÅR 2021	<p><b>Intäktprocessen</b></p> <p>Säkerställa att tidpunkt för fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor/ avtal. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Säkerställ att makulering sker av behörig i enlighet med stadens regler. Rekommendation åtgärdad.</p>	Delvis	<p>Med anledning av att nämndens egna årliga kontroll av intäktprocessen visar på avvikelser kvarstår rekommendationen.</p> <p>Inga avvikelser har noterats avseende att makulering sker inte sker av behörig.</p>

## Revisionsrapport

Revisionsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/delvis/nej)	Kommentar
Nr 5/2019	<b>Dataskyddsförordningen</b> Informationsklassa sina informationstillgångar. Rekommendationen kvarstår.	Delvis	Normerande klassningar i staden har genomförts under 2022, och förvaltningen har under året fortsatt normerande klassning för systemet Paralnn.  Förvaltningen har under året deltagit i stadens träffar och utbildningar i informationssäkerhet och informationsklassningar, och ska påbörja förvaltningsspecifika klassningar under 2023. Förvaltningen inväntar också tekniska klassningar som också görs centralt av stadsledningskontoret och TietoEvry gällande alla centrala system.  Förvaltningen har fortsatt under 2022 haft en grupp igång med syfte att driva arbetet med informationssäkerhet och dataskydd. Framdriften i gruppens arbete har dock försvårats av byte på nyckelpositioner och att alla tjänster inom detta område inte varit bemannade hela året.
Nr 9/2020	<b>Språkutveckling i förskolan</b> Utvärdera och säkerställa att pedagogernas kunskap i det svenska språket är tillräckligt för att kunna uppfylla läroplanens uppdrag och nationell lagstiftning samt erbjuda kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Rekommendationen kvarstår.  Säkerställa att den individuella dokumentationen tydligt och systematiskt visar varje barns individuella behov av språkutveckling och förändringar i lärande över tid. Rekommendationen kvarstår.  Säkerställa att handledningar som rör språkutveckling är aktuella och implementeras i samtliga verksamheter. Rekommendationen kvarstår.  Tydliggöra prioritering och målstyrning av området språkutveckling, i enlighet med kommunfullmäktiges budget 2020. Rekommendationen åtgärdad.	Delvis	Pedagogernas kunskap i svenska språket har ännu inte utvärderats eller säkerställts. I nämndens verksamhetsplan för 2023 finns dock en aktivitet om att kartlägga deltagandet i språkutbildning bland pedagogerna.  Arbetet med att utveckla den pedagogiska dokumentationen har enligt uppgift påbörjats genom att kvalitetsdialoger och verksamhetsbesök genomförts på samtliga förskoleenheter. Främst dokumentationen på individnivå uppges fortfarande vara ett utvecklingsområde, varpå utvecklingsarbetet fortgår genom bland annat erfarenhetsutbyten inom stadsdelen.  Ett stadsdelsgemensamt stöddokument för det språkutvecklande arbetet har tagits fram och implementerats i verksamheten 2022. Under 2023 kommer implementeringen följas upp, troligtvis genom kvalitetsdialogerna eller verksamhetsbesök.  Prioriteringen och målstyrningen av området språkutveckling har tydliggjorts. Bland annat genom formuleringar i nämndens verksamhetsplan samt genom planerade och genomförda aktiviteter/utbildningar avseende språkutveckling i verksamheterna.
Nr 3/2021	<b>Bidrag till ideella föreningar</b> Säkerställa att stödjande styrdokument ger tillräcklig vägledning i handläggningen. Rekommendationen kvarstår.  Säkerställa att relevanta uppgifter och handlingar inhämtas samt att relevanta och befogade kontroller genomförs i handläggningsprocessen. Rekommendationen kvarstår.  Utveckla dokumentationen av samtliga moment i handläggningsprocessen. Rekommendationen kvarstår.	Delvis	En checklista har tagits fram som stöd i handläggningen som bland annat anger kontroller och handlingar som ska inhämtas.  Checklistan behöver utvecklas ytterligare. Bland annat genom att beskriva hur kontroll av faktisk omfattning av verksamheten går till samt förtydliga i vilket skede av handläggningen som angivna stickprovskontroller ska genomföras.  I dagsläget saknas beskrivning av hur vissa kontroller och bedömningar ska dokumenteras. Det gäller till exempel den bedömning av varje förening utifrån vissa angivna kriterier som ska genomföras samt stickprovskontroller.
Nr 7/2022	<b>Integrerat ledningssystem</b> Regelbundet genomföra utbildningsinsatser för förtroendevalda och medarbetare i hur stadens ledningssystem fungerar.	Se kommentar	Uppföljning sker kommande år.

## 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:

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

Bedömning görs av om nämndens räkenskaper är upprättade enligt lag om kommunal bokföring och redovisning, följer god redovisningssed samt stadens anvisningar. Bedömningen baseras på en granskning av nämndens bokslut och på övriga granskningar som genomförts under året.

## Bedömningskriterier

Nämndens räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

## Bedömning

Räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer ska åtgärdas.

Räkenskaper är inte upprättade enligt lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar.

Väsentliga brister finns som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.