

Årsrapport 2014

Spånga-Tensta stadsdelsnämnd

Rapport från
Stadsrevisionen

Nr 6, 2015

Dnr 3.1.2-44/2015

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

I ”årsrapporter” för nämnder och ”granskningspromemorior” för styrelser sammanfattar Stadsrevisionen det gångna årets synpunkter på verksamheten. Fördjupade granskningar som sker under året kan också publiceras som projektrapporter.

Publikationerna finns på Stadsrevisionens hemsida. De kan också beställas från revisionskontoret.

Till
Spånga-Tensta stadsdels-
nämnd

Revisorerna för Spånga-Tensta stadsdelsnämnd har avslutat revisionen av nämndens verksamhet under år 2014. Kopia på den revisionsberättelse som överlämnas till kommunfullmäktige bifogas.

Revisorerna överlämnar och åberopar revisionskontorets årsrapport för Spånga-Tensta stadsdelsnämnd.

Revisorerna emotser ett yttrande över årsrapporten från nämnden senast 2015-06-30.

På revisorernas vägnar

Bosse Ringholm
Ordförande

Karin Meding
Sekreterare

Sammanfattning

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Revisionskontoret bedömer sammantaget att Spånga-Tensta stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar ett nettoöverskott med 5,2 mnkr i förhållande till budget. Efter överföring av resultatenheternas resultat uppvisar nämnden ett nettoöverskott på 0,1 mnkr. Utfallet visar att budgethållningen har varit tillräcklig.

Nämnden har under år 2014 i huvudsak nått kommunfullmäktiges mål för verksamheten. Nämnden har vidare i huvudsak nått sina mål och uppnått i verksamhetsplanen angiven verksamhet.

Intern kontroll

Revisionskontoret bedömer att nämndens interna kontroll har varit tillräcklig och att nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur.

Nämnden har fastställt ett system för intern kontroll och granskningar har genomförts enligt internkontrollplanen.

Revisionskontoret har noterat vissa brister avseende den interna kontrollen bl.a. vad gäller behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten. Sammantaget är inte bristerna av sådan omfattning att de väsentligt påverkar bedömningen av nämndens intern kontroll.

Bokslut och räkenskaper

Revisionskontoret bedömer att bokslut och räkenskaper i allt väsentligt är rättvisande samt följer gällande regler och god redovisningssed.

Innehåll

Årets granskning	1
Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi	1
Intern kontroll	5
Bokslut och räkenskaper	7
Uppföljning av tidigare års granskning	8
Bilaga 1 - Bedömningskriterier	1
Bilaga 2 - Årets granskningar	1
Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer	1

Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi
- Intern kontroll
- Bokslut och räkenskaper

Revisionen sker i enlighet med kommunallagen och andra tillämpliga lagar samt i enlighet med reglementet för stadsrevisionen och god revisionssed i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning av nämnden. Kriterier för bedömningen redovisas i *bilaga 1*.

I rapporten redovisas översiktligt resultatet av revisionsårets grundläggande och fördjupade granskningar. De granskningar som genomförts under revisionsåret redovisas närmare i *bilaga 2*.

En uppföljning av i vad mån nämnden har beaktat rekommendationer från tidigare års granskning redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i *bilaga 3*.

De förtroendevalda revisorerna har träffat representanter för nämnden i samband med genomgång av 2013 års granskning och avstämning inför år 2014.

Granskningsledare har varit Tomasz Czarnik vid revisionskontoret och Richard Vahul vid PwC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål, uppdrag och budget samt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Sammantaget bedöms att Spånga-Tensta stadsdelsnämnd har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Ekonomiskt resultat

Nämnden redovisar följande budgetutfall och avvikelser för 2014:

Mnkr	Budget 2014	B o k s l u t 2 0 1 4			Budget- avvikelse 2013
		Utfall	Avvikelse		
Driftbudget					
Verksamhet					
Kostnader	1 185,1	1 204,4	19,3	-1,6 %	-12,8
Intäkter	171,3	195,9	24,6	14,4 %	13,6
Verksamhetens nettokostnader	1 013,8	1 008,5	5,3	0,5 %	0,8
Avskrivningar	2,3	2,4	-0,1	4,3 %	0,1
Internräntor	1,0	1,0	0,0		0,1
Driftbudgetens nettokostnader	1 017,1	1 011,9	5,2	0,5 %	1,0
Justerat netto, efter resultatöverföringar		1 017,0	0,1		0,5
Investeringsplan					
Utgifter	10,1	6,6	3,5	34,7 %	5,1
Inkomster	0,0	0,0	0,0		0,0
Nettoutgifter	10,1	6,6	3,5	34,7 %	5,1

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall, efter resultatöverföringar, avviker med 0,1 mnkr i förhållande till budgeten. Utfallet visar att budgethållningen har varit tillräcklig.

Kostnaderna för årets verksamhet blev 1 204,4 mnkr, vilket är 19,3 mnkr högre än nämndens budget. Nämndens intäkter blev 195,9 mnkr, vilket är 24,6 mnkr högre än budgeterat.

De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorg (-7,6 mnkr), individ- och familjeomsorg (5,4 mnkr) samt funktionsnedsättning (2,9 mnkr).

Underskottet inom äldreomsorgen beror på ökade kostnader både inom hemtjänsten och inom vård- och omsorgsboenden. Underskottet inom vård- och omsorgsboenden beror framförallt på ett ökat behov av demensplatser. Underskottet inom hemtjänsten beror på det nya ersättningssystemet. I stadsdelen finns många anhöriganställda som utför hemtjänst, främst hos privata utförare. Utförandegraden är högre hos dessa brukare vilket i sin tur drar upp genomsnittstiden i kundunderlagen enligt förvaltningen.

Verksamhetsområdet individ- och familjeomsorg redovisar ett överskott med 5,4 mnkr. Avvikelsen beror på att nämnden fått intäkter

från Migrationsverket, för den så kallade generalschablonen på 14,6 mnkr. Detta beror på ett ökat flyktingmottagande inom stadsdelsområdet. Barn och ungdom redovisar ett underskott om 8,5 mnkr. Underskottet förklaras av ökade kostnader för placeringar på stödboenden, jourhem och öppenvård.

Verksamhetsområdet funktionsnedsättning redovisar ett överskott med 2,9 mnkr. Överskott mot budget återfinns bl.a. inom externt köp av korttidshem för barn samt inom avlösning och ledsagning. Återsökta medel från Migrationsverket avseende brukare som har stödinsatser från förvaltningen gav också mer intäkter än budgeterat. Totalt har nämnden erhållit 2,1 mnkr från Migrationsverket vilket var 1,1 mnkr mer än beräknat. Dessa intäkter är svåra att budgetera eftersom nämnden i förväg aldrig vet hur många som uppfyller kriterierna.

Resultatenheternas samlade resultatfond uppgick till 4,7 mnkr vid ingången av år 2014. Sammantaget redovisar nämndens resultatenheter ett överskott för år 2014 med 5,1 mnkr. Överskottet tillförs resultatfonden och fondens samlade behållning vid utgången av 2014 uppgår till 9,8 mnkr.

Investeringsbudgeten redovisar ett överskott om 3,5 mnkr. Förvaltningen har under året inte använt alla de medel som funnits avsatta för investeringar gällande verksamhetsområdet stadsmiljö. Orsaken till detta har främst varit omfattande personalomsättning inom verksamhetsområdet. Vad gäller inventarier och maskiner har 1,2 mnkr använts av budgetens 2,2 mnkr.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

Verksamhetens resultat

Revisionskontoret bedömer att nämndens resultat för 2014 i allt väsentligt är förenligt med de mål som fullmäktige fastställt. Bedömningen grundas på en granskning av nämndens verksamhetsberättelse samt på de övriga granskningar som har genomförts under året.

Av nämndens verksamhetsberättelse framgår att nästan alla nämndens egna mål har uppnåtts under året, liksom merparten av årsmålen för indikatorerna. Nämnden har bidragit till kommunfullmäktiges tre inriktningsmål har uppfyllts. Samtliga verksamhetsmål har uppfyllts förutom ett som uppfyllts delvis.

De områden där måluppfyllelsen och indikatorerna inte uppnås fullt ut är bl.a. inom individ- och familjeomsorg, stadsmiljö, förskola och sjukfrånvaro.

Kommunfullmäktiges mål för verksamhetsområdet ”Stockholm upplevs som en trygg, säker och ren stad” uppnås helt enligt nämnden. Indikatorn om andelen som upplever trygghet i den stadsdel där man bor har ökat med 2 % men årsmålet om 50 % uppnås delvis. Det arbete som genomförts har inte haft avsedd effekt enligt förvaltningen.

Nämnden bedömer att verksamhetsmålet ”Stockholmarna upplever att de erbjuds valfrihet och mångfald” uppnås helt. Det noteras dock att indikatorn andel brukare som upplever att de har valmöjlighet inom äldreomsorg och hemtjänst inte uppnås. Årets resultat är 67 % jämfört med förra årets 95 %. Resultatet har gått ner med 28 %. Det pågår en analys av resultatet enligt nämnden.

Kommunfullmäktiges mål för verksamhetsområdet ”Barn och elever inhämtar och utvecklar kunskaper och värden” uppnås. Måluppfyllelsen beträffande indikatorn om andel förskollärare av antal anställda uppnås dock inte. Under året har antalet anställda ökat med ca tolv heltidstjänster. Dock har nämnden inte lyckats rekrytera förskollärare vilket resulterar i att andelen förskollärare minskar.

Nämnden bedömer att verksamhetsmålet ”Stockholmarna upplever att de får god service och omsorg” helt uppnås. Det noteras dock att mer än hälften av de indikatorer som är kopplade till målet inte uppnås eller uppnås delvis. Avvikelserna finns inom framförallt området äldreomsorg.

Verksamhetsmålet ”Stockholm stad är en attraktiv arbetsgivare med spännande och utmanande arbeten” uppfylls helt. Målet om sjukfrånvaron uppnås delvis och kvarstår på samma nivå som förra året, 7,7 %. Målet för 2014 var 7 %. Arbetet med sjukfrånvaron har gett resultat vad gäller korttidsfrånvaron. Anledningen till att sjukfrånvaron kvarstår är att den långa frånvaron inte givit avsedd effekt enligt nämnden.

Revisionskontoret har genomfört en granskning avseende nationella kvalitetsregister som redovisas i bilaga 2. Nämnden rekommenderas bl.a. att öka antalet enheter som aktivt registrerar i de nationella kvalitetsregistren och att i ökad omfattning registrera genomförda riskbedömningar i Senior Alert och följa upp att de åtgärder som planeras med anledning av riskbedömningar också registreras. De

brister som har noterats är inte av sådan omfattning att de väsentligt påverkar bedömningen av verksamhetens resultat.

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

Antalet ej verkställda beslut som rapporterats till IVO tredje kvartalet 2014 är tre inom funktionsnedsättning. De avser i huvudsak insatsen boende med särskild service.

Nämnden har under perioden 2013 till och med tredje kvartalet 2014 i två domar tilldelats vite om totalt 300 tkr. Båda domarna har överklagats. För en av domarna har Kammarrätten beslutat att sänka vitesbeloppet med 75 tkr. Revisionskontoret har under 2014 genomfört en granskning av biståndsbeslut som inte verkställts som redovisas i bilaga 2.

Intern kontroll

Den interna kontrollen är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Den interna kontrollen säkerställer, med en rimlig grad av säkerhet, att verksamheten drivs effektivt, att lagar, förordningar och andra regler följs samt att en tillförlitlig finansiell redovisning och rättvisande rapportering om verksamheten lämnas.

Sammanfattningsvis bedömer revisionskontoret att nämndens interna kontroll har varit tillräcklig. De iakttagelser som ligger till grund för denna bedömning redovisas nedan. Av redovisningen framgår att inga väsentliga brister har noterats.

En del i nämndens interna kontroll är att säkerställa en ändamålsenlig styrning och kontroll av ekonomi och verksamhet. En granskning av nämndens verksamhetsplan för år 2014 visar att nämndens egna mål ansluter till kommunfullmäktiges mål för den verksamhet som nämnden bedriver. Nämnden har för varje verksamhetsområde fastställt mätbara/uppföljningsbara mål för ekonomi och verksamhet.

Nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Ekonomi, verksamhet och kvalitet följs systematiskt upp i samband med nämndens månads- och tertialrapporter.

Nedanstående sammanställning visar att prognossäkerheten i nämndens tertialrapporter har varit god under året.

Mnkr	Tertial- rapport 1 2014	Tertial- rapport 2 2014	Bokslut 2014	Avvikelse T2 - bokslut	
Driftbudget					
Verksamhet					
Kostnader	1 154,7	1 176,8	1 204,4	-27,6	-2,3 %
Intäkter	150,4	172,1	195,9	23,8	13,8 %
Verksamhetens nettokostnader	1 004,3	1 004,7	1 008,5	-3,8	-0,4 %
Avskrivningar	1,7	2,3	2,4	0,1	4,3 %
Internräntor	0,8	1,0	1,0		
Driftbudgetens nettokostnader	1 006,8	1 008,0	1 011,9	-3,9	-0,4 %
Justerat netto, efter resultat- överföringar	1 007,1	1 008,8	1 017,0	-8,2	-0,8 %
Investeringsplan					
Utgifter	10,1	10,1	6,6	3,5	34,6 %
Inkomster	0,0	0,0	0,0	0,0	
Nettoutgifter	10,1	10,1	6,6	3,5	34,7 %

Revisionskontorets granskning av nämndens system för intern kontroll visar att nämnden har fastställt ett system för intern kontroll. Där framgår att nämnden har en funktion för intern revision som har huvudansvaret för att ta fram en internkontrollplan, granska samt följa upp att verksamheterna har genomfört sina handlingsplaner. I de fall där brister konstaterats upprättas handlingsplaner med instruktioner om vad som ska åtgärdas, samt hur och när återkoppling ska ske. Handlingsplanerna följs upp och återkopplas till nämnden i samband med tertialrapport 2.

Nämndens internkontrollplan fastställdes i samband med verksamhetsplanen för 2014 och bygger på nämndens risk- och väsentlighetsanalys utifrån väsentliga processer och fullmäktiges mål. Internkontrollplanen innehåller bl.a. kontrollerna att säkerställa rutiner avseende posthantering och diarieföring följs, att säkerställa att rutiner och lagar efterlevs, att säkerställa att hot och våldsrutiner efterlevs samt kontroll av lönelistor samt semesteruttag. Internkontrollarbetet har genomförts som planerat liksom förbättringsarbetet utifrån vad som framkommit i kontroller. Det finns vidare en tillfredsställande dokumentation.

Utifrån granskningarna som skett löpande över året gör förvaltningen bedömningen att enheterna generellt sett har en tillförlitlig rapportering och rutiner för att säkerställa att tillämpliga lagar, föreskrifter, styrdokument, riktlinjer m.m. efterlevs. Ett antal förbättringsområden har identifierats på såväl ett övergripande plan som på respektive enhet. I vissa fall har handlingsplaner tagits fram. Inom andra områden där bristerna varit av mer generell karaktär, har åtgärder skrivits in i verksamhetsplanen för 2015.

Revisionskontoret har genomfört ett antal granskningar av nämndens interna kontroll. Dessa omfattar granskning av faktureringsrutiner – äldreomsorgsavgifter, lönehantering, momshantering, hantering av betalkort/inköpskort, lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg, behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten, biståndsbeslut som inte verkställs, risk för att medarbetarna utsätts för hot och våld samt nämndens protokollshantering.

Vissa brister har noterats, särskilt beträffande granskningen av behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten. Nämnden rekommenderas bl.a. att förbättra den interna kontrollen och uppföljningen av hur de externa utförarna hanterar tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter. Vidare rekommenderas nämnden att årligen och på plats, exempelvis i samband med verksamhetsuppföljningen, särskilt kontrollera detta. Sammantaget är inte bristerna av sådan omfattning att de väsentligt påverkar bedömningen av nämndens intern kontroll. Granskningarna redovisas i bilaga 2.

Bokslut och räkenskaper

I detta avsnitt redovisas en bedömning av om nämndens bokslut är rättvisande samt om räkenskaperna är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed.

Sammanfattningsvis bedöms att bokslut och räkenskaper i allt väsentligt är rättvisande. Bedömningen baseras på en granskning av nämndens bokslut och på de övriga granskningar som genomförts under året.

Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionskontoret gör årligen en uppföljning och bedömning av i vad mån nämnden har beaktat rekommendationerna, se bilaga 3.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har beaktat revisionens rekommendationer.

Bilaga 1 - Bedömningskriterier

Revisionskontorets bedömningskriterier

För avsnitten Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi och Intern kontroll används följande bedömningar:

<i>Tillfredsställande/Tillräcklig</i>	Kriterierna är i allt väsentligt uppfyllda
<i>Inte helt tillfredsställande/ Inte helt tillräcklig</i>	Brister finns som måste åtgärdas
<i>Inte tillfredsställande/ Inte tillräcklig</i>	Väsentliga brister finns som måste åtgärdas omgående

För avsnitt Bokslut och räkenskaper gäller följande bedömningar:

<i>Rättvisande, Inte helt rättvisande eller Inte rättvisande</i>
--

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Nämnden har uppnått kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

- Nämndens resultat följer fullmäktiges beslut om mål, uppdrag och budget.
- Nämnden har inom tilldelat anslag uppfyllt sina mål för verksamheten och uppnått i verksamhetsplanen angiven verksamhet.
- Nämndens verksamhet har bedrivits enligt lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Intern kontroll

Den interna kontrollen är en process som utförs av nämnd, förvaltningsledning och personal. Den är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Processen säkerställer, med en rimlig grad av säkerhet, att verksamheten drivs effektivt, att lagar, förordningar och andra regler följs samt att en tillförlitlig finansiell redovisning och rättvisande rapportering om verksamheten lämnas.

- Nämnden genomför årligen en riskanalys som fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att minimera risken för att verksamhetens mål inte uppnås.
- Nämndens organisation har en tydlig fördelning av ansvar och befogenheter som bidrar till att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel samt oegentligheter.
- Nämndens verksamhetsplan överensstämmer med fullmäktiges beslut om mål, uppdrag och budget. Nämnden har för varje verksamhetsområde fastställt mätbara/uppföljningsbara mål för ekonomi och verksamhet.
- Nämnden följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi, verksamhet och kvalitet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
- Nämnden har ett fungerande informations- och kommunikationssystem för styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.
- Nämnden har riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.
- Nämnden följer upp den interna kontrollen systematiskt och regelbundet för att säkra att den fungerar på ett betryggande sätt.

Nämndens bokslut och räkenskaper

Nämndens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

- Nämndens bokslut är rättvisande.
- Nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed.

Bilaga 2 - Årets granskningar

Granskningar och projekt under perioden april 2014 – mars 2015

Verksamhetens ändamålsenlighet och ekonomi

Nationella kvalitetsregister

En granskning har genomförts för att bedöma om nämnden registrerar i de nationella kvalitetsregistren och använder resultaten i verksamhetsutvecklingen av äldreomsorgen. Nämnden ska i enlighet med kommunfullmäktiges beslut använda de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert och Svenska palliativregistret, inom alla särskilda boenden oavsett regiform. Syftet med registren är att skapa en systematik i patientsäkerhetsarbetet som kan bidra till att förbättra vården och omsorgen för sjuka äldre.

Granskningen visar att nämnden har anslutit sig till men inte aktivt använder Senior Alert och Svenska Palliativregistret i enlighet i kommunfullmäktiges beslut. Vidare visar granskningen att de externa utförarna har anslutit sig till men inte aktivt arbetat med kvalitetsregistren. Nämnden har inte anslutit sig till registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

Av utdata från kvalitetsregistret Senior Alert framgår att antalet registreringar ligger på en förhållandevis låg nivå i jämförelse med övriga nämnder. De registreringar som gjorts avser i huvudsak externa utförare.

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

Ansvar för att organisera och följa upp att registreringen sker i de nationella registren åligger verksamhetschef. Granskningen visar att

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

i den uppföljning som ska ske löpande och redovisas i t.ex. patient-säkerhetsberättelsen till nämnden saknas analys av hur enheterna använder de nationella kvalitetsregistren.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden behöver säkerställa att de nationella kvalitetsregistren används på ett mer ändamålsenligt sätt. Nämnden rekommenderas att se till att fler enheter aktivt ökar antalet registreringar i de nationella kvalitetsregistren. Vidare rekommenderas nämnden att i ökad omfattning registrera genomförda riskbedömningar i Senior och följa upp att de åtgärder som planeras med anledning av riskbedömningar också registreras.

Intern kontroll

Lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg

En granskning har genomförts av om nämnden följer stadens riktlinjer och följer upp sin lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorgen. Granskningen har avgränsats till öppenvårdsverksamhet för barn och ungdomar.

Granskningen visar att nämnden säkerställer sin följsamhet till ramavtalet genom att enhetschef är den enda som har delegation att teckna avtal utanför ramavtalet. Förvaltningen följer systematiskt upp öppenvårdsinsatser oavsett utförare. Det finns ingen centralt utsedd person eller funktion som ansvarar avtalsförvaltning av avtal inom individ- och familjeomsorg, utan avdelningschefen ansvarar för sina avtal.

Nämnden har under 2013 köpt externa öppenvårdstjänster för 5 404 tkr varav 22,4 % inte kan kopplas till ramavtalet eller till rätt kategori, vilket beror på felregistreringar i ekonomisystemet. Förvaltningen har inte köpt öppenvårdsverksamhet utanför ramavtalet.

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

Biståndsbeslut som inte verkställs

Stadsdelsnämnderna ska enligt socialtjänstlagen (Sol) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) rapportera till inspektionen för vård och omsorg (IVO) och revisorerna gynnande biståndsbeslut som inte har verkställts inom tre månader från

nämndens beslutsdatum. Granskningen syftar till att bedöma om nämnden har rutiner som säkerställer att gynnande ej verkställda beslut avrapporteras och om nämnden vidtar tillräckliga åtgärder för de biståndsbeslut som inte är verkställda. Granskningen har avgränsats till verksamheterna individ- och familjeomsorg och stöd och service till personer med funktionsnedsättning.

Nämnden har rutiner för bevakning och rapportering av ej verkställda beslut. Däremot är de endast dokumenterade inom området funktionsnedsättning. Rapporteringen har inte anmälts till nämnden.

Nämnden vidtar åtgärder när ett biståndsbeslut inte kan verkställas men har fortfarande ett ärende från år 2013 som ännu inte är verkställt. Brukaren har erbjudits boendeplacering men tackat nej. Nämnden har tilldelats två vitesdomar med ett totalt vite om 300 tkr.

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

Revisionskontoret rekommenderar att rutinerna dokumenteras inom samtliga verksamheter som berörs av rapportering av ej verkställda beslut. Nämnden rekommenderas tillse att rapporteringen anmäls till nämnden. Av anmälan bör det framgå antal ärenden, vilken typ av insats som ges, anledningen till varför ärendet inte verkställts samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.

Risk för att medarbetarna utsätts för hot och våld

Utifrån arbetsmiljölagens krav och Arbetsmiljöverkets föreskrift om våld och hot i arbetsmiljön har en granskning genomförts för att bedöma om nämnden bedriver arbetet med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen har visat att förvaltningens verksamheter har aktuella planer mot hot och våld. Dokumenten hålls levande genom en årlig genomgång av årets riskincidenter vid uppdateringen av enheternas hot- och våldsplaner. Enheterna jobbar även med planerna på sina arbetsplatsträffar. Alla chefer har ansvar för att samtliga anställda får information om hur de ska agera och vart de ska vända sig om de blir utsatta. Det sker även utbildning kring hot och våld och bemötandefrågor på arbetsplatsträffar och teammöten. Risk-

samordnaren har ansvar för RISK-systemet och för utbildning av hot och våld i introduktionen av nyanställda.

De anställda som förvaltningen bedömer löper störst risk att utsättas för hot och våld är personal inom individ- och familjeomsorgen och inom omsorgen av äldre och funktionsnedsatta.

Exempel på förebyggande säkerhetsåtgärder som har vidtagits, efter ett missförstånd, är att förvaltningen har säkerställt att vaktbolagets vakter i receptionen har kunskap om förvaltningens rutiner kring bemötande och hot och våld. Enligt avtalet med vaktbolaget har förvaltningen även möjlighet att använda vakt vid särskilt riskfyllda besök.

Utdrag ur RISK-systemet för perioden 1 november 2013 t o m oktober 2014 visar att anställda i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning har registrerat 72 incidenter, varav 22 har klassificerats som allvarliga eller mycket allvarliga. Av de 72 incidenterna gäller 10 avdelningen förskola, 28 individ- och familj varav 15 avser ekonomiskt bistånd och övriga barn och ungdom och beroendevård och socialpsykiatri. Det har registrerats 28 incidenter inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta. I RISK-systemet ska bl a noteras vad som kan göras i förebyggande syfte för att det inte ska hända igen. Revisionskontoret har noterat att detta görs.

Sammantaget är bedömningen att Spånga-Tensta stadsdelsnämnd arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen.

Nämndens protokollshantering

En granskning har genomförts av nämndens protokoll för att bedöma om kommunallagens krav följs och om protokollen är informativa och lättförståeliga samt om regler och rutiner för publicering av protokollen är tillräckliga.

Granskningen visar att kommunallagens krav i huvudsak följs vad gäller protokollens förande, innehåll och justering. I två ärenden har ordförande anmält jäv och inte deltagit vid ärendenas behandling. Trots detta har ordföranden justerat protokollet för de två aktuella paragraferna.

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

Kommunallagens krav på protokollen utgör minimikrav. Utöver detta bör protokollen även beaktas som informationsbärare för såväl den egna organisationen som omvärlden i form av intressenter och allmänhet. Granskningen visar att protokollen är informativa och lättförståeliga. Granskningen visar dock att nämndens rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn är tillräckliga.

Den sammantagna bedömningen är att nämndens protokoll i huvudsak följer kommunallagens krav och att protokollen i huvudsak är informativa och lättförståeliga samt att det inte finns helt tillräckliga rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn. Nämnden bör dock säkerställa att ledamöter inte justerar protokollet för de ärenden där ledamoten är jävig. Nämnden rekommenderas att utveckla närvaroredovisningen.

Behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten

Revisionskontoret har genomfört en granskning av den interna kontrollen i nämndens behörighetsrutiner för externa utförare avseende verksamhetssystemet Paraplyet.

Granskningen visar att det finns centrala riktlinjer och regelverk kring informationssäkerhet och behörighetsroller. Det saknas dock tydliga anvisningar för hur nämnderna ska handlägga behörigheter gentemot externa utförare. Det noteras att äldrenämnden efter granskningen tagit fram anvisningar för behörighetsadministration inom äldreomsorgen.

Nämnden har tagit fram en rutin för behörighets- och lösenordsadministration i Paraplysystemet. Paraplysamordnaren informerar, utbildar och ger de externa utförarna support under avtalstiden vad det gäller behörighetssystemet och utfördokumentationen. Uppföljning av vilka behörigheter som kan avslutas görs varje tertiäl i samråd med utföraren.

De externa utförarna ansvarar för att behörigheter på en lägre nivå än verksamhetschef läggs upp. Behörighetsblanketter upprättas för ändamålet, undertecknas av behörig beslutfattare och förvaras hos den externa utföraren.

Nämnden följer inte systematiskt upp och kontrollerar hur utföraren hanterar behörighetsadministrationen exempelvis i form av verksamhetsbesök.

Den verifierande granskningen av tilldelade behörigheter visade att den interna kontrollen behöver förbättras och systematiseras, då det i ett flertal fall saknades fullständiga underlag.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden inte helt följer gällande centrala anvisningar för behörighetsadministrationen i Paraplysystemet. Nämnden behöver förbättra den interna kontrollen och uppföljningen av hur de externa utförarna hanterar tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter. Nämnden rekommenderas att årligen och på plats, exempelvis i samband med verksamhetsuppföljningen, särskilt kontrollera detta.

Faktureringsrutiner – äldreomsorgsavgifter

En granskning har skett avseende nämndens faktureringsrutiner och om det finns avstämningsrutiner som säkerställer en aktuell, fullständig och rättvisande intäktsredovisning. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig. Dock rekommenderas att biståndsbeslut och avgiftsbeslut fattas av en och samma person enligt delegation.

Lönehantering – uppföljning

En granskning har skett av nämndens kontroller i samband med löneutbetalning med fokus på att det finns rutiner för löpande uppföljning och avstämning av löneutbetalningar samt s.k. nyckelkontroller före och efter löneutbetalning i enlighet med fastställd rutinbeskrivning. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig. Dock rekommenderas att samtliga kontroller genomförs i enlighet med stadens riktlinjer och att de dokumenteras.

Uppföljning momshantering

En granskning har skett av om den interna kontrollen avseende momshantering är tillräcklig och att nämndens redovisning av moms är fullständig och rättvisande. Den slutliga bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig. Vid den verifierande granskningen av representation och leasing har dock ett antal brister noterats, vilka bedöms bero på bristande kunskap inom området. Nämnden bör därför säkerställa att de medarbetare som hanterar moms och konterar/attesterar leverantörsfakturor har den kunskap som behövs.

Hantering av betalkort/inköpskort

En granskning har skett av nämndens interna kontroll avseende de administrativa rutinerna vid beställning och om hantering av First Card betalkort är tillräcklig. Den sammanfattande bedömningen är

att den interna kontrollen är tillräcklig. Vid utlämnande av kort skrivs en kvittenslista på av kontoinnehavaren. Vid granskningen har noterats en mindre brist, en namnteckning från en kortinnehavare saknades för en förbindelse 2009.

Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		J A	DELVIS	NEJ	
2013	<p>Stadens ramöppettider för förskolan och möjlighet till omsorg utanför ramtiden</p> <p>Nämnden rekommenderas att rutinmässigt begära uppgift från förskolorna om deras öppettider och även stickprovsmässigt tillfråga vårdnadshavarna om öppettiderna motsvarar deras behov. Nämnden bör tillhandahålla skriftlig information om möjlighet till omsorg på ob-tid. För handläggningen av ansökningar på ob-tid anser revisionskontoret att det bör upprättas stadsgemensamma riktlinjer.</p>	X			<p>Nämnden har tagit fram en informationsbroschyr där det framgår att förskolan har öppet efter föräldrarnas behov inom ramtiden 06.30-18.30 alla helgfria vardagar. I broschyren finns information om omsorg på ob-tid, för vem det gäller, regler för intagning samt hur ansökan går till. Förvaltningen har också tagit fram en överklagandeblankett. Broschyren kommer att distribueras till föräldrar vars barn är inskrivna i förskolan samt tillsammans med platserbjudandet till föräldrar som söker plats.</p> <p>Information gällande ramtider är uppdaterad på Jämförservice och finns på varje förskolas hemsida.</p> <p>Förskolorna rapporterar sina öppettider i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse. Stickprov genomförs i samband med avrapportering till vårdnadshavarna om öppettiderna motsvarar deras behov. Förvaltningen inväntar de stadsgemensamma riktlinjerna avseende handläggning av ansökningar på ob-tid.</p>
2013	<p>Parkskötsel och investeringar</p> <p>Nämnden rekommenderas att upprätta egna rutiner för dokumentation i den utsträckningen att nämnderna inte blir beroende av den dokumentation som entreprenörerna upprättar. Vidare bör inkommande synpunkter som skett i form av telefonsamtal dokumenteras och diarieföras.</p>	X			<p>Nämnden har tagit fram en beställningsblankett inom stadsmiljöområdet som ska användas vid beställningar till leverantören. Blanketterna kommer att hållas ordnade.</p> <p>Synpunkter och klagomål som kommer in via telefon kommer att registreras i Stockholm Stads synpunktsportal -Tyck till. Detta ligger i linje med de anvisningar som finns för synpunktsportalen och samtliga klagomål och synpunkter dokumenteras och diarieföras automatiskt.</p>
2013	<p>Trygghetsskapande arbete</p> <p>Nämnden rekommenderas att följa upp projekt och ta fram instrument för uppföljning av effekter av genomförda åtgärder. En uppföljning kan resultera till att nämnden på ett mer effektivt och systematiskt sätt kan följa projekten och därmed förbättras nämndens styrning och</p>	X			<p>Nämnden har för avsikt att utveckla samverkan med överförmyndarnämnden kring målgruppen. Nämnden har nyligen tecknat en ny lokal BUS-överenskommelse med landstinget. Denna överenskommelse omfattar alla barn och ungdomar i stadsdelsområdet. Uppföljningar av enskilda individer görs enligt gällande lagar och riktlinjer.</p>

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
	kontroll.				
2013	Samverkan föräldrar BoU (48timmarsgarantin) Den sammantagna bedömningen är att nämnden arbetar för att på ett tidigt stadium och i samverkan med föräldrar fånga upp barn/ungdomar i riskzonen. Detta bidrar till att socialtjänsten kan sätta in åtgärder för att förebygga att barn/ungdomar under 15 år inte fastnar i kriminalitet och missbruk.	X			Nämnden för sedan maj månad 2014 löpande statistik över hur många vårdnadshavare/barn som kallas till samtal och hur många som kommer. Stadsdelen för statistik över antalet inkomna anmälningar och inledda utredningar.
2013	Enskildas medel För att stärka den interna kontrollen rekommenderas att nämnden överväger att genomföra ytterligare uppföljningar inom den egna regin för att säkerställa att nämndens regler avseende hanteringen av enskildas medel följs.	X			Nämnden har tagit fram en ekonomihandbok under 2014 där hanteringen av enskildas medel framgår. Även på intranätet finns rutinbeskrivningar. På många av enheterna som hanterar enskildas medel framgår i kvalitetsledningssystemet rutinbeskrivning för hur detta skal ske. Vid den årliga verksamhetsuppföljningen av dessa enheter ingår att granska även denna rutin. Inom ekonomienheten sker stickprov årligen. Två stycken är planerade under hösten.
2013	Interna och externa projektmedel för särskilda insatser/utvecklingsområden Nämnden rekommenderas att utarbeta en rutinbeskrivning avseende projekthantering och skapa en rutin avseende förvaring av dokumentation/underlag till projekten. Nämnden bör fullfölja planerna med att hålla utbildningar för berörd personal avseende projekthantering/uppföljning/redovisning samt även behandla projekten i nämnden som ett informationsärende.	X			Nämnden har utarbetat en rutinbeskrivning avseende projekthantering och förvaring av dokumentation/underlag till projekten. Rutinbeskrivningen kommer att behandlas i nämnden som ett informationsärende. Två verksamhetscontrollers har utbildats i Stockholm stads projektmodell och utbildningar kommer att hållas för berörd personal avseende projekthantering/uppföljning/redovisning.
2013	Känslig information i ekonomisystemet Nämnden rekommenderas att införa en rutin som säkerställer att känslig information inte förekommer i ekonomisystemet.	X			Nämnden har tagit fram en ekonomihandbok under 2014 där hanteringen av enskildas medel framgår. Även på intranätet finns rutinbeskrivningar. I alla avtal som tecknas framgår hur känslig information ska hanteras och hur sekretessmarkering sker.

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		J A	DELVIS	NEJ	
					Alla administratörer på förvaltningen som hanterar fakturor samt serviceförvaltningen utgör ett kontrollorgan då alla fakturor går via dem. De är informerade om att de måste granska att alla fakturor och bilagor är sekretessmarkerade innan de godkänner. Samt att inga fakturor med sekretessuppgifter scannas. Det innebär att inga fakturor passerar utan granskning.
2013	Riskanalys och internkontrollplan Ett utvecklingsområde är att se till att kontrollmoment framgår i internkontrollplanen. Likaså bör även framgå vem som är ansvarig för processen samt kontrollernas frekvens.	X			Nämnden har i samband med VP 2014 skrivit in kontrollmoment, frekvens samt ansvarig för processen i nämndens internkontrollplan.
2013	Lönehantering Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i huvudsak är tillräcklig men bör utvecklas inom några områden. Exempelvis genom att tydliggöra månatliga kontroller mer detaljerat i rutinbeskrivningar, att kommunicera förvaltningens stöddokument till samtliga beslutsattesterande chefer samt att dokumentera genomförda kontroller.	X			Nämnden kommer att kommunicera förvaltningens stöddokument till samtliga beslutsattesterande chefer i samband med chefsutskick och chefsutbildningar under året. Regelbundna stickprov kommer att genomföras och dokumenteras och föras in i rutinbeskrivningar. Förvaltningen vill avslutningsvis framhålla att det pågår ett fortlöpande arbete med att utveckla och anpassa lednings- och styrprocesserna. Det gör att konstruktiv kritik och förbättringsförslag i likhet med ovanstående tacksamt tas emot.
2014	Nationella kvalitetsregister Nämnden rekommenderas att öka antalet enheter som aktivt registrerar i de nationella kvalitetsregistren. Vidare rekommenderas nämnden att i ökad omfattning registrera genomförda riskbedömningar i Senior och följa upp att de åtgärder som planeras med anledning av riskbedömningar också registreras.				Följs upp under 2015
2014	Lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg Nämnden rekommenderas dock att säkerställa tillförlitligheten i internredovisningen när det gäller verksamhetskoder, då finns brister som försvårar den interna uppföljningen.				Följs upp under 2015

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2014	Biståndsbeslut som inte verkställts Revisionskontoret rekommenderar att rutinerna dokumenteras inom samtliga verksamheter som berörs av rapportering av ej verkställda beslut. Nämnden rekommenderas tillse att rapporteringen anmäls till nämnden. Av anmälan bör det framgå antal ärenden, vilken typ av insats som ges, anledningen till varför ärendet inte verkställts samt hur länge ett ärende varit ej verkställt.				Följs upp under 2015
2014	Nämndens protokollhantering Nämnden bör säkerställa att ledamöter inte justerar protokollet för de ärenden där ledamoten är jävig. Nämnden rekommenderas att utveckla närvaroredo-visningen.				Följs upp under 2015
2014	Behörighetsrutiner i Paraplyet avse- ende externa utförare inom social- tjänsten Nämnden behöver förbättra den interna kontrollen och uppföljningen av hur de externa utförarna hanterar tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter. Nämnden rekommenderas att årligen och på plats, exempelvis i samband med verksamhetsuppföljningen, särskilt kontrollera detta.				Följs upp under 2015
2014	Faktureringsrutiner – äldreomsorgs- avgifter Nämnden rekommenderas att biståndsbe- slut och avgiftsbeslut fattas av en och samma person enligt delegation.				Följs upp under 2015
2014	Lönehantering – uppföljning Nämnden rekommenderas att samtliga kontroller genomförs i enlighet med stadens riktlinjer och att de dokumente- ras.				Följs upp under 2015

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2014	Uppföljning momshantering Nämnden bör säkerställa att de medarbetare som hanterar moms och kontor/attesterar leverantörsfakturor har den kunskap som behövs.				Följs upp under 2015