



Årsrapport 2021

Farsta stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen
Nr 20, 2022

Dnr: RVK 2022/21

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

Farsta stadsdelsnämnd

Årsrapport 2021

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

Revisorerna har den 24 mars 2022 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Farsta 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 Farsta 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 en granskning av nämndens arbete med idéburet offentligt partnerskap (IOP). Granskningen visar att styrningen behöver utvecklas för att partnerskapen ska ge avsedd effekt på politiskt prioriterade samhällsutmaningar. Bland genom upprättande av en skriftlig processbeskrivning för IOP samt tydliggörande av grundprinciperna i IOP i de skriftliga överenskommelser som tecknas.

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

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.

Årets granskningar har dock visat på att vissa kontroller bör förbättras. Nämnden bör bland annat säkerställa att avtalade villkor följs vid inköp av varor och tjänster. Det behöver också säkerställas att

fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor vid försäljning av verksamhet samt att makulering görs i enlighet med stadens regler.

Granskning har även genomförts av lönehanteringen, förtroendekänsliga poster och hanteringen av attesträtter i ekonomisystemet Agresso. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms vara tillräcklig. En granskning av hanteringen av leverantörsregister och utbetalningar har inte visat några väsentliga iakttagelser gällande nämnden.

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 ta fram en rutin för misstänkt assistansfusk och oegentligheter hos externa utförare. Nämnden behöver även vidta åtgärder för utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen samt säkerställa att socialtjänstlagens krav och stadens handläggningsriktlinjer efterlevs i uppföljning och utredning av familjehem och jourhem.

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	15
	Bilaga 3 – Bedömningskriterier	23

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 revisionssed 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 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 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 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 samtliga av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdena har uppfyllts.

Inriktningsmålet ”En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla” rör nämndens kärnverksamheter. Jämfört med föregående år har utfallet för tre av de fem verksamhetsmålen under inriktningsmålet förbättrats enligt nämndens bedömning. De tre verksamhetsmålen rör människors självförsörjning och arbete samt socialtjänstens respektive äldreomsorgens verksamhetsområden. Inom dessa områden uppnåddes verksamhetsmålen endast delvis föregående år. Gällande verksamhetsmålet om människors självförsörjning beror det bättre utfallet 2021 framförallt på att andel barn som lever i familjer med ekonomiskt bistånd samt andel personer som uppbär bistånd har minskat och att årsmålen för feriejobb och Stockholmsjobb uppnås för året. Utmaningar inom området ligger

framförallt i att minska andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd.

Inom socialtjänstens verksamhetsområde har bland annat flera indikatorer som mäter hur personer med funktionsnedsättning upplever insatserna förbättrats, men även indikatorer som mäter insatser till barn och unga samt inom socialpsykiatri har stärkts. Fortfarande klarar dock endast ca 59 procent av familjehemsplacerade barn i skolåldern målen i kärnämnen i grundskolan, att jämföra med fullmäktiges mål på 75 procent. Framförallt är det pojkar som inte når målen. Utfallet är dock något bättre än föregående år.

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. Dessa uppföljningar har dock haft låg svarsfrekvens vilket inte ger tillräckligt underlag för bedömning av måluppfyllelse av kommunfullmäktiges indikatorer.

Inriktningsmålet ”En hållbart växande och dynamisk storstad med hög tillväxt” bedöms liksom föregående år uppnås helt. Antal anställningar har ökat jämfört med föregående år och nya arbetsgivare har etablerat sig i stadsdelen. Kulturaktiviteter för personer med insatser inom äldreomsorg, socialpsykiatri och funktionsnedsättning har kommit igång under året. Ett fåtal indikatorer har försämrats jämfört med tidigare år, bland annat andel ungdomar som deltar i föreningsliv och som besöker öppna mötesplatser samt antal barn och unga som är nöjda med tillgången till idrottsaktiviteter. Pandemin anges som en delförklaring.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av nämndens arbete med idéburet offentligt partnerskap (IOP). Sammanfattningsvis bedöms att nämndens styrning och uppföljning av idéburet offentligt partnerskap behöver utvecklas för att partnerskapen ska ge avsedd effekt på politiskt prioriterade samhällsutmaningar. Bland annat skulle upprättandet av en skriftlig processbeskrivning för IOP i större utsträckning säkerställa transparens, spårbarhet och enhetliga arbetssätt. Vidare behöver grundprinciperna i IOP tydliggöras i de skriftliga överenskommelserna som tecknas, genom att beskriva den gemensamma samhällsutmaning som samverkan tar sikte på.

En granskning har även genomförts av hälso- och sjukvårdsansvaret vid nämndens äldreboenden. Bedömningen är att vissa områden behöver utvecklas. Avvikelseberapporteringen behöver säkerställas och det behöver tydliggöras vad som händer om läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

Under året har revisionskontoret gjort en uppföljning av en tidigare granskning av nämndens utredning och uppföljning av familjehem och jourhem. Granskningen visar att stadsdelsnämnden har påbörjat ett arbete för att åtgärda lämnade rekommendationer men arbete kvarstår för att säkerställa att socialtjänstlagens krav och stadens handläggningsriktlinjer efterlevs.

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	1 975,1	1 994,2	-19,1	1,0%	3,2%
Intäkter	-216,8	-276,9	60,1	27,7%	28,7%
Verksamhetens nettokostnader	1 758,3	1 717,4	40,9	2,3%	1,5%
Verksamhetens Nettokostnader efter resultatöverföringar	1 758,3	1 720,20	38,1	2,2%	0,9%

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 38,1 mnkr i förhållande till budgeten. En stor del av överskottet förklaras av effekter av pandemin och statliga medel som erhållits. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar positiva avvikelser inom samtliga verksamhetsområden. De största avvikelserna finns inom äldreomsorg (18,0 mnkr), individ- och familjeomsorg (7,5 mnkr) och övrig verksamhet (5,0 mnkr).

Under året har nämnden fått statlig merkostnadsersättning för covid-19 på 10,8 mnkr och statlig ersättning för sjuklönekostnader på 11,7 mnkr. Sjuklöneersättningen har framförallt lämnats till verksamheterna förskola, äldreomsorg och individ- och familjeomsorg. Merkostnadsersättningen har till största del gått till äldreomsorgen.

Enligt nämndens redovisning beror den positiva avvikelsen inom äldreomsorgen även på ett överskott inom beställarverksamheten. Detta med anledning av färre beställda insatser inom vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst. Utförarverksamheten gör liksom föregående år ett underskott. Bemanningen på de egna vård- och omsorgsboendena har varit hög för att kunna hantera smittspridningen av covid-19, medan beläggningen har varit lägre än förutsett. Inom utförarverksamheten har hemtjänsten redovisat underskott under flera år. Åtgärder har vidtagits och i år visar verksamheten ett mindre överskott.

Inom individ- och familjeomsorg bidrar den statliga generalschablonen för flyktingmottagande till det redovisade överskottet. Bidraget ska täcka kostnader inom ett flertal av nämndens socialtjänstområden. Under 2021 har ändrad redovisning, med anpassning till god redovisningssed, inneburit att tidigare periodiserade bidrag intäktsförts vilket även medför att det redovisade bidraget är större än tidigare. Enheten för barn- och ungdom har gjort underskott under flera år. Åtgärder har vidtagits, men underskottet ligger fortsatt kvar på samma nivå som föregående år. Förklaringen är liksom tidigare att antalet placeringar och längden på placeringarna ökat samtidigt som prisökningar skett. Enheten har under året även haft kostnader för inhyrd personal.

I övrigt bidrar ett minskat antal hushåll med ekonomiskt bistånd samt lägre kostnader för arbetsmarknadsåtgärder till överskottet. Även förskoleverksamheten gör liksom föregående år ett överskott. Övrig verksamhet avser en gemensam reserv som inte nyttjats under året, vilket förklarar överskottet.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med ett överskott om 0,8 mnkr i förhållande till budget. Enligt nämndens redovisning beror avvikelsen framförallt på att restaureringen av en betongbrygga i Drevviken blivit billigare än budgeterat.

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. Det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Årets granskningar har dock visat på att vissa interna kontroller bör förbättras, bland annat för att säkerställa att avtalade villkor följs vid inköp av varor och tjänster samt vid försäljning av verksamhet.

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. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för verksamheterna i ett gemensamt dokumentbibliotek.

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 i huvudsak fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. För vissa prioriterade risker saknas dock åtgärder i internkontrollplanen. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. Kontrollerna rapporteras till nämnden. 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, utifrån revisionens rekommendation i granskningen 2020, upprättat rutin för systematisk uppföljning av att nämndens samtliga beslut är genomförda. Nämnden har system och rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra.

Nämnden har rutiner för att ta fram åtgärdsplaner vid befarade eller konstaterade budgetunderskott. Äldreomsorgens utförarverksamheter har uppvisat negativa resultat och varit föremål för åtgärder under flera år. Åtgärdsplaner har även tagits fram för enheten för

barn- och ungdom som under många år har gått med underskott. Åtgärder under året omfattar bland annat arbete med ett effektivisera processer och projekt gällande intensifierad utredning i hemmiljö. Åtgärderna har ännu inte gett effekt. En delförklaring är att det är ett område med kostnadsökningar och ökad efterfrågan på insatser som inte motsvaras av budgetökningarna. SKR pekar i sin ekonomirapport i oktober 2021 på en trend i landet att behoven ökat mer än den underliggande målgruppen, men även på att priserna för familjehem och HVB ökat.

Revisionskontorets granskning av lönehanteringen, förtroende-känsliga poster och hanteringen av attesträtter i ekonomisystemet Agresso visar på tillräcklig intern kontroll i granskade rutiner. Granskning av hanteringen av leverantörsregister och utbetalningar har inte visat några väsentliga iakttagelser gällande nämnden. Ansvaret för processen ligger i huvudsak hos centrala funktioner i staden.

Övriga granskningar av nämndens interna kontroll har rört inköpsprocessen och intäktsprocessen. Utvecklingsområden har noterats, bland annat bör nämnden säkerställa att avtalade villkor följs vid inköp av varor och tjänster. Det behöver också säkerställas att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor vid försäljning av verksamhet samt att makulering av fakturor görs i enlighet med stadens regler.

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 ta fram en rutin för misstänkt assistansfusk och oegentligheter hos externa utförare. Nämnden behöver även vidta åtgärder för utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen samt säkerställa att socialtjänstlagens krav och stadens handläggningsriktlinjer efterlevs i uppföljning och utredning av familjehem och jourhem.

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.

Idéburet offentligt partnerskap (projekt nr 3/2021)

Revisionskontoret har genomfört en granskning med syftet att granska stadens styrning och uppföljning av samverkansformen idéburet offentligt partnerskap. Granskningen har omfattat socialnämnden samt stadsdelsnämnderna Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Rinkeby-Kista.

Revisionskontorets samlade bedömning är att Farsta stadsdelsnämnds styrning och uppföljning av idéburet offentligt partnerskap (IOP) behöver utvecklas för att partnerskapen ska ge avsedd effekt på politiskt prioriterade samhällsutmaningar.

Idéburet offentligt partnerskap är en samverkansform som möjliggör att det offentliga och en eller flera idéburna organisationer tillsammans tar sig an en samhällsutmaning som parterna var för sig inte hade kunnat lösa. En samhällsutmaning definieras som ett politiskt identifierat problemområde som är alltför komplex för att hanteras av en ensam aktör.

Granskningen visar att det saknas agendasättning och tydlig uppföljning av den gemensamma samhällsutmaningen och lösningen. Agendasättningen innebär att parterna ska ha en gemensam bild av samhällsutmaningen samt överväga om partnerskap är den lämpligaste samverkansformen. Kopplingen till politiskt program eller plan för att möta samhällsutmaningen beskrivs inte tydligt i de granskade partnerskapen. I granskningen framgår att de överväganden som görs inför ett eventuellt partnerskap inte dokumenteras. Vidare att aktiviteter och åtaganden som är väsentliga för lösningen av samhällsutmaningen inte alltid går att följa upp. För att säkerställa transparens, spårbarhet och enhetligt arbetssätt kan nämnden överväga att upprätta en skriftlig processbeskrivning för idéburet offentligt partnerskap.

Nämnden rekommenderas att:

- Överväga att upprätta en skriftlig processbeskrivning för idéburet offentligt partnerskap för att säkerställa transparens, spårbarhet och enhetligt arbetssätt. Överväganden och ställningstaganden bör dokumenteras.
- Tydliggöra grundprinciperna i idéburet offentligt partnerskap i de skriftliga överenskommelserna genom att beskriva den gemensamma samhällsutmaningen och lösningen samt på vilket sätt denna är ett led i förverkligandet av ett politiskt beslutat program eller plan.
- Säkerställa att de aktiviteter och åtaganden som planeras inom partnerskapet är väsentliga för lösningen av samhällsutmaningen och möjliga att följa upp

I nämndens yttrande över rapporten framgår att nämnden tagit till sig revisionens rekommendationer och redovisar åtgärder som kommer att vidtas. Samtidigt betonar nämnden att de samhällsutmaningar som man arbetar med kan vara mycket omfattande, komplexa och därför svåra att utvärdera. Nämnden påpekar även att

samtliga partnerskap som ingåtts relaterar till en eller flera målsättningar i nämndens verksamhetsplan, som bör ses som ett sådant politiskt beslutat program eller plan som revisionen efterfrågar i sin granskning.

Utredning och uppföljning av familjehem och jourhem (uppföljning av granskning 2018)

Revisionskontoret har följt upp de rekommendationer som gavs till stadsdelsnämnden 2018:

- Se över och utveckla rutiner och arbetssätt för att säkerställa att utredning av familjehem och jourhem genomförs och dokumenteras enligt gällande regelverk.
- Säkerställa att vårdplaner och genomförandeplaner upprättas i samtliga ärenden.
- Säkerställa att vården i familjehem och jourhem följs upp genom besök och samtal i tillräcklig omfattning i enlighet med gällande regelverk.

Revisionskontoret noterar även att Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har genomfört tillsyn inom området och lämnade kritik till stadsdelsnämnden 2019. Stadsdelsnämnden uppger att de har genomfört interna utbildningar och metodjuridiska dagar för att utveckla och förbättra handläggningen i enlighet med den kritik som IVO lämnade.

Uppföljningen visar att stadsdelsnämnden har egenkontroller för att följa upp att vårdplaner och genomförandeplaner finns upprättade. Både revisionskontorets aktgranskning och stadsdelsnämndens egenkontroll visar att det fortfarande finns brister i den sociala dokumentationen. Revisionskontorets granskning av tio ärenden visar att ett granskat ärende saknar dokumenterad vårdplan och två ärenden saknar dokumenterade genomförandeplaner. Vårdplaner har inte upprättas i tid i hälften av de tio granskade ärendena. Ingen av de granskade genomförandeplanerna är uppdaterade under det senaste året. Stadsdelsnämnden planerar att införa löpande systematiska kontroller av vårdplaner och genomförandeplaner för att förbättra kvaliteten i handläggningen.

Under 2020 ändrades reglerna avseende uppföljning av familjehemsvård och jourhemsvård. I socialtjänstlagen anges numera att nämnden ska noga följa vården av barn och unga bland annat genom regelbundna personliga besök i det hem där den vistas. Tidigare föreskrevs att barn och unga skulle besökas minst fyra gånger per år. Socialstyrelsen rekommenderar att nämnden inom ramen för egenkontrollen samlar in uppgifter om hur ofta en socialsekreterare har besökt och samtalat med ett visst barn eller en viss

ung person. På så sätt kan nämnden systematiskt följa upp och utvärdera om den uppfyller sin skyldighet att följa vården genom att regelbundet besöka och samtala enskilt med barnet/den unga under placeringen.

Stadsdelsnämnden har genomfört egenkontroll avseende de personliga besöken hos barnen. Dock saknas en systematik uppföljning avseende hur ofta besöken skett med barnen och uppföljning av familjehemmet/jourhemmet. I dagsläget sker inte någon dokumentation av bedömningen av hur ofta ett visst barn ska besökas. I revisionskontorets granskning av den sociala dokumentationen framgår att besök av barnets familjehem/jourhem har generellt skett max två gånger per år under åren 2019 till 2021. I vissa fall har det inte skett något hembesök alls.

Stadsdelsnämnden har påbörjat ett arbete för att åtgärda rekommendationerna. Dock kvarstår arbete för att säkerställa att socialtjänstlagens krav och stadens handläggningsriktlinjer efterlevs. Rekommendationerna kvarstår därför.

Attesthantering i ekonomisystemet Agresso

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen avseende 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 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 leverantörsutbetalningar 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 för Farsta stadsdelsnämnd.

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 inte är helt tillräcklig i granskad intäktprocess.

Granskningen visar att det för en granskad verifikation inte går att härleda priset mot överenskomna villkor eller avtal. En annan granskad verifikation bedöms inte stämma med överenskomna villkor eller avtal gällande tidpunkt för fakturering. På grund av tidsbrist hade fakturering inte skett i enlighet med överenskomna villkor, däremot hade intäkten bokats upp i rätt period. Vidare noteras att makulering inte har skett i enlighet med stadens regler. Fakturanummer saknas på fyra av de granskade makuleringarna, något som enligt stadens regler ska framgå. Enligt uppgift från förvaltningen kommer handläggarna att påminnas om att fakturanummer alltid måste framgå.

I övrigt har inga avvikelser noterats. Betalning, alternativt hantering enligt kravrutin, sker vid rätt tidpunkt i enlighet med stadens regler. Bokföring sker vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod och transaktionerna är rätt konterade för samtliga stickprov. Samtliga verifikationer uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler. Slutligen visar granskningen att det av nämndens delegationsordning framgår vem som är behörig att besluta om makulering.

Nämnden rekommenderas att:

- säkerställa att pris/fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor eller avtal och att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor
- säkerställa att makulering görs 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 är korrekt hanterade gällande bokföringsunderlag, betalningstidpunkt, bokföringstidpunkt samt kontering. Däremot kan ingen avstämning göras för två transaktioner från samma leverantör då fakturerade priser anges i klumpsumma på fakturan, medan avtalet anger pris per timme.

Inget i granskningen tyder på avsteg från LOU eller stadens regler avseende inköp.

Den rekommendation som lämnades föregående år kvarstår. Nämnden bör säkerställa att avtalade villkor följs, och att detta är möjligt att stämma av.

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.

Förtroendekänsliga poster

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende förtroendekänsliga poster. Bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad process, men vissa mindre avvikelser har noterats i stickprovsgranskning.

Granskningen visar att 14 av 16 granskade transaktioner gällande resor och konferenser, utbildning samt representation har gått att verifiera utan anmärkning avseende kontering, syfte, deltagarlista, momsavdrag och attest. En faktura var delvis felkonterad och saknade syfte, men syftet har kompletterats i efterhand. En faktura avser en konferens som till följd av pandemirestriktioner har flyttats fram till maj 2022 vilket innebär att resan som fakturan avser inte nyttjats ännu. Inget syfte eller deltagarförteckning är bifogat till denna faktura, utan förklaring har inhämtats från förvaltningen. För de fakturor som granskats bedöms inriktning och omfattning som rimlig.

Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

Årlig och fördjupad granskning

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2018	<p>Utredning och uppföljning av familjehem och jourhem</p> <p>Nämnden rekommenderas att se över och utveckla rutiner och arbetssätt för att säkerställa att utredning av familjehem och jourhem genomförs och dokumenteras enligt gällande regelverk. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att vårdplaner och genomförandeplaner upprättas i samtliga ärenden. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att vården i familjehem och jourhem följs upp genom besök och samtal i tillräcklig omfattning i enlighet med gällande regelverk. Rekommendation kvarstår.</p>		X		Stadsdelsnämnden har påbörjat ett arbete för att åtgärda rekommendationerna. Dock kvarstår arbete för att säkerställa att socialtjänstlagens krav och stadens handläggningsriktlinjer efterlevs. (Se bilaga 1)
ÅR 2019	<p>Delegationsordning</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att samtliga erforderliga beslut från nämnd till delegat finns på plats i enlighet i kommunalagen. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunalagens bestämmelser. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla sin interna kontroll avseende delegation. Rekommendation åtgärdad.</p>		X		<p>Ny rutin har införts för att säkerställa beslutskedjan från nämnd till delegat. För beslut där förvaltningschefen ska ha rätt att vidaredelegera kompletteras beslutssatsen vid nämndens ändringar i delegation alltid med beslut om förvaltningschefens rätt att vidaredelegera.</p> <p>Enligt nämndens beslut om delegeringar ska sådana beslut enligt både delegering och vidaredelegering som kan överklagas enligt laglighetsprövning anmälas till nämnden. Ansvaret att anmäla besluten ligger på cheferna för respektive verksamhetsområde. Förvaltningen har anställt en arkivarie som genomför utbildningar för enhetschefer och handläggare hur ärenden ska protokollföras och anmälas. I den interna kontrollen har dock uppmärksammats att det förekommit att beslut som kan laglighetsprövas inte har anmälts till nämnd.</p> <p>Nämnden har gjort en processkartläggning och en riskanalys för att utifrån den kunna säkerställa att beslut inom organisationen fattas enligt nämndens delegeringar och förvaltningschefens vidaredelegeringar. Brister identifierades i enheternas rutiner och kännedom om skillnad i handläggning, varpå utvalda enheter fått uppdrag om egenkontroll av att beslut fattats av delegat på rätt nivå.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2019	<p>Inskrivningsgrad i förskolan</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla arbetet för att öka inskrivningsgraden i de områden där inskrivningsgraden i förskola är låg. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla dokumentationen och systematiken för arbetet med att öka inskrivningsgraden i förskolan. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla rutiner för uppföljning och analys av insatser för att öka inskrivningsgraden i förskolan. Rekommendation åtgärdad.</p>		X		<p>Stadsdelsnämnden har analyserat statistik och identifierat barn som inte är inskrivna i förskolan. Insatser för att nå barnen och dess föräldrar kommer att ske i den ordinarie verksamheten. De aktiviteter som pågår är enligt uppgift bland annat att samhällsväglare ger information om förskola och praktiskt stöd vid ansökningsprocessen samt informationsinsatser i öppen förskola. Planerade aktiviteter är dock inte dokumenterade. Uppföljning sker i samband med tertiärrapportering samt i förskolerapporten vilken biläggs verksamhetsberättelsen.</p> <p>Rekommendationen om att utveckla arbetet i områden där inskrivningsgraden är låg samt rekommendationen kring uppföljning och analys bedöms som åtgärdade.</p> <p>Rekommendationen om att utveckla dokumentation och systematik bedöms kvarstå. Nämnden behöver utveckla dokumentationen, bland annat avseende att upprätta en plan för planerade aktiviteter vilken kan följas upp på ett systematiskt sätt.</p>
ÅR 2019	<p>Samverkan mellan skola-socialtjänst</p> <p>Nämnden rekommenderas att fortsätta informera om stödmaterialet, samt verka för att förbättra kunskapen om innehållet i stödmaterialet. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att fortsätta arbetet med att inkludera fler fristående skolor i samverkan med socialtjänsten. Rekommendation åtgärdad.</p>	X			<p>Förvaltningen har fortsatt arbetat med att informera om och tillgängliggöra stödmaterialet. Stödmaterialet är inkluderat i samverkansöverenskommelsen mellan förskola, skola, och socialtjänst, inklusive prevention och fritid (SSPF) samt finns tillgänglig på förvaltningens intranät. Information om stödmaterialet har gått ut till kommunala rektorer via grundskolechef samt vid möten inom ramen för samverkansöverenskommelsen.</p> <p>Åtgärder har vidtagits för att inkludera fler friskolor i samverkan med socialtjänsten. Mottagningsgruppen, fältassistenter och öppenvården har sökt strukturerade samarbeten med friskolorna. Mallar och information om insatser har delats med friskolorna. Friskolorna har fått inbjudan att medverka i SSPF och i olika projekt. Deltagandet i aktiviteter och intresset för mer strukturerat samarbete har dock varit lågt.</p> <p>De båda rekommendationerna bedöms åtgärdade. Revisionskontoret konstaterar dock att det finns ett fortsatt behov av att i större utsträckning inkludera de fristående skolorna i samverkan mellan skola och socialtjänst</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
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. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret. 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 kvarstår.</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>Stickprov har tagits på sex transaktioner som avser personlig assistans enligt LSS under perioden januari-augusti 2021. Resultatet från stickprovet visar på fyra avvikelser, där personnummer har förekommit på fakturabilaga i ekonomisystemet.</p> <p>Det uppges att staden håller på att arbeta fram en gemensam rutin för samtliga stadsdelar för hur misstänkt assistansfusk ska hanteras. I dagsläget kontaktas stadens juridiska avdelning vid behov. Om man uppfattar att utförare inte fullföljer sitt uppdrag eller ser att insatsen inte utförs med god kvalitet görs en anmälan till IVO. Rekommendationen bedöms kvarstå då ingen rutin tagits fram.</p>
ÅR 2020	<p>Inköpsprocessen</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att avtalade villkor följs vid betalning av fakturor från leverantörer. Rekommendation kvarstår.</p>		X		<p>Förvaltningen uppger att de vidtagit åtgärder i form av informationsinsatser till berörda. Informationstillfällen är även planerade för förvaltningens samtliga enhetschefer med fokus på inköp/upphandling och uppföljning av avtal samt kontroll av fakturering. Utifrån iakttagelser i årets granskning 2021 bedöms rekommendationen kvarstå.</p>
ÅR 2020	<p>Förtroendekänsliga och ledningsnära poster</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att rese- och representations-transaktioner konteras rätt samt att erforderliga underlag alltid bifogas.</p>	X			<p>Stickprovsgranskning av transaktioner gällande resor och konferenser, utbildning samt representation visar på tillräcklig intern kontroll i granskad process. Endast mindre avvikelser noteras.</p>
ÅR 2020	<p>Beslutsunderlag och uppföljning av beslut i nämnd</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av om nämndens samtliga beslut är genomförda. Rekommendation åtgärdad.</p>	X			<p>En rutin för att upprätta balanslista har tagits fram och gäller fr.o.m. 2021-12-15. Listan administreras av nämndsekreterare och berörd avdelningschef har ansvar att informera nämndsekreterare om status. Stabschefen ansvarar för att ledningsgruppen gemensamt går igenom sammanställningen vid sina veckovisa möten. Stadsdelsdirektören går igenom balanslistan med nämndens ordförande vid ordförandeberedningen inför respektive nämndsammanträde och i övrigt vid behov. Verkställda uppdrag förtecknas av nämndsekreteraren i en separat del av balanslistan och bevaras där under fem år. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
År 2021	<p>Hälso- och sjukvårdsansvar vid stadens äldreboenden</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner.</p> <p>Nämnden rekommenderas att tydliggöra överenskommelser med läkarorganisationen avseende vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.</p>				Rekommendationerna följs upp 2022.
År 2021	<p>Intäktprocessen</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att pris/fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor eller avtal och att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att makulering görs i enlighet med stadens regler.</p>				Rekommendationerna följs upp 2022.

Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
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 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 en dokumenterad analys av verksamhetens kvalitet, utifrån en sammanställning av riskanalys, samtliga avvikelser och egenkontroller, redovisas för nämnden. Rekommendation åtgärdad.</p>	X			Nämnden har utvecklat rutiner och strukturer för avvikelshantering. Analys och dokumentation av rapporterade avvikelser sker löpande. Egenkontroller sker regelbundet, dokumenteras och analyseras. Information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah är en stående punkt i APT-årshjulet. Kvalitetsberättelse med detaljerad information om det systematiska kvalitetsarbetet upprättas årligen och delges nämnden.

Revisions- projekt	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 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> <p>Nämnden rekommenderas att genomföra en kartläggning av behovet av personuppgiftsbiträdesavtal. Rekommendation kvarstår.</p>		X		<p>Förvaltningen har tagit fram en organisation för att bättre kunna följa upp dataskyddsförordningen, där ansvariga har utsetts för varje avdelning och enhet. En handlingsplan har tagits fram för att säkra och utveckla arbetet med dataskydd och informationssäkerhet under 2021. Visst arbete kvarstår, exempelvis med att tidsätta och fördela arbetet i handlingsplanen. DSO:s årliga granskning, som utförts med hjälp av extern konsult, visar dock på brister i gällande förvaltningens grundläggande arbete med inventering av personuppgiftsbehandlingar, upprättande av registerförteckning och klassning av informationstillgångar. Bristerna ses som ett tecken på att styrningen fortfarande behöver utvecklas.</p> <p>Det finns rutiner och mallar för informationssäkerhetsklassning som av extern konsult bedömts vara tillräckliga för att användare ska kunna klassa sina informationstillgångar. 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. Dock har väldigt få informationsklassningar genomförts enligt dokumentationen i Drafit. Behovet av att genomföra informationsklassningar kvarstår därmed. Vidare krävs åtgärder för att inventering av personuppgiftsbehandlingar och registerförteckningen ska uppfylla kraven i dataskyddsförordningen.</p> <p>Det finns standardiserade PuB-avtal och instruktioner för avtalet men det saknas rutin för när avtalet ska användas. Kartläggning av behovet av avtal har inte kunnat göras så som avsett då grundläggande förutsättningar i form av en fullständig registerförteckning saknats.</p>

Revisions- projekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 3/2020	<p>Psyisk ohälsa hos äldre</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla och samordna planeringen av det förebyggande arbetet riktat mot äldre personer.</p> <p>Nämnden rekommenderas att se till att såväl kommunala som privata hemtjänstutövare har information om nämndernas förebyggande verksamhet.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att biståndshandläggare, i utredningar, konsekvent beaktar och dokumenterar den enskildes situation när det gäller psykisk hälsa och välbefinnande.</p> <p>Nämnden rekommenderas att följa upp samtliga biståndsbedömda insatser minst årligen.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utarbeta och implementera rutiner för samverkan med regionen inom berörda verksamheter.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla en samlad uppföljning och analys av det förebyggande riktat mot äldre personer.</p>				Rekommendationerna följs upp 2022.
Nr 2/2021	<p>Samverkan utskrivna patienter från slutenvård</p> <p>Nämnden rekommenderas att tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla rapporteringen av avvikelser. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias. Rekommendation åtgärdad.</p>	X			Enligt intervjuade kallar primärvården till SIP-möten i flertalet av fallen, även i de fall där SIP-möte inte är påkallat, för att slippa vitesföreläggande från regionen. Handläggarna har en löpande kommunikation med utförarna vid förändringar för brukaren. Förvaltningen har som en rutin att för större avvikelser ska handläggarna vända sig till kvalitetsutvecklaren. Uppföljning sker genom dialog och regelbundna möten med primärvården samt följa upp statistiken över genomsnittligt antal utskrivningsklara dagar samt antal kallelser till SIP-möten.

Revisions- projekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 3/2021	<p>Idéburet offentligt partnerskap</p> <p>Nämnden rekommenderas överväga att upprätta en skriftlig processbeskrivning för idéburet offentligt partnerskap för att säkerställa transparens, spårbarhet och enhetligt arbetssätt. Överväganden och ställningstaganden bör dokumenteras.</p> <p>Nämnden rekommenderas att tydliggöra grundprinciperna i idéburet offentligt partnerskap i de skriftliga överenskommelserna genom att beskriva den gemensamma samhällsutmaningen och lösningen samt på vilket sätt denna är ett led i förverkligandet av ett politiskt beslutat program eller plan.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att de aktiviteter och åtaganden som planeras inom partnerskapet är väsentliga för lösningen av samhällsutmaningen och möjliga att följa upp</p>				Rekommendationerna följs upp 2022.

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.