

Årsrapport 2014

Östermalms stadsdelsnämnd

**Rapport från
Stadsrevisionen**

Nr 11, 2015

Dnr 3.1.2-49/2015

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
Östermalms stadsdelsnämnd

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

Revisorerna överlämnar och återopar revisionskontorets årsrapport för Östermalms 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 Östermalms stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar ett överskott med 21 mnkr efter resultat-enheternas överföringar jämfört med budget. Den största avvikelserna finns inom verksamhetsområdet äldreomsorg, vilket i huvudsak beror på färre utnyttjade platser i vård- och omsorgsboende.

Alla kommunfullmäktiges verksamhetsmål bedöms vara uppfyllda utom två mål som är delvis uppfyllda. Avvikelseberor till stor del på resultatet i brukarundersökningen och medarbetarundersökningen samt på nämndens sjukfrånvaro. Vidare har nämnden i huvudsak uppfyllt sina egna mål och i verksamhetsplanen angiven verksamhet.

Intern kontroll

Revisionskontoret bedömer att nämndens interna kontroll har varit tillräcklig. Nämnden bedöms ha en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Ekonomi, verksamhet och kvalitet följs systematiskt upp i samband med nämndens månads- och tertialrapporter.

Vissa mindre brister har dock noteras avseende den interna kontrollen i genomförda fördjupade granskningar. Dock är sammantaget de brister som noterats inte av sådan omfattning att det väsentligen påverkar bedömningen av nämndens internkontroll.

Bokslut och räkenskaper

Bokslut och räkenskaper bedöms i allt väsentligt vara 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	7
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 revisionsed 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 nämnden och förvaltningsledningen i samband med genomgång av 2013 års resultat och avstämning inför 2014.

Granskningsledare för nämnden har varit Martin Andersson vid revisionskontoret samt Annika Hansson 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 Östermalms stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Nämndens resultat är i allt väsentligt förenligt med de mål som fullmäktige har fastställt.

Ekonomiskt resultat

Nämnden redovisar följande budgetutfall och avvikelser för år 2014:

Mnkr	Budget 2014	B o k s l u t 2 0 1 4			Budget- avvikelse 2013
		Utfall	Avvikelse		
Driftbudget					
Verksamhet					
Kostnader	1 379,4	1 367,0	12,4	0,9 %	0,1
Intäkter	155,8	164,1	8,3	5,3 %	22,7
Verksamhetens nettokostnader	1 223,6	1 202,9	20,7	1,7 %	22,8
Avskrivningar	2,7	2,7	0,0		0,3
Internräntor	1,2	1,3	-0,1		0,1
Driftbudgetens nettokostnader	1 227,5	1 206,9	20,6	1,7 %	22,3
Justerat netto, efter resultatöverföringar		1 206,5	21,0	1,7 %	21,0
Investeringsplan					
Utgifter	11,1	9,4	1,7	15,3 %	4,2
Inkomster	0,0	0,0			0,0
Nettoutgifter	11,1	9,4	1,7	15,3 %	4,2

Av ovanstående redovisning framgår att nämnden redovisar ett överskott med 20,6 mnkr jämfört med budget. Efter resultat-enheternas resultatöverföringar uppvisar nämnden ett överskott med 21 mnkr i förhållande till budget. Utfallet visar att budgethållningen har varit tillräcklig.

De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorg (+8,9 mnkr), övrig socialtjänst (+ 8,3 mnkr) och nämnd och administration (+2,9 mnkr).

Den största avvikelsen finns inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Enligt nämndens redovisning beror överskottet på färre utnyttjade platser i vård- och omsorgsboende än beräknat. Dock har nettokostnaden ökat jämfört med föregående år beroende på högre ersättningsnivåer jämfört med 2013 samt lägre intäkter som en följd av färre platser under 2014.

Inom verksamhetsområdet socialtjänst redovisar samtliga områden ett överskott mot budget. Enligt nämndens redovisning finns de största överskotten inom individ- och familjeomsorgen (+3,2 mnkr) och omsorgen om funktionshindrade (+3,8 mnkr). Överskottet inom individ- och familjeomsorgen beror i huvudsak på minskade externa

placeringar inom vuxnenheten eftersom fler klienter får stöd genom öppenvårdsinsatser i eget boende. Även familjeenheten har haft färre placeringar i HVB och familjehem än beräknat. Överskottet inom omsorgen om funktionshindrade beror i huvudsak på att de höjda schablonersättningarna 2014 för prestationsrelaterade insatser överskrider de faktiska kostnaderna av beställda insatser.

Avvikelsen inom verksamhetsområdet nämnd och administration beror enligt nämndens redovisning i huvudsak på vakanser.

Nämnden har haft 10 resultatenheter under året. Dessa redovisade för år 2014 ett samlat underskott på 0,4 mnkr. Med hänsyn taget till det överförda överskottet från år 2013 och justering av resultatet enligt gällande regler kommer nämnden att föra över ett överskott på 9,1 mnkr till år 2014.

Investeringar uppvisar en positiv avvikelse jämfört med budget med 1,7 mnkr, vilket enligt nämndens redovisning främst beror på förseningar i pågående arbete avseende tillgänglighetsanpassningar.

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 fördjupade granskningar som revisionskontoret har genomfört under året.

Fullmäktige har fastställt tre inriktningsmål och ett antal verksamhetsmål för nämnden. Kopplat till verksamhetsmålen har även ett antal indikatorer fastställts.

Alla kommunfullmäktiges verksamhetsmål bedöms uppfyllas helt utom två mål som bedöms delvis uppfylla.

Nämnden bedömer att målet om att ”Stockholmarna upplever att de får god service och omsorg” är delvis uppfyllt. Flera av målets indikatorer är delvis eller inte uppfyllda. Indikatorerna bygger till stor del på resultatet av brukarundersökningar som visar att brukarna inte är helt nöjda med bl.a. bemötande, trygghet, mat inom bl.a. LSS-boende och vård- och omsorgsboende.

Nämnden bedömer att målet ”Stockholms stad är en attraktiv arbetsgivare med spännande och utmanande arbeten” som delvis

uppfyllt. Fem av målets sex indikatorer bedöms inte uppfyllas helt. Årsmålet om att andelen medarbetare på deltid som erbjuds heltid ska uppgå till 20 % uppfylls inte med ett utfall om 10 %. Nämnden uppfyller inte sjukfrånvarons årsmål på 6,1 % med sitt resultat på 6,6 %. Nämnden uppfyller heller inte helt årsmålen i medarbetarundersökningen.

Revisionskontoret har genomfört två granskningar avseende nationella kvalitetsregister och innerstadssamarbetet som redovisas i *bilaga 2*. Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning använda de nationella kvalitetsregistren i enlighet med kommunfullmäktiges beslut. När det gäller innerstadssamarbetet rekommenderas nämnden bl.a. att se över och reglera för hur uppföljning av ekonomi, verksamhet avseende familjehemsvården och dess kontaktverksamhet ska ske. De brister som har noterats är inte av sådan omfattning att det påverkar bedömningen av nämndens totala verksamhetsmässiga resultat.

Ej verkställda beslut SoL och LSS (funktionsnedsättning och IoF)
Stadsdelsnämnden ska enligt SoL och LSS till Inspektionen för vård och omsorg och 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 och en inom IoF. De avser insatserna kontaktperson och korttidsvistelse.

Nämnden har tilldelats en vitesdom med ett totalt vite om 290 tkr. Nämnden har beslutat att överklaga domen vilken avser boende. 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 bedrivs 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.

En del i nämndens interna kontroll är att säkerställa en ändamålsenlig styrning och kontroll av ekonomi och verksamhet. Revisionskontoret har granskat nämndens verksamhetsplan för år 2014 och bedömer att nämndens egna mål ansluter till kommunfullmäktiges mål för den verksamhet som nämnden bedriver. Nämnden har för varje verksamhetsområde fastställt mål för ekonomi och verksamhet. Några av nämndmålen saknar indikatorer men det framgår relativt väl i verksamhetsberättelsen på vilket sätt uppföljning sker av att målet har nåtts.

Revisionskontoret bedömer att nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Ekonomi, verksamhet och kvalitet följs systematiskt upp i samband med nämndens månads- och tertialrapporter. Uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra sker årligen och i enlighet med stadens gemensamma uppföljningsmodell. Nämnden har under året genomfört kvalitets- och avtalsuppföljningar av sina entreprenaddrivna verksamheter som exempelvis vård- och omsorgsboende, hemtjänst, personlig assistans och daglig verksamhet.

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	1 256,2	1 370,0	1 367,0	3,0	0,2 %
Intäkter	46,2	155,7	164,1	8,4	5,4 %
Verksamhetens nettokostnader	1 210,0	1 214,3	1 202,9	11,4	0,9 %
Avskrivningar	2,7	2,7	2,7	0,0	
Internräntor	1,2	1,2	1,3	-0,1	0,0 %
Driftbudgetens nettokostnader	1 213,9	1 218,2	1 206,9	11,3	0,9 %
Justerat netto, efter resultatöverför- ingar	1 213,9	1 216,0	1 206,5	9,5	0,8 %
Investeringsplan					
Utgifter	8,6	10,7	9,4	1,3	12,1 %
Inkomster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 %
Nettoutgifter	8,6	10,7	9,4	1,3	12,1 %

Nämnden har ett aktuellt system för internkontroll. Nämndens internkontrollplan är framtagen utifrån genomförd väsentlighet- och riskanalys utifrån kommunfullmäktiges indikatorer och processer. Analysen omfattar processer som är väsentliga för nämndens verksamhet. Internkontrollplanen innehåller anvisningarnas krav på indikatorer, väsentliga processer, riskers sannolikhet och väsentlighet, kontrollmoment osv. Uppföljningen av internkontrollplan 2014 visar att samtliga kontrollmoment har genomförts. Avvikelser har noterats när det gäller kontrollmomenten behörigheter som kvarstår efter avslutad anställning, förekomst av oskyddade sekretesshandlingar i tjänsterum och kontroll i RISK. Nämnden har eller planerar att vidta åtgärder för samtliga avvikelser.

Revisionskontoret har genomfört ett antal granskningar av nämndens interna kontroll. Dessa omfattar risk för att medarbetarna utsätts för hot och våld, lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg, nämndens protokollshantering, behörighetsrutiner i Paraplysystemet avseende externa utförare inom socialtjänsten, biståndsbeslut som inte verkställs, utredning och uppföljning av familjehem, behörighetsrutiner i Agresso, faktureringsrutiner, avgifter äldreomsorg och hantering av betalkort/inköpskort.

Sammantaget har granskningarna visat på att den interna kontrollen i huvudsak är tillräcklig. Vissa brister har noterats men är inte av sådan omfattning att de påverkar bedömningen av nämndens interna kontroll som helhet. I syfte att förbättra den interna kontrollen lämnas i avseendet granskningarnas bedömningar och rekommendationer 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.

Underlagen till bokslutet är i god ordning och posterna är i huvudsak väl dokumenterade.

Sammanfattningsvis bedöms att bokslut och räkenskaper i allt väsentligt är rättvisande.

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.

Granskningen visar att nämnden har anslutit sig till både Senior Alert och Palliativa register men enheterna använder inte registren tillräckligt aktivt och i enlighet med kommunfullmäktiges beslut. Vidare visar granskningen att de externa utförarna har anslutit sig till men inte aktivt arbetat med kvalitetsregistren.

Av utdata från kvalitetsregistret Senior Alert framgår att antalet registreringar ligger på en förhållandevis låg nivå i jämförelse med genomsnittet för staden. De registreringar som gjorts avser endast externa utförare. Granskningen visar att ansvaret för att organisera och följa upp de nationella kvalitetsregistren, som åligger verksamhetschef behöver förtydligas.

För att kunna behandla personuppgifter i de nationella kvalitetsregistren krävs enligt Patientdatalagen (2008:355) att den äldre ger sitt samtycke. Om den enskilde är beslutsoförmögen¹ 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.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden behöver säkerställa att de nationella kvalitetsregistren används på ett mer ändamålsenligt sätt. Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning använda de nationella kvalitetsregistren och se till att fler enheter aktivt ökar antalet registreringar.

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

Innerstadssamarbetet

En granskning har genomförts av om nämnden har en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende de verksamheter den samverkar kring med Norrmalms och Kungsholmens stadsdelsnämnder.

Granskningen visar att verksamhet avseende försörjningsstöd, arbetsmarknadsåtgärder, ungdomsmottagning och personligt ombud bedrivs inom Östermalms stadsdelsförvaltning. Familjevården och kontaktverksamheten för Östermalm och Norrmalm drivs av Östermalms familjeenhet. På Norrmalm finns norra innerstadens gemensamma parkmiljöavdelning och verksamheten för budget- och skuldrådgivning. Nämnderna i norra innerstaden delar på en tjänst avseende medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR), förlagd till Kungsholmen. I verksamheten för personligt ombud, budget- och skuldrådgivning och MAR ingår även Södermalm.

Granskningen visar att nämnderna för samtliga verksamhetsområden i huvudsak har formaliserat och dokumenterat fördelning kring ansvar, budget, kostnader, samverkan, uppföljning m.m. Förvaltningarna anser att ansvarsfördelningen är tydlig och fungerar väl för samtliga verksamheter som nämnderna samverkar kring. Det noteras dock att det för verksamheterna avseende familjehemsvården och kontaktverksamheten inte är formaliserat i överenskommelsen hur uppföljningen av ekonomi och verksamhet ska ske.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i huvudsak har en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende verksamheter som de samverkar med stadsdelsnämnderna i norra innerstaden kring. Nämnden rekommenderas dock att se över och reglera hur uppföljning av ekonomi, verksamhet avseende familjehemsvården och dess kontaktverksamhet ska ske.

Intern kontroll

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 förvaltningen har riktlinjer och säkerhetsrutiner där information om hot- och våld ingår och anvisningar för hur de anställda inom olika enheter ska agera både förebyggande

och om de hamnar i hot- och våldssituationer. Alla chefer ansvarar för att personal får behövlig information om säkerhetsfrågor. Hot och våld ingår i förvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete och tas upp bland annat i skyddsronderna. En arbetsmiljöenkät görs enligt uppgift varje år på alla enheter. Dock finns där inget om hot och våld. Revisorerna har även noterat att det vid granskningstillfället inte fanns något om att hot- och våldsincidenter ska registreras i RISK-systemet.

De personalkategorier som förvaltningen bedömer löper störst risk att utsättas för hot och våld är socialsekreterare, fältassistenter, biståndshandläggare och utförare inom äldreomsorg, personal inom demensvård.

Exempel på förebyggande säkerhetsåtgärder som har vidtagits är bland annat vakt i receptionen, larm inom försörjningsstödsenheten och dubbelbemanning vid behov.

Utdrag ur RISK-systemet för perioden 1 november 2013 till 31 oktober 2014 visar att anställda i Östermalms stadsdelsförvaltning har registrerat 8 incidenter, varav 2 har klassificerats som allvarliga. Av de 8 incidenterna gäller 4 socialtjänstavdelningen och 4 barn- och ungdomsavdelningen. 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 det har gjorts.

Sammantaget är bedömningen att Östermalms stadsdelsnämnd arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att förebygga och hantera hot och våld mot personalen. Dock behöver nämndens anvisningar kompletteras med att incidenter ska rapporteras i RISK-systemet.

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 delegation om beslut att teckna avtal utanför ramavtal enbart gäller enhetschef. Förvaltningen följer systematiskt upp öppenvårdsinsatser oavsett utförare. Dock följer inte förvaltningen upp köp av tjänster inom individ- och familjeomsorgen på en aggregerad nivå. Det finns ingen funktion som ansvarar avtalsförvaltning avseende avtal inom individ- och familjeomsorgen, utan respektive enhetschef ansvarar för sina avtal.

Nämnden har under år 2013 köpt externa öppenvårdstjänster för 938 tkr varav ca 26 % 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 familjeomsorgen. Nämnden rekommenderas dock att säkerställa tillförlitligheten i internredovisningen när det gäller verksamhetskoder, då det finns brister som försvårar den interna uppföljningen.

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 följs vad gäller protokollens förande, innehåll och justering. Granskningen har därutöver visat att närvaroredovisningen bör utvecklas, då det inte framgår vid vilka ärenden personalföreträdare och tjänstemän deltog. Vidare bör protokollföringen av jäv utvecklas så att det tydligt framgår att den jävige inte deltar vid handläggningen av ärendet.

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 även att nämndens rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn är tillräckliga.

Den sammantagna bedömningen är att nämndens protokoll följer kommunallagens krav och att protokollen är informativa och lättförståeliga samt att det finns tillräckliga rutiner för publicering av protokollen på webbplatsen insyn. Nämnden rekommenderas att dock att utveckla närvaroredovisningen och protokollföringen av jäv.

Behörighetsrutiner i Paraplysystemet avseende externa utförare inom socialtjänsten

Revisionskontoret har genomfört en granskning av den interna kontrollen i nämndens behörighetsrutiner för externa utförare avseende verksamhetssystemet Paraplyet. Intervjuer har genomförts med Paraplysamordnare. Verifiering av behörighetsrutinerna har gjorts genom kontroll av att det finns underlag som styrker de behörigheter som vid granskningstillfället fanns registrerade i Paraplysystemet.

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 äldre nämnden 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 utförardokumentationen. Uppföljning av vilka behörigheter som kan avslutas görs årligen och 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.

Under 2014 avsåg nämnden att genomföra en kontroll av samtliga externa utförares hantering av tilldelning, uppföljning och avslut av behörigheter. Denna kontroll var dock inte genomförd vid granskningstillfället.

Verifieringen visade att det för flertalet granskade behörigheter fanns fullständiga underlag, ifyllda och undertecknade av behöriga personer.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden i huvudsak följer gällande centrala anvisningar för behörighetsadministrationen i Paraplysystemet. Nämnden behöver dock förbättra uppföljningen och kontrollen 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.

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.

Nämnden har dokumenterade rutiner för bevakning och rapportering av ej verkställda beslut.

Förvaltningen bevakar ärenden manuellt genom bl.a. ärendedragningar och förvarar information om ej verkställda ärenden i en specifik pärm. Rapporteringen anmäls endast till sociala delegationen.

Nämnden vidtar åtgärder när ett biståndsbeslut inte kan verkställas och har endast ärenden från 2014 som ännu inte är verkställda. Nämnden har tilldelats en vitesdom med ett totalt vite om 290 tkr.

Den sammantagna bedömningen är att nämnden 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.

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. Verksamhetssystemet Paraplyet bör användas för att komplettera den manuella bevakningen av ärenden.

Utredning och uppföljning av familjehem

En granskning har genomförts om nämnden genomför utredning och uppföljning av familjehem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och stadens riktlinjer. Granskningen har genomförts genom intervjuer och aktgranskning.

Nämnden ska i sin utredning av lämpligheten av ett familjehem göra en bedömning av hemmets allmänna förutsättningar, d.v.s. om vården är trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet. Utredningen av ett familjehem omfattar intervjuer, hembesök och referenstagning. Granskningen visar att dokumentationen i familjehemsutredningarna i huvudsak följer regelverket. I något fall saknas det registerutdrag t.ex. misstanke- och belastningsregister och det framgår inte heller om det har genomförts intervjuer, hembesök och tagits referenser.

Inför nämndens beslut om vård i familjehem ska en bedömning ske om hemmets allmänna förutsättningar svarar mot barnets eller den unges behov. Beslutsunderlaget ska innehålla en aktuell utredning av familjehemmet samt en redogörelse om överväganden att placera hos anhöriga eller hos närstående. Granskningen visar att nämnden gör en bedömning av familjehemmet och att beslutsunderlaget innehåller det som krävs.

I samband med att barnet eller den unge placeras ska en genomförandeplan upprättas, där det framgår vilka åtgärder som planeras för barnet eller den unge. Granskningen visar att genomförandeplaner upprättas men att de inte alltid är undertecknade av vårdnadshavare, den unga, förvaltningen eller av familjehemmet.

Vården i ett familjehem ska följas genom personliga besök minst fyra gånger per år. Samtal ska ske med barnet, familjehemmet och vårdnadshavaren och bör bl.a. omfatta frågor om vården, miljö, familjehemmet, fritid, närstående, skolan, hälso- och sjukvård etc. Granskning visar att nämnden kontinuerligt följer upp vården enligt regelverket.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i huvudsak genomför utredning och uppföljning av familjehem i enlighet med gällande regelverk. Nämnden rekommenderas dock att säkerställa att uppgifter som framkommit i utredningsprocessen dokumenteras och tydligt framgår i utredningen och i akten.

Behörighetsrutiner i Agresso

En granskning har skett av nämndens kontroller i samband av tilldelning och borttag av behörigheter i ekonomisystemet Agresso.

Granskningen visar att samtliga granskade behörighetsblanketter finns och är överensstämmande med motsvarande uppgifter i Agresso. Vidare har samtliga granskade attestanter upprättade attestkort. Det finns skriftliga rutiner för både tilldelning och uppföljning av behörigheter och attest i Agresso. Verifieringen visar även att rutiner, trots att den inte är dokumenterad, i allt väsentligt fungerar både utifrån behörighet och attest.

Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig. Dock rekommenderas nämnden att upprätta dokumenterade rutiner kring hanteringen av attest och behörigheter och att säkerställa inaktuella attester och behörigheter finns samlat. Vidare bör nämnden även säkerställa att det finns aktuella attestkort och en attestlista samt att det inte görs några manuella korrigeringar på behörighetsblanketterna.

Faktureringsrutiner, avgifter äldreomsorg

En granskning har genomfört om nämndens interna kontroll i kundfakturerings/debitering av äldreomsorgsavgifter är tillräcklig och om uppgifterna i redovisningen är aktuella, fullständiga och rättvisande.

Granskningen visar att det nya systemet för hemtjänst säkerställer att ersättning för utförda tjänster faktureras. Vid verifiering av att upprättade fakturor överensstämmer med underlag har inga avvikelser noterats. Dock har det i ett fall noterat att inkomstblanketter saknas i akt och där med har inte uppgifterna i den ekonomiska utredningen i Paralyet kunnat verifieras. Vidare har man inom enheten rutiner för löpande kontroll av bevakningen, det genomförs intern revision 2 ggr/år och det finns rutiner för både för- och efterkontroll vid köringstillfället. Det finns dokumenterade rutiner för olika moment i avgiftshandläggningen.

Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig. Det har skett förbättringar mot föregående års granskning. Dock rekommenderas nämnden utveckla rutiner för hanteringen av utestående fordringar samt att säkerställa det finns inkomstuppgifter som styrker fattade avgiftsbeslut. Vidare bör nämnden överväga att ta fram en rutin för stickprovskontroller av fattade beslut.

Hantering av betalkort/inköpskort

En granskning har skett av nämndens interna kontroll avseende de administrativa rutinerna vid beställning och hantering av betalkort.

Granskning visar att kreditkort inte används inom stadsdelen.

Hantering av förskottskassor bedöms utgöra en liten risk enligt stadsdelens risk- och väsentlighetsanalys och ingår där med inte i internkontrollplanen.

Bilaga 3 - Uppföljning av lämnade rekommendationer

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2013	Fritidsverksamhet för personer med funktionsnedsättning Nämnden behöver bli aktivare i arbetet med att utveckla utbudet av fritidsaktivitet för barn och ungdomar med funktionsnedsättning. För detta krävs mer kunskap om hur barn och ungdomar med funktionsnedsättning tar del av utbudet av fritidsaktiviteter, vad de saknar och vad de tycker om innehållet i verksamheten. Som ett stöd i arbetet rekommenderas nämnden att utveckla arbetet med verksamhets- och kvalitetsuppföljning för dessa barn och ungdomar.			X	Framgår inte i yttrandet över nämndens årsrapport 2013.
2013	Stadens ramöppettider för förskolan och möjlighet till omsorg utanför ramtiden 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. Revisionskontoret rekommenderar att nämnden dokumenterar handlägningsrutinen. Nämnden måste tillse att föra in i sin delegationsordning vem som är delegat att fatta beslut om omsorg på ob-tid.		X		Nämndens yttrande över årsrapport 2013: I syfte att rätta till de i granskningen påtalade bristerna har förvaltningen under 2014 inlett ett utvecklingsarbete med att förfina tillämpningsrutinerna inom ramen för stadens riktlinjer. Förskolorna ska rutinmässigt lämna uppgift om öppettider och vara tydliga i sin information till föräldrar om ramöppettiderna samt rätten till annan barnomsorg om förskolan har stängt. Förvaltningen kommer genom stickprov att tillfråga föräldrarna om öppettiderna motsvarar deras behov, samt vid tertialuppföljning kontrollera att ramöppettiderna följs. Förvaltningen ska tillhandahålla skriftlig information om möjlighet till omsorg på ob-tid. Riktlinjer för handläggningen av ansökningar på ob-tid ska upprättas. Förvaltningen kommer att föreslå ändring i delegationsordningen så att beslutanderätt om omsorg på ob-tid framgår.
2013	Enskildas medel För att stärka den interna kontrollen rekommenderas att nämnden genomför egna uppföljningar inom den egna regin för att säkerställa att nämndens regler avseende hanteringen av enskildas medel följs. Nämnden rekommenderas även att följa upp att privata utförare har rutiner för hantering av enskildas medel.	X			Nämndens yttrande över årsrapport 2013: Kontroll av privata utförares rutiner för hantering av enskildas medel och hur dessa sköts ingår i äldreomsorgens driftavtal med entreprenörerna och i kommunfullmäktiges uppföljningsmodell. Förvaltningen följer upp detta regelbundet. Egen regi inom äldreomsorgen kontrolleras numera med samma systematik. Socialtjänstens utförare inom omsorg för personer med funktionsnedsättning har följts upp. Med det nya driftsavtalet för gruppboendena kommer detta att förbättras och mer likna äldreomsorgens modell.
2013	Interna och externa projektmedel för särskilda insatser/utvecklingsområden Nämnden rekommenderas att utarbeta	X			Nämndens yttrande över årsrapport 2013: Förvaltningen har utarbetat riktlinjer för projekthantering som bl. a. innebär

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
	riktlinjer för projekthanteringen och i rutinerna tydliggöra och definiera begreppet ”projekt”. Vidare att en lägsta nivå fastställs avseende krav på dokumentation, redovisning, uppföljning och kontroll avseende verksamhet som bedrivs i projekt.				förtydligande av ansvar för rekvirering, utförande, bokföring, attest och avrapportering av projektet till nämnd och till motpart. Budget upprättas och månadsuppföljning görs av ansvarig. Förvaltningens upphandlingsbestämmelser och delegationsordning gäller även externa projekt. Delegationsordning ska följas, och om ändringar behövs ska ansvarig för projektet i samråd med avdelningschef och nämndsekreterare framlägga förslag till nämnden.
2013	Jobbtorgens och stadsdelsnämndernas arbetsmarknadsinsatser Nämnden rekommenderas att se över sina rutiner för att försäkra sig om att klienter remitteras till Jobbtorg Stockholm när så bör ske efter det att de involverats i nämndens egen arbetsmarknadsinsats. Nämnden bör även samverka med andra stadsdelar för att tillgodose behovet av en mer konkret samverkan på verksamhetsbasis.		X		Nämndens yttrande över årsrapport 2013: En remittering till AR-teamet görs i de ärenden där klienten inte kvalificerar sig för Jobbtorg Resurs. AR-teamets målgrupp har ett behov av en individuell planering som innefattar en tät och kontinuerlig kontakt samt även ett nära samarbete med andra aktörer som t. ex. psykiatri och andra enheter inom förvaltningen. I de flesta fall, även där målsättningen är arbete eller studier, arbetar AR-teamet med komplexa ärenden som kräver en långsiktig planering, en kontinuitet i kontakten och ett tätt samarbete med andra aktörer för att nå det slutliga målet med egen försörjning. Bedömningar görs kontinuerligt om ärendet kan remitteras vidare till Jobbtorg Resurs. Det har dock visat sig att flertalet av de ärenden som senaste tre åren remitterats från AR-teamet till Jobbtorg Resurs har remitterats tillbaka till AR-teamet för att få en tätare kontakt och ett tätare stöd. Mellan stadsdelens egen arbetsmarknadsinsats och Jobbtorg Resurs finns även ett samarbete gällande att OSA anställda får möjlighet till individuell coachning med målsättning att komma ut i en annan anställningsform. Omvänt har även Jobbtorg Resurs aspiranter som erbjudits OSA anställning när detta bedöms vara rätt insats.
2013	Känslig information i ekonomisystemet Nämnden rekommenderas att införa en rutin som säkerställer att känslig information inte förekommer i ekonomisystemet.	X			Nämndens yttrande över årsrapport 2013: Förvaltningen anser sig i huvudsak ha bra rutiner för känsliga fakturor och redovisningsansvarig har utbildat handläggarna i dessa. Rutinerna innehåller bl. a. ”Viktig information till våra leverantörer” och information om ”Skanning vid sekretessbelagd information”. Nämnden har också i internkontrollplanen för 2014 tagit upp sekretessfakturorna som en särskild väsentlig process som skall granskas. Flertalet av de granskade fakturor där det brustit i sekretessen avser fakturor genererade av andra förvaltningar

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
					i Paraplysystemet. Detta är ett problem som berör hela staden och är inget Östermalms stadsdel enskilt kan påverka genom att ta fram egna rutiner. Här måste staden se över hur uppgifter registreras och genereras i det stadsgemensamma verksamhetssystemet Paraplyet. Behörighet i webbinfo gör att endast berörd personal kan se fakturorna.
2013	Lönehantering Nämnden rekommenderas att tillse att samtliga beslutsattesterande chefer skriver ut och signerar lönelistan samt känner till nämndens rutiner avseende kontroll av lön. Nämnden bör även överväga att i rutinbeskrivningen föra in och förtydliga vilka typer av kontrollmoment som ska utföras av chef före löneutbetalningen.		X		Nämndens yttrande över årsrapport 2013: Det pågår ett arbete med att ta fram rutiner. Kontroll av underlag för lön kan t.ex. göras i LISA självservice i samband med lönekörning. Vid felaktiga uppgifter i LISA kan löneutbetalning spärras.
2013 2014	Faktureringsrutiner, avgifter äldreomsorg 2013 Nämnden rekommenderas att införa kontroll så att en utförare inte kan få ersättning från stadsdelen för en person utan att fakturering också sker till brukaren. Vidare att översyn av faktureringsbeloppen sker så att delbelopp i en faktura alltid är korrekta. Fördjupad granskning 2014: Nämnden rekommenderas att utveckla rutiner för hanteringen av utestående fordringar samt att säkerställa det finns inkomstuppgifter som styrker fattade avgiftsbeslut. Vidare bör nämnden överväga att ta fram en rutin för stickprovskontroller av fattade beslut.		X		Nämndens yttrande över årsrapport 2013: Till stor del har problemet avhjälpes genom det nya ersättningssystemet till utförare inom äldreomsorgen. Brukare debiteras med utgångspunkt i utförd tid. I de fasta rapporterna finns kvardröjande tekniska problem. Förvaltningen ser också över egna interna kontrollrutiner. Fördjupad granskning 2014: Det har skett förbättringar mot föregående års granskning.
2014	Nationella kvalitetsregister Nämnden rekommenderas att i ökad omfattning använda de nationella kvalitetsregistren i enlighet med kommunfullmäktiges beslut.				Följs upp 2015
2014	Innerstadssamarbetet Nämnden rekommenderas att se över och reglera hur uppföljning av ekonomi, verksamhet avseende familjehemsvården och dess kontaktverksamhet ska ske.				Följs upp 2015
2014	Lojalitet mot ramavtal inom individ- och familjeomsorg Nämnden rekommenderas att säkerställa tillförlitligheten i internredovisningen när det gäller verksamhetskoder, då finns brister som försvårar den interna uppföljningen.				Följs upp 2015

Gransk- ningsår	REKOMMENDATION	ÅTGÄRDAT			KOMMENTAR
		JA	DELVIS	NEJ	
2014	Nämndens protokollshantering Nämnden rekommenderas att utveckla närvaroredovisningen och protokollföringen av jäv.				Följs upp 2015
2014	Behörighetsrutiner i Paraplyet avseende externa utförare inom socialtjänsten Nämnden behöver förbättra uppföljningen och kontrollen 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 2015
2014	Biståndsbeslut som inte verkställs 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. Verksamhetssystemet Paraplyet bör användas för att komplettera den manuella bevakningen av ärenden.				Följs upp 2015
2014	Utredning och uppföljning av familjehem Nämnden rekommenderas att säkerställa att uppgifter som framkommit i utredningsprocessen dokumenteras och tydligt framgår i utredningen och i akten.				Följs upp 2015
2014	Behörighetsrutiner i Agresso Nämnden rekommenderas att upprätta dokumenterade rutiner kring hanteringen av attest och behörigheter och att säkerställa inaktuella attester och behörigheter finns samlad. Vidare bör nämnden säkerställa att det finns aktuella attestkort och attestlista samt att det inte görs manuella korrigeringar på behörighetsblanketterna.				Följs upp 2015