

# Årsrapport 2022

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Rapport från  
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2023/24

Den kommunala revisionen är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivits i nämnder och bolag. Stadsrevisionen i Stockholm stad granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt kommunfullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna, lekmannarevisorerna och revisionskontoret.

I årsrapporter för nämnder och bolagsstyrelser sammanfattar stadsrevisionen det gångna årets granskningar och bedömningar av verksamheten. Granskningar som genomförs under året kan också publiceras som revisionsrapporter.

All rapportering finns på stadsrevisionens hemsida, [start.stockholm/revision](http://start.stockholm/revision). Rapporterna kan också beställas från revisionskontoret, [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

## Årsrapport 2022

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnds verksamhet under 2022.

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

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm  
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren  
Sekreterare

## **Sammanfattning**

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar.

### **Verksamhet och ekonomi**

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

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

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat förutsättningar för en äldreomsorg med hög kvalitet och individuppföljning av placerade barn, efter pandemin. Granskningarna visade på några utvecklingsområden, bland annat att nämnden behöver ta fram en kompetensanalys och utveckla aktiviteter i kompetensförsörjningsplanen för äldreomsorgen. Vidare rekommenderas nämnden att ta fram en rutin för hur digitala möten ska genomföras vid uppföljning av placerade barn.

### **Intern kontroll**

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat bland annat attesthantering i Agresso, förtroendekänsliga poster, inköpsprocessen, intäktprocessen, kontroll av löneutbetalningar, pensionshantering och -redovisning samt samverkansöverenskommelse med Polisen. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms i huvudsak vara tillräcklig. Ett utvecklingsområde har dock framkommit i granskningen av förtroendekänsliga poster. Nämnden rekommenderas säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation.

### **Räkenskaper**

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

## **Uppföljning av tidigare års granskningar**

Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i föregående års granskningar. De väsentligaste rekommendationerna som återstår är att informationsklassificera samtliga informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera personuppgiftsbehandlingar. Vidare säkerställa att rese- och representationstransaktioner konteras rätt och att erforderliga underlag bifogas.

# Innehåll

<b>1. Årets granskning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Verksamhet och ekonomi .....</b>	<b>2</b>
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	4
2.2.1 <i>Driftverksamhet</i> .....	5
2.2.2 <i>Investeringsverksamhet</i> .....	6
<b>3. Intern kontroll .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Räkenskaper.....</b>	<b>9</b>
<b>5. Uppföljning av tidigare års granskning .....</b>	<b>10</b>
<b>Bilaga 1 – Årets granskning.....</b>	<b>11</b>
<b>Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer .....</b>	<b>17</b>
<b>Bilaga 3 – Bedömningskriterier .....</b>	<b>21</b>

## 1. Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och stadens anvisningar samt om den interna kontrollen som görs inom nämnden är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsledning i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning av nämndens verksamhet. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 3.

I rapporten redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionsårets granskningar. De granskningar som genomförts under revisionsåret redovisas närmare i bilaga 1.

En uppföljning av i vilken utsträckning nämnden åtgärdat rekommendationer i tidigare års granskningar redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i bilaga 2.

Revisorerna träffade våren 2022 representanter för nämnden i samband med genomgång av 2021 års granskning och avstämning inför 2022.

Granskningsledare har varit Katja Robleto vid revisionskontoret och Fredrik Birkeland 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 om nämnden följer de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser.

### 2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Nämnden bedöms i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på granskning av nämndens redovisning och på de granskningar som genomförts under året.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Redovisningen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse. Revisionskontorets granskning visar att det i huvudsak finns grund för nämndens målbedömning.

Nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2022 är i allt väsentligt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer att tio av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts.

Nämnden redovisar att verksamhetsmålet ”I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande” uppfylls delvis. Nämndens bedömning av måluppfyllelsen grundar sig på fullmäktiges indikatorer, arbetet med prioriterade områden i verksamhetsplan 2022 samt på underliggande nämndmål med tillhörande indikatorer och aktiviteter. Flertalet av kommunfullmäktiges indikatorer uppfylls delvis eller inte. Utfallet för flertal av dessa indikatorer ligger lägre än resultatet för staden totalt. Indikatorer som uppfylls delvis avser bland annat måltiden är en trevlig stund på dagen samt trygga och nöjda omsorgstagare inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende. För att förbättra upplevelsen av måltiden har nämnden arbetat aktivt med måltidsombud och anordnat olika aktiviteter inom ramen för projektet Matlyftet, såsom hela Fruängsgården bakar, kostmånad, måltidens betydelse, kvällsmatiné och måltidsträff i hemmet. Vidare har måltidsobservationer genomförts och interna utbildningar av medarbetare i samverkan med förvaltningens dietist. Nämndens arbete med trygghet och nöjdhet inom vård- och omsorgsboende har under året omfattat bland annat utveckling av arbetssätt med kontaktperson/kontaktman och genomförandeplaner för att säkerställa hur den äldre vill att insatserna utformas. Inom hemtjänsten har arbetet



fortgått med medarbetarkontinuitet och arbete med ramtid för att öka omsorgstagarens inflytande över planering och utförandet av insatser. Indikatorer som inte uppfylls avser andel boende på vård- och omsorgsboende som upplever att möjligheten att komma utomhus är bra. Utfallet är 43 procent, vilket kan jämföras med årsmål på 60 procent. Nämnden redogör att utevistelse har varit prioriterad under året. Vård- och omsorgsboendena har arbetat med att motivera äldre till dagliga utevistelser bland annat genom att erbjuda promenader, underhållning utomhus, grillfester och daglig kaffestund i trädgården under sommartid. Socialstyrelsens nationella enkätundersökning 2022 ligger till grund för utfallet avseende kommunfullmäktiges indikatorer. Undersökningen genomfördes under januari till mars 2022 till skillnad från mars till maj tidigare år. Resultatet tar i och med detta inte fullt ut hänsyn till de insatser som genomförts senare under året. Resultatet har därtill försämrats generellt på riksnivå, vilket även återspeglas för staden i sin helhet.

Revisionskontoret har genomfört en granskning avseende förutsättningar för äldreomsorg med hög kvalitet. Granskningen visar att Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd arbetar i enlighet med stadens kompetensförsörjningsprocess. Nämndens strategiska kompetensförsörjningsplan för äldreomsorgen behöver dock utvecklas avseende framtagande av kompetensanalys samt utveckling av aktiviteter och uppföljningen av dessa. Vidare behöver en plan för att minska antalet timanställda inom äldreomsorgen på längre sikt tas fram. Nämnden har lämnat yttrande och delar revisionens synpunkter.

Nämnden redovisar även att verksamhetsmålet ”Stockholm använder skattemedlen effektivt till största nytta för stockholmarna” uppnås delvis. Indikatorerna Index Bra arbetsgivare (77) med årsmål på 80 och Aktivt Medskapande index (79) med årsmål på 81 uppfylls delvis. Utfallen ligger nära årsmålet men är något lägre än föregående år. Nämnden har utifrån medarbetarenkäten vidtagit förvaltningsövergripande och avdelningsspecifika åtgärder. Indikatorn Andel av personalkostnader inom socialtjänstens myndighet-sutövning som är för externa konsulter med utfall på 7,48 procent och årsmål på 3 procent uppfylls inte och har ökat med 2,65 procentenheter sedan föregående år. En handlingsplan har tagits fram och åtgärder har vidtagits genom bland annat rekrytering, att utöka antalet ordinarie tjänster samt se över organisation och arbets-sätt. Nämnden prognostiserar att åtgärderna kommer få ner externa konsultkostnader under första halvåret 2023.

Nämnden redovisar att verksamhetsmålet ”I Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet,

evidens och rättssäkerhet” uppnås. Revisionskontoret noterar att flera av kommunfullmäktiges indikator uppnås delvis eller inte. Flertalet av dessa indikatorer ligger dock relativt högt i utfallet eller nära årsmålet. Indikator som uppnås delvis avser bland annat andel utredningar av barn och unga i vilka skola/förskola vidtalas, med utfall på 68,84 procent och årsmål på 70 procent. Under året har bland annat rutiner för samtycke förtydligats vid kontakt med skola och förskola. Indikatorn Andel utredningar av barn och unga där barnet varit delaktigt och fått återkoppling med utfall på 71,3 procent och årsmål på 90 procent uppnås inte. Nämnden har under året arbetat med satsningen i metoden Signs of Safety för att öka delaktigheten och återkopplingen. Åtgärder har vidtagits för att fortsätta förbättringsarbetet på berörda enheter. Resultatet för indikatorerna har förbättrats sedan föregående år.

Revisionskontoret har genomfört en granskning avseende individuppföljningen av placerade barn, efter pandemin. Delar som behöver utvecklas är att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljningen av samtliga ärenden. Vidare att ta fram en rutin för hur digitala möten ska genomföras vid uppföljning av placerade barn.

Inom verksamhetsområde förskolan noterar revisionskontoret att andel nöjda föräldrar till barn i förskolan har förbättrats i jämförelse med föregående år. Verksamheten har en hög andel legitimerade förskollärare om 39,5 procent, i förhållande till kommunfullmäktiges mål om 33 procent. Indikatorer som rör antal barn i grupp samt antal barn per anställd uppnås delvis. Nämnden arbetar med löpande anpassningar i arbetslagen för att möta barngruppernas behov. Under året har arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet på förskolor fortsatt.

För fördjupad information avseende genomförda granskningar se bilaga 1.

## **2.2 Ekonomiskt resultat**

Nämnden bedöms ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

### 2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2022:

Driftverksamhet (mnr)	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022	Avvikelse 2022, %	Budget-avvikelse 2021, %
Kostnader	3 301,1	3 373,5	72,4	2,2 %	2,3 %
Intäkter	440,5	536,9	96,4	21,8 %	22,9 %
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	2 860,6	2 836,6	24,0	0,8 %	0,9 %
<b>Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar</b>	2 860,6	2 845,5	15,1	0,5 %	0,5 %

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 15,1 mnr i förhållande till budgeten. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar avvikelser inom vissa verksamhetsområden. De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorgen (37 mnr), individ- och familjeomsorgen (-29,5 mnr) samt stöd och service till personer med funktionsnedsättning (-12,1 mnr).

Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna inom äldreomsorgen om 37 mnr på lägre efterfrågan av placeringar på vård- och omsorgsboende än budgeterat under första halvåret. Vidare förklaras avvikelsen av minskade kostnader för transporter med anledning av nytt avtal under hösten. Avvecklingen av Solberga vård- och omsorgsboende föregående år har lett till en ökad beläggning på nämndens egna boenden. Efterfrågan på placeringar var 592 i snitt per månad, i jämförelse med 548 föregående år.

Individ- och familjeomsorgen redovisar ett underskott om 29,5 mnr som beror på konsultkostnader inom barn och ungdom samt ökade placeringskostnader avseende LVM inom vuxenomsorgen. Konsultkostnaderna inom barn och ungdom har inte kunnat fasas ut i planerad takt under året. Arbetsbelastningen inom barn och ungdom har varit hög till följd av ett ökat antal ärenden, både gällande orosanmälningar och ärenden som lett till utredning och insats. Vidare har antalet komplexa ärenden ökat inom barn och ungdom. Nämnden har tagit fram handlingsplaner för att minska arbetsbelastningen samt få ner konsult- och placeringskostnaderna. Bland annat har åtgärder vidtagits för att utöka antalet ordinarie

tjänster inom barn och ungdom samt avlasta handläggare och chefer administrativt. Kontinuerliga uppföljningar har genomförts av LVM-placeringar med fokus på långsiktig planering mot hemtagning och för att hitta lösningar i egen regi där det är möjligt.

Underskottet om 12,1 mnkr inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning anges bero på ökade kostnader för individavtal inom särskilda boenden samt daglig verksamhet. Vidare på att kostnaderna för personlig assistans ökat till följd av fler ärenden samt att kostnaderna för turbundna resor varit höga. Nämnden har påbörjat ett arbete med att förhandla om priset på individavtal med befintliga företag samt se över bemanning för personlig assistans. Staden har sedan oktober 2022 ett nytt avtal för turbundna resor, vilket kommer innebära lägre kostnader under 2023.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

### **2.2.2 Investeringsverksamhet**

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med ett överskott om 12,4 mnkr i förhållande till budget. Enligt nämndens redovisning beror överskottet för maskiner och inventarier om 7,5 mnkr främst på att en leverantör inte har hunnit utföra en stor larminstallation på ett av nämndens vård- och omsorgsboenden. Överskottet inom stadsmiljöinvesteringar om 4,9 mnkr beror på förseningar i projekt där leverantörer inte hunnit påbörja arbetet såsom planerat, bland annat avseende installation av LED-lampor.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

### 3. Intern kontroll

I detta avsnitt redovisas granskningen av nämndens interna kontroll. Av granskningen framgår bland annat i vilken utsträckning den interna kontrollen är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Vidare om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig.

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

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Det finns riktlinjer och rutiner som ska bidra till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Nämnden har under året utvecklat ett förvaltningsövergripande kvalitetsforum för frågor avseende kvalitet och utveckling. Kvalitetsforumet har bland annat arbetat med nämndens huvudprocesser och aktiviteter samt implementering av nämndens styrdokument.

Nämnden genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande.

Kontroller som genomförts under året har bland annat omfattat handläggning inom ekonomiskt bistånd, förstärkt samverkan mellan socialtjänst, polis och skola. Vidare har kontroller genomförts avseende hantering av lex Sarah, lex Maria samt synpunkter och klagomål. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och kommer åtgärdas. En mindre avvikelse har bland annat noterats i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Handläggningsprocessen ska ses över under 2023. Inom äldreomsorgen har inkomna synpunkter och klagomål ökat i jämförelse med 2021. Ett arbete har genomförts för att lättare kunna utvärdera och analysera resultat. Revisionskontorets uppföljning av kvarstående rekommendationer från granskningen av läkemedelshantering visar att nämnden utvecklat analysen av uppkomna avvikelser i sin patientsäkerhetsberättelse. Vidare visar revisionskontorets granskning av samverkansöverenskommelse med Polisen att arbetet följs upp och åtgärder vidtas löpande för att förbättra samverkan.

Nämnden har i huvudsak en tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat attesthantering i Agresso, förtroendekänsliga poster, inköpsprocessen, intäktprocessen, kontroll av löneutbetalningar samt pensionshantering och -redovisning. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms i huvudsak vara tillräcklig. I granskningen av förtroendekänsliga poster har dock framkommit att nämnden behöver säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation. Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 4. Räkenskaper

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

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

## 5. Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionen gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2022 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår är att informationsklassificera samtliga informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera personuppgiftsbehandlingar. Vidare säkerställa att rese- och representationstransaktioner konteras rätt och att erforderliga underlag bifogas.



## Bilaga 1 – Årets granskning

### Granskningar under perioden april 2022 - mars 2023

#### Individuppföljning av placerade barn, efter pandemin

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om stadsdelsnämnden har säkerställt uppföljning av familjehemsplacerade barn i åldrarna 0-12 år, i enlighet med gällande lagar och föreskrifter.

Revisionskontorets bedömning är att nämnden har genomfört uppföljningsmöten i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Nämnden behöver dock säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden. Vidare bör rutiner upprättas för hur digitala möten ska anpassas och genomföras.

Löpande uppföljning av beslutade insatser är en förutsättning för att socialtjänsten ska kunna upprätthålla god kvalitet. Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänsten noga följa vården av barn och unga. Individens behov och förutsättningar bestämmer hur vården ska följas upp och med vilken frekvens. Till följd av restriktionerna under pandemin har uppföljning av vissa i ärenden i staden skett digitalt eller över telefon. I socialtjänstlagen och enligt Socialstyrelsen finns inga uttryckliga regler som hindrar att samtal och möten genomförs digitalt, men det ställer krav på att den som genomför samtalet är medveten om de risker som finns och att samtalet anpassas utifrån detta.

Familjevårdsgruppen vid Hägersten-Älvsjö stadsdelsförvaltning hanterar cirka 20 familjehemsplaceringar av barn i åldrarna 0-12 år årligen. Uppföljningsmöten ska genomföras fysiskt i hemmet minst en gång per termin, i samband med att övervägande av vården upprättas till nämnden. Däremellan genomförs andra möten och besök utifrån planering i vårdplanen och vid behov, som sedan sammanställs till övervägandet. Under pandemin har vissa uppföljningsmöten i hemmet ersatts av digitala möten. Efter pandemin används digitala möten i regel som komplement till uppföljningsmöten i hemmet.

Familjevårdsgruppen har inte upprättat några särskilda riktlinjer eller rutiner för hur digitala möten ska genomföras. För att säkerställa barnets delaktighet och likriktad handläggarnas hantering bör nämnden ta fram rutiner som tydliggör hur digitala möten ska anpassas och genomföras. Rutinerna bör tydliggöra riskerna som finns med digitala möten och hur samtalet bör anpassas utifrån detta.

Revisionskontorets aktgranskning visar att uppföljningsmöten har genomförts. Dokumentationen av uppföljningsmöten har skett i journalanteckningar och i övervägandet av vården. Dokumentationen i

överbägandet beskriver barnets situation utifrån områdena hälsa, utbildning, känslor och beteende samt sociala relationer. Barnets delaktighet i uppföljningen framgår av dokumentationen.

Dokumentationen ska utgå från de mål och den planering som fastställs i vårdplan och genomförandeplan. Revisionskontorets aktgranskning visar dock att aktuella genomförandeplaner saknas i merparten av de granskade ärendena, vilket är viktigt för att säkerställa att målen i vårdplanen följs upp. Förvaltningen konstaterar att de inte upprättar genomförandeplaner i tillräcklig utsträckning men att ett utvecklingsarbete har påbörjats. Bland annat har en egenkontroll genomförts under hösten för att säkerställa att det finns en aktuell genomförandeplan i samtliga ärenden.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden.
- Ta fram rutiner för hur digitala möten ska anpassas och genomföras.

### **Förutsättningar för en äldreomsorg med hög kvalitet (rapport 5:2022)**

En granskning har genomförts av stadens styrning och åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjning, ett närvarande ledarskap och bemanning inom äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden. Granskningen omfattar kommunstyrelsen, äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Bromma, Hägersten-Älvsjö och Södermalm.

Den samlade bedömningen är att staden har vidtagit åtgärder, utifrån kommunfullmäktiges uppdrag och intentioner, i syfte att kompetensförsörja verksamheten och för att ha ett närvarande ledarskap och god bemanning inom vård- och omsorgsboenden. Det är dock ett långsiktigt arbete som kräver uthållighet för att nå resultat.

Granskningen visar att Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd arbetar i enlighet med stadens kompetensförsörjningsprocess och har upprättat en strategisk kompetensförsörjningsplan. Nämnden redogör dock inte för en kompetensanalys i sin kompetensförsörjningsplan. Utvecklingsområden finns även gällande utformningen av aktiviteter i kompetensförsörjningsplanen och uppföljning av dessa.

Stadsdelsnämnden erbjuder utbildningsinsatser till omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal inom vård- och omsorgsboenden. Det vård- och omsorgsboendet som ingått i granskningen är Silviacertifierat, vilket innebär att medarbetarna har utbildats inom demensvård genom Silviahemmets certifieringsprogram. Boendet har även utbildade ombud på flera områden som stödjer verksamhetens

medarbetare i olika frågor, exempelvis palliativa ombud, hygienombud, kvalitetsutbud och dokumentationsombud/handledare.

Nämnden arbetar begränsat med traditionell marknadsföring vid rekrytering. Arbetet handlar i huvudsak om att vara en attraktiv arbetsgivare. Nämnden erbjuder bland annat verksamhetsförlagd utbildning som ett sätt att få studenter att vilja söka jobb efter avslutad utbildning.

Nämndens vård- och omsorgsboenden genomför rekryteringen på egen hand utifrån de stödmaterial som staden erbjuder. Vid behov kontaktas serviceförvaltningen eller förvaltningens HR avdelning. Stadsdelsnämnden lyfter fram strukturella utmaningar i samband med rekrytering, bland annat bristen på sjuksköterskor och till viss del utbildad omvårdnadspersonal.

Nämndens vård- och omsorgsboenden har lokala introduktionsplaner som används vid introduktion av nyanställd personal och har under året sett över introduktionsmaterialet för medarbetare inom vård- och omsorgsboenden i egen regi.

Stadsdelsnämnden har vidtagit åtgärder för att minska antalet medarbetare per chef. I arbetet med att minska andelen timanställda i vård- och omsorgsboenden behöver nämnden ta fram en plan på längre sikt.

Nämnden rekommenderas att:

- Ta fram en kompetensanalys avseende äldreomsorgen i kompetensförsörjningsplanen i enlighet med stadens vägledning.
- Se över utformningen av kompetensförsörjningsplanerna när det gäller riktade aktiviteter till äldreomsorgen.
- Följ upp aktiviteterna i kompetensförsörjningsplanen.
- Ta fram en plan för arbetet med att minska andelen timanställda i vård- och omsorgsboendena på längre sikt.

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd har lämnat ett yttrande och delar synpunkterna i revisionsrapporten. Äldreomsorgen har påbörjat arbetet med att utveckla kompetensanalysen, beskriva aktiviteterna på bättre sätt samt att följa upp samtliga aktiviteter. Arbetet för att minska andelen timanställda är påbörjad, där en åtgärd är att se över möjligheterna till att ha en resursgrupp med fastanställd personal som täcker upp frånvaro.

### **Samverkansöverenskommelse med Polisen**

En granskning har genomförts av om Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd följt upp och utvärderat arbetet inom ramen för samverkansöverenskommelsen med Polisen.

Revisionskontorets bedömning är att arbetet följs upp och åtgärder har vidtagits för att löpande förbättra samverkan.

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd har en lokal samverkansöverenskommelse med Polisen som togs fram 2020 och reviderades 2021. Samverkansöverenskommelsen omfattar en lokal lägesbild som utgör utgångspunkten i arbetet och som revideras årligen. Tillhörande åtgärdsplaner med aktiviteter har tagits fram som konkretiserar arbetet mellan stadsdelsförvaltningen och lokalpolisområdet.

Organisationen för samverkan består av styrgrupp, beredningsgrupp samt arbetsgrupper. I styrgruppen ingår stadsdelsdirektör, avdelningschef socialomsorg, avdelningschef intern service och samhällsplanering, grundskolechef vid utbildningsförvaltning, representant från trafikkontoret samt två lokalpolisområdeschefer. I beredningsgruppen ingår stadsdelsförvaltningens trygghetsstrateg, samhällsplanerare, enhetschef ung och fritid, enhetschef familjeenheten, utvecklingsledare och controller från social omsorg, samordnare utbildningsförvaltningen, representant från trafikkontoret samt två kommunpolisier. Arbetsgrupperna består av representanter från förvaltningen, polisen och övriga samverkansaktörer beroende på verksamhetsområde. Grupperna träffas regelbundet i samband med verksamhetsplan, tertialrapportering och verksamhetsberättelse. Fler möten kan förekomma utifrån identifierat behov eller uppdrag från styrgruppen.

Lokala samverkansöverenskommelsen utgår ifrån prioriterade samverkansområden såsom riktat arbete mot avgränsade platser och utsatta områden, unga i risk för kriminalitet samt särskilt utsatta områden. Respektive samverkansområde har ett antal aktiviteter kopplat till sig i en åtgärdsplan, exempelvis platssamverkan, tryggt och trivsamt centrum, skolavslutning 2022 samt samverkan socialtjänst, fritid, skola och polisen. Genomförande av aktiviteter dokumenteras i minnesanteckningar från mötena. Sammanställning av åtgärderna följs upp i samband med verksamhetsplan, tertialrapportering och verksamhetsberättelse.

Stadsledningskontoret har i samband med nätverksträff med stadsdelsförvaltningarnas samordnare fört en dialog om mätetal för effektutvärdering på trygghetsområdet. Arbetet är fortsatt ett utvecklingsområde för hela staden.

Samverkan inom styrgrupp, beredningsgrupp och arbetsgrupper uppges fungera väl utifrån de funktioner som ingår i grupperna. Någon systematisk utvärdering av hur samverkan fungerar har inte genomförts men justeringar uppges göras utifrån behov. Utvärderingen av den samlade samverkansöverenskommelsen genomfördes av Sweco 2020 och åtgärder har vidtagits för att förbättra samverkan.

## **Attesthanteringen i Agresso**

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

Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning som överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns ett attestkort för förvaltningschefen samt namnteckningsprov för attestant i genomfört stickprov. Uppföljning av behörigheter i Agresso har skett enligt stadens rutiner.

## **Förtroendekänsliga poster**

En granskning har genomförts av redovisning av förtroendekänsliga poster avseende representation. Granskning har omfattat kontering, deltagare, syfte, momsavdrag samt attestants behörighet och oberoende. Totalt 15 transaktioner har granskats.

Granskningen visar att det fanns brister i två av de granskade transaktionerna. Båda transaktionerna avsåg felaktigt momsavdrag. Vidare noterades fyra transaktioner som bedömdes som korrekt hanterade men felaktigt konterade. Övriga transaktioner granskades i allt väsentligt utan anmärkning. För de transaktioner som granskades bedöms inriktning och omfattning som rimlig.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation.

## **Inköpsprocessen**

En granskning har genomförts av inköpsprocessen med fokus på transporttjänster.

Granskningen visar att transaktionerna är korrekt hanterade avseende prestation, attest och kontering. Dock har en av de granskade fakturorna betalats efter förfalldatum. Avvikelsen bedöms inte vara väsentlig. Det ses dock som viktigt att attestanter attesterar i tid så att betalning kan ske på förfalldatum.

## **Intäktprocessen**

En granskning har genomförts av intäktprocessen avseende äldreomsorgsavgifter.

Granskningen visar att fakturerat belopp överensstämmer med aktuellt avgiftsbeslut för samtliga stickprov. Betalning har skett vid rätt tidpunkt i enlighet med stadens regler. Vidare har bokföring skett vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod. Transaktionen är rätt konterad för samtliga stickprov. Samtliga verifikationer uppfyller kraven i Lag

om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler.

### **Kontroll av löneutbetalningar**

En granskning har genomförts av löneprocessen.

Granskningen har genomförts genom genomgång och verifiering av dokumenterade rutiner och kontroller samt genom uppföljning av avvikelser i genomförd registeranalys.

Enligt stadens anvisning för internkontroll av löner ska varje förvaltning ha en fastställd organisation för arbetet med internkontrollen och organisationen ska vara väl känd inom förvaltningen. Vidare framgår att arbetet med internkontrollen ska dokumenteras på ett sådant sätt att det framgår vad som har kontrollerats, resultatet och eventuell åtgärdsplan. En rutin för förvaring av material ska finnas dokumenterad på förvaltningen.

Internkontrollen ska ske på flera nivåer, både av attesterande chef och på förvaltningsövergripande nivå. Kontrollerna, som framgår av stadens anvisning och är obligatoriska, sker med olika tidsintervall: månatliga, kvartalsvisa och årliga. Granskningen visar att förvaltningen i allt väsentligt genomför och dokumenterar de kontroller som framgår av stadens riktlinjer. Uppföljningen av avvikelser från registeranalysen gjordes utan anmärkning. Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

### **Pensionshantering och -redovisning**

En granskning har genomförts av pensionshantering och -redovisning.

Granskningen har genomförts genom kartläggning av aktuella pensionsavtal samt genom dokumentgranskning av rutiner, riktlinjer och policys. Rutiner och dokumentation har granskats genom verifiering av dokumenterade kontroller. Rapporteringen av pensionsmedförande löner har granskats genom analys av årsrapportering avseende pensionsavtalet KAP-KL.

Granskningen har genomförts samlat för staden och ansvaret för granskad process ligger i huvudsak hos stadsledningskontoret och serviceförvaltningen.

Genomförd granskning har inte föranlett några särskilda iakttagelser avseende stadsdelsförvaltningens verksamhet och föranleder därmed inga rekommendationer.

## Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

### Grundläggande och fördjupad granskning

Års-rapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2018	<p><b>Utredning och uppföljning av familjehem och jourhem</b></p> <p>Se över och utveckla rutiner och arbetssätt för att säkerställa att utredning av familjehem och jourhem genomförs och dokumenteras enligt gällande regelverk. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att vårdplaner och genomförandeplaner upprättas i samtliga ärenden. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att vården i familjehem och jourhem följs upp genom besök och samtal i tillräcklig omfattning och i enlighet med gällande regelverk. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Befintliga rutiner har reviderats och kompletterats med checklistor som ska användas löpande i ärendeprocessen.</p> <p>Egenkontroller har inrättats för att säkerställa att aktuella vård- och genomförandeplaner finns i samtliga ärenden. Enligt uppgift ska uppföljning av vården ske i enlighet med vårdplan och bedömning utifrån den enskildes behov och förutsättningar.</p> <p>Vidare ska besök och samtal dokumenteras i överväganden och kvalitetssäkras av biträdande enhetschef.</p>
ÅR 2018/2021	<p><b>Systematiskt brandskyddsarbete vid särskilda boenden för äldre</b></p> <p>Säkerställa att samtliga boenden har en utbildnings- och övningsplan för brandskyddsarbete samt att säkerställa att samtlig personal ges adekvat brandskyddsutbildning. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att informationsöverföring avseende systematiskt brandskyddsarbete fungerar vid chefsbyten för verksamheter i egen regi. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Utveckla uppföljningen av det systematiska brandskyddsarbetet på en övergripande nivå. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Utveckla uppföljningen av det systematiska brandskyddsarbetet samt säkerställa att brandskyddskontroller sker kontinuerligt. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Under 2022 har en utbildningsplan tagit fram, vilken bland annat omfattar en grundläggande brandskyddsutbildning för samtliga medarbetare. Därefter ska utbildning ges löpande var tredje år. Chefer kommer även att få utbildning i brandskyddsansvar. Utbildningarna är planerade att genomföras under 2023. Vidare ska utrymningsövning och uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet ske årligen. Dock återstår att genomföra utbildningsinsatser och övningar enligt plan. Detta kommer att följas upp i den grundläggande granskningen av nämnden.</p> <p>Genom delegationsordningen säkerställs att rätt chef har rätt brandskyddsdelegation. Vid chefsbyte ska överordnad chef delegera brandskyddsansvaret samt informera om vad ansvaret innebär/omfattar.</p> <p>Uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet ska enligt uppgift genomföras en gång per år. Vid granskningstillfället var ännu inte nämndens uppföljning slutförd.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
År 2019	<p><b>Kvalitetsledningssystem inom individ- och familjeomsorgen</b></p> <p>Säkerställa väsentliga processer för att säkra verksamhetens kvalitet kartläggs och dokumenteras. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Att egenkontroller genomförs och dokumenteras systematiskt. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa en dokumenterad redovisning av hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Ett gemensamt styrdokument för systematiskt kvalitetsarbete har tagits fram och antagits av nämnden september 2022.</p> <p>I styrdokumentet framgår att egenkontroller ska genomföras och dokumenteras. Enheterna genomför egenkontroller och analyserar resultatet systematiskt. Den dokumenterade redovisningen framgår i enheternas verksamhetsberättelse.</p> <p>Vidare framgår i styrdokumentet att verksamheterna ska genomföra en dokumenterad redovisning av hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvalitet har bedrivits. För att ytterligare stärka arbetet med egenkontroller har ett utkast på rutin för egenkontroller tagits fram. Rutinen kommer att beslutas av avdelningens ledningsgrupp under våren 2023.</p> <p>Vidare har tillägg gjorts i förvaltningens anvisningar för verksamhetsberättelse och verksamhetsplan där det framgår att en systematisk planering/redogörelse ska göras. Ett arbete pågår också med att bygga upp kvalitetsledningssystem i ILS för att koppla egenkontrollerna till processer och riskanalyserna.</p>
År 2019	<p><b>Läkemedelshantering på särskilda boenden för äldre</b></p> <p>Se till att vård- och omsorgsboenden i egen regi, i sina patientsäkerhetsberättelser, analyserar bakomliggande orsaker till uppkomna avvikelser. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Nämnden har genomfört ett utvecklingsarbete avseende analysen i sina patientsäkerhetsberättelser.</p> <p>I patientsäkerhetsberättelserna 2021, som gick upp till nämnden mars 2022, redovisade enheterna genomförda egenkontroller av avvikelser med redovisning av antal inrapporterade läkemedelsavvikelser, bedömning av kategori av avvikelse och analys av bakomliggande orsaker utifrån inrapporterade avvikelser.</p> <p>Under hösten 2022 har enheterna genomfört egenkontroller läkemedelshanteringen enligt årshjul som en del i att kvalitetssäkra arbetet. Som stöd för egenkontrollen har MAS tagit fram en stadsdelsgemensam mall. Resultatet och analys av egenkontrollen redovisas i enheternas patientsäkerhetsberättelse 2022.</p>
ÅR 2020	<p><b>Förskolan utemiljö</b></p> <p>Ta fram funktionsprogram för att säkerställa goda och säkra utemiljöer vid ny- och ombyggnation samt vid inventering av befintliga förskolor. Tydliga riktlinjer skulle innebära ett uttalat fokus på förskolegårdens storlek och utformning. Rekommendation åtgärdad</p>	Ja	<p>Ett funktionsprogram har tagits fram under året. Nämnden kommer ta del av programmet genom en skrivning av den i verksamhetsberättelsen 2022. Funktionsprogrammet kommer tas i bruk under 2023.</p>
ÅR 2020	<p><b>Intäktprocessen</b></p> <p>Införa och dokumentera nyckelkontroller i intäktprocessen avseende hanteringen av bostads- och lokalhyresintäkter som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt i enlighet med gällande avtal och stadens regler. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Förvaltningen har en utsedd kontrollansvarig med behörighet till LOIS. Månatlig kontroll genomförs av om beslut om boende i Paraplyet också finns upplagda i LOIS. Enligt uppgift går boende för boende igenom och vid oklarheter kontaktas ansvarig chef. Vad gäller hyreshöjningar sammanställs en lista på fakturor där beloppet inte överensstämmer mellan Agresso och avtalen i LOIS. Listan används för att rätta till eventuella felaktigheter.</p>



Årsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Kommentar
ÅR 2020	<p><b>Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare</b></p> <p>Säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att verifikationerna uppfyller kraven i LKBR och god redovisningssed. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Stickprovskontroll har genomförts av sex transaktioner som konterats på konto 4631 och den verksamhetskod som avser personlig assistans enligt LSS under perioden januari-oktober 2022. Kontroll har genomförts av om det finns personnummer på faktura eller i fakturabilaga i ekonomisystemet. Vidare om verifikationerna uppfyller kraven som framgår i LKBR samt att transaktionen är rätt konterad.</p> <p>Resultatet från stickprovskontrollen visar inte på några avvikelser.</p>
ÅR 2020/2021	<p><b>Förtroendekänsliga poster</b></p> <p>Säkerställa att rese- och representations-transaktioner konteras rätt och att erforderliga underlag bifogas. Rekommendation kvarstår.</p>	Nej	Uppföljning av tidigare års rekommendation visar att två transaktioner hade fel momsavdrag.
ÅR 2021	<p><b>Inköpsprocessen</b></p> <p>Säkerställa att avtalade villkor följs och att det finns tillräckliga underlag för att säkerställa detta. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	Granskning visar att nämnden har säkerställt att avtalade villkor följs och att det finns tillräckliga underlag för att säkerställa detta.
ÅR 2021	<p><b>Intäktprocessen</b></p> <p>Säkerställa att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och avtal. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att bokföring görs vid rätt tidpunkt och rätt redovisningsperiod. Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att samtliga verifikationer uppfyller kraven som framgår i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler. Rekommendation åtgärdad.</p>	Ja	<p>Granskning visar att samtliga transaktioner har fakturerats i överenskommelse med villkor och avtal.</p> <p>Vidare har samtliga transaktioner bokförts vid rätt tidpunkt och rätt redovisningsperiod.</p> <p>Granskningen visar att samtliga transaktioner uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god revisions sed och stadens regler.</p>
ÅR 2022	<p><b>Individuppföljning under och efter pandemin</b></p> <p>Säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden.</p> <p>Ta fram rutiner för hur digitala möten ska anpassas och genomföras.</p>	Se kommentar	Uppföljning sker kommande år.
ÅR 2022	<p><b>Förtroendekänsliga poster</b></p> <p>Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation.</p>	Se kommentar	Uppföljning sker kommande år.

## Revisionsrapport

Revisionsrapport	Rekommendation	Åtgärder vidtagits (Ja/delvis/nej)	Kommentar
Nr 5/2019	<b>Implementering av dataskyddsförordningen</b> Informationsklassificera sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar. Rekommendationen kvarstår  Genomföra en kartläggning av behovet av personuppgiftsbiträdesavtal. Rekommendationen kvarstår.	Delvis	En systemförteckning upprättats och en prioritering har tagits fram för informationssäkerhetsklassningar. Under året har sju klassificeringar genomförts. Nya personuppgiftsbehandlingar som tillkommit under året har prioriterats och hanterats under konsekvensbedömningar. Hanteringen har bedömts som "gul" i dataskyddsombudets årsrapport och kommer åtgärdas i samband med implementeringen av den lokala tillämpningsanvisningen. Nödvändighetsbedömningar görs för varje personuppgiftsbehandling.  Nämnden har inte genomfört någon kartläggning avseende behovet av personuppgiftsbiträdesavtal.
Nr 6/2019	<b>Kontinuitetsplanering</b> Genomföra tester och/eller övningar för att säkerställa att kontinuitetsplanerna är funktionella och uppdaterade. Rekommendationen åtgärdad.	Ja	En krisledningsövning har genomförts under året: Under 2023 kommer två krisledningsövningar genomföras. Vidare kommer kontinuitetsplanerna övas på enhetsnivå inom förvaltningens samhällsviktiga verksamheter.
Nr 5/2022	<b>Förutsättningar för äldreomsorg med hög kvalitet</b> Ta fram en kompetensanalys avseende äldreomsorgen i kompetensförsörjningsplanen i enlighet med stadens vägledning.  Se över utformningen av kompetensförsörjningsplanerna när det gäller riktade aktiviteter till äldreomsorgen.  Följ upp aktiviteterna i kompetensförsörjningsplanen.  Ta fram en plan för arbetet med att minska andelen timanställda i vård- och omsorgsboendena på längre sikt.	Se kommentar	Uppföljning sker kommande år.

## Bilaga 3 – Bedömningskriterier

Nedan redovisas de kriterier som ligger till grund för gjorda bedömningar. Bedömningarna avser såväl genomförandet som resultatet av verksamheten.

Analysen i rapporten är underlag till revisorernas slutliga bedömning av revisionsobjektens ansvarstagande. Revisorerna kan

1. tillstyrka att ansvarsfrihet beviljas,
2. rikta anmärkning,
3. avstyrka att ansvarsfrihet beviljas.

Detta redovisas i revisionsobjektets revisionsberättelse.

### Verksamhet och ekonomi

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att nämnden har uppnått kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten.

### Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har ett resultat som är förenligt med fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer.
- Har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser.
- Har bedrivit verksamheten enligt gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

### Bedömning:

I allt väsentligt tillfredsställande	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.
Delvis tillfredsställande	Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

## Intern kontroll

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

## Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.
- Har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga/oavsiktliga fel samt oegentligheter.
- Följer systematiskt och fortlöpande upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
- Genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker.
- Har riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.
- Följer upp den interna kontrollen systematiskt och fortlöpande.
- Har en rapportering som ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

## Bedömning

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i huvudsak tillräcklig, delvis tillräcklig eller inte tillräcklig.

I huvudsak tillräcklig	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.
Delvis tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.

Inte tillräcklig

Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

## **Räkenskaper**

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

### **Bedömningskriterier**

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

### **Bedömning**

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

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

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

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