



Årsrapport 2021

Skarpnäcks stadsdelsnämnd

Rapport från
Stadsrevisionen
Nr 26, 2022

Dnr: RVK 2022/27

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

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

All rapportering finns på stadsrevisionens hemsida, start.stockholm/revision. Rapporterna kan också beställas från revisionskontoret, revision.rvk@stockholm.se.

Till

Skarpnäcks stadsdelsnämnd

Årsrapport 2021

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

Revisorerna har den 24 mars 2022 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Skarpnäcks stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2022.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren
Sekreterare

Stadsrevisionen

Hantverkargatan 3d
105 35 Stockholm
Växel 08-508 29 000
revision.rvk@stockholm.se
start.stockholm/revision

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar.

Verksamhet och ekonomi

Sammantaget bedöms att Skarpnäcks 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.

Även under 2021 har nämndens verksamhet påverkats av pandemin. Verksamheterna har enligt nämndens redovisning anpassats till de förutsättningar som gällt och verksamheten har ändå i stor utsträckning kunnat utföras.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat hälso- och sjukvårdsansvaret inom vård- och omsorgsboenden och rapportering lex Sarah. Några utvecklingsområden har identifierats såsom att säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner. Överenskommelsen med läkarorganisation behöver tydliggöras gällande vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare. Vidare behöver nämnden säkerställa att uppföljningen och åtgärder avseende lex Sarah-utredningar sker enligt nämndens rutin.

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 attesthantering i Agresso, kontroll av leverantörsregister och utbetalningar samt löneutbetalningar. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms vara tillräcklig.

Revisionskontoret har även genomfört granskning av bidrag till ideella föreningar samt uppföljning och kontroll avseende ersättning inom hemtjänsten. Nämnden rekommenderas att komplettera stödande styrdokument för bidrag till ideella föreningar avseende hur bedömningen av föreningarnas redovisning ska gå till och att ställningstagandena ska dokumenteras. Vidare att samtliga fakturor avseende hemtjänstersättningar innehåller uppgifter i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar och förfrågningsunderlag för privata utförare av hemtjänst.

Övrig granskning som genomförts avser förtroendekänsliga och ledningsnära poster samt inköps- och intäktprocessen. Granskningen visar att nämnden behöver säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation, att tidpunkt för fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och att betalning sker vid rätt tidpunkt avseende intäktprocessen.

Räkenskaper

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Uppföljning av tidigare års granskningar

Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i föregående års granskningar. De rekommendationer som återstår är att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation. Vidare att säkerställa hantering av extra skyddsvärda personuppgifter avseende köp av personlig assistans hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret samt informationsklassa informationstillgångar i enlighet med dataskyddsförordningen.

Innehåll

1	Årets granskning	1
2	Verksamhet och ekonomi	2
2.1	Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2	Ekonomiskt resultat	3
2.2.1	<i>Driftverksamhet</i>	4
2.2.2	<i>Investeringsverksamhet</i>	5
3	Intern kontroll.....	6
4	Räkenskaper.....	8
5	Uppföljning av tidigare års granskning	8
	Bilaga 1 – Årets granskning	9
	Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer	16
	Bilaga 3 – Bedömningskriterier	20

1 Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnden är tillräcklig.

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

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

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

Revisorerna träffade våren 2021 representanter för nämnden i samband med genomgång av 2020 års granskning och avstämning inför 2021.

Granskningsledare har varit Katja Robleto vid revisionskontoret samt Malin Odby och Carin Hultgren vid PwC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

2 Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål samt om nämnden följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser samt haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

2.1 Verksamhetsmässigt resultat

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

Även under 2021 har nämndens verksamhet påverkats av pandemin. Verksamheterna har enligt nämnden anpassats till de förutsättningar som gällt. All planerad verksamhet har inte varit möjlig att genomföra men nya arbetssätt och lättade restriktioner har enligt nämnden inneburit att verksamheten kunnat utföras i stora delar. Det är angeläget att nämnden under 2022 beaktar eventuella risker med anledning av förändrat arbetssätt och insatser som inte genomförts.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2021 är i allt väsentligt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer att tio av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts. Två av verksamhetsmålen redovisas som delvis uppfyllda.

Nämnden redovisar att verksamhetsmålet I Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet uppfylls delvis. Nämndens bedömning grundar sig bland annat på att indikatorer avseende andel personer med funktionsnedsättning som upplever att de blir väl bemötta av stadens personal samt upplever kunna påverka insatsens utformning uppfylls delvis. Årsmålet avseende bemötande har försämrats något i jämförelse med föregående år. Anledningen uppges vara att personalens förutsättningar att planera verksamheten har påverkats av pandemin. Arbetet fortgår för att identifiera utvecklingsområden avseende bemötande från förvaltningens personal. Årsmålet avseende möjlighet att påverka insats har förbättrats i jämförelse med föregående år och ligger något över staden totalt. Indikatorn

andel utredningar av barn och unga i vilka berörd skola/förskola vidtalas uppfylls inte. Anledningen uppges vara att även om det är möjligt att gå emot vårdnadshavarens samtycke till att vidtala skola/förskola så kräver det mycket starka skäl. Förvaltningen har genomfört en analys av utredningar där skola/förskola inte kontaktats som visar att handläggarnas bedömning varit korrekt.

Verksamhetsmålet Stockholm är en modern kultur och evenemangsstad med en stark besöksnäring bedöms av nämnden uppfyllas delvis. Indikatorer avseende andel barn och ungdomar som är nöjda med tillgången till idrottsaktiviteter, kulturaktiviteter på fritiden samt deltar i föreningsliv uppfylls delvis. I jämförelse med föregående år har nöjdheten hos barn och ungdomar minskat och uppges vara en effekt av restriktioner kopplat till pandemin. Vissa idrotts- och kulturevenemang har under året behövts anpassats eller fått ställas in.

Nämnden redovisar att verksamhetsmålet I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande uppfylls. Måluppfyllelsen mäts genom Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. Denna brukarundersökning har inte genomförts under 2021. Nämnden har istället använt stadens kvalitetsuppföljning på individnivå som underlag för bedömning. Denna uppföljning har dock haft mycket låg svarsfrekvens vilket inte ger tillräckligt underlag för bedömning av måluppfyllelse. Revisionskontoret avstår därför från att bedöma måluppfyllelse avseende verksamhetsmålet.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av hälso- och sjukvårdsansvar inom vård- och omsorgsboende samt rapportering av lex Sarah. Några utvecklingsområden har identifierats såsom att säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner. Överenskommelsen med läkarorganisationen behöver tydliggöras gällande vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare. Vidare behöver nämnden säkerställa att uppföljningen och åtgärder avseende lex Sarah-utredningar sker enligt nämndens rutin. Genomförd granskning redovisas mer ingående i bilaga 1.

2.2 Ekonomiskt resultat

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

2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2021:

Driftverksamhet (mkr)	Budget 2021	Utfall 2021	Avvikelse 2021	Avvikelse 2021, %	Budget-avvikelse 2020, %
Kostnader	1 344	1 334,5	9,5	0,7 %	0,2 %
Intäkter	167,8	183,4	15,6	9,3 %	2,8 %
Verksamhetens nettokostnader	1 176,2	1 151,1	25,1	2,1 %	0,7 %
Verksamhetens Nettokostnader efter resultatöverföringar	1 176,2	1 156,4	19,8	1,7 %	0 %

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med överskott om 19,8 mnkr i förhållande till budgeten.

Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar avvikelser inom vissa verksamhetsområden. De största avvikelserna finns inom verksamhetsområdena äldreomsorgen (21,5 mnkr), individ- och familjeomsorgen (17,3 mnkr), förskoleverksamhet (-7,4 mnkr) samt stöd och service till personer med funktionsnedsättning (-6,9 mnkr).

Enligt nämndens redovisning beror överskottet om 21,5 mnkr inom äldreomsorgen på att efterfrågan på platser inom vård- och omsorgsboenden är fortsatt lägre än normalt även om en försiktig ökning skett under året.

Överskottet inom individ- och familjeomsorgen om 17,3 mnkr förklaras framförallt av minskade placeringskostnader för barn och ungdom med omfattande stödbehov. I budgeten för verksamheten för barn och ungdom ligger också förvaltningens reserv för oförutsedda kostnader.

Underskottet inom vård och omsorg till personer med funktionsnedsättning förklaras av ett ökat behov av hemtjänstinsatser samt ökade kostnader för turbundna resor, personlig assistans och korttidsboende enligt socialtjänstlagen.

Enligt nämndens redovisning beror underskottet inom förskoleverksamhet på att investeringsprojekt fått avbrytas till följd av att behov av förskoleplatser prognostiseras minska. Vidare på genomfört underhållsarbete inom befintliga förskolor.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med 3,6 mnkr i förhållande till budgeten på 17,2 mnkr. Avvikelsen beror på att påbörjat arbete avseende parkinvesteringar försenats och kommer slutföras under nästa år.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

3 Intern kontroll

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

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

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Inom äldreomsorgen har verksamheterna löpande följt upp följsamheten till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning genom egenkontroller och nationella kvalitetsregister. Följsamheten har vid mätningarna varit hög.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Det finns riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Under året har förvaltningen fortsatt arbetet med att digitalisera ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänst och äldreomsorg i ILS-webben. Arbetet har omfattat en processkartläggning och revidering av rutiner. Ett utvecklingsarbete pågår även avseende hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt lex Sarah rapportering. Revisionskontorets granskning avseende rapportering av lex Sarah visar att nämnden i huvudsak har rutiner och arbetssätt som säkerställer att rapportering av missförhållanden sker i enlighet med lag och stadens riktlinjer. Nämnden bör dock utveckla att uppföljning och åtgärder avseende lex Sarah-utredningar sker enligt nämndens rutin.

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 har följts upp systematiskt och fortlöpande. De avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärder har vidtagits.

Nämnden har i uppföljningen av internkontrollplanen noterat en större avvikelse avseende arbetssätt inom sociala insatsgruppen. En

översyn har genomförts av handläggningen som visar på en avsaknad av brukardelaktighet, grundläggande dokumentation samt uppföljning. Förvaltningen har sett över organisationen samt kvalitetsledningssystemet för verksamheten. En revidering av styrdokument, rutiner och implementering av avvikelshantering har påbörjats och kommer fortgå under 2022.

Nämnden har en tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi. Nämnden har under året genomfört verksamhetsuppföljningar i verksamheter som drivs i egen regi, privat regi eller på entreprenad inom stadsdelsområdet. Ordinarie arbetssätt för uppföljning med fysiska möten av insatser för brukare inom funktionsnedsättningsområdet har försvårats, på grund av restriktioner, under stora delar av året.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som omfattat attesthantering i Agresso, kontroll av leverantörsregister och utbetalningar samt löneutbetalningar. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms vara tillräcklig.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av bidrag till ideella föreningar samt uppföljning och kontroll avseende ersättning inom hemtjänsten. Nämnden rekommenderas att komplettera stödjande styrdokument för bidrag till ideella föreningar avseende hur bedömningen av föreningarnas redovisning ska gå till och att ställningstagandena ska dokumenteras. Vidare att samtliga fakturor avseende hemtjänstersättningar innehåller uppgifter i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar och förfrågningsunderlag för privata utförare av hemtjänst.

Övrig granskning som genomförts avser förtroendekänsliga och ledningsnära poster samt inköps- och intäktprocessen. Granskningen visar att nämnden behöver säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation, att tidpunkt för fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och att betalning sker vid rätt tidpunkt avseende intäktprocessen

4 Räkenskaper

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

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vidare vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

5 Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionen gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2021 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De rekommendationer som återstår är att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation och informationsklassa informationstillgångar i enlighet med dataskyddsförordningen. Vidare att säkerställa hantering av extra skyddsvärda personuppgifter avseende köp av personlig assistans hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret.

Bilaga 1 – Årets granskning

Granskningar under perioden april 2021 - mars 2022

Rapportering av Lex Sarah

En granskning har genomförts av om Skarpnäcks stadsdelsnämnd säkerställer att rapportering av missförhållanden sker i enlighet med lag, lex Sarah, och stadens riktlinjer. Granskningen har omfattat nämndens arbetsätt och hantering av inkomna rapporter om missförhållanden, riktlinjer och rutiner samt uppföljning av vidtagna åtgärder.

Vår samlade bedömning är att nämnden i huvudsak har rutiner och arbetsätt som säkerställer att rapportering av missförhållanden sker i enlighet med lag och stadens riktlinjer. Nämnden bör dock utveckla sin uppföljning.

Syftet med lex Sarah är att stärka verksamhetens kvalitet och är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Den nämnd som bedriver verksamhet inom SoL eller inom LSS ska fastställa dokumenterade rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risk för missförhållanden ska fullgöras, SOSFS 2011:5, 7 kap 1 §. Granskningen visar att nämnden har rutiner för rapportering och utredning av misstänkta missförhållanden.

När en rapport om ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande har utretts ska utredningen avslutas med ett beslut av nämnden eller till den nämnden delegerat. Beslutet ska innehålla en bedömning om det rapporterade utgör ett missförhållande eller ej. Skarpnäcks stadsdelsnämnd har delegerat beslutsfattandet i lex Sarah-ärenden till avdelningschef. Besluten anmäls till nämnd. Rapporter som inte bedöms avse missförhållanden enligt lex Sarah skrivs av.

I det fall ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Avdelningschef fattar beslut om eventuell anmälan till tillsynsmyndigheten, IVO. Nämnden informeras i ett anmälningsärende att anmälan gjorts till IVO.

Utredning av en inkommen rapport ska innehålla åtgärder som krävs för att motverka att det rapporterade inte inträffar igen. Undantaget är om det uppenbart inte krävs åtgärder. Den som rapporterar ett missförhållande, misstänkt missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande, har även möjlighet att föreslå åtgärder i sin rapport. Den verifierande granskningen visar att inkomna rapporter innehåller åtgärder.

Vidtagna åtgärder ska följas upp enligt lämplig uppföljningsplan. I nämndens rutin framgår att respektive avdelningschef är ansvarig för uppföljning av planerade åtgärder. Uppföljning genomförs av lex Sarah-ansvarig varje månad och underlag för redovisning till nämnden tas fram löpande utifrån denna uppföljning. I nämndens rutin framgår vidare att en sammanställning av lex Sarah-arbetet ska göras i tertialrapporterna och i verksamhetsberättelsen, men detta har ändrats från 2022 och ska framöver enbart ske i verksamhetsberättelsen.

Nämnden är skyldig att årligen informera verksamheterna om skyldigheten att rapportera missförhållanden, misstänkta missförhållanden och risker för missförhållanden, SOSFS 2011:5. Granskningen visar att nämnden har tydliga rutiner för hur information om rapporteringsskyldigheten lämnas till medarbetarna årligen. Det sker främst inom ramen för arbetsplatsträffar enligt årshjul, men ingår även i utbildningsprogram för nyanställda och vikarier. Utbildningssatsningar görs vid behov och diskussioner förs löpande kring slutförda utredningar i arbetsgrupperna.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att uppföljningen och åtgärder avseende lex Sarah-utredningar sker enligt nämndens rutin.

Bidrag till ideella föreningar

En granskning har genomförts i syfte att granska stadens styrning och uppföljning av bidrag till ideella föreningar.

Revisionskontorets samlade bedömning är att Skarpnäck stadsdelsnämnd brister i att säkerställa att bidrag beviljas och nyttjas på det sätt som avses. Handläggningsprocessen ska säkerställa att bidrag nyttjas på det sätt som avsetts och att allmänna medel hanteras ansvarsfullt. Vidare ska processen säkerställa att inga oseriösa aktörer tar del av bidrag och att risker för oegentligheter och otillåten påverkan minimeras.

Granskningen visar att nämnden har rutiner och arbetsprocesser för att handlägga föreningsbidrag, men de behöver utvecklas för att ge tillräcklig och tydlig vägledning i arbetet. Vidare visar granskningen att nämnden behöver inhämta relevanta uppgifter och handlingar samt genomföra och dokumentera relevanta och befogade kontroller för att säkerställa att bidrag nyttjas på det sätt som avsetts samt förebygga och upptäcka oegentligheter och otillåten påverkan. Dokumentationen av samtliga moment i handläggningsprocessen behöver utvecklas för att säkerställa transparens, spårbarhet och enhetliga arbetssätt.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att stödjande styrdokument ger tillräcklig vägledning i handläggningen.
- Säkerställa att relevanta uppgifter och handlingar inhämtas samt att relevanta och befogade kontroller genomförs i handläggningsprocessen.
- Utveckla dokumentationen av samtliga moment i handläggningsprocessen.

Hälso- och sjukvårdsansvar vid vård- och omsorgsboenden

En granskning har genomförts av det arbete som utförs för att uppfylla hälso- och sjukvårdsansvaret vid vård- och omsorgsboenden i egen regi. Vår bedömning är att det finns områden som behöver utvecklas för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsansvaret uppfylls.

Nämnden behöver säkerställa att avvikelser rapporteras i enlighet med gällande rutiner. Granskningen visar på vissa brister i avvikelserapporteringen, vilket kan leda till felaktiga slutsatser i den uppföljning som görs i syfte att utveckla verksamheten. Det gäller såväl avvikelser inom vård och omsorg som avvikelser från den samverkansöverenskommelse som finns mellan stad, region och läkarorganisationer.

I granskningen framkommer att samarbetet mellan staden, Region Stockholm och läkarorganisationerna upplevs fungera men bygger på att alla parter är lösningsorienterade. Det är dock viktigt att det formella ansvaret är tydligt i det fall en allvarlig händelse uppstår. Det framgår inte heller av den överenskommelse som finns mellan parterna vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner.
- Tydliggöra överenskommelser med läkarorganisationen avseende vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.

Uppföljning och kontroll av hemtjänstersättning

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om nämnden har en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende ersättning till privata och kommunala hemtjänstutförare inom valfrihetssystemet. Den samlade bedömningen är att nämnden behöver utveckla uppföljning och kontroll av ersättningar till hemtjänstutförare.

Staden tillämpar ramtid, vilket avser den totala tid per månad som det beräknas att beställda hemtjänstinsatser kommer att ta per brukare. Av rambeställning framgår typ av insats (t.ex. städning, måltider eller personlig omvårdnad) och antal timmar enligt fastställda schabloner. Det anges inte av rambeställningen när eller hur insatser ska utföras. Enligt stadens anvisningar ska detta framgå av brukarens genomförandeplan. Planen ska utarbetas av utföraren tillsammans med brukaren.

Utförarna registrerar utförd tid i stadens IT-system Paraplyet via ett mobilt dokumentationssystem och upprättar fakturor utifrån inrapporterade uppgifter. Fakturorna inkommer till stadsdelsförvaltningen via stadens ekonomisystem Agresso. Förvaltningen följer upp att fakturerad totaltid för hemtjänstinsatser per månad överensstämmer med utförd och beställd totaltid för hemtjänstinsatser per månad. Förvaltningen följer inte månatligen upp att utföraren har genomfört enskilda insatser i enlighet med biståndsbeslut, rambeställning eller genomförandeplan (t.ex. om en brukare har fått beslutat antal timmar personlig omvårdnad per månad). Uppföljning av enskilda insatser uppges dock ske minst årligen vid nyprövning av biståndsbeslut via bland annat stickprovskontroller och dialog med brukare.

Om förvaltningen upptäcker avvikelser i utförarens rapportering av hemtjänstinsatser uppges att förvaltningen bl.a. kontrollerar uppgifter om beställd och registrerad tid i Paraplyet. Kontakt tas med berörd utförare. Av granskningen framkommer att förvaltningen inte dokumenterar uppmärksammade avvikelser. Förvaltningen anger att sådan rutin ska införas under 2021. Äldreförvaltningen, i rollen som avtalsansvarig, kontaktas om det uppstår större och systematiska avvikelser avseende utförarnas hemtjänstinsatser.

Av genomförd stickprovskontroll av 16 fakturor under perioden januari-augusti 2021 framgår att rätt pris är fakturerat i 12 av 16 fall. För övriga fakturor framgår endast totalbelopp men det är möjligt att identifiera antal utförda timmar i verksamhetssystemet Paraplyet. Besluts-ID (avidentifieringsnummer för brukaren) framgår i 14 av 16 fakturor. Enligt stadens förfrågningsunderlag för privata utförare av hemtjänst anges att besluts-ID ska framgå på samtliga fakturor. Verifieringen visar att förvaltningen följer rutinen avseende överskriden tid. Av stickprovskontrollen framgår att fakturerade hemtjänsttimmar överensstämmer med inregistrerade utförda timmar för 10 av 16 fakturor. För 6 av fakturorna saknas dock uppgift om antal timmar men totalsumman överensstämmer mellan Paraplyet och Agresso. Av stadens tillämpningsanvisning Kontroll, attest samt begäran om utbetalning av pengar anges att leverantörsfakturor ska innehålla uppgift om tjänsternas omfattning och art.

Revisionskontoret rekommenderar Skarpnäcks stadsdelsnämnd att:

- samtliga fakturor avseende hemtjänstersättningar innehåller uppgifter i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar och förfrågningsunderlag för privata utförare av hemtjänst.

Attesthantering i Agresso

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen avseende hantering av attesträtter i Agresso är tillräcklig. Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms tillräcklig.

Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även ett attestkort för förvaltningschefen.

Förtroendekänsliga och ledningsnära poster

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om den interna kontrollen avseende förtroendekänsliga och ledningsnära poster är tillräcklig. Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms inte tillräcklig.

Granskningen visar att av 16 transaktioner, där urvalet varit resor och konferenser, utbildning samt representation, kunde 13 verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte och deltagarlista, momsavdrag och attest. Ett stickprov saknade deltagarförteckning och var felkonterad. För den faktura som fortsatt saknar deltagarlista har det inte varit möjligt att bedöma om attest har gjorts i enlighet med

stadens regelverk. För ett stickprov var momsavdraget inte korrekt. För två stickprov har attestant själv deltagit i aktivitet. För de fakturor som granskats bedöms inriktning och omfattning som rimlig.

Rekommendationen från tidigare år kvarstår. Nämnden rekommenderas att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.

Inköpsprocessen

En granskning har genomförts av fakturor med fokus på köp av reparationer, underhåll, städverksamhet och programvaror/licenser. Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms inte helt tillräcklig.

Granskningen visar att transaktioner är korrekt hanterade avseende bokföringsunderlag och kontering. Avvikelser har dock noterats för tre transaktioner där priser anges samlat på fakturan medan avtalet anger pris per timma. Vidare har betalning gjorts efter förfalldatumet för en faktura. Genomförd stickprovskontroll har inte visat något som tyder på avsteg från stadens regler eller LOU.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att avtalade villkor följs och stäms av samt att betalning sker vid rätt tidpunkt.

Intäktprocessen

En granskning har genomförts av intäktprocessen avseende försäljning av verksamhet. Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms inte tillräcklig.

Granskningen visar att två verifikationer inte stämmer överens med villkor och avtal gällande tidpunkt för fakturering. Makulering har inte skett i enlighet med stadens regler för tre verifikationer.

Granskningen visar att pris och fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor och avtal och är rätt konterade. Samtliga verifikationer uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler. I nämndens delegationsordning framgår vem som är behörig att besluta om makulering.

Nämnden rekommenderas säkerställa att tidpunkt för fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och avtal. Vidare säkerställa att makulering sker av behörig i enlighet med stadens regler.

Kontroll av leverantörsregister- och utbetalningar

En granskning har genomförts avseende hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar. 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 nämnden.

Kontroll av löneutbetalningar

En granskning har genomförts av löneprocessen. Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms tillräcklig.

Bedömningen grundar sig på att förvaltningen uppger att de till stora delar genomför de kontroller som framgår av stadens riktlinjer. Samtliga kontroller dokumenteras dock inte vilket försvårar uppföljningen av huruvida de genomförts eller inte. I syfte att stärka den interna kontrollen bör genomförda kontroller dokumenteras för att möjliggöra uppföljning av följsamheten till riktlinjerna. I genomförd walk-throughgranskning och genomförd registeranalys har inga väsentliga avvikelser noterats.

Årets granskning föranleder till inga rekommendationer.

Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

Årlig och fördjupad granskning

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2019	Intäktprocessen Nämnden rekommenderas att: Säkerställa att levererade tjänster stämmer överens med avtalade villkor (pris).	X			Förvaltningen anger att de kommer att tillse att erforderliga beräkningsunderlag biläggs fakturorna, där det framgår hur de levererade tjänsterna överensstämmer med avtalade villkor. Redovisningsansvarig ska informera samtliga fakturautställare inom förvaltningen om vilket underlag som krävs för fakturorna. Redovisningsansvarig ska även genomföra stickprovskontroller på utställda fakturor. Utifrån genomförd uppföljning konstateras att aktiviteterna som nämns ovan har genomförts och att det sker stickprovskontroller.
ÅR 2020	Attesthanteringen i Agresso Nämnden rekommenderas att: Säkerställa att det finns aktuell attestförteckning som överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Säkerställa att det finns namnteckningsprov för samtliga attestanter.	X			Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även ett attestkort för förvaltningschefen.
År 2020	Behörighetshantingen i Agresso Nämnden rekommenderas att: Säkerställa att ett finns erforderliga underlag för samtliga behörigheter samt att genomgång av behörigheter görs enligt stadens rutiner.	X			En ny rutin finns på plats som syftar till att säkerställa att relevanta underlag erhålls innan attestanten läggs in i flödet. I rutinen ingår även att genomföra kontroller av behörigheterna som genomförs av redovisningsansvarig.
År 2020	Intäktprocessen Nämnden rekommenderas att: 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.	X			Förvaltningen uppger att stickprovskontroller genomförs en gång per tertial och att det finns en framtagen dokumentationsmall för stickproven. Stickprovskontroller visar att kontrollhar genomförts. Det framgår vem som har genomfört kontrollen samt vilka adresser som kontrollerats. Det framgår även vad som kontrolleras, vilket bland annat är att det finns avtal för samtliga fakturerade bostads- och lokalhyror, att årliga hyreshöjningar skett mm.

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
År 2020 / 2021	<p>Förtroendekänsliga och ledningsnära poster</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation. Rekommendationen kvarstår</p>			X	<p>En granskning har genomförts av 16 transaktioner, där urvalet varit resor och konferenser, utbildning samt representation. Av transaktionerna kunde 13 verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte och deltagarlista, momsavdrag och attest. Ett stickprov saknar deltagarförteckning och är felkonterad. För den faktura som fortsatt saknar deltagarlista har det inte varit möjligt att bedöma om attest har gjort i enlighet med stadens regelverk. För ett stickprov är momsavdraget inte korrekt. För två stickprov har attestant själv deltagit i aktivitet. För de fakturor som granskats bedömer vi inriktning och omfattning som rimlig.</p>
År 2020	<p>Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rekommendation åtgärdad.</p> <p>Säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret. Rekommendation kvarstår.</p> <p>Arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras. Rekommendation kvarstår.</p>		X		<p>Förvaltningen har tagit fram en rutin för kontroll av IVO-tillstånd (2021-10-27). Kontroll har skett av att utföraren har tillstånd att bedriva personlig assistans från IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Resultatet från stickprovet visar inte på några avvikelser.</p> <p>Förvaltningen informerar leverantörer om att personuppgifter inte får förekomma på faktura eller fakturabilaga och har standardbrev för utskick vid t.ex. sjuklönefakturor. Förvaltningen har kontrollerat via serviceförvaltningen och fått bekräftat att det i stadens avtal inte finns någon "spärr" hos scanningsleverantören gällande sekretessuppgifter. Förvaltningen ska enligt uppgift vid uppföljningen när detta upptäcks återsända fakturan till serviceförvaltningen för makulering. Förvaltningen har erfarit att det finns svårigheter när fakturorna returneras enligt stadens bestämmelser till serviceförvaltningen. Förvaltningen överväger att vid upptäckt meddela berörd leverantör att de genom att skicka personuppgifter i faktura/underlag till BGC gör sig skyldiga till en personuppgiftsincident som de ska anmäla till Integritetsskyddsmyndigheten samt att de omedelbart måste se över sina rutiner för att förhindra att det upprepas. Resultatet från stickprovet visar på två avvikelser, det vill säga två fall har identifierats där personnummer har förekommit på fakturabilaga i ekonomisystemet.</p> <p>Förvaltningen har upprättat en rutin för assistansersättning och sjuklönekostnad för personlig assistans (2021-04-27). Av rutinen framgår olika kontroller som ska genomföras, däremot berörs inte tydligt hur assistansfusk kan upptäckas eller hur misstanke om fusk eller oegentligheter ska hanteras. Stickprov har genomförts på 6 transaktioner som konteras på konto 4631 och den verksamhetskod som avser personlig assistans enligt LSS under perioden januari-augusti 2021. Resultat från stickprovet visar inte på några väsentliga avvikelser, vi noterar dock en felkonterad faktura som vid uppföljning uppges ha krediterats (fakturan) fråga kommer från en kommun.</p>
ÅR 2021	<p>Rapportering lex Sarah</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att uppföljningen och åtgärder avseende lex Sarah-utredningar sker enligt nämndens rutin.</p>				Uppföljning kommer att ske under 2022.

Års- rapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2021	<p>Uppföljning av ersättning till hemtjänsten</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Samtliga fakturor avseende hemtjänstersättningar innehåller uppgifter i enlighet med stadens tillämpningsanvisningar och förfrågningsunderlag för privata utförare av hemtjänst.</p>				Uppföljning kommer att ske under 2022.
ÅR 2021	<p>Hälso- och sjukvårdsansvar vid vård och omsorgsboenden</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet fungerar, det vill säga att avvikelser rapporteras och hanteras i enlighet med gällande rutiner.</p> <p>Tydliggöra överenskommelser med läkarorganisationen avseende vad som händer ifall läkarorganisationen brister i sitt åtagande att tillhandahålla läkare.</p>				Uppföljning kommer att ske under 2022.
ÅR 2021	<p>Inköpsprocessen</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att avtalade villkor följs, och att detta är möjligt att stämma av.</p> <p>Att betalning sker vid rätt tidpunkt.</p>				<p>Förvaltningen anger att de vidtagit åtgärder i form av ett ekonomimeddelande om rekommendationerna till berörda inom förvaltningen samt utökade kontroller som sker löpande under året. Vid dessa kontroller kontrolleras att avtalade villkor följs och möjliga att stämma av samt att betalning sker vid rätt tidpunkt.</p> <p>Rekommendationerna kvarstår då ingen verifiering genomförts. Uppföljning kommer att ske under 2022.</p>
ÅR 2021	<p>Intäktprocessen</p> <p>Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att tidpunkt för fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor/avtal.</p> <p>Säkerställ att makulering sker av behörig i enlighet med stadens regler.</p>				Uppföljning kommer att ske under 2022.

Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 5/2019	<p>Dataskyddsförordningen Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Informationsklassa sina informationstillgångar. Rekommendationen kvarstår.</p>		X		<p>Förvaltningen har under året inlett arbetet med att informationsklassa sina informationstillgångar. Arbetet ska fortsätta under 2021 och en översyn kommer genomföras. Aktiviteten ingår i ekonomiavdelningens verksamhetsplan 2021. – uppföljning genomförs under 2021</p> <p>Nämnden har påbörjat arbetet med att informationsklassa informationstillgångar. Förvaltningen deltar i stadens gemensamma arbete med informationsklassningar där förberedande arbete pågår i väntan på Klassa 4.</p> <p>I det förberedande arbetet har förvaltningarna fått i uppdrag att genomföra så kallade normerande klassningar som ska ligga till grund för det fortsatta arbetet. Förvaltningarna har tilldelats olika system i det normerande arbetet och har under året utfört normerande klassning av systemet Parainn som är ett behörighetssystem åt Paraplysystemet och Vodok. Fortsatt arbete kommer göras under 2022.</p> <p>Förvaltningen har en arbetsgrupp med uppgift att driva arbetet med informationssäkerhet och dataskydd framåt; i detta ingår arbetet med informationsklassningarna.</p>
Nr 3/2021	<p>Bidrag till ideella föreningar Nämnden rekommenderas att:</p> <p>Säkerställa att stödjande styrdokument ger tillräcklig vägledning i handläggningen.</p> <p>Säkerställa att relevanta uppgifter och handlingar inhämtas samt att relevanta och befogade kontroller genomförs i handlägningsprocessen.</p> <p>Utveckla dokumentationen av samtliga moment i handlägningsprocessen.</p>				Uppföljning kommer att ske under 2022.

Bilaga 3 – Bedömningskriterier

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

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

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

Detta redovisas i revisionsobjektets revisionsberättelse.

Verksamhet och ekonomi

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

Bedömningskriterier

Nämnden:

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

Bedömning:

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i allt väsentligt tillfredsställande, delvis tillfredsställande eller inte tillfredsställande.

I allt väsentligt tillfredsställande Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.

Delvis tillfredsställande	Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

Intern kontroll

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

Bedömningskriterier

Nämnden:

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

Bedömning

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

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

Räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning, delårsrapport och årsredovisning är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Bedömningskriterier

Nämnden:

- Redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ekonomisk ställning.
- Räkenskaper är upprättade enligt lagstiftning och god redovisningssed.

Bedömning

Bedömningen är antingen rättvisande eller inte rättvisande.

Rättvisande	Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer ska åtgärdas.
Inte rättvisande	Väsentliga brister finns som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.