

Årsrapport 2023

Enskede-Årsta-Vantör stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2024/8

Den kommunala revisionen är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivits i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Stockholms stad granskar nämnders och styrelserns ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt kommunfullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna, lekmannarevisorerna och revisionskontoret (de sakkunniga biträdena).

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

All rapportering finns på stadsrevisionens hemsida, start.stockholm/revision. Det går även att prenumerera på Stadsrevisionens informationsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till revision.rvk@stockholm.se.

Till

Enskede-Årsta-Vantör
stadsdelsnämnd

Årsrapport 2023

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnds verksamhet under 2023.

Revisorerna bedömer att Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnds verksamhetsmässiga resultat delvis är förenligt med kommunfullmäktiges mål. Nämnden redovisar att inriktningsmålet ”Ett Stockholm med en stabil och hållbar ekonomi med utbildning, jobb och bostäder för alla” delvis har uppnåtts.

Vi hänvisar i övrigt till bifogad rapport. Revisorerna har den 25 mars 2024 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd för yttrande senast den 28 juni 2024.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Stefan Kindborg
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren
Sekreterare

Sammanfattning

Årligen prövar revisionen om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om den interna styrningen och kontrollen varit tillräcklig samt om nämndernas räkenskaper är upprättade enligt stadens anvisningar.

Verksamhet och ekonomi

Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnds ekonomiska resultat bedöms, utifrån genomförd granskning, som i allt väsentligt tillfredsställande. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms som delvis tillfredsställande. Bedömningen grundar sig på om resultatet är förenligt med kommunfullmäktiges mål för verksamheten samt om lagstiftning och andra föreskrifter efterlevts. Nämnden redovisar att inriktningsmålet ”Ett Stockholm med en stabil och hållbar ekonomi med utbildning, jobb och bostäder för alla” delvis har uppnåtts. Tre av sju verksamhetsmål som hör till inriktningsmålet bedöms vara delvis uppfyllda.

Revisionskontoret konstaterar även att flera av kommunfullmäktiges målsättningar för verksamhetsområden som berör stadsdelsnämndens kärnverksamhet uppnås delvis. Det gäller bland annat förskoleverksamheten, socialtjänst och trygghetsarbetet.

Nämndens ekonomiska utfall avviker med -1 procent mot budget. Revisionskontoret anser att det är av vikt att nämnden analyserar orsaken och vidtar åtgärder för de verksamheter som inte klarat årets budget.

Under året har revisionskontoret även granskat nämndens arbete med att förebygga, förhindra samt hantera hot och våld mot anställda vid gruppboenden för vuxna inom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Granskningen visar att nämnden har strukturer och rutiner för att förebygga, förhindra och hantera hot och våld. Tillämpningen av vissa rutiner behöver dock stärkas.

Intern kontroll

Den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara i huvudsak tillräcklig. Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i nämndens styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Under året har revisionskontoret bland annat granskat kvalitetsarbetet i verksamheterna samt intäkts- och inköpsprocessen. Inga

väsentliga avvikelser har noterats i granskningarna, men ett förbättringsområde som identifierats är att dokumentationen behöver utvecklas gällande vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.

Granskning har även skett av individuppföljning inom daglig verksamhet. Granskningen visar att väsentliga avvikelser har noterats gällande arbetet med genomförandeplaner inom daglig verksamhet. Nämnden behöver bland annat säkerställa att individuppföljning genomförs årligen och dokumenteras samt att beställningar och genomförandeplaner används vid individuppföljningar.

Räkenskaper

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara upprättade i enlighet med stadens anvisningar.

Uppföljning av tidigare års granskningar

Revisionskontoret har följt upp hur nämnden har hanterat de rekommendationer som lämnats i tidigare granskningar. Nämnden har delvis vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i föregående års granskningar. Väsentliga rekommendationer som återstår att åtgärda är att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden gällande placerade barn samt att redovisning av transaktioner som avser representation hanteras enligt stadens anvisningar.

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| 1. Årets granskning | 1 |
| 2. Verksamhet och ekonomi | 2 |
| 2.1 Verksamhetsmässigt resultat..... | 2 |
| 2.2 Ekonomiskt resultat..... | 5 |
| 2.2.1 <i>Driftverksamhet</i> | 5 |
| 3. Intern kontroll | 7 |
| 4. Räkenskaper..... | 9 |
| 5. Uppföljning av tidigare års granskning | 10 |
| Bilaga 1 Årets granskning | 11 |
| Bilaga 2 Uppföljning av lämnade rekommendationer | 20 |
| Bilaga 3 Bedömningskriterier | 22 |

1. Årets granskning

Revisorerna bedömer årligen om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om nämndens interna kontroll är tillräcklig. Dessutom görs en bedömning av om nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med stadens anvisningar.

Bedömningen baseras på en granskning av nämndens verksamhetsberättelse och på övriga granskningar som genomförts under året, se bilaga 1. Revisionen har även följt upp hur nämnden har hanterat de rekommendationer som lämnats i tidigare års granskningar, se bilaga 2.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet samt god revisions sed i kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupp 1. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 3.

Revisorerna träffade våren 2023 nämndens presidium för genomgång av 2022 års granskning och avstämning inför 2023. Under hösten 2023 har revisorerna även träffat hela nämnden för en dialog om revisorernas uppdrag och nämndens ansvarsområden.

I granskningen har revisorerna biträttats av stadens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsledare Magda Bertz Wågström med flera vid revisionskontoret och konsult Carin Hultgren vid PWC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningsledningen.

2. Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål samt om nämnden följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten.

2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Nämnden bedöms delvis ha uppnått det verksamhetsmässiga resultatet. Bedömningen grundas på att nämnden uppnår två av tre inriktningsmål samt att flera verksamhetsmål och målsättningar för nämndens kärnverksamhet uppnås delvis.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Redovisningen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse. Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla två av kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer vidare att 11 av fullmäktiges 16 mål för verksamhetsområdet har uppfyllts och resterande fem verksamhetsmål redovisas som delvis uppfyllda.

Nämnden bedömer inriktningsmålet ”Ett Stockholm med en stabil och hållbar ekonomi med utbildning, jobb och bostäder för alla” som delvis uppfyllt. Tre av sju verksamhetsmål som hör till inriktningsmålet bedöms vara delvis uppfyllda. Dessa är ”Stockholms ekonomi är stark, hållbar och lägger grunden för en jämlik välfärd”, ”I Stockholm ska alla ha rätt till ett bra boende som de har råd med”, samt ”Tryggheten ska öka genom förebyggande insatser”. Nämndens bedömning görs bland annat utifrån att målen för budgetföljsamhet före respektive efter resultatöverföringar uppnås delvis (se vidare i kapitel 2.2.1). Dessutom har fler barnfamiljer än tidigare år beviljats en akut boendelösning på hotell/vandrarhem. Detta förklaras av att flera familjer behövt tillfälligt boende mellan ett SHIS-kontrakt löpt ut och en mer långsiktig boendelösning. Nämnden når inte heller upp till indikatorerna som mäter upplevelsen av trygghet. Dock har upplevelsen av trygghet ökat fyra procentenheter sedan 2022 års mätning. För 2023 blev utfallet 78 procent (målvärde 79 procent). Dessutom har ett av stadsdelsområdets utsatta områden, Östberga, tagits bort från polisens lista över utsatta områden från och med 1 januari 2024.

Verksamhetsmålet ”Alla barn ska ges likvärdig möjlighet till utveckling och lärande i förskolan och skolan” redovisas som delvis uppfyllt, vilket förklaras av att tre av fyra indikatorer under målet delvis uppnås. Exempelvis nås inte målet om antal barn per grupp och inte heller målet om antal förskolebarn per anställd. Utfallen för

båda indikatorerna har dock förbättrats sedan föregående år. Under året har revisionskontoret granskat de kommunala förskolornas arbete med barn i behov av särskilt stöd. Revisionskontoret bedömer att stadsdelsnämnden i huvudsak styr, genomför och följer upp det särskilda stödet i de kommunala förskolorna, så att barn med särskilda behov kan tillgodogöra sig en utbildning i enlighet med läroplanens krav. Dock framkommer det i granskningen att många barn behöver stöd, vilket i vissa fall kan påverka undervisningen i helgrupp. Se bilaga 1.

Även verksamhetsmålet ”Stockholmarnas hälsa ska främjas genom ren luft, rent vatten och giftfria miljöer” redovisas som delvis uppfyllt. Förvaltningen har tagit fram arbetssätt för att börja genomföra byggvarubedömningar, men dessa är inte implementerade ännu och utfallet för indikatorn är därför långt från målet. Förvaltningens inköp av ekologiska måltider och livsmedel ligger på samma nivå som föregående år, utfallet är 51 procent medan målvärdet är 70 procent.

Revisionskontoret noterar att nämnden bedömer att verksamhetsmålet ”Stockholm ska ge stöd och omsorg där behoven är som störst” uppfylls trots att sex indikatorer uppnås delvis, och två indikatorer inte alls. Bland annat redovisas att andelen placerade barn i skolåldern som klarar målen i kärnämnen i grundskolan inte uppnår målet på 80 procent. Årets utfall är 64 procent, vilket är en försämring mot 2022 då utfallet var 94 procent. Detta uppges bero på att ett stort antal nya placeringar har gjorts under året, och att det tar tid att stabilisera skolgången. Även brukarens upplevelse av trygghet inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning är i likhet med föregående år en bit ifrån målet. Årets utfall är 67 procent medan årsmålet är 90 procent. Revisionskontorets granskning av nämndens arbete för att förebygga, förhindra och hantera hot och våld mot anställda vid gruppboenden för vuxna inom LSS visar att nämnden har strukturer och rutiner för att förebygga, förhindra och hantera hot och våld. Tillämpningen av vissa rutiner behöver dock stärkas. Se bilaga 1 för mer information om genomförda granskningar.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en tillsyn av om barns bästa varit avgörande vid nämndens beslut om placering på Statens institutionsstyrelse samt vid uppföljningen av vården. IVO bedömer att nämnden har brustit i efterlevnaden av bestämmelserna, bland annat utifrån att nämnden har underlåtit att pröva om vården av ett barn ska upphöra. IVO har avslutat ärendet i september 2023, men påtalar vikten av att nämnden fortlöpande säkerställer att kunskap om lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga finns på berörda enheter.

Dessutom har socialtjänstinspektörerna granskat förvaltningens handläggning av ärenden enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Socialtjänstinspektörerna bedömer att nämnden inte inleder LVM-utredningar i tillräcklig utsträckning. I granskningen lyfts även fram att de utredningar som inleds avslutas med hänvisning till att det finns samtycke till frivillig vård, men att de föreslagna insatserna inte matchar behoven och heller inte är baserade på hållbart samtycke.

Vidare kan konstateras att under verksamhetsmålet ”Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och stor trygghet” uppnås åtta av elva indikatorerna delvis och en indikator uppnås inte alls. Endast två indikatorer uppnås helt. Nämnden bedömer ändå att målet uppnås. I verksamhetsberättelsen redovisas att då indikatorerna är baserade på två olika brukarenkäter med låg svarsfrekvens kan de inte utgöra en enskild grund för bedömning av målet, utan nämnden anser att bland annat det hälsofrämjande arbetet som genomförts under året ger grund för att bedöma målet som uppfyllt. IVO har genomfört en tillsyn av särskilda boenden i början av året där flera brister identifierats. Bland annat bedömdes att personalen som gör medicinska bedömningar inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften. Personalen anses inte heller behärska det svenska språket i tillräcklig omfattning. Dessutom anses läkemedelshanteringen inte ske på ett patientsäkert sätt. I verksamhetsberättelsen rapporterar nämnden att det pågår ett arbete med att åtgärda bristerna utifrån en handlingsplan som IVO har godkänt. Ärendet är avslutat hos IVO.

Revisionskontorets granskning visar att det i huvudsak finns grund för nämndens målbedömning. Dock noteras att merparten av indikatorerna för de två ovan nämnda verksamhetsmålen ”Stockholm ska ge stöd och omsorg där behoven är som störst” samt ”Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och stor trygghet” endast är delvis uppfyllda. I stadens anvisningar för nämndernas arbete med verksamhetsplanen anges att kommunfullmäktiges indikatorer ska utgöra en del i bedömningen av hur nämnder uppfyller kommunfullmäktiges mål. Nämndens bedömning att de uppnår målen speglar inte kommunfullmäktiges målsättningar. Revisionskontoret anser därför, till skillnad från nämnden, att de två målen bör bedömas som delvis uppnådda.

2.2 Ekonomiskt resultat

Det ekonomiska resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, som i allt väsentligt tillfredsställande.

2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2023:

| Driftverksamhet (mnkr) | Budget 2023 | Utfall 2023 | Avvikelse 2023 | Avvikelse 2023, % | Budget-avvikelse 2022, % |
|--|-------------|-------------|----------------|-------------------|--------------------------|
| Kostnader | 3 157,6 | 3 257,5 | -99,9 | 3,2 % | -1,1 % |
| Intäkter | 487,5 | 526 | 38,5 | 7,9 % | 7,3 % |
| Verksamhetens nettokostnader | 2 670,1 | 2 731,5 | -61,4 | 2,3 % | 0,1 % |
| Verksamhetens Nettokostnader efter resultatöverföringar | 2 670,1 | 2 695,8 | -25,7 | 1 % | 0,04 % |

Nämndens ekonomiska utfall avviker, efter resultatöverföring, med -25,7 mnkr i förhållande till kommunfullmäktiges budget. Avvikelsen är 1 procent mot budget. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet delvis har uppnåtts. Årets resultat före resultatöverföringar avviker med -2,3 procent mot budget. Revisionskontoret anser att det är av vikt att nämnden analyserar orsaken och vidtar åtgärder för de verksamheter som inte klarat årets budget exkl. resultatöverföring.

Nämndens ekonomiska utfall avviker väsentligt mot budget inom individ- och familjeomsorgen gällande barn och ungdom, -17,6 mnkr (8,4 %), samt inom stöd och service till personer inom LSS, -19,4 mnkr (3,6 %). I nämndens verksamhetsberättelse uppges att generella kostnadsökningar i kombination med högre ränta och ökande personalkostnader påverkar utfallet för de flesta verksamheter. Exempelvis har lokalhyrorna ökat med 14 procent jämfört med 2022.

Verksamhetsområdet barn och ungdom har uppvisat ett underskott under flera års tid. Avvikelsen uppges bero på fortsatt höga placeringskostnader. Antalet externa placeringar har dock minskat med 7 procent jämfört med 2022. Nämnden uppger att verksamheten under året har fortsatt sitt arbete med att långsiktigt minska placeringskostnaderna. En omorganisation genomfördes under 2022 i syfte att arbeta mer intensivt med uppföljning av institutionsplaceringar för att korta placeringstiden. Vårddygnet på SIS har

minskat med 41 procent och antalet LVU-placeringar har minskat med 18 procent jämfört med 2022. En effekt av arbetet med att minska antalet placeringar på SIS och HVB är att placeringar på stödboende har ökat med 10 procent, och dessutom har öppenvårdsinsatser i egen regi ökat med fyra procent.

Underskottet inom stöd och service till personer inom LSS uppges bero på den volymökning av insatser som skett under 2023. Deltagandet har ökat i de flesta av insatserna som erbjuds, däribland har deltagandet i daglig verksamhet ökat under året. Med ett högre deltagande ökar även kostnaderna för turbundna resor då fler behöver ta sig till och från insatserna.

Nämndens resultatenheter hade vid årets början 91,7 mnkr i resultatfonderna. 55,9 mnkr överförs till 2024, vilket innebär att fonderna har minskat med 35,7 mnkr under 2023. Förvaltningen uppger att medlen bland annat har använts till kompetensutvecklingsåtgärder för enhetliga yrkestitlar inom LSS och socialpsykiatri samt till stödinsatser för barn med särskilda behov inom förskolan.

Nämnden har beskrivit och analyserat avvikelserna mot budget på ett tillfredsställande sätt.

3. Intern kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern kontroll som leder till måluppfyllelse och regel- efterlevnad.

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Bedömningen grundar sig på årets genomförda granskningar.

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 verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. I revisionskontorets granskning av hot och våld på gruppboenden framkom exempelvis att det finns rutiner för att genomföra och dokumentera riskanalyser på individnivå. Rutiner och arbetssätt finns även för att personalen ska ha kännedom om riskerna kring varje enskild brukare och hur de ska hanteras.

Brister har dock identifierats i granskningen av individuppföljning av brukare inom daglig verksamhet. Exempelvis framkom att det saknas kontroller av brukarnas närvaro, vilket riskerar att leda till att felaktig ersättning utgår till både utförare och brukare. Det framkom dessutom att det saknades godkända genomförandeplaner i fem av tretton granskade ärenden och vid uppföljning användes inte genomförandeplaner som verktyg. Även en tidigare genomförd granskning avseende genomförandeplaner visade att planer inte alltid upprättas och används i uppföljning av ärenden gällande placerade barn. Uppföljning av granskningen visar att det fortfarande saknas genomförandeplaner i ungefär hälften av ärendena. Ett arbete har påbörjats i syfte att säkerställa att genomförandeplaner finns i alla ärenden gällande placeringar av barn.

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 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, och åtgärder har föreslagits. Revisionskontoret har granskat nämndens kvalitetsarbete med egenkontroller under året. Arbetet bedöms vara systematiskt, men dokumentationen behöver utvecklas gällande vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.

Nämnden har i huvudsak en tillräcklig uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi. Nämnden har i huvudsak system och rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra. Delar av den genomförda avtalsuppföljningen redovisas till nämnden löpande under året, exempelvis redovisas att produktionsköket för äldreomsorgen och ett bad för funktionsnedsatta drivs i enlighet med avtal och anbud. Nämnden uppger i sin verksamhetsberättelse att samtliga avtal med ett totalt värde på över 2 mnkr har följts upp under året. Revisionskontorets granskning visar att uppgifterna om huruvida avtalsuppföljning har genomförts eller inte har samlats in genom dialog med ansvariga avdelningschefer. Dokumentation avseende avtalsuppföljning finns inte samlad centralt på förvaltningen. Avtalsuppföljning uppges vara ett utvecklingsområde som förvaltningen arbetar aktivt med.

Under året har revisionskontoret bland annat granskat behörighets- och attesthantering i ekonomisystemet Agresso, löneprocessen, förtroendes känsliga poster samt intäkts- och inköpsprocessen. Granskningen har inte visat på några väsentliga iakttagelser. Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

4. Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med stadens anvisningar, regler för ekonomisk förvaltning. Detta innebär att räkenskaperna bör vara upprättade enligt lag om kommunal bokföring och redovisning samt följa god redovisningssed.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara upprättade i enlighet med 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. Rekommendationerna redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. Väsentliga rekommendationer som återstår att åtgärda är att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden gällande placerade barn.

Det återstår även att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation, en rekommendation som nämnden haft under flera års tid.

Bilaga 1 Årets granskning

Granskningar under perioden april 2023 - mars 2024

Hot och våld vid gruppboenden

Revisionskontoret har granskat om nämnden bedriver ett strukturerat arbete för att förebygga, förhindra och hantera hot och våld mot anställda vid gruppboenden för vuxna inom LSS i enlighet med gällande arbetslagstiftning och föreskrifter.

Revisionskontoret bedömer att nämnden har strukturer och rutiner för att förebygga, förhindra och hantera hot och våld. Tillämpningen av vissa rutiner behöver dock stärkas.

Granskningen visar att det förebyggande arbetet mot hot och våld är en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet vid enheten för grupp- och servicebostäder LSS inom Enskede-Årsta-Vantör (enheten). Det finns en fördelning av arbetsmiljöuppgifterna ner till biträdande enhetschef för boendena (verksamheterna).

Rutiner finns för att löpande identifiera, bedöma och hantera risker i arbetet med brukare. Detta görs på individnivå genom separata riskanalyser och handlingsplaner som upprättas för varje brukare. Vidare genom att händelser i det dagliga arbetet dokumenteras i brukarens sociala dokumentation. Detta leder sedan till uppdateringar av brukarens genomförandeplan och bemötandeplan, där bemötandeplan finns upprättad. Fysiska överlämningar mellan personalen sker, enligt uppgift, vid påbörjande av arbetspass. Personalen läser även igenom brukarens sociala dokumentation. Rutiner och arbetsätt finns för att personalen ska ha kännedom om riskerna kring varje enskild brukare och hur de ska hanteras. Risker för hot och våld diskuteras vid arbetsplatsträffar och arbetsmöten samt är ett område som lyfts i den årliga skyddsronen.

Enhetsövergripande rutiner finns för det systematiska arbetet mot hot och våld och akuta hot- och våldssituationer. Rutiner för akuta situationer finns tillgängliga på arbetsplatserna. På verksamhetsnivå ska en riskbedömning och handlingsplan gällande hela arbetsplatsen göras vid respektive verksamhet enligt enhetens rutin. Denna ska inkludera risker för hot och våld. Granskningen visar att inte alla verksamheter tillämpar denna rutin. Det innebär att det inte finns en riskbedömning och handlingsplan om hot och våld för varje enskild verksamhet, anpassat efter boendets lokala förutsättningar.

Relationsskapande och bemötande på individnivå anses vara en av de viktigaste faktorerna för att skapa en trygg miljö och förebygga risken för utmanande beteende. I granskningen konstateras att enheten arbetar efter ett gemensamt pedagogiskt arbetssätt för bemötande och kommunikation. Utbildningar erbjuds löpande av externa aktörer samt av enhetens metodutvecklare, vilken också erbjuder handledning till samtliga verksamheter. Ett generellt kompetenslyft är även påbörjad genom stadens initiativ för att införa en enhetlig titulatur med kompletterande utbildning eller valideringar av personalens kompetens. Vikten av att fortsätta det pågående arbetet att stärka personalens kompetens framhålls i granskningen. Detta för att alla i personalen ska ha ett gemensamt förhållningssätt och kompetens inom bemötande och kommunikation med brukarna. Dessutom uppstår nya utbildningsbehov då fler brukare lider av samsjuklighet, neuropsykiatriska och psykiatriska diagnoser idag.

Ensamarbete, att medarbetare utför arbete i fysisk eller social isolering från annan personal, förekommer sällan. Där det förekommer har det föregåtts av behovs- och riskbedömning. Vid besökta boenden kallas återkommande samma personer in som vikarier. Introduktionsprogram finns, även för vikarier. Personlarm där personal kan larma annan personal finns att tillgå vid behov och har använts vid vissa enheter. Säkerhetsåtgärder såsom att låsa in vassa föremål förekommer i vissa fall. Säkerhetsåtgärder och begränsningar måste dock ställas i relation till målet att ha en öppen och normal tillvaro för de boende. Begränsningsåtgärder kan endast ske med brukarens medgivande samt behöver åtföljas av individuella handlingsplaner kring åtgärden.

Plan finns för första hjälpen och krisstöd om hot- och våldssituation uppstått. Rutiner finns för rapportering av arbetsskada, tillbud och riskobservation i stadens system IA samt för anmälan av allvarliga hot- och våldshändelser till Arbetsmiljöverket. I granskningen framgår att det sannolikt finns en betydande underrapportering av hot och våld, framförallt vid de enheter där det är vanligt förekommande. Enligt uppgift dokumenteras incidenterna dock i den sociala dokumentationen för individen. Bristande rapportering i IA påverkar verksamhetens och enhetens möjligheter att följa upp och analysera risker för hot och våld vid boendena samt vilka åtgärder som behöver vidtas eller resurser som måste tillsättas.

I granskningen framkommer att det framförallt är vid större förändringar i verksamheten som problem kan uppstå som leder till ökad risk för hot och våld. Exempelvis när ett boende är nystartat, när det kommer nya brukare in i en grupp eller annat som ändrar rutiner eller gruppammansättning. I granskningen kan inte säkerställas att risk-

bedömning skett i dessa fall i enlighet med arbetsmiljöverkets föreskrifter. Under året har dock LSS enheten tagit fram ny rutin för sådan risk- och konsekvensbedömning.

Revisionskontoret rekommenderar nämnden att:

- Säkerställa att arbetsskada, tillbud och riskobservation kopplat till hot och våld alltid rapporteras i stadens incidentrapporteringssystem.
- Säkerställa att det finns en lokal riskbedömning och handlingsplan för att hantera och minska hot och våld för varje enskild verksamhet, anpassat efter boendets lokala förutsättningar.

Individuppföljning inom daglig verksamhet

Revisionskontoret har granskat stadsdelsnämndens individuppföljningar av brukare avseende daglig verksamhet i enlighet med stadens riktlinje ”Handläggning av insatser enligt LSS och bistånd enligt SoL till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning”. Med individuppföljning avses i denna granskning uppföljning av biståndsbeslut avseende daglig verksamhet som utförs av biståndshandläggare.

Revisionskontorets bedömning är att nämnden inte genomför individuppföljningar i enlighet med stadens riktlinje. Nämnden måste i större utsträckning arbeta med beställningar, genomförandeplaner och individuppföljningar utifrån stadens riktlinje. Nämnden bör även följa upp brukarnas närvaro på daglig verksamhet för att säkerställa att rätt ersättning utgår till utförare och brukare.

Revisionskontoret har granskat 13 ärenden där biståndsbeslut har fattats mellan 1 januari och 31 maj 2022. Av de tretton ärendena framgår att det i fem fall inte har upprättats godkända genomförandeplaner. Därtill kan konstateras att fem av de åtta godkända planerna inte inkommit inom 15 dagar från utskickad beställning, vilket anges i stadens riktlinje. Vid granskning av överensstämmelse mellan beställning och godkänd genomförandeplan, innehåller fem av åtta godkända planerna insatser fullt ut utifrån beställning. Exempelvis utelämnas i planerna insatser om uppackning av varor vid leveranser och fysisk hälsa.

I riktlinjen framgår som huvudregel att biståndsbeslut ska följas upp minst en gång per år samt att beställningar och genomförandeplaner ska användas som instrument vid uppföljningar. Förvaltningen uppger att individuppföljningar genomförs för samtliga brukare inom daglig verksamhet. Dokumenterad individuppföljning har dock inte kunnat påvisas för sex av tretton brukare. Av de sju dokumenterade individuppföljningar som har kunnat granskas, framgår att en uppföljning

skedde mer än ett år från biståndsbeslutet. Det framkommer också att beställning och genomförandeplan används i relativt liten utsträckning som uppföljningsinstrument. För sex av sju brukare följdes insatserna delvis upp utifrån beställning och genomförandeplan.

Brukare medverkade under individuppföljningsmöten i fyra av de sju dokumenterade uppföljningarna. Orsak till att brukare inte medverkat under möte framgår inte av dokumentationen. Brukare förutsätts medverka och inkomma med synpunkter i individuppföljningar enligt stadens riktlinje.

Brukarnärvaro inom daglig verksamhet har inte följts upp i tre av sju ärenden i samband med individuppföljning. Förvaltningen genomför inte löpande och systematiska kontroller för att se om utförarnas närvarorapporteringar överensstämmer med biståndsbeslutet om brukarens närvaro inom daglig verksamhet. Därmed finns risk att felaktig ersättning utgår till utförare och brukare. Förvaltningen uppger att inga egenkontroller sker avseende beställningar, genomförandeplaner samt individuppföljningar.

Revisionskontoret rekommenderar nämnden att:

- Säkerställa att genomförandeplaner inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinje.
- Säkerställa att det finns koppling mellan beställning och genomförandeplan avseende insatser till brukare.
- Säkerställa att individuppföljningar genomförs minst årligen samt dokumenteras enligt stadens riktlinje
- Använda beställningar och genomförandeplaner som ett instrument vid individuppföljningar enligt stadens riktlinje.
- Utforma kontroller för att följa upp brukarnas närvaro på daglig verksamhet för att säkerställa att rätt ersättning utgår till utförare och brukare.

Kvalitetsarbete i verksamheterna

Revisionskontoret har granskat om stadsdelsnämnden bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt stadens kvalitetsprogram. Granskning av stadsdelsnämndens systematiska kvalitetsarbete har omfattat dess arbete med egenkontroller. Revisionskontoret har i granskningen fokuserat på Avdelningen social omsorg vuxen samt Beställarenheten funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Revisionskontoret bedömer att stadsdelsnämnden i huvudsak bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete avseende egenkontroller. För att ytterligare utveckla arbetet bör stadsdelsnämnden dokumentera vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet med

anledning av avvikelserna i genomförda egenkontroller. Detta i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Det pågår ett arbete med att utarbeta ett förvaltningsövergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Intervjuade anger att detta arbete bl.a. kommer att innebära att alla avdelningar och enheter ska ha ett gemensamt arbetssätt i det systematiska förbättringsarbetet när det gäller t.ex. egenkontroller. Avdelningsledningen tar, enligt uppgift, del av resultaten ur egenkontrollerna. Diskussioner och analyser utifrån resultaten sker, enligt intervjuade, på avdelningens ledningsgrupp och på enheternas APT. Granskad enhet anger att alla handläggare även får individuell återkoppling utifrån resultaten av egenkontrollerna.

Det finns i nuläget inte någon dokumenterad rutin för hur avdelningen ska arbeta med egenkontroller specifikt. Däremot finns en dokumenterad rutin om återföring av systematiskt kvalitetsarbete från enhets- till avdelningsnivå. I rutinen framgår att enheterna ska lyfta fram områden med särskilt goda erfarenheter, utmaningar eller behov av utveckling utifrån bl.a. genomförda egenkontroller. Revisionskontoret har tagit del av granskad enhets återföringsdokumentation. I den framkommer att beställningar av insatser i större utsträckning behöver utgå från stadens anvisningar.

Vid intervju framkommer att enheterna på avdelningen beslutar själva om vilka egenkontroller som ska genomföras. Granskad enhet har en dokumenterad plan för vilka egenkontroller som ska genomföras under ett kalenderår där egenkontroller för om handlägningsprocessen sker rättssäkert beskrivs. Egenkontrollen genomförs årligen och omfattar t.ex. kontroller om det finns utredningar, beslut, beställningar och genomförandeplaner i enhetens ärenden. Det sker även kontroll om journalanteckningar är tillräckliga i ärendena. Resultaten av egenkontrollerna redovisas inte i ett separat dokument utan presenteras i enhetens tertialrapport 2.

I tertialrapporterna 2 för 2022 respektive 1 för 2023 framgår bl.a. att det förekommer att det saknas utredningar, beslut, beställningar och genomförandeplaner i ärenden. Det framkommer inte några analyser av resultaten ur genomförda egenkontroller i någon större utsträckning. Förslag på åtgärder saknas. Revisionskontoret har heller inte kunnat ta del av någon dokumenterad åtgärdsplan med anledning av avvikelserna. Enligt uppgift vidtas åtgärder av berörda handläggare i direkt anslutning till egenkontrollen vid uppkomna brister. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att verksamheten bör redogöra för vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet med anledning av avvikelserna. Revisionskontoret konstaterar att det varken

förekommer någon dokumenterad redovisning av föreslagna och vidtagna åtgärder utifrån resultaten av genomförda egenkontroller.

Revisionskontoret har tagit del av nämndens verksamhetsberättelse för år 2022 samt tertialrapport 2 för 2022 och 2023. Revisionskontoret kan konstatera att det inte sker någon redovisning avseende resultaten från enhetens genomförda egenkontroller i nämndens tertialrapporter.

Revisionskontoret noterar dock att det finns flera resultat från andra genomförda egenkontroller som redovisas i stadsdelsnämndens tertialrapporter. Intervjuade uppger att det inte finns tillräckligt med utrymme att redovisa resultat från avdelningens samtliga egenkontroller.

Revisionskontoret rekommenderar nämnden att:

- Säkerställa dokumentation av vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet med anledning av avvikelserna i genomförda egenkontroller.

Särskilt stöd i förskolan

Revisionskontoret har granskat hur stadsdelsnämnden säkerställer att barn i behov av särskilda stöd, i kommunala förskolor, får de stödinsatser som krävs för att de ska kunna tillgodogöra sig en utbildning i enlighet med läroplanens krav.

I skollagen och läroplanen anges att barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges det stöd som deras speciella behov kräver. I propositionen till lagen anges att stödet bland annat kan ges genom personalförstärkning till barngruppen eller till det enskilda barnet, handledning till personalen eller anpassning av lokaler.

Revisionskontoret bedömer att stadsdelsnämnden i huvudsak styr, genomför och följer upp det särskilda stödet i de kommunala förskolorna så att barn med särskilda behov kan tillgodogöra sig en utbildning i enlighet med läroplanens krav.

Stadsdelsnämnden har en organisation, arbetssätt och rutiner som i huvudsak skapar förutsättningar för att arbetet med särskilt stöd blir likvärdigt för barnen inom stadsdelsnämndens förskolor. I stadsdelsnämnden finns bland annat specialpedagoger för kompetensinsatser och handledning till förskolepersonal. De tar även del av rektorernas ansökningar om tilläggsbelopp. Tilläggsbelopp är medel som rektor kan ansöka om för insatser till barn i behov av särskilt stöd. Beslut om medel fattas av biträdande avdelningschef för förskoleavdelningen. I intervjuerna uppges att nuvarande stöd från specialpedagogerna ger ett bra stöd till förskolepersonalen. En av specialpedagogerna har även en påbyggnadsutbildning inom tal, språk och kommunikation. Dock

framkommer att det efterfrågas ytterligare specialpedagogiskt handledning till förskollärare avseende barnets språkutveckling. I granskningen har framkommit stadsdelsnämnden har färre antal specialpedagoger än övriga stadsdelar med samma befolkningsstorlek.

Det framkommer i intervjuerna att det finns stora utmaningar inom stadsdelsnämnden då många barn uppges behöva stöd. Det uppges i vissa fall påverka undervisningen i barngruppen eftersom förskoleläraren kommer att ha ansvar att planera för stödinsatser till flera barn.

Stadsdelsnämnden har mallar som ger stöd till förskoleläraren vid kartläggning, handlingsplaner och uppföljning. Revisionskontorets verifiering visar att stödinsatser dokumenteras och följs upp systematiskt. Vårdnadshavare uppges vara delaktiga i processen, vilket är ett krav från lagstiftaren. Vårdnadshavare tar del av upprättade handlingsplaner och har möjlighet att föra dialog kring de insatser som planeras.

Kompetensinsatser och erfarenhetsutbyte sker löpande för förskolepersonalen inom ämnesområdet. I stadsdelsnämndens verksamhetsplan 2023 anges bland annat att stöd- och utvecklingsteamet ska genomföra pedagogiska caféer för rektorer, biträdande rektorer och pedagoger om tillgänglig utbildning. Stöd- och utvecklingsteamet ska även, enligt verksamhetsplanen, ha ett specialpedagogiskt nätverk för medarbetare i förskola. Dock har nätverket ännu inte implementerats.

Stadsdelsnämnden har enligt skollagen ett uppdrag att som huvudman systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla utbildningen. I bilaga till verksamhetsberättelsen får nämnden del av en samlad redovisning som sedan ligger till grund för stadens förskole-rapport. I 2022 års redovisning beskrevs nämndens arbetsprocesser avseende barn i behov av extraordinärt stöd. Dock redovisades ingen analys avseende insatsernas effekt. I verksamhetsplan 2023 anges att nämnden ska följa upp förskoleenheternas användande av det socioekonomiska tillägget. Delar av dessa medel används bland annat till särskilt stöd. Granskningen föranleder inga rekommendationer.

Behörighet och attest i ekonomisystemet Agresso

En granskning har genomförts av hanteringen av behörigheter och attesträtter i ekonomisystemet Agresso. Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter. Det finns även, i enlighet med stadens rutiner, ett attestkort för förvaltningschefen. Vidare noteras även att uppföljning av behörigheter i ekonomisystemet har skett enligt stadens rutiner. I granskningen noterades att namnteckningsprovet signerades i samband med granskningen. Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

Intäktprocessen – kostavgifter

En granskning har genomförts av intäktprocessen avseende kostavgifter. Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att fakturerat belopp överensstämmer med aktuellt avgiftsbeslut för samtliga stickprov.

Vidare noteras att betalning alternativt hantering enligt kravrutin sker vid rätt tidpunkt i enlighet med stadens regler, att bokföring sker vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod och att transaktionen är rätt konterad för samtliga stickprov. Samtliga verifikationer uppfyller kraven i Lag om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed och stadens regler.

Slutligen visar granskningen att det av nämndens delegationsordning framgår vem som är behörig att besluta om makulering av kundfakturor. Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

Inköpsprocessen – köp av särskilda boendeplatser och externa placeringar

En granskning har genomförts av inköpsprocessen med fokus på köp av särskilda boendeplatser samt externa placeringar. Granskningen, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna är korrekt hanterade avseende prestation, attest och kontering. Dock har en av de granskade fakturorna betalats efter förfallodatum. Avvikelsen bedöms inte vara väsentlig, men det är viktigt att attestanter attesterar i tid så att betalning kan ske på förfallodatum. Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

Löneprocessen

En granskning har genomförts av löneprocessen. Årets granskning har genomförts genom en genomgång och verifiering av dokumenterade rutiner och kontroller. I granskning 2023 har attest, behörighet i systemet LISA självservice och hantering av löneskulder valts ut som granskningsområden. Dessutom har en uppföljning gjorts av eventuella avvikelser i genomförd registeranalys.

Granskningen visar att det förekommer åtminstone en löneskuld som hade kunnat undvikas om kontroller genomförts i enlighet med stadens anvisning. I övrigt gjordes kontrollgranskningen utan särskilda iakttagelser. Uppföljningen av avvikelser från registeranalysen gjordes dock utan särskilda iakttagelser. Granskningens resultat föranleder ingen särskild rekommendation. Däremot uppmanas förvaltningen att säkerställa att alla kontroller genomförs i syfte att förhindra att bland annat löneskulder uppstår. Tidigare lämnad rekommendation gällande löneprocessen bedöms som åtgärdad, se bilaga 2.

Förtroendekänsliga poster

En granskning har genomförts av redovisning av förtroendekänsliga poster, där urvalet varit intern representation under perioden januari till oktober 2023. Granskningen har gjorts med avseende på kontering, deltagare, syfte, momsavdrag samt attestants oberoende, det vill säga att attestanten själv inte deltagit.

Genomförda stickprovskontroller visar att det fanns avvikelser från stadens anvisningar, i huvudsak gällande felaktigt momsavdrag. För de transaktioner som granskats bedömer vi dock inriktning och omfattning som rimlig utifrån stadens anvisningar.

Utifrån granskningsresultatet bedöms tidigare lämnad rekommendation, att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation, kvarstå.

Bilaga 2

Uppföljning av lämnade rekommendationer

Grundläggande och fördjupad granskning

| Års-rapport | Rekommendation | Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej) | Kommentar |
|-------------|---|------------------------------------|--|
| År 2020 | Förtroendekänsliga poster Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation. Rekommendationen kvarstår. | Nej | Granskningen visar på brister i likhet med föregående år. Genomförda stickprovskontroller visar att det finns avvikelser från stadens anvisningar, i huvudsak gällande momsavdrag. |
| År 2020 | Köp av personlig assistans utförd av externa utförare Nämnden rekommenderas att säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret så att uppgifter av detta slag till exempel inte förekommer på fakturor eller fakturabilagor. Rekommendationen kvarstår. | Delvis | Rutinen för förvaltningens hantering är densamma som föregående år. Rutinen innebär att utförare informeras skriftligt om hur extra skyddsvärda personuppgifter ska hanteras, och förvaltningen tar kontakt med leverantören när de noterar att personuppgifter förekommer. Förvaltningen har inte genomfört någon kontroll av fakturor. Förvaltningen anser vidare att en stickprovskontroll eller utbildning inte skulle ge något ytterligare. I uppföljningen har stickprovskontroller genomförts som visar på brister, då personuppgifter finns med på fakturor/fakturabilagor. |
| År 2022 | Individuppföljning av placerade barn efter pandemin Nämnden rekommenderas att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden. Rekommendationen kvarstår. Nämnden rekommenderas ta fram rutiner för hur digitala möten ska anpassas och genomföras. Rekommendationen är åtgärdad. | Delvis | Ett arbete har påbörjats för att säkerställa att genomförandeplaner finns i alla ärenden. En inventering av om det finns genomförandeplaner har genomförts på familjevårdsenheten. Resultatet visar att det fortsatt saknas genomförandeplaner i ungefär hälften av ärendena, och ett arbete pågår med att åtgärda detta. Enhetschefen planerar att be handläggarna om en ny lägesbild i början av 2024. Det finns inte ett systematiskt arbete med kontroller på plats ännu. En rutin för hur digitala möten anpassas och genomförs har tagits fram. Bland annat anges att digitala möten får användas som ett komplement till uppföljningsmöten i hemmet inför överväganden och omprövningar. |
| År 2022 | Löneprocessen Nämnden rekommenderas att säkerställa att kontrollerna genomförs vid rätt tidpunkt samt att det alltid finns en spårbarhet till vem som genomfört kontrollerna och när. Rekommendationen är åtgärdad. | Ja | Uppföljningen visar att förvaltningen har genomfört återkommande kontroller under året. Det framkommer i dokumentationen vem som genomfört kontrollen och när. |
| År 2023 | Hot och våld vid gruppboenden Säkerställa att arbetsskada, tillbud och riskobservation kopplat till hot och våld alltid rapporteras i stadens incidentrapporterings-system. Säkerställa att det finns en lokal riskbedömning och handlingsplan för att hantera och minska hot och våld för varje enskild verksamhet, anpassat efter boendets lokala förutsättningar. | Se kommentar | Följs upp kommande år. |

| Årsrapport | Rekommendation | Åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej) | Kommentar |
|------------|---|------------------------------------|------------------------|
| År 2023 | Individuppföljning inom daglig verksamhet Säkerställa att genomförandeplaner inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinje. Säkerställa att det finns koppling mellan beställning och genomförandeplan avseende insatser till brukare. Säkerställa att individuppföljningar genomförs minst årligen samt dokumenteras enligt stadens riktlinje. Använda beställningar och genomförandeplaner som ett instrument vid individuppföljningar enligt stadens riktlinje. Utforma kontroller för att följa upp brukarnas närvaro på daglig verksamhet för att säkerställa att rätt ersättning utgår till utförare och brukare. | Se kommentar | Följs upp kommande år. |
| År 2023 | Kvalitetsarbete i verksamheterna Säkerställa dokumentation av vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet med anledning av avvikelserna i genomförda egenkontroller. | Se kommentar | Följs upp 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:

- tillstyrka att ansvarsfrihet beviljas
- rikta anmärkning
- 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

Att nämndens räkenskaper är upprättade enligt stadens anvisningar. Detta innebär att räkenskaperna bör vara upprättade enligt lag om kommunal bokföring och redovisning samt följa god redovisningssed.

Om stadens anvisningar strider mot lag eller god sed riktas kritiken mot kommunstyrelsen.

Bedömning

Bedömning görs av om nämndens räkenskaper är upprättade enligt stadens anvisningar.

| | |
|----------------------------------|---|
| Upprättade enligt anvisningar | Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer ska åtgärdas. |
| Ej upprättade enligt anvisningar | Väsentliga brister finns som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer. |