

**Handläggare**  
Alexander Baena  
Telefon: 08-50823074**Till**  
Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd  
2026-05-28

## Årsrapport 2025

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

### Förvaltningens förslag till beslut

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande och översänder det som svar till stadsrevisionen.

### Sammanfattning

Stadsrevisionens årsrapport 2025 för Hägersten-Älvsjö visar att stadsdelsnämnden i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, att den interna kontrollen delvis är tillräcklig samt att bokslut och räkenskaper är rättvisande. Stadsrevisionen bedömer dock att det finns en del utvecklingsområden och har tagit fram rekommendationer som finns angivna i bilaga 1. Nämnden delar stadsrevisionens bedömningar i rapporten och arbetar med de utvecklingsområden som revisionen anger.

### Bakgrund

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån stadsrevisionens granskningar.

### Ärendets beredning

Ärendet har beretts av avdelningen för ekonomi och upphandling i samråd med berörda avdelningar. Ärendet behandlas i förvaltningsgruppen den 19 maj 2026.

### Ärendet

#### Verksamhet och ekonomi

Utifrån genomförd granskning bedöms Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd i huvudsak ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts. Kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts. Nämnden har i huvudsak uppnått kommunfullmäktiges mål, reglemente samt följt de beslut, riktlinjer, gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Revisionskontoret noterar dock att arbete krävs för att helt möta kommunfullmäktiges målsättning gällande förskolan och individ- och familjeomsorgen. Vidare visar revisionskontorets granskningar bland annat att den genomsnittliga vänte-

tiden för att placera barn och unga i familjehem överskrider de sex månader som socialtjänstlagen anger som tidsgräns.

#### **Intern kontroll**

Den samlade bedömningen är att nämndens interna styrning och kontroll bedöms utifrån genomförd granskning delvis vara tillräcklig.

Bedömningen är en förändring från föregående år, då nämndens interna styrning och kontroll bedömdes i huvudsak vara tillräcklig. Bedömningen grundar sig i att nämnden behöver stärka arbetet med systematisk intern kontroll bland annat kopplat till handläggningen av familjevårdsärenden, skyddade personuppgifter, föreningsbidrag och arbetet med meningsfull tillvaro vid vård- och omsorgsboenden. För att minska risken för oegentligheter och välfärdsbrott rekommenderas nämnden även att säkerställa en stickprovsvis granskning av utförare inom äldreomsorgen.

Uppföljning av tidigare års granskning visar också, i likhet med föregående år, att det finns kvarstående rekommendationer att åtgärda inom exempelvis styrning och uppföljning av genomförandeplaner inom hemtjänsten

#### **Räkenskaper**

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

#### **Uppföljning av tidigare års granskningar**

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har resulterat i ett antal rekommendationer. Uppföljning visar att nämnden delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. Väsentliga rekommendationer som återstår att åtgärda avser bland annat genomförandeplaner inom hemtjänsten, uppföljning av avtal, systematiskt arbetsmiljöarbete inom förskolan, samt delegering av läkemedelshantering på grupp- och serviceboenden.

#### **Synpunkter och förslag**

Nämnden delar i huvudsak revisionens bedömningar i rapporten. Förvaltningen arbetar med de utvecklingsområden som revisionen identifierar i årsrapportens bilaga 1.

## Placering av barn och unga i familjehem

### *Rekommendation från 2025*

- Säkerställa att förutsättningar finns för att genomföra familjehemsplacering inom sex månader.
- Säkerställa att kontroller av familjehem genomförs och dokumenteras före och under familjehemsplacering.
- Säkerställa att det finns vård- och genomförandeplaner som dokumenteras i enlighet med regelverk.

**Svar:** Nämnden hänvisar till yttrandet som gavs in till revisionen december 2025, se bilaga 2

## Meningsfull tillvaro vid vård- och omsorgsboenden

### *Rekommendation från 2025*

- Säkerställa att brukares planerade aktiviteter i genomförandeplanerna gällande meningsfull tillvaro genomförs.
- Säkerställa att uppföljning av planerade aktiviteter i genomförandeplanerna gällande meningsfull tillvaro dokumenteras.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationerna. Om brukaren vid upprepande tillfällen tackar nej till planerad aktivitet, ska utsedd kontaktman stämma av med brukaren om önskad aktivitet och planering ska kvarstå eller ändras. Om brukaren önskar ändra aktivitet och planering gällande meningsfull tillvaro, ska genomförandeplanen uppdateras.

Uppföljning av planerade aktiviteter ska genomföras och utvärderas regelbundet tillsammans med brukaren och dokumenteras i genomförandeplan.

## Hantering av skyddade personuppgifter

***Rekommendation från 2025***

- Säkerställa att det finns en övergripande riskanalys gällande risk för röjning av skyddade personuppgifter inom hela nämndens verksamhet, och vid behov upprätta anvisningar för hanteringen av skyddade personuppgifter.
- Regelbundet följa upp att hanteringen av skyddade personuppgifter sker på ett säkert och enhetligt sätt inom nämndens verksamheter.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationerna. Skyddade personuppgifter finns eller kan finnas inom alla nämndens verksamhetsområden och nämnden arbetar med en säker hantering av skyddade personuppgifter på flera sätt. Bland annat finns skyddade personuppgifter med när it-system informationsklassas, då värderas och hanteras riskerna innan systemet börjar användas för att säkerställa att personuppgifter och annan väsentlig information hanteras på korrekt sätt. Det pågår också ett arbete med att inventera, värdera och klassificera all information som hanteras inom nämnden. Arbetet görs avdelningsvis och just nu pågår en pilot inom avdelningen för funktionsnedsättning och socialpsykiatri som sedan kommer att spridas till övriga avdelningar. I det arbetet finns skyddade personuppgifter med och arbetet kommer innebära att samtliga verksamheter tar fram en verksamhetsanpassad hantering för samtlig skyddsvärd information, inklusive alla personuppgifter. Parallellt med det arbetet pågår även ett arbete med att ta fram en övergripande hanteringsanvisning för skyddade personuppgifter, där det bland annat anges att samtliga verksamheter behöver ta fram egna beskrivningar för hur hanteringen av skyddade personuppgifter ska ske just i deras verksamhet.

För medarbetare med skyddade personuppgifter ska en riskbedömning göras av chef tillsammans med berörd medarbetare. En stadsövergripande mall finns för detta. Syftet är att arbetsgivaren ska få tillräckligt mycket information för ställningstagande om hur uppgifter om medarbetaren ska hanteras i verksamheten och samtidigt kunna göra en bedömning av om eventuellt hot mot medarbetaren också kan innebära ett hot mot verksamheten. Verksamhet som har medarbetare med skyddade personuppgifter ansvarar för att det på arbetsplatsen finns rutiner och kunskaper om vad skyddade personuppgifter innebär. Information från Skatteverket om vilka medarbetare som har skyddade personuppgifter förs över genom en körning mot stadens EPS som är kopplad mot Skatteverket. Om medarbetaren inte redan är sekretessmarkerad i lönesystemet Lisa, så görs detta omgående. I dagsläget är detta en manuell rutin, men på sikt kommer integrationen till Skatteverket att gå automatiskt.

Nämnden arbetar också riskbaserat genom att införliva informations-säkerhet (och därmed skyddade personuppgifter) i

risk- och sårbarhetsanalysen och kommer även lägga in en process i väsentlighets- och riskanalysen för 2026 för att ytterligare säkerställa att skyddade personuppgifter hanteras med varsamhet och att samtliga verksamheter vet vilka skyddade personuppgifter som finns i verksamheten, var de finns och hur de ska skyddas.

Det arbete som pågår är långt mer omfattande än vad en övergripande rutin för skyddade personuppgifter skulle kunna vara och kommer att ge väsentligt mer skydd för informationen.

## Behörigheter i Sociala system

### *Rekommendation från 2025*

- Säkerställa att beslutade egenkontroller genomförs och att åtgärder, vid behov, vidtas.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationen. Under förvaltningens årliga datahanteringsvecka är behörighetshantering ett fokusområde där konkreta åtgärder införts. En mall är framtagen där varje enhet med behörigheter prickas av när de utfört en behörighetsgenomgång. Beslutade egenkontroller och åtgärds-plan dokumenteras med bl.a. signatur av informationsägare, registrering av checklistor, slumpmässiga stickprov och slutligen en eskalering i chefsnivå vid ohanterade avvikelser. Externa användare som bara loggar in i ParaGå, och inte använder ParaPort, kommer synas som "ej inloggad på 3 mån" pga. systemtekniska skäl. Det medför att det ser ut som att fler behörigheter som inte används är aktiva än vad det faktiskt är. Förvaltningen fortsätter arbeta för en lösning även om frågan ligger utanför förvaltningens rådighet.

Med detta ger de vidtagna åtgärderna en trygg process för att säkerställa att obehöriga inte får tillgång till skyddad information i Sociala system.

## Hantering av inventarier och maskiner

### *Rekommendation från 2025*

- Säkerställa att rutiner omfattar inventering, utrangering, försäljning, hemlån och avvikelshantering av maskiner och inventarier samt säkerställ att rutiner efterlevs.
- Säkerställa att register för anläggningstillgångar och korttidsinventarier är aktuellt, fullständigt och innehåller tillräcklig information samt att avvikelser följs upp.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationerna. Ett arbete pågår för att tydliggöra på vilken detaljnivå en inventarieförteckning ska föras på. När detta är klart revideras rutiner för att möta den ställda nivån

## Föreningsbidrag och konststöd

### *Rekommendation från 2025*

- Besluta om samtliga föreningsbidrag i enlighet med fullmäktiges beslut. Därmed behöver delegationsordningen justeras avseende beslut om arrangörsstöd.
- Säkerställa att seriositetsprövning genomförs vid handläggning av föreningsbidrag.
- Säkerställa att uppföljningen omfattar verifiering av hur bidragen används, exempelvis genom granskning av fakturor och verksamhetsbesök.
- Dokumentera kontrollerna som genomförs av föreningsbidrag.
- Säkerställa nämnden erhåller en återrapportering avseende föreningsbidrag.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationerna. Delegationsordningen är uppdaterad med att nämnd fattar beslut om arrangörsstöd/aktivitetsstöd. Förvaltningen tagit fram ett förslag till en reviderad riktlinje för hantering av föreningsbidrag och den finns med på dagordningen till nämndens sammanträde i maj. I det framtagna förslaget har förvaltningen reviderat hantering av seriositetsprövning, kontroller och uppföljning av föreningar samt att handläggningsprocessen kontrolleras med en checklista. Förslaget innefattar även att återrapportering av redovisat bidrag sker till nämnd.

## Hantering av betalkort (First Card)

### *Rekommendation från 2025*

- Säkerställa att syfte framgår för resor.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationen. Förvaltningen har en antagen policy för resor och möten som årligen följs upp utifrån ett klimat- och kostnadsperspektiv. Vid avvikelser från policy för resor och möten eller rutin för betalkort kontaktas berörd medarbetare för upplysning om vad som gäller. Upprepas avvikelsen eskaleras frågan till närmsta chef.

## Avgifter och köp inom äldreomsorgen

### *Rekommendation från 2025*

- Säkerställa stickprovsvis granskning av utförare för att minska risker för oegentligheter och välfärdsbrott.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på rekommendationen. Området har regelbundna aktgranskningar där biståndshandläggarna går igenom olika delar av handläggningen. Området kommer hädanefter även göra granskningar när det gäller leverantörsfakturor kopplat till hur hjälpen faktisk utförs. Området planerar att göra stickprov på detta under hösten 2026.

## Löneprocessen

### *Förslag på förbättring 2025*

- Granskningen visar att nämnden i huvudsak har genomfört kontrollerna i enlighet med anvisningarna. Spårbarheten avseende genomförda kontroller kan dock förbättras genom att tydliggöra vad som har kontrollerats, resultatet av utförd kontroll och eventuella åtgärder samt information om när och av vem som kontrollen har utförts.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på förslaget till förbättring. Avdelningen har tagit fram ett nytt underlag som innehåller alla kontroller som ska göras och som fylls i vartefter under året. En flik avser det som kontrolleras månadsvis och en flik avser det som kontrolleras några gånger under året, beroende på typ av kontroll. På underlaget noterar ansvarig handläggare (lönecontroller) vad som har kontrollerats, resultatet i en notering, datum för kontrollen samt vem som har utfört kontrollen.

## Uppföljning av tidigare års granskning

### Uppföljning av lämnade rekommendationer (Bilaga 1)

## Genomförandeplaner inom hemtjänsten

### *Rekommendation från 2024 (kvarstår)*

- Säkerställa att samtliga brukare har genomförandeplaner och att de inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinjer och anvisningar. (rekommendation kvarstår)
- Säkerställa att beställning och genomförandeplan överensstämmer avseende insatser och brukarens behov. (rekommendation kvarstår)
- Dokumentera hur brukarnas hemtjänstinsatser har fungerat efter genomförd uppföljning av biståndsbeslut. (rekommendation kvarstår)

### **Revisionens kommentar**

Revisionskontoret har tagit del av ”Fast rapport genomförandeplaner” inom hemtjänsten per 30 september. Ur rapportfilen framgår att brukare saknar genomförandeplaner i många fall.

Dokumentation av hur brukarnas hemtjänstinsatser har fungerat följs upp av enhetschef vid medarbetarsamtal, samt vid resultatdialoger då dokumentationen granskas.

Revisionskontoret har tagit del av framtagna rutiner där det framgår att det ska dokumenteras hur insatserna har fungerat för brukaren. Däremot har egenkontroller ej genomförts för att säkerställa att beställning och genomförandeplan överensstämmer. Förvaltningen uppger att de planerar genomföra aktgranskning under 2026.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på de ej åtgärdade rekommendationerna.

Administratörerna på beställarenheten äldre tar fram en månadsrapport. för att säkerställa att genomförandeplaner, inkommer enligt stadens riktlinjer och anvisningar. Om genomförandeplan saknas tas kontakt med utförare.

Vid nyprövningar eller förändrat behov av besluten granskas genomförandeplanerna för att säkerställa att de är aktuella och att insatserna stämmer överens med beviljade insatser. Dokumentation kring hur insatserna fungerar journalförs i verksamhetssystemet Paraplyet.

Dokumentationsgruppen på beställarenheten planerar även att genomföra aktgranskningar en gång/år, för att säkerställa en likställd dokumentation samt att gällande rutiner inom området följs.

## Delegering av läkemedelshantering på grupp- och serviceboenden



**Rekommendation från 2024 (kvarstår)**

- Säkerställa att personalen på grupp- och serviceboenden följer rutiner för signering i enlighet med mottagen delegering. (rekommendation kvarstår)
- Utveckla rapporteringen till nämnden gällande avvikelser på grupp- och serviceboendena. (rekommendation kvarstår)
- Socialnämnden, tillsammans med stadsdelsnämnderna, rekommenderas säkerställa att dokumentation om den senast genomförda utbildningen finns sparad för den personal som har delegering. (rekommendation kvarstår)

**Revisionens kommentar**

Förvaltningen uppger att signeringar följs upp av sjuksköterska minst en gång i veckan och återkopplas till arbetslaget samt i behov chef. En övergripande kontroll till följsamhet av interna rutiner planeras att genomföras under början av 2026.

Förvaltningen uppger att avvikelser rapporteras samt att informationen når nämnden i verksamhetsberättelsen. Däremot framgår inte av rapporteringen vilka avvikelser som avser grupp och serviceboenden.

Personalen på grupp- och serviceboendena har genomgått utbildning med information om digital signering. Förvaltningen uppger att utbildningsdelen sparas, förvaltningen har däremot inte gjort någon egenkontroll för att säkerställa detta. Enhetscheferna planerar att genomföra aktgranskning i april 2026.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på de ej åtgärdade rekommendationerna.

**Första punkten:** Säkerställa att personalen på grupp- och serviceboenden följer rutiner för signering i enlighet med mottagen delegering: LSS/SoL-hälsan har rutiner för egenkontroll av signeringslistor. Kontrollerna omfattar bland annat fullständighet i signering, avvikelser från ordination samt identifiering av uteblivna eller felaktiga signeringar. Egenkontroller genomförs enligt fastställd struktur och dokumenteras av LSS-hälsan. Resultat sammanställs och återkopplas vid behov till berörda grupp, serviceboende eller dagliga verksamhet.

Verksamheterna använder den digitala appen APPVA som direkt ger signal när medicin inte har getts samt ger möjlighet att följa upp enskilda medarbetare. En plan för egenkontroller inom grupp- och servicebostäder, där det framgår att uppföljning av signering av läkemedel ska göras minst var 6:e månad, ska tas fram.

**Andra punkten:** Utveckla rapporteringen till nämnden gällande avvikelser på grupp- och serviceboendena: Förvaltningen har tidigare meddelat att rapportering sker till nämnd i samband med

verksamhetsberättelser. Gällande avvikelser på specifikt grupp- och serviceboendena framkommer det i områdets och enheternas verksamhetsberättelse som också anmäls till nämnd. Under 2025 hade dock området/ enheterna rapporterat 0 avvikelser, vilket innebär att rapporteringen behöver förbättras.

**Tredje punkten:** Socialnämnden, tillsammans med stadsdelsnämnderna, rekommenderas säkerställa att dokumentation om den senast genomförda utbildningen finns sparad för den personal som har delegering: Socialnämnden har under 2025 genomfört en upphandling och implementerat en webbdelegeringsutbildning vid namn Visible Knowledge- modul VC-appen. Medarbetare som ska erhålla delegering har kontakt med sjuksköterska och loggar in och genomför webbutbildningen. Systemet tillhandahåller den dokumentation som efterfrågas genom att senaste datum för utbildningen sparas i systemet samt att den delegerade medarbetaren och sjuksköterskan får en påminnelse när det är dags för förnyelse av delegering. (oftast inom ett år). Efter godkänt test genereras ett personligt diplom automatiskt som bevis på genomförd kunskapskontroll. Diplomet laddas ner eller skrivs ut av medarbetaren och användas som dokumentation i delegeringsprocessen. Testresultat finns också tillgängligt i systemet Visible Knowledge för deltagaren och arbetsgivaren vid behov.

Utöver den webbaserade utbildningen genomförs ett fysiskt delegeringstillfälle. Medarbetaren ska då ha klarat VC-appen/webbutbildningens test och har sedan muntliga och praktiska genomgångar och träning av de delegerade momenten. Medarbetaren får därefter tillgång till Systemet APPVA, digital signering av läkemedel samt information om hur man anmäler avvikelser /händelser. Verksamheten har genomfört en egenkontroll av genomförda delegeringar. Resultatet analyseras.

För att säkerställa uppföljning av revisionens rekommendationer har två nya direktåtgärder skapats i nämndens internkontroll.

## Uppföljning av avtal

### *Rekommendation från 2024 (delvis åtgärdad)*

- Ta fram rutiner för avtalsuppföljning. (Delvis åtgärdad)
- Förtydliga ansvarsfördelningen för avtalsuppföljning. (Delvis åtgärdad)
- Upprätta planer för uppföljning för alla nämndens avtal. (Delvis åtgärdad)
- Säkerställa att avtalsuppföljning genomförs för alla nämndens avtal. (Rekommendation kvarstår)
- Säkerställa att avtalsuppföljning dokumenteras enligt gällande hanteringsanvisningar. (Rekommendation kvarstår)
- Säkerställa att det inte föreligger jävssituationer i samband med inköp och upphandling i enlighet med tillämpningsanvisningarna. (Rekommendation kvarstår)
- Tydliggöra hur rapportering av resultat från avtalsuppföljning ska ske. (Rekommendation kvarstår)

### **Revisionens kommentar**

För att stärka arbetet med avtalsuppföljning har nämnden under året anställt en ytterligare person i inköps- och upphandlingsfunktionen och påbörjat ett övergripande utvecklingsarbete. Ett utkast till riktlinje för avtalsuppföljning har tagits fram som enligt uppgift ska fastställas vid årsskiftet och implementeras våren 2026.

Av utkast till ny riktlinje för avtalsuppföljning har ansvarsfördelningen tydliggjorts. Arbetet med att registrera och rollfördela samtliga avtal i stadens avtalsdatabas är enligt uppgift dock inte färdigt men fortsätter under 2026.

Enligt uppgift från förvaltningen återstår fortfarande ett arbete för att säkerställa att avtalsuppföljning genomförs för alla nämndens avtal.

I utvecklingsarbetet ser förvaltningen enligt uppgift över hantering av dokumentation och diarieföring, jäv samt rapportering till nämnd.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på de ej och delvis åtgärdade rekommendationerna.

Utkast med rutin för avtalsuppföljning med tillhörande rollbeskrivning är framtagen. Rolleskrivningen förtydligar vilken roll som har ansvar för dom olika delarna i avtalet och under avtalstiden. Mall för avtalsuppföljning har tagits fram och implementering pågår. I samband med att avtal läggs upp i avtalsdatabasen så schemaläggs uppföljningen med tillhörande mejlpåminnelser som sänds till tilldelade roller i avtalet. Rutinen samt tillhörande mallar kommer tydliggöra och säkerställa när och

hur en avtalsuppföljnings ska genomföras. Genom kommunikationsinsatser samt information om stadens ”Riktlinje om representation, mutor och jäv m.m.” Dnr: KS 2024/1242 så jobbar förvaltningen för att motverka jävssituationer i samband med inköp och upphandling. I rutinen kommer det tydligt framgå att resultatet av avtalsuppföljningar redovisas som ett informationsärende i nämnd samt att det diarieförs.

## Systematiskt arbetsmiljöarbete inom förskoleverksamheten

### *Rekommendation från 2023 (ej åtgärdad)*

- Säkerställa att riskbedömningar och beslutade åtgärder, utifrån resultatet av skyddsronder, i större utsträckning dokumenteras och genomförs.
- Sammanställa resultatet från skyddsronderna för förskoleverksamheten som helhet i syfte att identifiera gemensamma utvecklingsområden.

### **Revisionens kommentar**

Förvaltningen uppger att förskoleavdelningen har skapat en ny rutin för att sammanställa medarbetares synpunkter på hur den fysiska och psykosociala arbetsmiljön fungerar. En enkät skickas ut till samtliga medarbetare innan skyddsronderna genomförs. Rektorer ansvarar sedan för att göra en analys av områdets resultat av skyddsronderna samt ta fram en åtgärdsplan, vilket därefter ska sammanställas på avdelningsnivå. Däremot har sammanställning av resultatet från skyddsronderna ännu inte genomförts.

Förvaltningen uppger att processen fördröjts då det under 2025 införts en ny chefsstruktur och nya enheter skapas, den första sammanställningen uppges genomföras under våren 2026.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på den delvis åtgärdade rekommendationen.

Förskoleavdelningen har utvecklat arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet genom följande insatser. Gemensam enkät skickas ut till medarbetare innan skyddsrund. Utifrån enkätsvaren från alla medarbetare genomförs skyddsronderna. Skyddsronderna bokas in i god tid enligt ett schema som fastställs på SVG för att underlätta och säkerställa att alla genomför sina skyddsronder. Resultaten sammanställs och dokumenteras för varje förskola och enhet och biträdande rektor ansvarar för att åtgärder tas fram och skrivs in i ILS. Områdesrektor sammanställer och följer upp arbetet inom området under december månad, utifrån detta underlag analyserar avdelningschefen resultaten och tar fram ett underlag för hela avdelningen och vilket fokusområde och utvecklingsområde förskoleavdelningen ska ha.

Under vårterminen genomförs verksamhetsbesök. Fokus är då på alla enheters och områdets åtgärder på skyddsronterna. Dessa genomförs av avdelningschef och strateg. Syftet med besöken är att följa upp att åtgärderna är genomförda.

### Individuppföljning daglig verksamhet

#### ***Rekommendation från 2023 (delvis åtgärdad)***

- Säkerställa att genomförandeplanerna inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinje. (rekommendation kvarstår)
- Använda beställningar och genomförandeplaner som ett instrument vid individuppföljningar enligt stadens riktlinje. (rekommendation kvarstår)

#### **Revisionens kommentar**

Förvaltningen gör egenkontroll av individuppföljningar två gånger per år, genom kollegial granskning på våren och dokumentationsgranskning (minst 5 ärenden per handläggare) under hösten, för att säkerställa att individuppföljningar genomförs minst årligen samt dokumenteras enligt stadens riktlinje. Revisionskontoret har tagit del av dokumentationsgranskning genomförd under 2025 som endast visade ett fåtal avvikelser. Förvaltningen har rutiner och mallar som tydliggör att genomförandeplaner ska inkomma inom utsatt tid. Förvaltningen uppger att egenkontroller planeras genomföras i april 2026.

**Svar:** Nämnden delar bilden som rapporten skriver och lämnar följande svar på de delvis åtgärdade rekommendationerna.

Beställarenheten funktionsnedsättning genomför uppföljning av att genomförandeplaner inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinjer genom egenkontroll. Egenkontroll för 2026 har genomförts och utfallet visar att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete gällande att säkerställa att genomförandeplaner inkommer inom 14 dagar. I 35 procent av beställningarna, som kontrollerats, anges att genomförandeplaner ska inkomma. I 33 procent av beställningarna inkom genomförandeplaner inom 15 dagar.

Åtgärden har integrerats i förvaltningens arbete med risk och kontroll för att möjliggöra en effektiv styrning och uppföljning. Enheten har också integrerat frågan som en del i sin egenkontroll för att följa upp och identifiera ytterligare utvecklingsområden. Vid uppföljning i samband med tertialrapport 1 rapporterar enheten att en enkätundersökning genomfördes i januari där 76 procent uppger att de använder genomförandeplan vid uppföljning av insatser. Enheten vidtar åtgärder genom att fortsatt påminna medarbetare om

att lägga till autotext i beställningarna om att genomförandeplaner ska inkomma inom 14 dagar. Uppföljning kommer därefter att ske vid en egenkontroll i höst.

Förvaltningen föreslår att Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande och översänder det som svar till stadsrevisionen.

Lee Orberson  
Stadsdelsdirektör

Alex Baena  
Avdelningschef

### **Bilagor**

1. Årsrapport 2025 Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd
2. Tjänsteutlåtande "Placering av barn och unga i familjehem"  
dnr HÄ 2025/644

## **Attesterat av**

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

<b>Namn</b>	<b>Datum</b>
Lee Orberson, stadsdelsdirektör	2026-05-13
Alexander Baena, avdelningschef	2026-05-13