



Stockholms
stad

Årsrapport 2024

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Rapport från
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2025/49

Stadsrevisionen i Stockholms stad är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs av stadens nämnder och bolag. I årsrapporter för nämnder och bolag sammanfattar stadsrevisionen det gångna årets granskningar och bedömningar.

På stadens webbplats, start.stockholm/revision, finns revisionsrapporter publicerade. För att prenumerera på stadsrevisionens informationsbrev, uppge e-postadress till revision.rvk@stockholm.se.

Till

Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Årsrapport 2024

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnds verksamhet under 2024.

Revisorerna har den 26 mars 2025 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd för yttrande senast den 27 juni 2025. Av yttrandet bör det framgå vilka åtgärder som nämnden avser att vidta gällande revisionens rekommendationer.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Stefan Kindborg
Ordförande

Tomasz Czarnik
Sekreterare

Sammanfattning

Kommunallagen anger att revisionen årligen ska pröva om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om nämndens interna styrning och kontroll varit tillräcklig. Revisionskontoret har även granskat om nämndernas räkenskaper är upprättade enligt stadens anvisningar. För de kriterier som ligger till grund för gjorda bedömningar, se bilaga 3.

Verksamhet och ekonomi

Utifrån genomförd granskning bedöms Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Revisionskontoret noterar att nämnden bedömer några verksamhetsmål som helt uppfyllda trots att en majoritet av fullmäktiges indikatorer uppnås delvis eller inte alls. Bedömningen speglar därmed inte kommunfullmäktiges målsättningar till fullo.

Kommunfullmäktiges ekonomiska mål för budgetföljsamhet har uppnåtts. Nämnden har dock under flera års tid redovisat ett underskott inom verksamhetsområdet barn och unga inom individ- och familjeomsorgen. Årets underskott på 32,1 mnkr förklaras av ett fortsatt högt antal placeringar.

Intern kontroll

Den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara i huvudsak tillräcklig. Årets granskningar gällande genomförandeplaner i hemtjänsten, avtalsuppföljning och läkemedelsdelegering inom grupp- och serviceboenden visar dock på flera väsentliga utvecklingsområden. Bland annat behöver nämnden säkerställa att beställning och genomförandeplan överensstämmer, förtydliga ansvarsfördelningen för avtalsuppföljning samt upprätta lokala instruktioner för läkemedelshantering.

Räkenskaper

Utifrån genomförd granskning bedöms räkenskaperna 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. Väsentliga rekommendationer som återstår att åtgärda är bland annat att säkerställa att individuppföljningar inom daglig verksamhet genomförs minst årligen samt dokumenteras.

Innehåll

1. Årets granskning	1
2. Verksamhet och ekonomi	2
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	4
2.2.1 <i>Driftverksamhet</i>	4
3. Intern kontroll	6
3.1 Organisation och ansvarsfördelning	6
3.2 Riskanalys.....	7
3.3 Nämndens uppföljning under året.....	7
3.3.1 <i>Ekonomiskt resultat</i>	7
4. Räkenskaper.....	8
5. Uppföljning av tidigare års granskning	9
Bilaga 1 Årets granskning.....	10
Bilaga 2 Uppföljning av lämnade rekommendationer	18
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 revisionsd i kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupp 1. I granskningen har revisorerna biträtt av stadens revisionskontor. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 3.

Revisorerna träffade våren 2024 nämndens presidium för genomgång av 2023 års granskning och avstämning inför 2024.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningsledningen.

2. Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas revisionskontorets grund för bedömning av om nämnden i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Nämnden bedöms i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål och att alla fullmäktiges 16 mål för verksamhetsområdet har uppfyllts.

Revisionskontoret noterar att nämnden bedömer några verksamhetsmål som helt uppfyllda trots att en majoritet av fullmäktiges indikatorer uppnås delvis eller inte alls. Trots att det finns en tydlig analys och förklaring till målbedömningen speglar inte bedömningen kommunfullmäktiges målsättningar gällande flera av indikatorerna. Detta avser framför allt de verksamhetsmål som rör förskola och socialtjänst.

Nämnden bedömer att verksamhetsmålet ”Alla barn ska ges likvärdig möjlighet till utveckling och lärande i förskolan och skolan” uppfylls trots att fyra av fem indikatorer endast uppnås delvis. Bland annat gäller det målen för antalet barn per anställd, antalet barn per grupp och antalet barn per legitimerad förskollärare. Nämnden beskriver att detta kan bero på att avdelningar och i vissa fall hela förskolor tomställts under året på grund av att antalet förskolebarn som tillhör stadsdelsnämndens område varit lägre än prognostiserat.

Vidare bedömer nämnden att verksamhetsmålet ”Stockholm ska ges stöd och omsorg där behoven är som störst” uppfylls trots att fyra av nio indikatorer uppnås delvis, och två uppnås inte alls. Bland annat redovisas att andelen placerade barn i skolåldern som klarar målen i kärnämnen i grundskolan inte uppnår målet på 75 procent då årets utfall är 46 procent. Jämfört med föregående år, då 68 procent av de placerade barnen klarade målen i kärnämnen, har andelen sjunkit markant.

Verksamhetsmålet ”Medarbetare i Stockholm ska ges goda förutsättningar att göra ett bra jobb” bedöms helt uppfyllt av nämnden. Utav kommunfullmäktiges sex indikatorer som tillhör målet uppfylls två helt och fyra delvis. Jämfört med föregående år har utfallet för indikatorn Aktivt medskapandeindex (AMI), som mäter resultatet från medarbetarundersökningen, förbättrats med en punkt med

ett utfall på 78. Kommunfullmäktiges uppsatta målvärde är 83. Nämnden når inte heller upp till målen om andelen arbetade timmar av timavlönad personal inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt inom äldreomsorg. Förvaltningen har tagit fram en plan för att minska andelen timanställda på vård- och omsorgsboenden. För att i större utsträckning minska andelen timanställda bedömer revisionskontoret att planeringen bör vara mer långsiktig och inkludera konkreta åtgärder. Se bilaga 2.

Även verksamhetsmålet ”Stockholm ska vara en bra stad att åldras i – med god omsorg och stor trygghet” bedöms som uppfyllt av nämnden. Två indikatorer uppnås helt, och fyra indikatorer uppnås delvis. Revisionskontoret noterar att utfallen på indikatorerna är nära målvärdet, och de flesta utfall har också förbättrats sedan föregående år. Utfallen på indikatorer som mäter andelen omsorgstagare som upplever att de kan påverka hur hjälpen utförs inom hemtjänsten samt på vård- och omsorgsboenden ligger nära årsmålet och en förbättring har skett jämfört med föregående år. Dessutom uppfylls målet om andelen nöjda omsorgstagare.

Årets trygghetsmätning visar att andelen som upplever trygghet är 84 procent, vilket är i nivå med föregående år. Nämnden uppfyller kommunfullmäktiges målsättning, som är satt till 79 procent, och är nära att uppfylla sitt eget högre satta mål om 85 procent. För att öka tryggheten har exempelvis riktad nattvandring mot platser där det samlas unga genomförts.

Rapporteringen i verksamhetsberättelsen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse. Rapporteringen beskriver även vilka åtgärder som nämnden planerar att vidta för de mål som inte uppnåtts.

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 2024:

Driftverksamhet (mnkr)	Budget 2024	Utfall 2024	Avvikelse 2024	Avvikelse 2024, %	Avvikelse 2023, %
Kostnader	3 646	3 710	- 64	- 1,8 %	- 6,1 %
Intäkter	492	591	99	20,1 %	35,8 %
Verksamhetens nettokostnader	3 153	3 118	35	1,1 %	- 1,9 %
Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar	3 153	3 135	18	0,6 %	- 0,5 %

Nämndens ekonomiska utfall avviker med cirka 18 mnkr i förhållande till fullmäktiges budget. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet därmed har uppnåtts.

Nämndens ekonomiska utfall redovisar ett positivt resultat inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Det finns negativa avvikelser inom bland annat verksamhetsområdet barn och unga.

Äldreomsorgen redovisar ett positivt resultat som överstiger budget med 67,2 mnkr. Detta förklaras i huvudsak av att nämnden reserverat 22 mnkr för underskottstäckning som inte behövt användas. Det uppges även bero på en lägre efterfrågan av placeringar på vård- och omsorgsboenden än budgeterat. Vidare ses fortsatt positiva effekter av att ett vård- och omsorgsboende lagts ned sista december 2021, vilket inneburit att antalet tomma lägenheter minskat markant sedan dess.

Resultatet har avvikit negativt från budget inom individ- och familjeomsorgens barn- och ungdomsverksamhet under flera års tid. I år avviker resultatet 32,1 mnkr från budget. Enligt nämndens redovisning beror avvikelsen, i likhet med föregående år, i huvudsak på att ett utvecklat samarbete mellan socialtjänst, skola och lokalpolis har lett till bättre kännedom om hur barnen har det och därmed fler orosanmälningar och utredningar än tidigare. Fler utredningar har inneburit ett ökat behov av konsultinsatser när egen personal inte räckt till. Det har även inneburit fler placeringar av

barn och unga utanför hemmet än prognostiserat. Det totala antalet vårddygn är något fler 2024 jämfört med föregående år. Även individ- och familjeomsorgens verksamhet riktad till vuxna avviker negativt från budget vilket förklaras av att behovet av placeringar på stöd-/omvårdnadsboende och härbärgen har varit högre än budgeterat.

Verksamhetsområdet nyanlända redovisar ett överskott om 8,6 mnkr jämfört med budget. Detta förklaras av att nämnden erhöll statsbidrag från Migrationsverket i december som var 7,5 mnkr högre än prognostiserat vilket bidrog till en budget i balans.

Underskottet inom ekonomiskt bistånd på 11,3 mnkr uppges bero på att antalet hushåll som erhållit ekonomiskt bistånd har ökat jämfört med föregående år, samtidigt som även medelbidraget per hushåll och månad har ökat.

Inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning finns ett underskott på 8,8 mnkr. Detta förklaras av höga personalkostnader på grund av hög personalomsättning och sjukfrånvaro.

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

3. Intern kontroll

I detta avsnitt redovisas revisionskontorets grund för bedömning av om nämnden har haft en tillräcklig intern kontroll.

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Årets granskningar gällande genomförandeplaner i hemtjänsten, avtalsuppföljning och läkemedelsdelegering visar dock på flera väsentliga utvecklingsområden. Bland annat behöver nämnden säkerställa att beställning och genomförandeplan överensstämmer avseende insatser och brukarens behov, förtydliga ansvarsfördelningen för uppföljning av avtal samt upprätta lokala instruktioner för läkemedelshantering.

Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

3.1 Organisation och ansvarsfördelning

Nämnden har i huvudsak en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Det finns i huvudsak riktlinjer och rutiner som ska bidra till att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Under året har avdelningarna för individ- och familjeomsorg samt äldreomsorg genomfört ett arbete som syftar till att kartlägga processer och koppla ihop skriftliga rutiner med respektive process i ett digitalt system. Arbetet syftar bland annat till att förtydliga de steg som behöver genomföras i handläggningen av ärenden.

I årets granskning av avtalsuppföljning noteras att ansvarsfördelningen behöver förtydligas, samt att det saknas nedtecknade rutiner för avtalsuppföljning. Det pågår ett arbete med att ta fram rutiner. Granskningen av delegering av läkemedelshantering på ett antal grupp- och serviceboenden visade också att det inte fanns nedtecknade lokala instruktioner för läkemedelshantering. Vidare behöver det även säkerställas att personalen på grupp- och serviceboenden följer rutiner för signering i enlighet med mottagen delegering.

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. I årets granskning av uppföljning av avtal noteras dock att det finns möjlighet att utveckla dokumentationen av den kontroll som genomförs av kommunfullmäktiges indikator som mäter uppföljning för avtal över 2 mnkr. Förvaltningen uppger att kontroll sker genom att ett stickprov tas av genomförd uppföljning, men resultatet dokumenteras inte.

3.2 Riskanalys

Nämnden genomför i huvudsak årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Exempelvis att beslut fattas på felaktiga grunder på grund av otillåten påverkan. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker, och kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. För att säkerställa att det finns ett förebyggande arbete mot otillåten påverkan har förvaltningen följt upp om enheterna fått information vid arbetsplatsträffar, och kontrollen visade inte på några avvikelser. Dock noterades avvikelser i uppföljningen av avtalstrohet. Därför kommer utbildning anordnas för de verksamheter som behöver öka sin användning av inköpssystemet.

Väsentlighets- och riskanalyser tas även fram på andra nivåer i organisationen. Exempelvis har verksamhetsområdet barn, unga och familj upprättat en gemensam riskanalys och tillhörande internkontrollplan för 2024. Det har bland annat genomförts en kontroll av att ärenden anmäls till nämnd. Förvaltningen uppger att kontrollen inte visar på några avvikelser. Det finns möjlighet att utveckla dokumentationen av kontrollen.

3.3 Nämndens uppföljning under året

Nämndens rapportering ger i huvudsak en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

Årets granskning av uppföljning av avtal visar att nämnden behöver utveckla sina rutiner och kontroller för uppföljning av det som uppdragits åt annan att utföra. Nämnden behöver också upprätta planer för uppföljning av respektive avtal. Vidare visar en granskning av genomförandeplaner inom hemtjänsten att dokumentationen gällande hur insatserna har fungerat för brukarna, och om brukarens behov har förändrats under beslutsperioden, kan utvecklas.

3.3.1 Ekonomiskt resultat

Nämndens uppföljningar under året har identifierat ekonomiska avvikelser bland annat inom verksamhetsområdet individ- och familjeomsorg. Den största avvikelsen finns inom barn- och ungdomsverksamheten. Nämnden har genomfört åtgärder för att komma tillrätta med budgetavvikelsen genom att exempelvis utveckla arbetet med att förhandla ned dygnsarvoden för placeringar. Vidare uppges att vården följs närmare med hjälp av detta nya arbetssätt. Dock har behovet av placeringar ökat under året vilket gör att verksamheten ändå redovisar ett underskott för 2024.

4. Räkenskaper

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

Utifrån genomförd granskning bedöms räkenskaperna vara upprättade i enlighet med stadens anvisningar.

5. Uppföljning av tidigare års granskning

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 är bland annat att säkerställa att individuppföljningar inom daglig verksamhet genomförs minst årligen samt dokumenteras. Rekommendationerna redovisas i bilaga 2.

Bilaga 1 Årets granskning

Genomförandeplaner inom hemtjänsten

Revisionskontoret har granskat om nämndens styrning och uppföljning avseende genomförandeplaner inom hemtjänsten sker i enlighet med socialtjänstlagen samt stadens riktlinjer och anvisningar. Granskningen har inte omfattat om beställda hemtjänstinsatser faktiskt har genomförts av utförare.

Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden bör stärka styrningen och uppföljningen av processen för att hantera genomförandeplaner. Detta för att säkerställa att stadens riktlinjer och anvisningar samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs fullt ut. Genomförandeplanerna fungerar i dagsläget inte i tillräcklig utsträckning som stöd för att säkerställa att brukarnas behov tillgodoses. Systematiska arbetssätt som säkerställer att genomförandeplaner är upprättade, inkommer i tid och att dessa följs upp behöver förbättras.

Revisionskontoret har granskat 10 ärenden där brukare har haft mer än 50 timmar hemtjänstinsatser per månad och där biståndsbeslut har fattats mellan 1 januari och 30 april 2023. Biståndsbesluten har gällt minst tolv månader och har omfattat såväl kommunala som privata utförare. Revisionskontoret har granskat biståndsbeslut, beställningar, genomförandeplaner samt journalanteckningar.

I ”Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg” (som är beslutad av fullmäktige) och ”Anvisningar för beställning och genomförandeplan för hemtjänst” (som är stadsgemensamma anvisningar för beställning och genomförandeplan för hemtjänst och beslutad av äldreförvaltningen), anges att samtliga brukare ska ha en godkänd genomförandeplan. Vidare framgår det i riktlinjerna och anvisningarna att planerna ska ha inkommit från utförare till beställarenheten eller motsvarande på stadsdelsförvaltningen inom 15 dagar från utskickad beställning från beställarenheten eller motsvarande. I de tio granskade ärendena finns nio inkomna och godkända genomförandeplaner. Av dessa nio har en plan inkommit till stadsdelsförvaltningen inom de 15 stipulerade dagarna. Två planer har inkommit mer än sex månader efter utskickad beställning och en plan har inkommit mer än ett år efter beställning.

Socialtjänstlagen anger att brukare ska ha inflytande vid planering och genomförandet av hemtjänstinsatser. I granskningen framkommer att brukarna har varit delaktiga i åtta av nio genomförandeplaner som har inkommit. I ett fall har brukaren inte varit delaktig vid utarbetande av planen men det beror på att brukaren inte ville delta.

I riktlinjerna och anvisningarna framgår att beställarenheten eller motsvarande på stadsdelsförvaltningen ska granska utförarnas genomförandeplaner för brukarna. Detta för att kontrollera att insatserna stämmer överens med beställningarna. Vid intervju anger förvaltningen att det finns rutiner för att omhänderta avvikelser kopplade till genomförandeplaner. Vid granskning av överensstämmelse mellan beställning och genomförandeplan, framkommer avvikelser i sex av nio inkomna planer. Exempelvis ute-lämnas nattliga besök samt enskilda insatser som bl.a. sällskap vid måltider och städning i planerna. Vidare visar verifieringen på avvikelser i dokumentation av stadsdelsförvaltningens bevakning och kontroll av genomförandeplaner. Det saknas journalanteckningar om att genomförandeplaner har inkommit eller granskats. I det fall där en plan inte har inkommit, saknas journalanteckningar om att efterfråga saknad genomförandeplan. Det är inte möjligt att följa och granska handläggningen av ärenden i alla delar. Därmed följs inte Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av bl.a. socialtjänstlagen fullt ut.

I riktlinjerna framgår att biståndsbeslut ska följas upp minst en gång per år. I verifieringen framgår att i två av tio fall var det inte aktuellt med uppföljning av biståndsbeslut p.g.a. att brukaren beviljades plats på vård- och omsorgsboende eller att brukaren avled under beslutsperioden. I de kvarvarande åtta fallen har uppföljning inom ett år dokumenteras i samtliga fall. Brukare medverkade i sju av åtta uppföljningsmöten. Det framgår att stadsdelsförvaltningen inte kontaktar utförarna i tillräcklig utsträckning för att få utförarnas syn på brukarnas behov. Det saknas information i journalanteckningarna om hur insatserna har fungerat för brukarna och om brukarens behov har förändrats under beslutsperioden. Det finns därmed risk att förvaltningen inte får en fullständig bild samt uppmärksammar förändringar av brukarnas behov och insatser vid uppföljningstillfällena.

Nämnden rekommenderas att:

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

Delegering av läkemedelshantering på grupp- och serviceboenden

Revisionskontoret har granskat delegering av läkemedelshantering på grupp- och serviceboenden (LSS). De nämnder som ingått i granskningen utöver Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd är Skärholmens stadsdelsnämnd samt socialnämnden. Revisionskontoret bedömer att nämnden i större utsträckning behöver säkerställa att delegering av läkemedelshantering sker i enlighet med lag och föreskrifter. Bland annat behöver nämnden se till att lokala instruktioner för läkemedelshantering tas fram på boendena för att säkerställa att hanteringen sker på ett patientsäkert sätt, och nämnden behöver också säkerställa att det är rätt person som genomfört utbildning inför delegering. Sammantaget är det viktigt att åtgärder vidtas för att minimera risken för läkemedelsrelaterade vårdskador på grupp- och serviceboenden.

Respektive grupp- och serviceboende ska enligt medicinskt ansvarig sjuksköterskas riktlinjer för hälso- och sjukvård upprätta en lokal instruktion som syftar till att beskriva hur läkemedelshanteringen går till i de olika verksamheterna samt till att synliggöra om läkemedelshanteringen sker på ett säkert sätt. LSS/SoL-hälsan har tagit fram en mall för detta där det anges att rutinen ska skickas in till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Det anges även att den lokala instruktionen ska gås igenom en gång per år för att säkerställa att den fortfarande överensstämmer med hur läkemedelshanteringen går till. Det saknas nedskrivna lokala instruktioner för läkemedelshantering på de två boenden som har ingått i granskningen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att avsaknad av lokal instruktion och efterföljande kontroll av instruktionen innebär risk för att det finns bristfälliga arbetssätt på boendena som i sin tur kan leda till att patientsäkerheten äventyras.

Delegeringsförfarandet inleds med att personalen som behöver delegering genomför en webbaserad utbildning i att jobba säkert med läkemedel. Granskningen visar att det ser olika ut var personalen genomför utbildningen. Boendena som ingått i granskningen erbjuder personalen att genomföra utbildningen hemma, och ett av boendena uppger dessutom att personalen inte får lön för tiden det tar att genomföra utbildningen om de väljer att göra utbildningen hemma. När utbildningen genomförs på annan plats är det inte möjligt att säkerställa att rätt person genomfört utbildningen, och möjligheten att ställa frågor om innehållet under tiden saknas. Granskningen visar också att det saknas gemensamma rutiner för hur dokumentationen av intyget från utbildningen ska ske, och förvaltningen sparar inte själva intygen. För ett av boendena finns noteringar om senast utförda utbildning inlagt i systemet för signering. Granskningen visar att giltiga delegeringar finns för all personal som förvaltningen uppger ska inneha delegering.

Alla verksamheter har infört ett digitalt system för läkemedels-signering. Statistik från det digitala signeringssystemet visar att signeringarna ibland inte sker vid den tidpunkt som läkemedlet ska ha delats ut, och ibland saknas signering helt. I stickprovet för signeringar i februari, april och juli på de två granskade boendena i Hägersten-Älvsjö saknade i genomsnitt fyra procent av läkemedelsutdelningen signering. Utav de signeringar som utförts var 16 procent signerade för sent.

Förvaltningen genomför återkommande uppföljning av kvaliteten på verksamheten i egen regi. Under 2023 följdes grupp- och serviceboenden upp genom verksamhetsbesök på fem boenden i Hägersten-Älvsjö. I rapporteringen till nämnden uppges bland annat att dokumentation samt avvikelshantering behöver utvecklas. De inrapporterade avvikelser som inte ingår i socialnämndens patientsäkerhetsberättelse bör rapporteras till nämnden. Om inte nämnden får tillräcklig kännedom om vilka brister som finns i den egna verksamheten kan nämnden heller inte vidta åtgärder för att förbättra verksamhetens kvalitet.

Nämnden rekommenderas att:

- Upprätta lokala instruktioner för läkemedelshantering på alla verksamheter där läkemedel hanteras.
- Säkerställa att utbildning inför delegering sker under arbetstid, samt att rätt person genomför utbildningen.
- Säkerställa att personalen på grupp- och serviceboenden följer rutiner för signering i enlighet med mottagen delegering.
- Utveckla rapporteringen till nämnden gällande avvikelser på grupp- och serviceboendena.
- Socialnämnden, tillsammans med stadsdelsnämnderna, rekommenderas säkerställa att dokumentation om den senast genomförda utbildningen finns sparad för den personal som har delegering.

Uppföljning av avtal

En granskning har genomförts av nämndens avtalsuppföljning. Revisionskontorets sammanfattande bedömning är att nämnden behöver utveckla den interna kontrollen avseende nämndens ingångna avtal. Detta behövs för att nämnden ska kunna känna sig trygg med att upphandlade leverantörer utför sina uppdrag till de priser och till den kvalitet som avtalats. Vidare behövs detta för att öka möjligheten att nyttja sanktionsmöjligheter så som viten när avtal inte efterlevs, samt för att säkerställa att det inte föreligger jävssituationer i samband med upphandling och avtalsuppföljning. Nämnden behöver även införa kontroller för att säkerställa att avtalsuppföljning sker samt säkerställa att uppföljningen dokumenteras.

I stadens tillämpningsanvisningar till inköpsprogrammet framgår att den upphandlande myndigheten ska ha rutiner för att säkerställa att ingångna avtal följs, och en utpekad funktion som är avtalsansvarig för varje enskilt avtal. Intervjuade uppger att ansvaret för respektive avtal inte finns nedtecknat hos förvaltningen, men att det är avdelningscheferna som är ansvariga för avtal inom sina respektive verksamheter. Upphandlingssamordnaren har påbörjat ett arbete med att fördela roller i avtalsdatabasen. Förvaltningen har ingen skriftlig rutin för arbetet med avtalsuppföljning, men ett arbete med att ta fram en rutin har påbörjats.

I anvisningarna framgår också att upphandlande myndighet ska säkerställa att det inte föreligger jävssituationer i samband med inköp och upphandling. Förvaltningen har inga nedtecknade rutiner för hur jävsfrågan ska hanteras inom upphandlingsområdet. Vidare anges att en plan för avtalsuppföljning ska tas fram tidigt i upphandlingsprocessen samt att respektive förvaltning behöver klassificera sina avtal och leverantörer för att kunna avsätta resurser för uppföljning där de behövs bäst, så kallad strategisk avtalsstyrning. Förvaltningen upprättar inga planer för uppföljning av avtalen i strategifasen av en upphandling, men intervjuade uppger att ambitionen är att så ska ske framöver. För en del enskilda avtal har arbete med uppföljningsplaner påbörjats, och revisionskontorets stickprov visar att en uppföljningsplan finns i ett av två fall. Förvaltningen arbetar inte med klassificering av avtal i dagsläget. Revisionskontoret anser att nämnden bör överväga att klassificera sina avtal samt att detta bör påverka vilka resurser som läggs på uppföljningen av respektive avtal, i enlighet med tillämpningsanvisningarna.

Stadsdelsnämnderna har gemensamma hanteringsanvisningar för dokumentation som tas fram av stadsarkivet. Där anges bland annat att dokumentation från leverantörskontroller samt uppföljning av krav ska sparas under avtalstiden. Revisionskontorets stickprov visar att uppföljning har genomförts och dokumenterats, och dokumentationen finns diarieförd hos förvaltningen. Intervjuade uppger dock att det råder oklarheter i hur avtalsuppföljning dokumenteras inom förvaltningen, huruvida diarieföring sker samt var eventuell dokumentation från uppföljningen förvaras.

Intervjuade uppger att det i dagsläget saknas kontroller av att avtalsuppföljning sker. Upphandlingssamordnaren gör slumpmässiga sökningar i diarieföringssystemet, men det är inget som dokumenteras. Vid uppföljning av kommunfullmäktiges indikator som mäter uppföljning för avtal över 2 mnkr tas enligt uppgift ett fåtal stickprov som inte dokumenteras. Utfallet på indikatorn består av en sammanvägd bedömning gjord av upphandlingssamordnare och upphandlingsansvarig gemensamt. Upphandlingsansvarig framhåller att det är

viktigt att förvaltningen genomför systematiska kontroller så att avvikelser kan fångas upp.

Det finns inte någon övergripande plan för vilka avtalsuppföljningar som ska rapporteras till nämnd. Intervjuade uppger att rapporteringen styrs av vad nämnden efterfrågar.

Nämnden rekommenderas att:

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

Behörighet och attest i ekonomisystemet

En granskning har genomförts av hanteringen av behörigheter och attesträtter i ekonomisystemet.

Granskningen visar att det finns en aktuell och undertecknad attestförteckning men att den saknar datum för signering. Det finns även, i enlighet med stadens rutiner, ett attestkort för förvaltningschefen samt namnteckningsprov för attestant i genomfört stickprov. Vidare noteras att uppföljning av behörigheter i ekonomisystemet sker löpande under året genom användning av behörighetslista.

Inga tidigare rekommendationer finns att följa upp inom granskningsområdet, och årets granskning föranleder inga rekommendationer.

Löneprocessen

En granskning har genomförts av löneprocessen. Granskningen visar att det finns en tydlig spårbarhet till genomförda kontroller genom att kontroller dokumenteras noggrant, inklusive information om när och av vem kontrollen genomförts. Uppföljningen av avvikelser från registeranalysen gjordes även utan särskilda iakttagelser.

Förvaltningen har en rutin för internkontroll av lön. Av rutinen framgår dock inte tydligt hur och av vem angivna kontroller ska utföras.

Granskningen föranleder inga rekommendationer. Däremot uppmantras nämnden att tydliggöra rutinen för internkontroll av lön beträffande hur angivna kontroller ska genomföras samt av vem. Det finns inga tidigare lämnade rekommendationer att följa upp inom granskningsområdet.

Utbetalning och kontroller av försörjningsstöd

En granskning har genomförts av utbetalning och kontroller av försörjningsstöd. En dataanalys har genomförts av utbetalt försörjningsstöd. Granskningen visar inte på några avvikande eller oförklarliga fluktuationer i dataanalysen över antal bidragshushåll, utbetalt försörjningsstöd eller genomsnittligt utbetalt försörjningsstöd.

Förvaltningen genomför kontroller vid utbetalning av försörjningsstöd. Det bedrivs även ett aktivt arbete med att förebygga felaktiga utbetalningar.

Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

Inköpsprocessen – lokalhyror verksamhetslokaler

En granskning har genomförts av hantering av hyreskostnader för verksamhetslokaler. Granskningen visar att det för samtliga stickprovstestade transaktioner finns giltiga och av båda parter signerade hyresavtal, transaktionerna är attesterade av behöriga, rätt konterade samt rätt periodiserade. Däremot stämmer inte samtliga verifikationer överens mellan avtal och fakturerad hyreskostnad.

Avvikelser har noterats i två av 16 stickprov.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att det finns en överensstämmelse mellan hyresavtal och fakturerad lokalhyra (inklusive fastighetsskatt).

Hantering och redovisning av resekostnader

En granskning har genomförts av hanteringen och redovisningen av resekostnader under perioden november 2023 till oktober 2024.

Granskningen visar att nämnden hanterar resor enligt förvaltningens riktlinje för förtroendekänsliga poster. Enligt uppgift pågår det ett arbete med att uppdatera en reserutin som ska publiceras på intranätet. Förvaltningen genomför även löpande kontroller av resekostnader genom att samtliga resetransaktioner i flödet styrs till redovisningsansvarig.

Genomförda stickprovskontroller visar att granskade transaktioner, med undantag för en mindre avvikelse, i allt väsentligt är korrekt hanterade i enlighet med stadens och förvaltningens anvisningar.

Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

Bilaga 2

Uppföljning av lämnade rekommendationer

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
Årsrapport 2024	Genomförandeplaner inom hemtjänsten Nämnden rekommenderas: Säkerställa att samtliga brukare har genomförandeplaner och att de inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinjer och anvisningar. Säkerställa att beställning och genomförandeplan överensstämmer avseende insatser och brukarens behov. Dokumentera hur brukarnas hemtjänstinsatser har fungerat efter genomförd uppföljning av biståndsbeslut.	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2024	Delegering av läkemedelshantering på grupp- och serviceboenden Nämnden rekommenderas: Upprätta lokala instruktioner för läkemedelshantering på alla verksamheter där läkemedel hanteras. Säkerställa att utbildning inför delegering sker under arbetstid, samt att rätt person genomför utbildningen. Säkerställa att personalen på grupp- och serviceboenden följer rutiner för signering i enlighet med mottagen delegering. Utveckla rapporteringen till nämnden gällande avvikelser på grupp- och serviceboendena. Socialnämnden, tillsammans med stadsdelsnämnderna, rekommenderas säkerställa att dokumentation om den senast genomförda utbildningen finns sparad för den personal som har delegering.	Se kommentar	Följs upp kommande år

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
Årsrapport 2024	<p>Uppföljning av avtal Nämnden rekommenderas:</p> <p>Ta fram rutiner för avtalsuppföljning.</p> <p>Förtydliga ansvarsfördelningen för avtalsuppföljning.</p> <p>Upprätta planer för uppföljning för alla nämndens avtal.</p> <p>Säkerställa att avtalsuppföljning genomförs för alla nämndens avtal.</p> <p>Säkerställa att avtalsuppföljning dokumenteras enligt gällande hanteringsanvisningar.</p> <p>Säkerställa att det inte föreligger jävssituationer i samband med inköp och upphandling i enlighet med tillämpningsanvisningarna.</p> <p>Tydliggöra hur rapportering av resultat från avtalsuppföljning ska ske.</p>	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2024	<p>Inköpsprocessen Nämnden rekommenderas:</p> <p>Säkerställa att det finns en överensstämmelse mellan hyresavtal och fakturerad lokalhyra (inklusive fastighetsskatt).</p>	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2023	<p>Systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten (socialpsykiatri) Nämnden rekommenderas:</p> <p>Utveckla redovisning av resultaten i genomförda egenkontroller i nämndens tertialrapporter.</p>	Ja	Förvaltningen har tagit fram en intern rutin för arbetet med väsentlighets- och riskanalys samt internkontrollplan och det anges även i anvisningarna till enheterna hur genomförda egenkontroller ska redovisas till nämnden. Resultatet från egenkontrollerna redovisas i nämndens tertialrapport 2.
Årsrapport 2023	<p>Systematiskt arbetsmiljöarbete inom förskoleverksamheten Nämnden rekommenderas:</p> <p>Säkerställa att riskbedömningar och beslutade åtgärder, utifrån resultatet av skyddsronder, i större utsträckning dokumenteras och genomförs. (Rekommendation kvarstår)</p> <p>Sammanställa resultatet från skyddsronderna för förskoleverksamheten som helhet i syfte att identifiera gemensamma utvecklingsområden. (Rekommendation kvarstår)</p>	Delvis	<p>Förvaltningen uppger att arbetet med att ta fram rutiner har påbörjats men blivit fördröjt under året då ett nytt system för skyddsronder har införts.</p> <p>Förvaltningen uppger att det i dagsläget inte går att ta fram en sammanställning av resultatet från skyddsronderna som helhet.</p>

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
Årsrapport 2023	<p>Individuppföljning daglig verksamhet Nämnden rekommenderas:</p> <p>Säkerställa att genomförandeplanerna inkommer inom utsatt tid enligt stadens riktlinje. (Rekommendation kvarstår)</p> <p>Säkerställa att individuppföljningar genomförs minst årligen samt dokumenteras enligt stadens riktlinje. (Rekommendation kvarstår)</p> <p>Använda beställningar och genomförandeplaner som ett instrument vid individuppföljningar enligt stadens riktlinje. (Rekommendation kvarstår)</p> <p>Utforma kontroller för att följa upp brukarnas närvaro på daglig verksamhet för att säkerställa att rätt ersättning utgår till utförare och brukare. (Rekommendation åtgärdad)</p>	Delvis	<p>Workshop mellan beställare och utförare i egen regi är planerad att genomföras under våren 2025 för att säkerställa att genomförandeplaner kommer in till beställarenheten inom 14 dagar.</p> <p>Förvaltningen har tagit fram rutiner för individuppföljningar. Dock finns inga kontroller upprättade som säkerställer att individuppföljningar genomförs och dokumenteras.</p> <p>I framtiden rutin för uppföljning av insats anges att beställning och genomförandeplan ska gås igenom. Det finns dock inga kontroller som säkerställer att beställningar och genomförandeplaner används vid individuppföljningar.</p> <p>Förvaltningen har utformat kontroller för att följa upp brukarnas närvaro som sammanställs vid månadsskiftet.</p>
Årsrapport 2023	<p>Kontinuitet Nämnden rekommenderas:</p> <p>Utveckla arbetet med att upprätthålla kontinuitet i verksamheten.</p>	Delvis	Enligt information från förvaltningen finns kontinuitetsplaner upprättade för samhällsviktiga verksamheter. För resterande del av verksamheterna ska ytterligare åtgärder vidtas under 2025.
Årsrapport 2023	<p>Intern kontroll Nämnden rekommenderas:</p> <p>Beskriva resultatet av alla genomförda kontroller, samt åtgärder med anledning av resultatet, i den årliga uppföljningen av internkontrollplanen.</p>	Ja	Under året uppger förvaltningen att de har granskat enheternas delårsrapportering av genomförda kontroller. I den årliga uppföljningen av internkontrollplanen, som biläggs verksamhetsberättelsen, framgår nu resultatet från genomförda kontroller samt eventuella åtgärder som vidtagits.
Revisionsrapport nr 5/2022	<p>Förutsättningar för en äldreomsorg med hög kvalitet Nämnden rekommenderas:</p> <p>Ta fram en plan för arbetet med att minska andelen timanställda i vård- och omsorgsboendena på längre sikt.</p>	Delvis	Förvaltningen har tagit fram en plan för arbetet med att minska andelen timanställda på förvaltningens vård- och omsorgsboenden. Bland annat tas upp att avdelningen ska fortsätta att stärka kompetensen gällande bemanningsplanering genom utbildning, stöd och handledning till chefer och samordnare/-planerare. Förvaltningen beskriver att nästa steg är att se över möjligheten att samordna bemanningen inom vård- och omsorgsboenden. Planen sträcker sig till 2025. För att minska andelen timanställda på vård- och omsorgsboendena behöver planeringen sträcka sig längre fram i tiden och inkludera konkreta åtgärder.
Årsrapport 2022	<p>Individuppföljning av placerade barn efter pandemin Nämnden rekommenderas:</p> <p>Säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används i uppföljning av samtliga ärenden.</p>	Delvis	Förvaltningen har upprättat en kontroll som visar att genomförandeplaner fortsatt saknas i viss utsträckning. Revisionskontoret kommer att följa upp rekommendationen genom stickprov under 2025.

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
Årsrapport 2020	<p>Förtroendekänsliga poster Nämnden rekommenderas:</p> <p>Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation.</p>	Ja	<p>Förvaltningen har under året stärkt kontrollen vid kontering av representation. Deltagarlistan kontrolleras för att säkerställa att anvisningar avseende attestering efterlevs. Genomfört stickprov visar att det inte finns några avvikelser avseende moms, syfte, deltagarlista och relevanta kvitton, samt att slutlig attestant inte finns med som deltagare.</p>
Revisionsrapport nr 5/2019	<p>Implementering av dataskyddsförordningen Nämnden rekommenderas:</p> <p>Informationsklassificera sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar.</p>	Delvis	<p>Totalt är endast 18 av förvaltningens 107 system klassade för närvarande. Under 2024 har sex system informationsklassats. I dataskyddsombudets årsrapport framhålls, precis som föregående år, att förvaltningen behöver implementera de roller som anges i den nya förvaltningsmodellen. I rollbeskrivningen ska det bland annat framgå vem som är ansvarig för att hålla registerförteckningens olika personuppgiftsbehandlingar uppdaterade, och för att lägga in nya behandlingar.</p> <p>Det ingår numera i dataskyddsombudens uppdrag att årligen lämna en årsrapport där identifierade brister i efterlevnad av dataskyddsförordningen framgår. Revisionen tar del av dessa rapporter och kommer därför inte fortsätta att följa upp de rekommendationer som lämnats till nämnder och som ännu inte åtgärdats. Även bolagen har granskats avseende efterlevnad av dataskyddsförordningen, vilka visar på liknande brister som för nämnderna. Då dessa granskningar har genomförts senare kommer rekommendationer för bolagen att följas upp ytterligare ett år.</p>

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 revisionsobjektets 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 samt 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.