



Stockholms  
stad

# Årsrapport 2024

Bromma stadsdelsnämnd

Rapport från  
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2025/46

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](http://start.stockholm/revision), finns revisionsrapporter publicerade. För att prenumerera på stadsrevisionens informationsbrev, uppge e-postadress till [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till

Bromma stadsdelsnämnd

## Årsrapport 2024

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för Bromma stadsdelsnämnds verksamhet under 2024.

I likhet med tidigare år bedömer revisorerna att Bromma stadsdelsnämnds interna kontroll har varit delvis tillräcklig.

Bedömningen grundar sig på att brister återkommande har noterats i de granskningar revisionen genomfört. Bristerna finns i olika delar av verksamheten och rör framför allt avsaknad av kontroller och uppföljning. Årets granskning visar också att flera av revisionens tidigare lämnade rekommendationer ännu inte är åtgärdade.

Revisorerna har den 26 mars 2025 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Bromma 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 Bromma stadsdelsnämnd i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden uppfyller samtliga inriktningsmål. Nämndens ekonomiska utfall avviker med 29 mnkr i förhållande till fullmäktiges budget. Överskottet finns framför allt inom äldreomsorgsverksamheten.

### **Intern kontroll**

Den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara delvis tillräcklig. Bedömningen grundar sig på att brister återkommande har noterats i de granskningar revisionen genomfört. Bristerna finns i olika delar av verksamheten och rör framför allt avsaknad av kontroller och uppföljning.

Exempelvis visar granskning av genomförandeplaner inom hemtjänsten att beställning och genomförandeplan inte stämmer överens. Detta innebär en risk att brukarnas behov inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning. Årets granskning visar också att flera av revisionens tidigare lämnade rekommendationer ännu inte är åtgärdade.

### **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.

Inom inköps- och upphandlingsverksamheten behöver exempelvis den nya rutinen för avtalsuppföljning förankras i organisationen samt att avtalstrohet behöver säkerställas. Rekommendationerna redovisas i bilaga 2.

# Innehåll

<b>1. Årets granskning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Verksamhet och ekonomi .....</b>	<b>2</b>
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	3
2.2.1 <i>Driftverksamhet</i> .....	3
<b>3. Intern kontroll .....</b>	<b>5</b>
3.1 Organisation och ansvarsfördelning .....	5
3.2 Riskanalys.....	6
3.3 Nämndens uppföljning under året.....	6
3.3.1 <i>Verksamhetsmässigt resultat</i> .....	7
3.3.2 <i>Ekonomiskt resultat</i> .....	7
<b>4. Räkenskaper.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Uppföljning av tidigare års granskning .....</b>	<b>9</b>
<b>Bilaga 1 Årets granskning .....</b>	<b>10</b>
<b>Bilaga 2 Uppföljning av lämnade rekommendationer .....</b>	<b>18</b>
<b>Bilaga 3 Bedömningskriterier .....</b>	<b>22</b>

## **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 revisionssed i kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupp 1. I granskningen har revisorerna biträttats 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 bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer vidare att 14 av fullmäktiges 16 mål för verksamhetsområdet har uppfyllts. Två av verksamhetsmålen redovisas som delvis uppfyllda.

Revisionskontorets granskning visar att det i huvudsak finns grund för nämndens målbedömning. Dock noteras att merparten av indikatorerna för verksamhetsmålet ”Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och stor trygghet” endast är delvis uppfyllda, se vidare nedan.

Rapporteringen i verksamhetsberättelsen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse. Nämndens rapportering har i huvudsak en tydlig analys av måluppfyllelse. Rapporteringen beskriver även vilka åtgärder som nämnden planerar att vidta för de mål som inte uppnåtts.

Nämnden bedömer verksamhetsmålet ”Stockholm ska ge stöd och omsorg där behoven är som störst” som delvis uppfyllt. Resultatet från brukarenkäter inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning har försämrats jämfört med föregående år. Exempelvis anser 75 procent av de tillfrågade att de blir väl bemötta av personalen, att jämföra med 91 procent år 2023. Kommunfullmäktiges uppsatta årsmål är 90 procent. I verksamhetsberättelsen anges att verksamheterna ska analysera sina respektive resultat från brukarundersökningen och ta fram åtgärder som ska genomföras under 2025.

Även verksamhetsmålet ”Stockholm ska vara en stad där den biologiska mångfalden ökar” redovisas som delvis uppfyllt. Förvaltningens inköp av ekologiska måltider och livsmedel ligger på samma nivå som föregående år, 48 procent jämfört med målvärdet 70 procent. Ett centralt förskolekök i egen regi är planerat att öppna under 2025 vilket förväntas öka andelen inköp av ekologiska livsmedel.

Revisionskontoret noterar att nämnden bedömer verksamhetsmålet ”Stockholm ska vara en bra stad att åldras i - med god omsorg och

stor trygghet” som helt uppfyllt trots att måluppfyllnaden inte speglar kommunfullmäktiges målsättningar gällande indikatorerna. Tre av sex indikatorer uppnås delvis och en indikator, målet för kontinuitet i hemtjänsten, uppnås inte. Nämnden har inte tydligt redovisat vad bedömningen baseras på i verksamhetsberättelsen.

Kommunfullmäktiges mål är att den äldre ska möta högst 10 olika personer från hemtjänsten under 14 dagar. Bromma stadsdelsnämnd redovisar ett utfall om 14,2 personer, vilket är flest av alla stadsdelsnämnder och en ökning jämfört med föregående år. Nämnden beskriver att personalsituationen har varit ansträngd inom hemtjänsten under året. Nämnden har i hög grad behövt använda sig av timanställd personal, vilket beskrivs ha lett till att personalkontinuiteten försämrats under året. Målvärdet för indikatorn som mäter andel omsorgstagare som upplever att de kan påverka hur hjälpen utförs på vård- och omsorgsboende uppnås inte heller. Utfallet är sju procentenheter lägre än föregående år.

I äldrenämndens inspektion av enheten för biståndshandläggning noterades flera brister. Bland annat att endast en tredjedel av de granskade hemtjänstutredningarna genomfördes via hembesök. Inspektörerna menar att hembesök är viktiga för att kunna uppmärksamma den äldres behov.

Årets trygghetsmätning visar att andelen som upplever trygghet är 88 procent, vilket är en något större andel jämfört med föregående år. Nämnden uppfyller sitt årsmål om 82 procent.

## 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	2 266	2 273	- 7	- 0,3 %	- 0,5 %
Intäkter	383	420	37	9,7 %	8,1 %
Verksamhetens nettokostnader	1 883	1 853	30	1,6 %	1,2 %
Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar	1 883	1 854	29	1,5 %	0,9 %



Nämndens ekonomiska utfall avviker med 29 mnkr i förhållande till fullmäktiges budget.

Överskottet finns framför allt inom äldreomsorgsverksamheten och uppges främst bero på att vård- och omsorgsbehovet inte varit lika stort som nämnden budgeterat. Det finns även en budgeterad reserv inom äldreomsorgsverksamheten för att möta underskott som inte har behövt användas under året, samt att nämnden har fått del av statsbidrag för timanställda.

Hemtjänstverksamheten i egen regi har ett resultat som avviker - 14,2 mnkr från budget. Detta beskrivs bland annat bero på att utförandegraden, den andel tid som utförts hos brukarna jämfört med den tid som är beviljad i biståndsbesluten, inte är tillräckligt hög vilket påverkar intäkterna. Nämnden har även utmaningar med personalkontinuitet vilket inneburit högre personalkostnader än budgeterat.

Nämnden har i huvudsak 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 har varit delvis tillräcklig. Bedömningen grundar sig på att brister återkommande har noterats i de granskningar revisionen genomfört. Bristerna finns i olika delar av verksamheten och rör framför allt avsaknad av kontroller och uppföljning. Exempelvis visar granskning av genomförandeplaner inom hemtjänsten att beställning och genomförandeplan inte stämmer överens. Detta innebär en risk att brukarnas behov inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning. Vidare visar granskning av behörigheter i sociala system att nämnden inte fullt ut säkerställer att obehöriga inte har tillgång till skyddad information.

Årets granskning visar också att flera av revisionens tidigare lämnade rekommendationer ännu inte är åtgärdade. Inom inköp och upphandling behöver exempelvis den nya rutinen för avtalsuppföljning förankras i organisationen samt att avtalstrohet behöver säkerställas. Årets genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1 och uppföljning av lämnade rekommendationer i bilaga 2.

#### 3.1 Organisation och ansvarsfördelning

Nämnden har delvis en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Föregående år granskade revisionskontoret nämndens arbete med avtalsuppföljning av lokalvårdsavtal och identifierade att det fanns ett behov av att förtydliga ansvaret. En rutin där ansvaret beskrivs har tagits fram men den är ännu inte implementerad. Vidare noteras i årets granskning av systematiskt brandskyddsarbete på vård- och omsorgsboende i egen regi att det finns en dokumenterad organisation för brandskyddsarbetet. Dock behöver det säkerställas att det finns delegering av brandskyddsansvaret under dygnets alla timmar. Nämnden behöver även utveckla sin hantering och redovisning av resekostnader, då årets granskning visar på flera avvikelser från stadens anvisningar.

Det finns i huvudsak riktlinjer och rutiner som ska bidra till att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs, men i två av årets granskningar har noterats att det finns behov av utveckling. I rutiner som upprättats för behörigheter i socialtjänstens dokumentationssystem saknas information om hur uppföljning av användares behörigheter ska ske. Vidare behöver rutinen för hur personalen på

vård- och omsorgsboenden ska agera vid brand tydliggöras för att anpassas till de omvårdnadsbehov som finns hos brukarna.

### **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 genom sitt arbete med väsentlighets- och riskanalys. Dock visar årets granskning av systematiskt brandskyddsarbete på vård- och omsorgsboende att riskanalysen för brandskyddsarbetet behöver kompletteras med risker som är relevanta för den verksamhet som bedrivs vid vård- och omsorgsboenden.

Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. I revisionskontorets granskning av hantering av behörigheter i socialtjänstens dokumentationssystem framkommer att egenkontroller genomförts, men det saknas enhetlig dokumentation av kontrollerna. Granskningen visar också att det finns många användare som har behörighet men som inte varit inloggade i systemet på flera månader och i vissa fall år. Detta indikerar att egenkontrollen inte fungerar fullt ut. Det anges i nämndens internkontrollplan att stickprovskontroll ska genomföras på området, men detta har inte genomförts.

Vidare visar även granskningen av systematiskt brandskyddsarbete inom vård- och omsorgsboende att egenkontroller inte genomförts i den utsträckning som beslutats.

### **3.3 Nämndens uppföljning under året**

Nämnden har delvis rutiner för uppföljning av sin verksamhet samt det som uppdragits åt annan att utföra. Föregående års granskning av uppföljning av lokalvårdsavtal visade på flera brister både gällande arbetet med avtalsuppföljning generellt och specifikt gällande lokalvårdsavtalet. Årets uppföljning av lämnade rekommendationer visar exempelvis att nämnden inte har tagit fram en plan för uppföljning av lokalvårdsavtalet. Revisionen har även återkommande noterat att avtalstroheten behöver öka. Årets uppföljning visar att det återstår ett arbete för att säkerställa att avtalade villkor följs, att det finns giltiga avtal samt att konteringen är korrekt. Även granskning av hanteringen av hyreskostnader för verksamhetslokaler visar att fakturerad hyra inte alltid överensstämmer med hyresavtalet.

Årets granskning av genomförandeplaner visar att uppföljningar av hemtjänstinsatser i större utsträckning behöver genomföras årligen, och de ska även dokumenteras. Det saknas information i journalanteckningarna om hur insatserna har fungerat för brukarna och om brukarnas behov har förändrats under beslutsperioden. Det innebär

en risk för att förändrade behov inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning. Samma granskning visar också att det i några fall saknas upprättade genomförandeplaner för brukare samt att det finns avvikelser mellan beställning och genomförandeplan i samtliga granskade ärenden. Detta innebär en risk för att brukaren inte får de insatser som beslutats.

### **3.3.1 Verksamhetsmässigt resultat**

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

Nämndens uppföljningar under året har identifierat verksamhetsmässiga avvikelser gällande kontinuitet inom hemtjänst. Nämnden planerar att åtgärda detta genom att bland annat dela in medarbetarna i team som bemannar olika geografiska områden.

### **3.3.2 Ekonomiskt resultat**

Nämndens uppföljningar under året har identifierat ekonomiska avvikelser inom hemtjänst i egen regi. Hemtjänstverksamheten har under året haft färre brukare samt ett minskat omsorgsbehov hos befintliga brukare jämfört med nämndens antagande, vilket medfört lägre intäkter än budgeterat. Verksamheten har inte haft möjlighet att anpassas i samma takt som intäkterna har minskat, bland annat avseende personalkostnader.

En handlingsplan för budget i balans och ökad kvalitet finns upprättad för verksamheten, och arbetet uppges ha fortgått under hösten. Handlingsplanen och uppföljning av den har inte rapporteras till nämnden. Övergripande rapportering har skett i tertiärrapporter och verksamhetsberättelse.

## **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. Nämnden behöver fortsätta det påbörjade utvecklingsarbetet inom inköp och upphandling. Väsentliga rekommendationer som återstår att åtgärda är bland annat att säkerställa att avtalade villkor följs, att det finns giltiga avtal samt att konteringen är korrekt. Nämnden behöver även tydliggöra ansvarsfördelningen gällande uppföljning av avtal. Rekommendationerna redovisas i bilaga 2.

## **Bilaga 1**

### **Årets granskning**

#### **Behörighet och åtkomstkontroller**

En granskning har genomförts av om nämnden säkerställer att obehöriga inte har tillgång till skyddad information i Sociala system. Revisionskontoret bedömer att nämnden inte fullt ut säkerställer att obehöriga inte har tillgång till skyddad information i Sociala system. Granskningen visar att det behöver ske en mer regelbunden uppföljning av användares behörigheter. Egenkontroller sker, men det finns ingen enhetlig dokumentation av dessa. Vidare sker det inte någon uppföljning av de egenkontroller som har genomförts. Detta medför en risk att det finns användare som har tillgång till mer information i systemet än vad som krävs för deras yrkesutövning.

Nämnden har skriftliga rutiner för tilldelning, ändring och borttag av behörigheter i Sociala system. Senaste revidering skedde under 2023. I rutinerna nämns inte specifikt hur regelbunden uppföljning av användares behörigheter ska ske.

I nämndens internkontrollplan finns kontrollaktiviteter i form av stickprovskontroller av behörigheter i Sociala system. Vidare ansvarar behörighetsadministratörer på enheterna för löpande justering och översyn av behörigheter vid den egna enheten. Samordnare skickar dessutom påminnelser till ansvariga chefer två gånger per år att se över behörigheter inom deras respektive enhet.

Granskningen visar att behörighetshanteringen vid enheterna sker i enlighet med stadens riktlinjer och att det sker uppföljning med viss regelbundenhet. Det sker dock ingen enhetlig dokumentation av de egenkontroller som genomförs. Enligt uppgift från förvaltningen pågår arbete för att införa dokumentation av egenkontroller i stadens webbaserade ledningssystem, ILS webb.

I granskningen har det framkommit att förvaltningens samordnare inte har något uttalat ansvar för hantering av behörigheter för utförarverksamheter. Istället är det respektive chef för utförarverksamheten som ansvarar för personalens behörigheter. En svårighet när det gäller utförarverksamheter är dock att personalen ofta har behörighet till flera verksamheter samtidigt. Förvaltningens samordnare skickar påminnelser två gånger per år till ansvariga chefer, men det sker inte någon uppföljning av att egenkontroller har genomförts.

Granskningen visar att det finns många användare som har behörighet, men samtidigt inte loggat in i systemet på flera månader och i vissa fall år. Detta indikerar att egenkontrollen av behörigheter inte fungerar fullt ut och det finns här en risk att användare har tillgång till mer information än vad som krävs för deras arbete. I intervjuer har det framkommit att det finns vissa hemtjänstutförare som har egna verksamhetssystem med integration till Sociala system som kräver behörighet, fastän användare aldrig loggar in i systemet. Detta förklarar dock enbart en del av dessa behörigheter.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att egenkontroller av behörigheter i Sociala system genomförs och dokumenteras.
- Säkerställa att uppföljning sker av genomförda egenkontroller.

## **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 åtta inkomna och godkända genomförandeplaner. Av dessa åtta har en plan inkommit till stadsdelsförvaltningen inom de 15 stipulerade dagarna. Fyra planer har inkommit mer än sex månader efter utskickad beställning.

Socialtjänstlagen anger att brukare ska ha inflytande vid planering och genomförandet av hemtjänstinsatser. I granskningen framkommer att brukarna har varit delaktiga i de genomförandeplaner som har inkommit.

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 stadsdelsförvaltningen att det inte finns systematiska rutiner för att omhänderta avvikelser kopplade till genomförandeplaner. Vid granskning av överensstämmelse mellan beställning och genomförandeplan, framkommer avvikelser i samtliga åtta inkomna planer. Exempelvis utelämnas förmiddags-, eftermiddagsbesök samt enskilda insatser som bl.a. följeslagning och apoteksärenden 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 de två fall där planer inte har inkommit, saknas journalanteckningar om att efterfråga saknade genomförandeplaner. 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 sex av tio fall var det inte aktuellt med uppföljning av biståndsbeslut p.g.a. förnyat biståndsbeslut innan gällande biståndsbeslut löpte ut, att brukaren beviljades plats på vård- och omsorgsboende eller att brukaren avled under beslutsperioden. I de kvarvarande fyra fallen har två av uppföljningarna skett mer än ett år från biståndsbesluten. Brukare medverkade under uppföljningsmöten i samtliga fall. 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 stadsdelsförvaltningen 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.
- Säkerställa att uppföljningar av biståndsbeslut genomförs minst årligen för samtliga brukare samt dokumenteras.
- Dokumentera hur brukarnas hemtjänstinsatser har fungerat efter genomförd uppföljning av biståndsbeslut.

## **Systematiskt brandskyddsarbete på vård- och omsorgsboende**

En granskning har genomförts av nämndens systematiska brandskyddsarbete. Granskningen har omfattat tre av stadsdelsnämndens vård- och omsorgsboenden som bedrivs i egen regi och har avgränsats till det ansvar som faller på verksamhetsutövaren. Revisionskontoret har besökt ett av nämndens vård- och omsorgsboenden i egen regi.

Revisionskontorets sammanfattade bedömning är att nämndens arbete med systematiskt brandskyddsarbete bör utvecklas för att säkerställa att stadens riktlinjer för brandskyddsarbete efterlevs.

I stadens riktlinjer framgår att det systematiska brandskyddsarbetet ska dokumenteras. Dokumentation ska bland annat innehålla en beskrivning av brandskyddsorganisation, inventering och analys av brandrisker, utbildnings- och övningsplan. Nämnden tillämpar inte stadens stödmaterial för exempelvis riskanalys, handlingsplan vid brand och utrymningsorganisation.

Granskningen visar att det finns en dokumenterad organisation för brandskyddsarbete. Delegeringen av brandskyddsansvaret behöver tydliggöras för att säkerställa att det finns en delegering av ansvaret över dygnets alla timmar.

Stadsdelsnämnden har en dokumenterad riskanalys för brandskyddsarbetet, men den behöver kompletteras med risker som är relevanta för den verksamhet som bedrivs vid vård- och omsorgsboende. Exempelvis kan det handla om risk för att personer röker, om det finns möbler som är placerade i utrymningsvägar eller inte är brandsäkra.

Egenkontroll dokumenteras och ska genomföras månatligen på respektive på granskat vård- och omsorgsboende. Vid revisionskontorets granskning noterades att egenkontroll dock inte genomförts samtliga månader.

Det finns en dokumenterad ansvarsfördelning mellan fastighetsägare och verksamhetsutövare, en så kallad gränsdragningslista. I granskningen framkommer att fastighetsägaren utför reparationer och kontroller av bland annat larmcentral. Vid intervjuerna framgår att återkoppling dokumenteras och informeras till verksamhetsutövaren.

Vid granskat vård- och omsorgsboende genomförs återkommande brandskyddsutbildning för personal, bland annat genom praktiska moment med brandsläckare. Däremot saknas övningsplan och brandskyddsövningar genomförs inte systematiskt på avdelningarna. Det är av vikt att genomföra övningar för att säkerställa att personalen har en riskmedvetenhet och handlingskraft om brand uppstår.

I granskningen framkommer det finns en dokumenterad rutin för hur personalen ska agera vid händelse av brand. Dock behöver den utvecklas. I och med att brukarna har stora omvårdnadsbehov och i många fall demenssjukdom ställs särskilt höga krav på personalen om en brand skulle bryta ut. Vid händelse av brand kommer inte utrymning från fastigheten att ske, utan i stället kommer "inrymning" att ske till brukares lägenheter eller förflyttning av brukare till andra brandceller i fastigheten.

Vård- och omsorgsboenden rapporterar årligen en brandskyddsround till stadens försäkringsbolag. Brandskyddssamordnare på förvaltningen tar del av rapporten. I 2024 års rapportering beskrivs att det granskade vård- och omsorgsboendet i huvudsak efterlever kraven som anges i stadens riktlinjer för brandskyddsarbete.

Nämnden rekommenderas att:

- Överväga att implementera stadens stödmaterial i dokumentation av brandskyddsarbetet.
- Säkerställa att inventering och analys av brandrisker genomförs och dokumenteras.
- Upprätta tydliga rutiner vad gäller inrymning och hur brukare ska hanteras vid händelse av brand.
- Säkerställa att det finns plan för övning och att övning genomförs systematiskt.
- Säkerställa att det systematiska brandskyddsarbetet delegeras vid alla tider på dygnet.
- Följa upp verksamheternas brandskyddsarbete, exempelvis att övningar genomförs systematiskt.

## **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. Det finns även, i enlighet med stadens rutiner, ett attestkort för förvaltningschefen samt namnteckningsprov för attestant i genomfört stickprov.

Nämnden rekommenderades föregående år att säkerställa att uppföljning av behörigheter i ekonomisystemet sker i enlighet med stadens riktlinjer. Årets granskning visar att rekommendationen har åtgärdats, och granskningen föranleder inga nya rekommendationer.

## **Löneprocessen**

En granskning har genomförts av löneprocessen. Granskningen visar att förvaltningen inte genomför den obligatoriska månatliga kontrollen ”slumpmässig kontroll”, vilket innebär ett avsteg från stadens riktlinjer. Förvaltningen har i övrigt 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 har gjorts utan särskilda iakttagelser.

Den rekommendation som lämnades föregående år avseende spårbarhet till vem som genomför kontrollerna och när bedöms åtgärdad utifrån årets granskning. Uppföljning av övrig tidigare lämnad rekommendation, kopplad till behörigheter i löneprocessen, bedöms åtgärdad då förvaltningen har infört dokumenterad kontroll av behörigheter i lönesystemet i enlighet med stadens anvisningar.

Utifrån genomförd granskning rekommenderas nämnden säkerställa att alla kontroller genomförs och dokumenteras i enlighet med stadens riktlinjer. Motsvarande rekommendation lämnades även föregående år och bedöms därmed kvarstå.

## **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.

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

Årets granskning föranleder inga rekommendationer.

## **Lokalhyror verksamhetslokaler**

En granskning har genomförts av hantering av hyreskostnader för verksamhetslokaler. Granskningen visar att samtliga stickprov är rätt konterade och periodiserade.

Avvikelser har noterats gällande överensstämmelse mellan fakturerad hyra och hyresavtal i två stickprov. Avvikelserna omfattar att hyresavtal inte är signerade av båda parter samt att attest av behörig saknas.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att samtliga transaktioner är attesterade av behöriga.
- Säkerställa att samtliga hyresavtal är signerade av båda parter.
- Säkerställa att det finns en överensstämmelse mellan hyresavtal och fakturerad lokalhyra.

## **Hantering och redovisning av resekostnader**

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

I stickprovet noterades ett flertal avvikelser från stadens anvisningar, bland annat felkonteringar, att syfte och deltagare saknats och att inköp av resa skett utan för stadens ramavtal. Delar av bristerna hade förvaltningen upptäckt i sina kontroller av resefakturer (avseende kontering, avtal och attest i tid). Dock har det inte vidtagits några åtgärder med anledning av de brister som noterats i kontrollerna.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att stadens anvisningar gällande resor och inköp följs.

## Bilaga 2

### Uppföljning av lämnade rekommendationer

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
Årsrapport 2024	<b>Behörigheter i sociala system</b> Nämnden rekommenderas:  Säkerställa att egenkontroller av behörigheter i Sociala system genomförs och dokumenteras.  Säkerställa att uppföljning sker av genomförda egenkontroller.	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2024	<b>Genomförandeplaner inom hemtjänsten</b> 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.  Säkerställa att uppföljningar av biståndsbeslut genomförs minst årligen för samtliga brukare samt dokumenteras.  Dokumentera hur brukarnas hemtjänstinsatser har fungerat efter genomförd uppföljning av biståndsbeslut.	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2024	<b>Systematiskt brandskyddsarbete vård- och omsorgsboenden i egen regi</b> Nämnden rekommenderas:  Överväga att implementera stadens stödmaterial i dokumentation av brandskyddsarbetet.  Säkerställa att inventering och analys av brandrisker genomförs och dokumenteras.  Upprätta tydliga rutiner vad gäller inrymning och hur brukare ska hanteras vid händelse av brand.  Säkerställa att det finns plan för övning och att övning genomförs systematiskt.  Säkerställa att det systematiska brandskyddsarbetet delegeras vid alla tider på dygnet.  Följa upp av verksamheternas brandskyddsarbete, exempelvis att övningar genomförs systematiskt.	Se kommentar	Följs upp kommande år

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
<b>Årsrapport 2024</b>	<b>Lokalhyror verksamhetslokaler</b> Nämnden rekommenderas: Säkerställa att samtliga transaktioner är attesterade av behöriga. Säkerställa att samtliga hyresavtal är signerade av båda parter. Säkerställa att det finns en överensstämmelse mellan hyresavtal och fakturerad lokalhyra.	Se kommentar	Följs upp kommande år
<b>Årsrapport 2024</b>	<b>Hantering och redovisning av resekostnader</b> Nämnden rekommenderas: Säkerställa att stadens anvisningar gällande resor och inköp följs.	Se kommentar	Följs upp kommande år
<b>Revisionsrapport nr 10/2023</b>	<b>Avtalsuppföljning av lokalvård</b> Nämnden rekommenderas: Tydliggöra ansvarsfördelningen gällande nämndens avtalsuppföljning generellt och för uppföljning av lokalvård specifikt. (Rekommendation kvarstår) Ta fram arbetssätt och rutiner för avtalsuppföljning som syftar till att förebygga och upptäcka oegentligheter. (Rekommendation åtgärdad) Ta fram en plan för uppföljning av lokalvårdsavtalet. (Rekommendation kvarstår) Säkerställa att utdrag ur belastningsregister kontrolleras för all personal som vistas i förskolelokalerna i enlighet med skollagen. (Rekommendation kvarstår) Säkerställa att avtalade viten används när lokalvårdsavtalets villkor inte uppfylls. (Rekommendation kvarstår)	Delvis	Förvaltningen har tagit fram en ny rutin för avtalsuppföljning där ansvarsfördelningen tydliggjorts. Förvaltningen uppger att förvaltningens ledningsgrupp har tagit del av rutinen, och tillhörande bilagor (stöd vid leverantörsdialog och checklista) har spridits till några av förvaltningens verksamheter. Det återstår ett arbete med att informera om och implementera ansvarsfördelningen i alla verksamheter. I rutinen för avtalsuppföljning framgår hur medarbetarna bör agera vid misstanke om oegentligheter. Förvaltningen har inte tagit fram en plan för uppföljning av lokalvårdsavtalet. Förvaltningen uppger att de kontrollerar att leverantören efterlever skollagens krav om att belastningsregister ska kontrolleras. Dock saknas dokumenterad rutin för detta och eventuella kontroller har inte dokumenterats. I den nya rutinen framgår att viten ska övervägas att användas. Förvaltningen uppger att de inte har någon information om viten har utkrävts under året. Förvaltningens uppföljning av lokalvårdsavtal inom förskoleverksamheten visar att det fortsatt finns avvikelser gällande kvaliteten.
<b>Årsrapport 2023</b>	<b>Kontinuitetsplanering i händelse av it-avbrott vid LSS- och äldreboenden</b> Nämnden rekommenderas: Säkerställa att lokala rutiner, för att hantera avbrott i sociala system vid boenden, finns dokumenterade och att rutiner finns tillgängliggjorda för all personal.	Ja	Förvaltningen har tagit fram lokala rutiner avseende avbrott i sociala system. Förankringen av de lokala rutinerna har inom LSS skett i samband med information om kontinuitetsplanen samt vid APT. Inom äldreomsorgen har personalen blivit informerad inom ramen för information om verksamheternas krisberedskap. Samtliga aktuella rutiner för verksamheten finns på en gemensam samarbetsyta. Informationen finns även utskriven i verksamheterna.



Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
<b>Årsrapport 2023</b>	<b>Kontinuitetsplanering</b> Nämnden rekommenderas:  Att utveckla arbetet med att upprätthålla kontinuitet i verksamheten.	Delvis	Enligt information från förvaltningen pågår arbete med att stärka förvaltningens kontinuitetsarbete. Flera åtgärder har genomförts under året och det finns flera planerade för 2025.
<b>Årsrapport 2023</b>	<b>Arbete med jämställdhetsanalys</b> Nämnden rekommenderas:  Säkerställa att redovisningen av verksamhetens utfall analyseras utifrån kön och att åtgärder föreslås för att minimera skillnader.  Säkerställa tillräcklig kunskap och kompetens för att arbeta med jämställdhetsintegrering.	Nej	I verksamhetsberättelsen för 2024 framgår att förvaltningen har analyserat verksamhetens utfall utifrån kön inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Dock föreslås inga konkreta åtgärder för att minimera skillnaderna.  Samtliga avdelningar uppges arbeta med jämställdhetsperspektivet i samband med framtagandet av verksamhetsplan för avdelningar och enheter. Dock syns inte någon utveckling på området i årets verksamhetsberättelse inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Förvaltningen har inte genomfört några utbildningsinsatser riktade till ansvariga för rapporteringen på verksamhetsområdet.
<b>Årsrapport 2022</b>	<b>Förtroendekänsliga poster</b> Nämnden rekommenderas:  Säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser representation. I huvudsak gällande beräkning av moms och attest.	Ja	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.
<b>Årsrapport 2022, 2023</b>	<b>Löneprocessen</b> Nämnden rekommenderas:  Säkerställa att kontrollerna genomförs i enlighet med stadens riktlinjer. (Rekommendation kvarstår)  Säkerställa att det finns en spårbarhet till vem som genomför kontrollerna och när. (Rekommendation åtgärdad)  Införa en dokumenterad kontroll för uppföljning av behörigheter i systemet LISA självservice i enlighet med stadens anvisningar. (Rekommendation åtgärdad)	Delvis	Årets granskning visar att förvaltningen inte genomför den obligatoriska kontrollen "slumpmässig kontroll" i enlighet med stadens riktlinjer.  Vidare visar granskningen att kontrollerna är dokumenterade och det framgår även vem som genomfört kontrollen.  Förvaltningen har infört en dokumenterad kontroll av behörigheter som ska säkerställa att kontoinnehavaren fortfarande är i arbete och innehar en aktuell delegation. Kontroller genomförs varje tertiäl.
<b>Årsrapport 2021</b>	<b>Kompetensförsörjning i förskolan</b> Nämnden rekommenderas:  Ta fram ett underlag som stöd för förskolepersonalens dokumentation av barns utveckling och lärande i Skolplattformen, för att säkerställa enhetlighet.	Delvis	Förvaltningen uppger att arbetet med att ta fram underlag som stöd för förskolepersonalens dokumentation av barns utveckling och lärande har pausats på grund av att det saknas systemstöd för detta. Det pågår dock ett stadsövergripande arbete med att utveckla ett kvalitetsuppföljningssystem.  Under 2025 uppges förvaltningen ska delta i ett program som syftar till att öka kompetensen hos pedagogerna om dokumentation av det enskilda barnets pedagogiska utveckling, vilket är tänkt att leda till en ökad likvärdighet mellan stadsdelsförvaltningens förskolor.

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
<b>Årsrapport 2021</b>	<p><b>Inköpsprocessen</b> Nämnden rekommenderas:</p> <p>Säkerställa att avtalade villkor följs, att det finns giltiga avtal samt att kontering- en är korrekt.</p>	Nej	Uppföljande granskning visar att det fortsatt finns brister. För två stickprov från samma leverantör saknas avtal. Vidare för två andra stickprov från en annan leverantör har ett pris som inte överensstämmer med avtalet fakturerats.
<b>Revisionsrapport nr 5/2019</b>	<p><b>Implementering av dataskyddsförordningen</b> Nämnden rekommenderas:</p> <p>Informationsklassificera sina informationstillgångar och regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlingar.</p>	Delvis	<p>Förvaltningen uppger att identifiering av alla informationstillgångar, så kallad förklassning, har skett av samtliga identifierade IT-tjänster. Förvaltningen uppger vidare att de har klassificerat omkring hälften av sina informationstillgångar.</p> <p>Enligt förvaltningen kommer registerförteckningen att uppdateras löpande utifrån de årliga klassningarna framåt, i och med att en ny modell införts för arbetet.</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.