



# Årsrapport 2020

## Farsta stadsdelsnämnd

Rapport från  
stadsrevisionen  
Nr 20, 2021  
Dnr: RVK 2021/22

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

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

Publikationerna finns på stadsrevisionens webbplats, [start.stockholm/revision](http://start.stockholm/revision). De kan också beställas från revisionskontoret, [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till  
Farsta stadsdelsnämnd

## Årsrapport 2020

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av Farsta stadsdelsnämnds verksamhet under 2020.

Nämndernas verksamheter har påverkats av pandemin i olika omfattning. Nämnden har till del inte haft rådighet över situationen. Vår granskning visar att nämnden har anpassat sin styrning och vidtagit åtgärder i syfte att eftersträva kontinuitet i verksamheten. Medborgare och brukare har dock påverkats av att verksamhet inte utförts och av de restriktioner och anpassningar som gällt inom exempel äldreomsorgen. Pandemin är ännu inte över och den slutliga utvärderingen av hur staden och dess nämnder hanterat situationen dröjer. I vår roll som revisorer kommer vi under år 2021 följa utvecklingen.

Revisorerna har den 25 mars 2021 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till Farsta stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2021.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm  
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren  
Sekreterare

# Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar av Farsta stadsdelsnämnd.

## Verksamhet och ekonomi

År 2020 var ett annorlunda år. Stadens verksamheter har anpassats till de speciella förutsättningar som pandemin medfört men trots anpassningar har vissa verksamheter inte kunnat utföras som planerat. Bland annat har daglig verksamhet inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning varit stängd eller haft begränsad verksamhet under delar av året. Det har inneburit att brukarna inte kunnat gå till sitt arbete och den struktur och meningsfullhet som insatsen erbjuder. Inom äldreomsorgen har möjligheten att ta emot besök för brukarna varit begränsad, vilket sannolikt inneburit ett stort avbräck i livskvaliteten för de äldre. Inom staden har antal tomma platser på vård- och omsorgsboenden ökat då flera brukare tackat nej till beslutad insats. Även inom hemtjänsten har insatser avståtts på grund av rädsla för smitta. Utifrån dessa förutsättningar, som nämnden till del inte haft rådighet över, bedömer revisionskontoret att verksamheten ur ett brukarperspektiv inte kunnat bedrivas på ett helt ändamålsenligt sätt.

Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms inte vara helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Nämnden redovisar att ett av tre inriktningsmål uppfylls delvis, *En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla*.

Revisionskontoret har genomfört en granskning av samverkan med regionen kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden samverkar med regionen när så är möjligt. Bedömningen grundar sig bland annat i att primärvården inte kallar samordnad individuell planering (SIP) i den omfattning som överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnden att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Farsta stadsdelsnämnd bedöms från ekonomisk synpunkt ha bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Bedömningen grundas i att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnåtts.

### **Intern kontroll**

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig. Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Årets granskningar har dock visat på att vissa kontroller bör förbättras.

Under året har revisionskontoret granskat bland annat intäktsprocessen, lönehanteringen, utrednings- och beslutstider efter anmälan om insats inom området funktionsnedsättning samt hanteringen av attesträtter och behörigheter i ekonomisystemet Agresso. Den interna kontrollen i granskade rutiner bedöms vara tillräcklig.

Granskningar har också genomförts av inköpsprocessen, förtroendekänsliga och ledningsnära poster, nämndens interna kontroll vid köp av personlig assistans samt beslutsunderlag och uppföljning av beslut i nämnd. Vissa utvecklingsområden har identifierats bland annat behöver nämnden säkerställa systematiska kontroller vid anlåtande av assistansbolag samt att det finns rutiner för att upptäcka och hantera misstänkt assistansfusk och oegentligheter inom området. Nämnden behöver också säkerställa att erforderliga underlag bifogas rese- och representationstransaktioner.

### **Räkenskaper**

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

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

Nämnden har i huvudsak vidtagit åtgärder utifrån revisorernas rekommendationer i föregående års granskningar. Av de rekommendationer som följts upp av revisionskontoret 2020 är implementering av dataskyddsförordningen den väsentligaste rekommendation som fortsatt återstår för nämnden att arbeta med.

# Innehåll

<b>1. Årets granskning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Verksamhet och ekonomi .....</b>	<b>1</b>
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2 Ekonomiskt resultat.....	4
<b>3. Intern kontroll .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Räkenskaper.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Uppföljning av tidigare års granskning .....</b>	<b>8</b>

## **Bilagor**

Bilaga 1 - Årets granskningar .....	9
Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer .....	16
Bilaga 3 – Bedömningskriterier .....	22

# 1. Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

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

Den pågående pandemin har påverkat verksamhet och ekonomi. Revisionen har anpassats utifrån de förutsättningar som gällt under året.

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

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

Presidiet mellan de förtroendevalda revisorerna och representanter för nämnden genomfördes inte våren 2020 på grund av rådande pandemi.

Granskningsledare har varit Annika Nyman vid revisionskontoret och Malin Odby vid PwC.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

# 2. Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verk-

samheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser samt haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Nämnden bedöms från ekonomisk synpunkt ha bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Däremot bedöms det verksamhetsmässiga resultatet inte vara helt förenligt med kommunfullmäktiges mål. Nämnden redovisar att ett av tre inriktningsmål uppfylls delvis, *En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla*.

Bedömningen grundar sig på iakttagelser som redovisas i avsnitt 2.1 och 2.2.

## 2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Årets verksamhet och förutsättningarna för att nå god måluppfyllelse har påverkats av pandemin. Stadens verksamheter har anpassats till de speciella förutsättningar som gällt men trots anpassningar har vissa verksamheter inte kunnat utföras som planerat. Bland annat har daglig verksamhet inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning varit stängd eller haft begränsad verksamhet under delar av året. Inom äldreomsorgen har möjligheten att ta emot besök för brukarna varit begränsad, vilket sannolikt inneburit ett stort avbräck i livskvaliteten för de äldre. Inom staden har antal tomma platser på vård- och omsorgsboenden ökat då flera brukare tackat nej till beslutad insats. Även inom hemtjänsten har insatser avståtts på grund av rädsla för smitta. Utifrån dessa förutsättningar, som nämnden till del inte haft rådighet över, bedömer revisionskontoret att verksamheten ur ett brukarperspektiv inte kunnat bedrivas på ett helt ändamålsenligt sätt.

Vidare konstateras att nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2020 inte är helt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Bedömningen grundas på granskning av nämndens redovisning i verksamhetsberättelsen samt på övriga granskningar som genomförts under året.

Nämndens verksamhetsberättelse bedöms i huvudsak ge en rättvisande bild av det verksamhetsmässiga resultatet. Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål. Redovisningen ger rimliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelse.

I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden att den bidrar till att uppfylla två av kommunfullmäktiges tre inriktningsmål.



Inriktningsmål *En modern storstad med möjligheter och valfrihet för alla* bedöms delvis uppfyllt. Nämndens bedömning grundar sig på att tre av de fem underliggande verksamhetsmålen uppfylls delvis.

Nämnden bedömer att åtta av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts.

Nämnden bedömer att verksamhetsmålet *I Stockholm är människor självförsörjande och vägen till arbete och svenskkunskaper är kort* uppfylls delvis. Utfallet innebär en försämring jämfört med föregående år. Årsmålet för en av kommunfullmäktiges indikatorer uppfylls helt, tre uppfylls delvis och en uppfylls inte inom verksamhetsområdet. Indikatorn *Andel barn som lever i familjer som har ekonomiskt bistånd* uppfylls inte. Avvikelsen uppges bero på att antalet stora barnfamiljer som söker stöd har ökat och att många bor i dyra bostäder genom SHIS som medför att de inte är självförsörjande trots egen inkomst.

Verksamhetsmålet *I Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet* bedöms uppfyllas delvis. Utfallet innebär en försämring jämfört med föregående år. Årsmålet för fem av kommunfullmäktiges indikatorer uppfylls helt, sex uppfylls delvis och två uppfylls inte. Indikatorerna *Enskilda som klarar mer på egen hand inom socialpsykiatri* och *Familjehemsplacerade barn i skolåldern som klarar målen i kärnämnen i grundskolan* bedöms som inte uppfyllda. Vad gäller den sistnämnda indikatorn uppges att resultatet bland annat kan beror på att pågående pandemi lett till högre skolfrånvaro.

Verksamhetsmålet *I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande* bedöms uppfyllas delvis. Föregående år bedömdes verksamhetsmålet som helt uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att flertalet indikatorer som avser upplevd kvalitet i dagverksamhet, hemtjänst samt vård- och omsorgsboende inom äldreomsorgen uppfylls delvis. Utfallet grundar sig på Socialstyrelsens brukarenkät som genomfördes i början av pandemin.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en fördjupad tillsyn på Edö vård- och omsorgsboende inom Farsta stadsdelsnämnd. Inga brister har uppmärksamats i tillsynen. Granskningen visar att det funnits förutsättningar när det gäller arbetsätt, bemanning och personalens kompetens för att ge äldre som bor på särskilt boende en sakkunnig och omsorgsfull vård av god kvalitet.

Även verksamhetsmålet *Stockholm använder skattemedlen effektivt till största nytta för stockholmarna* bedöms av nämnden uppfyllas delvis. Detta är i nivå med föregående års bedömning. Bedömningen grundar sig på att indikatorer avseende sjukfrånvaron och *Andel av personalkostnader inom socialtjänstens myndighetsutövning som är för externa konsulter* inte uppfylls. Vidare uppnås indikatorerna *Aktivt medskaparindex* och *Index bra arbetsgivare* delvis. Även underliggande nämndmål *Nämnden är en attraktiv arbetsgivare* rapporteras som delvis uppfyllt.

Under året har en granskning genomförts av samverkan med regionen kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Syftet var att bedöma om samverkan sker i enlighet med gällande lagstiftning och regional överenskommelse. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden samverkar med regionen när så är möjligt. Bedömningen grundar sig bland annat i att primärvården inte kallar samordnad individuell planering (SIP) i den omfattning som överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnden att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 2.2 Ekonomiskt resultat

### 2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2020:

Driftverksamhet (mkr)	Budget 2020	Bokslut 2020		Budgetavvikelse 2019
		Utfall	Avvikelse	
Kostnader	1 914,4	1 977,5	-63,1 3,2 %	-111,1
Intäkter	218,1	305,8	87,7 28,6 %	109,9
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>1 696,3</b>	<b>1 671,7</b>	<b>24,6</b> <b>1,4 %</b>	<b>-1,3</b>
<b>Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar</b>	<b>1 696,3</b>	<b>1 681,1</b>	<b>15,2</b> <b>0,9 %</b>	<b>0</b>

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 15,2 mnkr i förhållande till budgeten. Stor del av överskottet är effekter av pandemin. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet uppnåtts. Nämnden bedöms ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden redovisar avvikelser inom vissa verksamhetsområden. De största avvikelserna finns bland annat inom individ- och familjeomsorg (8,7 mnkr), äldreomsorg (-4,1 mnkr), nämnd och administration (6,4 mnkr) samt arbetsmarknadsåtgärder (3,2 mnkr).

Enligt nämndens redovisning beror avvikelserna inom individ- och familjeomsorgen framförallt på att statsbidraget som utbetalas enligt en generalschablon för flyktingmottagande varit högre än de kostnader som varit hänförliga till området under året. Kostnaderna kopplade till flyktingmottagande, vilka uppkommer inom socialtjänstens områden, kan dock bestå över flera år samtidigt som bidraget från Migrationsverket minskar över tid.

Underskottet inom äldreomsorgen beror framförallt på en minskad beläggning vid nämndens egna vård- och omsorgsboenden under pandemin. Vid årets slut var 51 av 200 platser på boendena tomma. Detta i kombination med underskott inom hemtjänsten gör att utförarverksamheten som helhet redovisar ett underskott på 25,1 mnkr. Utförarverksamhetens underskott uppvägs till stora delar av att nämndens beställarenhet redovisar ett överskott på 21,5 mnkr. Detta med anledning av minskat antal placeringar vid vård- och omsorgsboenden under året med anledning av pandemin.

Överskotten inom nämnd- och förvaltningsadministration beror på att reserver för oförutsedda utgifter inte behövt nyttjas. Vidare beror överskottet på att vissa planerade aktiviteter inte genomförts till följd av pandemin.

Avseende arbetsmarknadsåtgärder redovisar nämnden ett överskott som uppges bero på färre feriejobb på grund av pandemin. Vidare hade nämnden färre aspiranter inom Stockholmsjobb och offentligt skyddat arbete (OSA) än budgeterat. Detta uppges bero på svårigheter kopplade till att hitta lämpliga kandidater för insatserna.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

Inom nämnden finns sex resultatenheter tillhörande avdelningen förskola. Verksamheten redovisar ett överskott på 10,8 mnkr före resultatöverföring och ett överskott på 1,4 mnkr efter resultatöverföringar. Den totala resultatfonden ökas med 9,4 mnkr. Sammantaget förs 22,2 mnkr över till 2021.

## 2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten avviker med 4,6 mnkr i förhållande till budget. Avvikelse finns främst gällande inventarier och maskiner samt trygghetsinvesteringar. Enligt nämndens redovisning beror avvikelsen på att vissa planerade investeringar inte genomförts med hänvisning till pandemin. Avseende trygghetsinvesteringar uppges att fyra investeringar blivit billigare än budgeterat.

Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

## 3. Intern kontroll

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

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

Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Årets granskningar har dock visat på att vissa kontroller bör förbättras, bland annat avseende förtroendekänsliga poster och om assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel. Nämnden har vidtagit åtgärder som bidrar till efterlevnad till kommunallagens bestämmelser om delegation utifrån rekommendationer i revisionskontorets granskning 2019. Det finns riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.

Nämnden genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. De

avvikelser som påträffats har dokumenterats och åtgärder har föreslagits.

Nämnden har en i huvudsak tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporteringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi. Nämndens har rutiner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att utföra, men under pandemin har årets uppföljning inte kunnat utföras och avrapporteras till nämnd såsom planerat.

Nämnden har rutiner för att ta fram åtgärdsplaner vid befarade eller konstaterade budgetunderskott. Utformning och uppföljning av åtgärdsplaner har dock identifierats som ett utvecklingsområde av nämnden, men planerade åtgärder för att stärka arbetet uppges inte ha hunnits med under året med anledning av pandemin. Äldreomsorgen är ett område som uppvisat negativa resultat och varit föremål för åtgärder under flera år. Revisionskontoret konstaterar att effekten av de åtgärder som vidtagits för att minska årets underskott inom verksamhetsområdet är svåra att uppskatta med anledning av att området påverkats ekonomiskt av händelser kopplade till pandemin.

Under året har revisionskontoret granskat bland annat intäktprocessen, lönehanteringen, utrednings- och beslutstider efter anmälan om insats inom området funktionsnedsättning samt hanteringen av attesträtter och behörigheter i ekonomisystemet Agresso. Granskningarna visar på tillräcklig intern kontroll i granskade rutiner.

Övriga granskningar av nämndens interna kontroll har omfattat inköpsprocessen, förtroendekänsliga och ledningsnära poster, köp av personlig assistans enligt LSS samt beslutsunderlag och uppföljning av beslut i nämnd. Några utvecklingsområden har identifierats bland annat bör nämnden säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från IVO och att hanteringen av skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med stadens anvisningar. Vidare att arbeta fram en rutin för att upptäcka och hantera misstänkt assistansfusk och oegentligheter. Nämnden bör även säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av att nämndens samtliga beslut är genomförda.

Genomförda granskningar redovisas mer ingående i bilaga 1.

## 4. Räkenskaper

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

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

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

## 5. Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionskontoret gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2020 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån revisionskontorets rekommendationer. Granskningen visar att tidigare rekommendationer är åtgärdade. Av de rekommendationer som följts upp av revisionskontoret 2020 är implementering av dataskyddsförordningen den väsentligaste rekommendation som återstår att fortsatt arbeta med.

## Bilaga 1 - Årets granskningar

### Granskningar under perioden april 2020 - mars 2021

---

#### Verksamhet och ekonomi

##### **Samverkan utskrivna patienter från slutenvård (projekt nr 2/2021)**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om samverkan sker kring patienter som skrivs ut från slutenvård i enlighet med Lag om utskrivningsklara patienter från slutenvård (LUS) och den regionala överenskommelse som slutits mellan Region Stockholm och länets kommuner. Granskningen har avgränsats till patienter/brukare som fyllt 65 år, har varit inlagda på sjukhus (somatisk vård) och efter utskrivning har behov av insats inom den kommunala äldreomsorgen (vanligen i form av hemtjänst eller annat stöd i hemmet, korttidsvård eller varaktig plats på vård- och omsorgsboende) eller regionens öppenvård. Granskningen har gjorts i samverkan med Region Stockholm. I staden har äldrenämnden och stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby samt Södermalm granskats.

Revisionskontorets samlade bedömning är att Farsta stadsdelsnämnd samverkar med Region Stockholm, i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen avseende utskrivningsklara patienter från slutenvård, när så är möjligt. Bedömningen grundar sig i att primärvården inte kallar till samordnad individuell planering (SIP) i den omfattning som överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnderna att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Genomförd granskningen visar på väsentliga brister i samverkan mellan Region Stockholm och staden kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Samverkan sker endast i delar i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen. En central del i samverkansöverenskommelsen är genomförandet av vårdplaneringsmöten (SIP, samordnad individuell planering) där representanter från slutenvården, primärvården, äldreomsorgen och patienten/brukaren ska delta. Primärvården är enligt överenskommelsen sammankallande. Granskningen visar att primärvården i mycket begränsad omfattning kallar till dessa vårdplaneringsmöten. Region Stockholm ansvarar för att tillhandahålla ett ändamålsenligt IT-stöd som underlättar hanteringen. Det befintliga systemet har

begränsningar som bedöms försvåra samverkansprocessen. Ett nytt IT-stöd är under utveckling.

Kommunförbundet StorSthlm har tillsammans med Region Stockholm ansvar för uppföljning av överenskommelsen. Någon uppföljning har inte genomförts eller planerat att genomföras vid tidpunkten för granskningen. Region Stockholm ansvarar för att tillhandahålla månatlig statistik för att varje kommun själv ska kunna följa sin utveckling avseende effektiv utskrivning och hemgång. I Stockholms stad följs dessa underlag upp av berörda förvaltningar. Äldrenämnden följer dock inte upp om staden uppnår de mål som finns i den regionala överenskommelsen. Rapportering av avvikelser, som uppstår i hanteringen mellan staden och regionen, sker i ringa omfattning.

Stockholms stad arbetar med att implementera modellen Tryggt mottagande i hemmet. Modellen uppges fungera väl för de verksamheter där modellen är implementerad. Implementering sker succesivt, stadsdelsnämnd för stadsdelsnämnd.

Farsta stadsdelsnämnd rekommenderas att

- tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte.
- säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar.
- utveckla rapporteringen av avvikelser.
- regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias.

## **Intern kontroll**

### **Beslutsunderlag och uppföljning av beslut i nämnd**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om nämnden hanterar nämndärenden och -beslut i enlighet med kommunallagens bestämmelser gällande beslutsunderlag och uppföljning av beslut.

Sammantaget bedömer revisionskontoret att nämnden i huvudsak har tillräckliga rutiner att säkerställa att nämndärenden och beslut hanteras i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Dock finns inte helt tillräckliga rutiner för att nämnden ska kunna säkerställa att samtliga beslutade ärenden är genomförda enligt beslutsatserna. Det finns även en sårbarhet i ärendehanteringsprocessen i och med att hela processen inte täcks av rutinbeskrivningar och i stora delar hanteras av en enda person.



Granskningen visar att det finns upparbetade arbetsätt för ärendehantering som säkerställer att nämnden får nödvändiga underlag för de ärenden som satts upp på dagordningen.

Ärendehanteringsprocessen täcks i delar av rutinbeskrivningar, medan vissa delar är beroende av framförallt nämndsekreterarens kunskap. Balanslista finns för hanteringen av remisser och begäran om yttrande. Rutiner och balanslista finns även för handläggningen av medborgarförslag, vilket säkerställer att medborgarförslagen om möjligt avgörs inom ett år. Balanslista över samtliga nämndbeslut som underlag för uppföljning av att de genomförts saknas dock. Det finns ingen systematisk återrapportering till nämnd av genomförandet av beslut utöver månads-, tertial och årsrapportering. Revisionskontoret bedömer att denna rapportering inte är fullständig och därutöver för övergripande för att nämnden ska kunna överblicka och säkerställa att samtliga beslutade ärende är genomförda.

Utifrån granskningen lämnas följande rekommendationer:

- Farsta stadsdelsnämnd bör säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av om nämndens samtliga beslut är genomförda.

### **Utrednings- och beslutstider efter anmälan om insats (funktionsnedsättning)**

En granskning har genomförts om stadsdelsnämndens handläggningsrutiner möjliggör att uppfylla de lagkrav som finns avseende skyndsamt handläggning av insatser för funktionsnedsatta.

När en person ansöker om insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska en utredning inledas utan dröjsmål. Förvaltningslagen anger att alla ärenden som rör enskilda ska handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. I stadens riktlinjer anges att ett beslut i ärendet ska fattas direkt när en utredning är slutförd oavsett om beslutet kan verkställas eller inte vid denna tidpunkt. Beslut om bifall på begäran om insatser enligt LSS eller ansökan om bistånd enligt SoL ska verkställas omedelbart.

Revisionskontoret har genomfört en personaktsgranskning av bland annat journalanteckningar, ansökan, utredning, beslut, beställning. Granskningen visade att i huvudsak inleds utredningarna utan dröjsmål, de var dokumenterade och handläggningen skedde skyndsamt.

Varje månad upprättar stadsdelsnämnden en sammanställning av antal nyinkomna ärenden och utökade insatser per handläggare. Ärenden fördelas till handläggarna enligt så kallad datumindelning.

Stadsdelsnämnden har inte dokumenterat sina rutiner för handläggningen. Enligt uppgift ska rutinerna dokumenteras under 2020. Det sker ingen övergripande systematisk uppföljning av handläggnings-tider. Under hösten har stadsdelsnämnden genomfört egenkontroll av handläggningsdokumentationen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Sammantaget bedöms Farsta stadsdelsnämnd i huvudsak ha en styrning och uppföljning som möjliggör att handläggningsprocessen ska kunna uppfylla de krav som finns avseende skyndsam handläggning.

#### **Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen vad gäller köp av personlig assistans enligt LSS utförs av externa utförare. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad rutin inte är helt tillräcklig.

Granskningen visar att det saknas nyckelkontroller, exempelvis systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt att den enskilde fortfarande är bokförd i stadsdelen/Stockholms stad vid uppföljning av beslut. Vidare finns brister i hanteringen av extra skyddsvärda personuppgifter. Behov finns även av att arbeta fram rutin för misstänkt assistansfusk och oegentligheter hos utförarna.

Nämnden rekommenderas införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från IVO, säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret samt arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras.

#### **Förtroendekänsliga och ledningsnära poster**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen vad gäller hantering/redovisning av förtroendekänsliga och ledningsnära poster. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig i granskad process.

Granskningen, som främst baserats på stickprov, visade att merparten av granskade rese- och representationstransaktioner kunde verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte och deltagarlista samt momsavdrag. I ett antal stickprov fanns dock brister i form av felkontering samt att underlag i form av deltagarlista och/ eller syfte saknats. I ett fall hade attestanten själv deltagit. Nämnden rekommenderas att säkerställa att rese- och representationstransaktioner konteras rätt samt att erforderliga underlag alltid bifogas.

### **Inköpsprocessen**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i inköpsprocessen samt följa upp användningen av stadens inköpssystem. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i inköpsprocessen inte är helt tillräcklig.

Granskning av nämndens användande av stadens gemensamma inköpssystem visar att nämndens systemnyttjandegrad uppgår till 71 procent, vilket är en procentenhet lägre än snittet bland stadsdelarna och en procentenhet lägre än år 2019. Vid jämförelse med år 2019 bör det noteras att covid-19-pandemin under år 2020 kan ha påverkat behovet av att göra covid-19-relaterade inköp utanför systemet, vilket då kan påverka systemnyttjandegraden negativt. Granskningen visar att nämnden behöver fortsätta arbeta för att öka sin systemutnyttjandegrad.

Granskningen av inköp, som främst utförts genom stickprovskontroller, visar att transaktionerna i allt väsentligt är korrekt hanterade avseende bokföringsunderlag, betalningstidpunkt, bokföringstidpunkt och kontering. I stickprovet fanns dock ett antal fakturor från en leverantör där fakturerade priser inte stämde mot avtal. I granskningen har inget framkommit som tyder på avsteg från stadens regler eller LOU. Nämnden rekommenderas säkerställa att avtalade villkor följs vid betalning av fakturor från leverantörer.

### **Behörighetshantering i Agresso**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende behörighetshantering i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad rutin.

Granskningen, som har utförts genom analys av huvudbokstransaktioner samt genom stickprovskontroller, visar att det finns behörighetsblanketter för registrerade behörigheter och att dessa är under-

tecknade av behöriga personer samt överensstämmer med registrerade behörigheter i Agresso. Förvaltningen gör regelbunden genomgång av inaktiva behörigheter.

### **Attesthantering i Agresso**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende attesthantering i Agresso. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskade rutiner är tillräcklig. Granskningen visar att det finns en aktuell undertecknad attestförteckning och den överensstämmer med registrerade attesträtter i Agresso. Det finns även ett attestkort för förvaltningschefen samt namnteckningsprov för attestanterna i genomfört stickprov. Genomgång av samtliga attesträttigheter görs löpande.

### **Intäktprocessen**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen i intäktprocessen avseende bostads- och lokalhyror. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen i granskad process är tillräcklig.

I granskningen har inga väsentliga avvikelser framkommit. Dock noteras att förutom att årliga hyreshöjningar inte alltid gjorts de senaste åren. Förvaltningens nya rutin avseende försöks- och träningslägenheter uppges fungera väl. Däremot visar granskningen att information om hyreshöjningar inte alltid noterats i verksamhetssystemet LOIS, vilket bör göras i syfte att öka spårbarheten och underlätta kontroller. Stickprovskontrollen visar i övrigt att granskade kundfakturor i allt väsentligt har fakturerats vid rätt tidpunkt, stämmer överens med avtalade villkor, uppfyller kraven enligt god redovisningssed och stadens regler, har betalats, är redovisad i rätt period samt är rätt konterade. Löpande kontroller görs av att rätt hyra faktureras enligt avtal.

### **Löneutbetalningar**

En granskning har genomförts i syfte att bedöma den interna kontrollen avseende hantering av personalkostnader och löneutbetalningar. Den sammanfattande bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig i granskad rutin.

Genomgång har genomförts av sammanlagt fem flöden inför löneutbetalning. Kontroll har gjorts att anställningsavtal finns, löneökning har skett, utbetald lön överensstämmer med senast lönerevision samt att attest av löneutbetalningslista är gjord. Granskningen visar inte på några avvikelser.

### **Lönetillägg**

En granskning har genomförts av lönetillägg för anställda under perioden januari-oktober 2020. Den sammanfattande bedömningen är att nämnden har en tillräcklig intern kontroll i granskad rutin.

Kontroll har gjorts av att det finns ett skriftligt beslutsunderlag/avtal om lönetillägg samt att utbetalt belopp och period överensstämmer med avtalade villkor. Stickprovsgranskningen visar inte på några avvikelser.

## Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

### Årlig och fördjupad granskning

Ars-rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
AR 2016	<p><b>Handläggning och dokumentation i enlighet med DUR för personer med funktionsnedsättning</b></p> <p>Nämnden bör säkerställa att stadens anvisningar för DUR tillämpas och följs.</p> <p>Nämnden bör införa en systematisk kvalitetssäkring av DUR-metodiken, framförallt avseende den enskildes uppfattning om sina behov och hur dessa kan tillgodoses. Genomförd kvalitetssäkring bör även dokumenteras.</p>	X			<p>Uppföljande granskning utförd av revisionskontoret 2019 visade att stadsdelsnämnden säkerställt brukarens delaktighet i DUR-utredningar och uppföljningar samt utarbetat rutiner för att säkerställa att samtliga insatser följs upp årligen.</p> <p>Under 2020 har enheten utvecklat egenkontrollerna samt den systematiska kvalitetssäkringen avseende utredning, beslut, beställning och journalföring. En metod för kollegial granskning har även tagits fram för att bland annat säkerställa att anvisningarna i DUR efterföljs. Denna ska börja tillämpas under 2021.</p> <p>Rekommendationen bedöms som åtgärdad.</p>
AR 2018	<p><b>Intäktsprocessen</b></p> <p>Nämnden bör utarbeta kontroller som säkerställer att alla utförda tjänster inom äldreomsorgen har fakturerats.</p> <p>Nämndens delegationsordning behöver kompletteras med vem som är behörig att besluta om makulering av fakturor.</p> <p>Bokföringsmässiga nedskrivningar ska anmälas till nämnden.</p>	X			<p>Paraplysystemet säkerställer att alla utförda tjänster inom äldreomsorgen faktureras. Det finns sammankoppling avseende att det som beställs för utförande sedan också registreras för fakturering. Sedan stämmer serviceförvaltningen av att det som skickas i fil från Paraplyet stämmer överens med det som kommer in i Agresso. Åtgärdad.</p> <p>Delegationsordningen uppdaterades 31 januari 2019 och det anges vem som är behörig att makulera fakturor. Åtgärdad.</p> <p>Nedskrivningar inkluderas ”anmälan om beslut enligt delegering och övriga anmälningsärenden” på nämndens sammanträde i december 2020. Åtgärdad.</p>
AR 2018	<p><b>Utredning och uppföljning av familjehem och jourhem</b></p> <p>Nämnden bör se över och utveckla rutiner och arbetssätt för att säkerställa att utredning av familjehem och jourhem genomförs och dokumenteras enligt gällande regelverk.</p>				<p>Uppföljande granskning kommer att göras under 2021.</p>

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	<p>Nämnden bör säkerställa att vårdplaner och genomförandeplaner upprättas i samtliga ärenden.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att vården i familjehem och jourhem följs upp genom besök och samtal i tillräcklig omfattning i enlighet med gällande regelverk.</p>				
AR 2019	<p><b>Delegationsordning</b> Nämnden bör säkerställa att samtliga erforderliga beslut från nämnd till delegat finns på plats i enlighet i kommunallagen.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser.</p> <p>Nämnden bör utveckla sin interna kontroll avseende delegation.</p>		X		<p>I revisionskontorets uppföljning noteras att ett antal åtgärder har vidtagits. En processkartläggning och en riskanalys har gjorts för att utifrån den kunna säkerställa att beslut inom organisationen fattas enligt nämndens delegeringar och förvaltningschefens vidaredelegeringar. I kartläggningen har brister identifierats i enheternas rutiner och kännedom om skillnad i handläggning. Uppdrag har getts till utvalda enheter att utföra egenkontroller av att beslut fattats av delegat på rätt nivå. Beslut som kan överklagas enligt kommunallagen kommer vidare att protokollföras.</p> <p>Uppföljande granskning utförs 2021 av hur de nya rutinerna implementerats.</p>
AR 2019	<p><b>Inskrivningsgrad i förskolan</b> Nämnden rekommenderas att utveckla arbetet för att öka inskrivningsgraden i de områden där inskrivningsgraden i förskola är låg.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla dokumentationen och systematiken för arbetet med att öka inskrivningsgraden i förskolan.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla rutiner för uppföljning och analys av insatser för att öka inskrivningsgraden i förskolan.</p>				Uppföljande granskning kommer att göras under 2021.

Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
AR 2019	<p><b>Samverkan mellan skola-socialtjänst</b> Nämnden bör fortsätta informera om stöd-materialet, samt verka för att förbättra kunskapen om innehållet i stödmaterialet.</p> <p>Nämnden bör fortsätta arbetet med att inkludera fler fristående skolor i sam-verkan med socialtjänsten.</p>		X		<p>I revisionskontorets uppföljning noteras att ett antal åtgärder har vidtagits. Stödmaterialet ligger med i arbetet med samverkansöverenskommelsen med skola, socialtjänst, förskola, prevention och fritid. Den nya reviderade lokala samverkansöverenskommelsen blev klar i november 2020. Den har även delats till friskolorna som nu är representerade på SSPF. Friskolorna började förra året att delta i styrgruppen för BUS” (Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd). Åtgärderna kommer närmre att följas upp under 2021.</p>
AR 2020	<p><b>Köp av personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare</b> Nämnden bör införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att hantering av extra skydds-värda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från stadsledningskontoret.</p> <p>Nämnden bör arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras.</p>				<p>Granskningen följs upp under 2021.</p>
AR 2020	<p><b>Förtroendekänsliga och ledningsnära poster</b> Nämnden bör säkerställa att rese- och representations-transaktioner konteras rätt samt att erforderliga underlag alltid bifogas.</p>				<p>Granskningen följs upp under 2021.</p>
AR 2020	<p><b>Inköpsprocessen</b> Nämnden rekommenderas säkerställa att avtalade villkor följs vid betalning av fakturor från leverantörer.</p>				<p>Granskningen följs upp under 2021.</p>
AR 2020	<p><b>Beslutsunderlag och uppföljning av beslut i nämnd</b></p>				



Års- rapport	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	Farsta stadsdelsnämnd bör säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av om nämndens samtliga beslut är genomförda.				

## Revisionsprojekt

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
<b>Nr 8/2018</b>	<b>Informationssäkerhet</b> Nämnden bör kommunicera och implementera samt kontrollera efterlevnaden av stadens riktlinjer för informationssäkerhet i organisationen.	X			<p>Nämnden bedöms ha vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att stadens riktlinjer för informationssäkerhet kommuniceras och implementeras i organisationen samt att kontroller av efterlevnaden genomförs.</p> <p>Under året har medarbetare och chefer fått information om stadens riktlinje för informationssäkerhet samt uppmanats att genomföra stadens e-utbildningar inom området. Nämnden har även tagit fram en handlingsplan kopplat till informationssäkerhet och dataskydd.</p> <p>Gällande efterlevnaden av stadens riktlinje för informationssäkerhet har bland annat behörighetskontroller i centrala system, som Agresso, LISA, Paraplyet, eDok och VODOK, har genomförts. Avvikelse noterades framför allt i VODOK. Egenkontroller har genomförts av ett antal enheter med avseende på att behörigheter har avslutats för de medarbetare vars anställning eller uppdrag avslutats samt att medarbetare har korrekt behörighet utifrån sitt ansvar och arbetsuppgifter. Inga avvikelser noterades i egenkontrollen. Vidare görs kontroller av att GDPR efterlevs och att förteckning av personuppgifter har upprättats av samtliga enheterna.</p>
<b>Nr 4/2019</b>	<b>Systematiskt kvalitetsarbete inom Socialtjänsten</b> Nämnden bör utveckla hanteringen av avvikelser i syfte att säkerställa att alla avvikelser rapporteras och hanteras.  Nämnden bör säkerställa att egenkontroll, i form av				Uppföljande granskning kommer att göras under 2021.

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	<p>granskning av person-akter, genomförs systematiskt.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att personalen informeras om deras rapporterings-skyldighet enligt lex Sarah i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och kommunfullmäktiges riktlinjer.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att en dokumenterad analys av verksamhetens kvalitet, utifrån en sammanställning av riskanalys, samtliga avvikelser och egenkontroller, redovisas för nämnden.</p>				
<b>Nr 5/2019</b>	<p><b>Implementering av dataskyddsförordningen</b> Nämnden bör utveckla styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen.</p> <p>Nämnden bör informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgifts-behandlingar.</p> <p>Nämnden bör genomföra en kartläggning av behovet av personuppgiftsbiträdesavtal.</p>		X		<p>Förvaltningen har tagit fram en organisation för att bättre kunna följa upp dataskyddsförordningen, där ansvariga har utsetts för varje avdelning och enhet. En handlingsplan har tagits fram för att säkra och utveckla arbetet med dataskydd och informationssäkerhet under 2021. Visst arbete kvarstår med att färdigställa handlingsplanen. Under 2021 uppges att förvaltningen ska arbeta med SLK:s mall för årsrapport för dataskyddet.</p> <p>En övergripande inventering av personuppgifts-behandlingar gjordes under hösten 2020 och enheterna arbetar med att uppdatera registerförteckningen, vilket följs upp allt eftersom. Inventeringen visade ett behov av verksamhetsanpassade rutiner och lathundar för detta arbete.</p> <p>En kartläggning av behovet av PUB-avtal påbörjades men avbröts i våras då pandemin orsakade omprioriteringar av arbetsuppgifter.</p>
<b>Nr 3/2020</b>	<p><b>Psykisk ohälsa hos äldre</b> Nämnden bör utveckla och samordna planeringen av det förebyggande arbetet riktat mot äldre personer.</p> <p>Nämnden bör se till att såväl kommunala som privata hemtjänstutförare</p>				Uppföljande granskning kommer att göras under 2021.

Revisions- projekt	Rekommendation	Vidtagit åtgärder			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
	<p>har information om nämndernas förebyggande verksamhet.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att biståndshandläggare, i utredningar, konsekvent beaktar och dokumenterar den enskildes situation när det gäller psykisk hälsa och välbefinnande.</p> <p>Nämnden bör följa upp samtliga biståndsbedömda insatser minst årligen.</p> <p>Nämnden bör utarbeta och implementera rutiner för samverkan med regionen inom berörda verksamheter.</p> <p>Nämnden bör utveckla en samlad uppföljning och analys av det förebyggande riktat mot äldre personer.</p>				
<b>Nr 2/2021</b>	<p><b>Samverkan utskrivna patienter från slutenvård</b></p> <p>Nämnden bör tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte.</p> <p>Nämnden bör säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar.</p> <p>Nämnden bör utveckla rapporteringen av avvikelser.</p> <p>Nämnden bör regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias.</p>				

## Bilaga 3 – Bedömningskriterier

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

### Verksamhet och ekonomi

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

### Bedömningskriterier

Nämnden/styrelsen:

- 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.
- Har haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

### Bedömning:

*Tillfredsställande*

Bedömningskriterier är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.

*Inte helt tillfredsställande*

Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Det finns brister som måste åtgärdas.

*Inte tillfredsställande*

Bedömningskriterier bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som måste åtgärdas omgående.

## Intern kontroll

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

## Bedömningskriterier

Nämnden/styrelsen:

- Har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och 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 riskanalyser som fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att minimera risken för att verksamhetens mål inte uppnås. Nämnden/styrelsen 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:

*Tillräcklig*

Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.

*Inte helt tillräcklig*

Bedömningskriterierna bedöms delvis uppfyllda. Det finns brister som måste åtgärdas.

*Inte tillräcklig*

Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som måste åtgärdas omgående.

## **Räkenskaper**

Nämndens redovisning är upprättad enligt lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

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

## **Bedömningskriterier**

Nämndens:

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

## **Bedömning:**

*Rättvisande*

Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.

*Inte rättvisande*

Väsentliga brister finns som måste åtgärdas.