



Årsrapport 2021

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Rapport från
Stadsrevisionen
Nr 22, 2022

Dnr: RVK 2022/23

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, lekmannarevisorerna 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 revisionsrapporter.

All rapportering finns på stadsrevisionens hemsida, start.stockholm/revision. Rapporterna kan också beställas från revisionskontoret, revision.rvk@stockholm.se.

Till

Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd

Årsrapport 2021

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen av Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds verksamhet under 2021.

Revisorerna bedömer att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds interna kontroll delvis har varit tillräcklig. Motsvarande bedömning gjordes även för 2020. Av genomförda granskningar framgår brister och utvecklingsbehov inom flera olika verksamhetsområden.

Vi hänvisar i övrigt till bifogad rapport som revisorerna behandlade den 24 mars 2022. Rapporten överlämnas till Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd för yttrande senast den 30 juni 2022.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Bosse Ringholm
Ordförande

Åsa Hjortsberg Sandgren
Sekreterare

Stadsrevisionen

Hantverkargatan 3d
105 35 Stockholm
Växel 08-508 29 000
revision.rvk@stockholm.se
start.stockholm/revision

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar.

Verksamhet och ekonomi

Sammantaget bedöms att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Bedömningen grundar sig i huvudsak på om resultatet är förenligt med kommunfullmäktiges mål för verksamheten samt om lagstiftning och andra föreskrifter efterlevts.

Även under 2021 har nämndens verksamhet påverkats av pandemin. Verksamheterna har enligt nämndens redovisning anpassats till de förutsättningar som gällt. All planerad verksamhet har inte varit möjlig att genomföra men nya arbetssätt och lättade restriktioner har enligt nämnden inneburit att verksamheten kunnat utföras i stora delar.

Uppföljande granskningar av utredningstider inom individ- och familjeomsorgen samt av samverkan kring utskrivna patienter från slutenvård har genomförts under året. Granskningarna visar att nämnden i huvudsak åtgärdat rekommendationerna.

Intern kontroll

Den samlade bedömningen är att nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten har delvis varit tillräcklig. Av genomförda granskningar framgår liksom föregående år brister och utvecklingsbehov inom flera olika verksamhetsområden. Likartade iakttagelser om brister i styrning och uppföljning av internkontrollarbetet återkommer i årets granskningar och har utmynnat i liknande rekommendationer som bland annat handlar om att förbättra uppföljning av följsamhet till rutiner och fastställda arbetssätt. Revisionskontoret konstaterar att utveckling inom området är angeläget.

Under året har revisionskontoret genomfört granskningar som bland annat omfattat systematiskt brandskyddsarbete, bidrag till ideella föreningar samt placerade barn och ungdomar på HVB. Vidare har granskningar som omfattat intäkts- och inköpsprocessen, hanteringen av leverantörsregister och utbetalningar, löneprocessen samt

förtroendekänsliga poster genomförts. Granskningarna visar på utvecklingsområden bland annat avseende kontroller och följsamhet till fastställda arbetsätt och rutiner.

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 delvis vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer i föregående års granskningar. De väsentligaste rekommendationerna som återstår är att genomföra åtgärder utifrån granskning av uppföljning av utförare av korttidstillsyn enligt LSS samt att säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen är implementerat och efterlevs.

Innehåll

1	Årets granskning	1
2	Verksamhet och ekonomi	2
2.1	Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.2	Ekonomiskt resultat	4
2.2.1	<i>Driftverksamhet.....</i>	<i>4</i>
2.2.2	<i>Investeringsverksamhet.....</i>	<i>5</i>
3	Intern kontroll.....	6
4	Räkenskaper.....	8
5	Uppföljning av tidigare års granskning.....	8
	Bilaga 1 – Årets granskning	9
	Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer	15
	Bilaga 3 – Bedömningskriterier	21

1 Årets granskning

Den årliga revisionen omfattar granskningar och bedömningar inom följande områden:

- Verksamhet och ekonomi
- Intern kontroll
- Räkenskaper

Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnden är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsordning 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.

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 åtgärdat rekommendationer i tidigare års granskningar redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i bilaga 2.

Revisorerna träffade våren 2021 representanter för nämnden i samband med genomgång av 2020 års granskning och avstämning inför 2021.

Granskningsledare har varit Mari Önnvall vid revisionskontoret och Carl-Magnus Stenehav 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 om nämnden följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser samt haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Nämnden bedöms i allt väsentligt ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på granskning av nämndens redovisning och på de granskningar som genomförts under året.

Även under 2021 har nämndens verksamhet påverkats av pandemin. Verksamheterna har enligt nämnden anpassats till de förutsättningar som gällt. All planerad verksamhet har inte varit möjlig att genomföra men nya arbetssätt och lättade restriktioner har enligt nämnden inneburit att verksamheten kunnat utföras i stora delar. Det är angeläget att nämnden under 2022 beaktar eventuella risker med anledning av förändrat arbetssätt och insatser som inte genomförts.

Nämnden har avrapporterat resultat av beslutade mål och verksamhetsberättelsen bedöms i huvudsak ge en rättvisande bild av det verksamhetsmässiga resultatet.

Nämndens verksamhetsmässiga resultat för 2021 är i allt väsentligt förenligt med de mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden redovisar att den bidrar till att uppfylla kommunfullmäktiges tre inriktningsmål. Nämnden bedömer att tio av fullmäktiges tolv mål för verksamhetsområdet har uppfyllts.

Verksamhetsmål om att ”Stockholm är en trygg, säker och välskött stad att bo och vistas i” bedöms liksom föregående år delvis uppnått. Nämnden beskriver fortsatta utmaningar med den upplevda tryggheten i stadsdelen. Resultaten i medborgarundersökning har förbättrats jämfört med 2019, men når inte årsmålen. Arbetet med platssamverkan fortsätter liksom att geografiskt utvidga samverkan för att motverka otrygghet på nya platser i stadsdelen. Trygghetsvandringar och fysiska trygghetskapade åtgärder är fortsatt prioriterade. Utöver det bedrivs förebyggande arbete inom linjeverksamheterna, till exempel genom sociala insatsgrupper samt intern och extern samverkan.

Verksamhetsmål ”Stockholm är en modern kultur- och evenemangsstad med en stark besöksnäring” bedöms delvis uppnått. Liksom föregående år nås inte målet, vilket redovisas bland annat bero på att restriktioner under pandemin påverkat kultur- och föreningsaktiviteter riktade till barn och unga samt att vissa evenemang inte kunnat genomföras alls. Åtgärder som vidtagits har handlat om att ställa om arbetet och genomföra aktiviteter på ett smittsäkert sätt, till exempel utomhus eller digitalt.

Övriga verksamhetsmål, som nämnden bedömde som delvis uppnådda föregående år, har nåtts i år.

Det gäller bland annat verksamhetsmålet ”Stockholm får människor i behov av stöd insatser i tid präglade av hög kvalitet, evidens och rättssäkerhet”. Nämnden redovisar bland annat att det förebyggande och uppsökande arbetet har utvecklats och gett effekt under året. Till exempel genom uppföljning av vräkningsförebyggande stöd samt utveckling av arbetssätt för att nå de personer som nyttjar taköverhuvudet garantin. Vidare redovisas att ett arbete har pågått med att utveckla kontinuitet och samordning för barnfamiljer i behov av stöd. Exempelvis har ett arbetssätt provats där familjerna har kontakt med samma socialsekreterare från första kontakt till insatsens utförande, vilket redovisas ha gett positiva resultat för hur stor andel som tackar ja till erbjuden insats.

En uppföljande granskning av utredningstider inom individ- och familjeomsorgen har genomförts under året. Granskningen visar att förhandsbedömningar och utredningar inte avslutades inom lagstadgad tidsgräns. Nämnden har vidtagit vissa åtgärder för att säkerställa följsamhet till lagstiftning och stadens riktlinjer, men behöver fortsätta arbetet. Uppföljning av utredningstider har också genomförts inom ramen för nämndens internkontrollplan vars avvikelser anges har hanterats. Nämnden redovisar en tidvis hög belastning inom individ- och familjeomsorgen under året beroende på högt ärendeflöde och personalvakanser. Åtgärder som vidtagits för att säkerställa rättssäkerhet och arbetsmiljö är bland annat konsultbemanning samt ett förändrat arbetssätt med ”Handlingsplan för en förbättrad arbetssituation för socialsekreterare och biståndshandläggare.”

Verksamhetsmålet ”I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande” redovisas i år som uppfyllt. Förra året bedömdes målet delvis uppnått bland annat beroende på att det planerade utvecklingsarbetet med kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen inte kunde prioriteras. Ett utvecklingsarbete som enligt nämndens redovisning inte har slutförts.

Aktiviteter som har genomförts under 2021 har bland annat varit kompetenshöjande insatser samt åtgärder för att öka personalkontinuiteten både inom hemtjänst och i särskilt boende.

För bedömning av måluppfyllelsen för verksamhetsmålet ”I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande” används bland annat resultatet från Socialstyrelsens brukarundersökning. Den har inte genomförts under 2021. Nämnden har istället använt de egna kvalitetsuppföljningarna som underlag för bedömning av verksamhetsmålet. Kvalitetsuppföljningar för de äldre som har hemtjänstinsatser har genomförts, men för ett litet antal individer. Inga kvalitetsuppföljningar har genomförts för de äldre som är boende på vård- och omsorgsboende. Den mycket låga svarsfrekvensen innebär att underlag för bedömning av måluppfyllelsen främst består av en redovisning av genomförda aktiviteter och andra insatser i verksamheten under 2021. Utifrån det avstår revisionskontoret från att bedöma måluppfyllelse av verksamhetsmålet.

Under året har en uppföljande granskning genomförts av samverkan kring utskrivna patienter från slutenvård. De rekommendationer som gavs berörde bland annat utveckling av intern och extern kommunikation samt avvikelserapportering. Samtliga rekommendationer har åtgärdats.

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 2021:

Driftverksamhet (mkr)	Budget 2021	Utfall 2021	Avvikelse 2021	Avvikelse 2021, %	Budget-avvikelse 2020, %
Kostnader	2 394,1	2 368,2	25,9	1 %	16,7 %
Intäkter	383,9	398	14,1	3,5 %	5,2 %
Verksamhetens nettokostnader	2 010,2	1 970,2	40	2 %	2,6 %
Verksamhetens nettokostnader efter resultatöverföringar		1 973,4	36,8	1,9 %	2,4 %

Av ovanstående redovisning framgår att nämndens utfall avviker med 36,8 mnkr i förhållande till budgeten. Revisionskontoret konstaterar att kommunfullmäktiges mål om budgetföljsamhet har uppnåtts.

Nämnden redovisar både positiva och negativa avvikelser inom de olika verksamhetsområdena.

Den största positiva avvikelsen finns inom verksamhetsområdet individ- och familjeomsorg (45 mnkr) där större överskott återfinns inom flyktingmottagande (37,1 mnkr), omsorg om personer med funktionsnedsättning (12,7 mnkr). Vidare redovisas ett överskott inom ekonomiskt bistånd (11,6 mnkr).

Enligt nämndens redovisning hänförs överskottet inom funktionsnedsättning liksom föregående år från resultatet av ett fortlöpande arbete med att se över och omförhandla avtal om boendeplaceringar utanför lagen och valfrihetsystem. Inom flyktingmottagandet förklaras överskottet främst av ändrad redovisning, anpassning till god redovisningssed, för generalschablonen. Kostnaderna för ekonomiskt bistånd har blivit lägre än förväntat. Dels beror det på att befarande kostnadsökningar på grund av pandemin uteblev, dels att antalet hushåll i behov av ekonomiskt bistånd minskade under året.

Inom äldreomsorg redovisas ett underskott totalt på 35,2 mnkr. Avvikelsen återfinns liksom föregående år till största delen inom utförarverksamheterna som redovisar ett underskott (32,9 mnkr), vilket främst beror på effekter av pandemin såsom lägre belägningsgrad på stadsdelsnämndens vård- och omsorgsboende samt färre insatser inom hemtjänsten. Vidare redovisas ökade kostnader för högre bemanning och sjukfrånvaro. Inom hemtjänstverksamheten påbörjades under hösten ett arbete som syftar till att optimera planering och utförande av insatser. Det sker genom att ett antal nyckeltal följs upp veckovis av enhetschef och samordnare inom hemtjänstens verksamhet. Nämnden har förklarat avvikelserna på ett tillfredsställande sätt.

2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämndens utfall för investeringsverksamheten ligger i nivå med budget.

3 Intern kontroll

I detta avsnitt redovisas granskningen 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 delvis har varit tillräcklig. Av genomförda granskningar framgår liksom föregående år brister och utvecklingsbehov inom flera olika verksamhetsområden. Nämnden har åtgärdat vissa av tidigare lämnade rekommendationer men nya rekommendationer har tillkommit som berör samma typ av brister. Iakttagelser som återkommer i granskningarna och som utmynnat i liknande rekommendationer handlar om brister i styrning och uppföljning av internkontrollarbetet. I genomförda granskningar ses till exempel att uppföljning av följsamhet till rutiner behöver förbättras.

Nämndens bedömning är att den interna kontrollen inte varit helt tillräcklig under året. Även 2020 bedömde nämnden den interna kontrollen som delvis tillräcklig utifrån att pandemin hade påverkat verksamheternas arbetssätt och prioriteringar vilket i sin tur påverkat internkontrollarbetet negativt. Revisionskontoret delar bedömningen men med ytterligare grunder vilket beskrivs nedan.

Arbetet med den interna kontrollen är delvis en integrerad del i styrning och uppföljning. Systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner behöver utvecklas. Genomförda granskningar visar att styrning och uppföljning av följsamhet till rutiner, fastställda arbetssätt och regelverk behöver utvecklas. Utvecklingsbehov ses i majoriteten av årets granskningar samt i flera tidigare genomförda granskningar, granskningar som spänner över flera olika verksamhetsområden. Det gäller exempelvis kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen, det systematiska brandskyddsarbetet samt planering och uppföljning av utförandet av den enskildes insatser. Revisionskontoret konstaterar att utveckling inom området är angeläget.

Nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel. Vad gäller riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs finns förbättringsområden. Granskning av bidrag till ideella föreningar visar att nämndens riktlinje behöver revideras för

att överensstämja med stadens. Granskning av placering av barn och ungdomar på HVB visar att nämnden bland annat behöver upp-
rätta rutin för kontroll av nödvändiga tillstånd.

Nämnden har inte genomfört någon analys som fångar upp väsent-
liga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska
uppnås. Det redovisas bero på hög frånvaro på grund av pandemin
vilket ledde till omprioriteringar i verksamheten. Nämndens väsent-
lighets- och riskanalys och internkontrollplan för 2021 är således
den samma som för 2020. I internkontrollplanen fastställs vilka
åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den
interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. De
avvikelser som påträffats har dokumenterats och i huvudsak åtgär-
dats.

Nämnden har en tillfredsställande uppföljningsstruktur. Rapporte-
ringen ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om
verksamhet och ekonomi. Nämnden har i huvudsak system och ruti-
ner för uppföljning av verksamhet som uppdragits åt annan att
utföra. Nämnden rekommenderades föregående år inom området
personlig assistans att utveckla rutiner för att motverka oegentlig-
heter. Uppföljning visar att rekommendationen kvarstår.

Under året har revisionskontoret även genomfört granskningar som
omfattat intäkts- och inköpsprocessen, hanteringen av
leverantörsregister- och utbetalningar, löneprocessen och förtroen-
dekänsliga och ledningsnära poster. Vid tidpunkten för granskning-
arna har det inom vissa processer saknats rutiner och kontroller.
Nämnden har efter granskningarna vidtagit åtgärder och uppföljning
kommer att genomföras under 2022.

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.

Räkenskaperna bedöms ge en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räkenskaperna bedöms vidare vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed. Dock har det i granskningen av bokslut identifierats några utvecklingsområden, bland annat avseende enheternas förteckningar över korttidsinventarier samt periodisering av bidrag.

5 Uppföljning av tidigare års granskning

Tidigare års granskning av nämndens verksamhet har utmynnat i ett antal rekommendationer. Revisionen gör årligen uppföljningar för att bedöma om nämnden har vidtagit åtgärder utifrån tidigare lämnade rekommendationer. Rekommendationer som följts upp under 2021 redovisas i bilaga 2.

Uppföljning visar att nämnden delvis har vidtagit åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. De väsentligaste rekommendationerna som återstår är att genomföra åtgärder utifrån granskning av uppföljning av utförare av korttidstillsyn enligt LSS samt att säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen är implementerat och efterlevs.

Bilaga 1 – Årets granskning

Granskningar under perioden april 2021 - mars 2022

Systematiskt brandskyddsarbete i bostäder med särskild service för vuxna

En granskning har genomförts av stadsdelsnämndens systematiska brandskyddsarbete. Granskningen har omfattat bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS som drivs i egen regi. Granskningen har avgränsats till att omfatta det ansvar som faller på nyttjanderättshavare till berörda fastigheter, ej fastighetsägare. Granskningen omfattar inte byggnadstekniskt brandskydd.

Den sammanfattande bedömningen är att nämndens systematiska brandskyddsarbete bör förbättras avseende riskanalys, rutiner, utbildning och genomförande av brandövning för att säkerställa att lagens intentioner uppnås och stadens riktlinjer för brandskyddsarbete efterlevs.

Granskningen visar att det finns en organisation för brandskyddsarbete. Brandskyddsdokumentationen behöver aktualiserats för att säkerställa att den efterlever kraven i stadens handbok för systematiskt brandskyddsarbete. Riskanalyser har genomförts och dokumenterats men omfattar inte samtliga risker som framkommer i granskningen, bland annat avseende brukarspecifika risker. Brandskyddsutbildningar genomfördes för flertal år sedan. Dokumenterade rutiner finns men det framkommer inte tydligt hur personal ska agera bland annat avseende inrymning- och utrymning, då personal är ensam på natten, avseende de brukare bor i så kallade satellitlägenheter. Enligt Riktlinje för Stockholms stads brandskyddsarbete ska samtlig personal ha tillräcklig kunskap om det systematiska brandskyddsarbetet, brandrisker i verksamheten samt hur de ska agera vid brand.

Storstockholms brandförsvaret framhåller att det viktigaste för brandsäkerheten för en bostad med särskild service är nödlägesberedskapen, alltså vad personalen gör om något händer. Enligt stadens riktlinje ska det finnas tydliga rutiner som personalen känner till och har övat på att hantera. Det ska finnas en kunskap om och när det ska ske utrymning eller inrymning till brandcell. Vid granskningen framkommer att inga utrymnings-/inrymningsövningar har genomförts i år. I Svenska Institutet för Standards Kvalitetssäkring inom

LSS framkommer att brukarperspektivet är av vikt vid det systematiska brandskyddsarbetet vid ett boende med särskild service för vuxna. Det är bland annat viktigt att övning sker ur olika scenarier där personalen tänker utifrån ett brukarperspektiv; hur kommer brukaren agera och hur ska personal agera för de specifika brukarna som finns på boendet. Vidare är det väsentligt att personalen vet hur larmcentral fungerar, om det är vidarekopplat till räddningstjänst eller om de själva ska larma. Revisionskontoret har tagit del av brandförsvarets tillsyn av Stockholms stads LSS-boenden sedan år 2019 och den vanligaste bristen som framkommer är bland annat brister i egenkontroll av larmcentralen. I granskningen framkommer att sådan kontroll inte dokumenteras i boendets egenkontroll. Övriga egenkontroller har dokumenterats och genomförs enligt plan.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att personalen har tillräcklig kunskap om brukarnas reaktion vid en brandsituation samt om utrymnings-/inrymningsrutiner.
- Säkerställa att brandövningar genomförs.
- Säkerställa att kontroller av larmcentralen har utförts.

Placeringar av barn och ungdomar på HVB

En granskning har genomförts av om stadens styrning, kontroll och uppföljning av HVB och dess insatser är tillräcklig.

Den sammanfattande bedömningen är att stadens styrning, kontroll och uppföljning av HVB behöver utvecklas.

Staden har en tydlig ansvarsfördelning och organisationsstruktur för uppdelning av ansvarsområden mellan socialnämnden och stadsdelsnämnderna. Däremot visar granskningen på flera brister gällande dokumentation om och uppföljning av placerade barn och ungdomar på HVB. I granskningen framkommer bristande dokumentation avseende direktupphandlingsprocessen, vårdplaner och genomförandeplaner. Vidare saknas dokumenterade rutiner för kontroll att HVB har tillstånd från IVO samt för säkerställande av HVB-verksamhetens kontroller ur polisens misstanke- och polisens misstanke- och belastningsregister. Stadsdelsförvaltningen följer inte upp merparten av kraven i individuella avtal. Bland annat sker ingen uppföljning av att HVB gör kontroller i polisens misstanke och belastningsregister innan och under anställning.

Revisionskontoret anser att avtalsuppföljningen måste förbättras.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att dokumentation och uppföljning av vårdplaner och genomförandeplaner genomförs.
- Upprätta dokumenterade rutiner för kontroller av IVO-tillstånd inklusive dokumentation av genomförda kontroller.
- Säkerställa och upprätta dokumenterade rutiner för att HVB gör kontroller ur polisen misstanke- och belastningsregister.
- Säkerställa att dokumentation och uppföljning avseende individuella avtal vid direktupphandlingar sker.

Nämnden har yttrat sig över rapporten den 24 februari 2022. Av yttrandet framgår att nämnden delar revisionens bedömning och att vissa åtgärder redan har vidtagits.

Bidrag till ideella föreningar

En granskning har genomförts i syfte att granska stadens styrning och uppföljning av bidrag till ideella föreningar.

Revisionskontorets samlade bedömning är att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd brister i att säkerställa att bidrag beviljas och nyttjas på det sätt som avses. Handläggningsprocessen ska säkerställa att bidrag nyttjas på det sätt som avsetts och att allmänna medel hanteras ansvarsfullt. Vidare ska processen säkerställa att inga oseriösa aktörer tar del av bidrag och att risker för oegentligheter och otillåten påverkan minimeras.

Granskningen visar att nämnden har rutiner och arbetsprocesser för att handlägga föreningsbidrag, men de behöver utvecklas för att ge tillräcklig och tydlig vägledning i arbetet. Nämnden behöver anpassa sin riktlinje för föreningsbidrag i enlighet med stadens nya riktlinje. Vidare visar granskningen att nämnden behöver inhämta relevanta uppgifter och handlingar samt genomföra och dokumentera relevanta och befogade kontroller för att säkerställa att bidrag nyttjas på det sätt som avsetts samt förebygga och upptäcka oegentligheter och otillåten påverkan. Dokumentationen av samtliga moment i handläggningsprocessen behöver utvecklas för att säkerställa transparens, spårbarhet och enhetliga arbetssätt.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att nämndens riktlinje överensstämmer med stadens samt utarbeta tillhörande arbetssätt och stödjande styrdokument som ger tillräcklig vägledning i handläggningen.
- Säkerställa att relevanta uppgifter och handlingar inhämtas samt att relevanta och befogade kontroller genomförs i handläggningsprocessen.

- Utveckla dokumentationen av samtliga moment i handlägningsprocessen.

Attesthantering i Agresso

En granskning har genomförts avseende hantering av attesträtter i Agresso. Den interna kontrollen i granskad rutin bedöms som inte helt tillräcklig.

Granskningen visar att det finns en undertecknad attestförteckning, dock överensstämmer den inte fullt ut med registrerade attesträtter i Agresso. Granskningen visar att attestanter, som saknat attesträtt enligt erhållen attestförteckning, har attesterat fakturor. I efterhand har attestanternas attesträtt dock kunnat bekräftas. Således har attestförteckningen inte uppdaterats i enlighet med stadens regler.

Vid uppföljning under hösten uppges att en riktlinje upprättats. Av riktlinjen framgår att avstämning och uppföljning av behörigheter i Agresso ska göras två gånger per år. Uppföljning av följsamhet till riktlinjen kommer ske under 2022.

Nämnden rekommenderas säkerställa att attestförteckningen överensstämmer med registrerade attestbehörigheter i Agresso.

Intäktsprocessen

En granskning har genomförts av den interna kontrollen i intäktsprocessen avseende försäljning av verksamhet. Den interna kontrollen i granskad process bedöms som inte helt tillräcklig.

Granskningen visar att kundfakturor har fakturerats vid rätt tidpunkt, uppfyller kraven enligt god redovisningssed och stadens regler, har betalats, är redovisade i rätt period samt är rätt konterade. Det noteras dock avvikelser för två stickprov. I det ena fallet hade priset inte uppdaterats och för lågt pris fakturerats. I det andra fallet hade priset räknats upp trots att priset skulle vara detsamma under hela avtalsperioden. Vidare visar granskningen att det av nämndens delegationsordning framgår vem som är behörig att besluta om makulering och att makulering av fakturor har skett i enlighet med stadens regler.

Vid uppföljning under hösten uppges att rutiner gällande kontroll av intäkter/inkomster har fastställts. Kontrollen innebär att tio fakturor ska kontrolleras vid fyra tillfällen per år. Uppföljning av följsamhet till riktlinjen kommer ske under 2022.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att pris/fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor/avtal.

Inköpsprocessen

En granskning har genomförts avseende inköpsprocessen med fokus på köp av reparationer och underhåll, städverksamhet samt programvaror/licenser. Den interna kontrollen i granskad process bedöms som inte helt tillräcklig.

Granskningen visar att transaktionerna är korrekt hanterade avseende prestation, bokföringsunderlag, bokföringstidpunkt samt kontering. Det noteras dock att två transaktioner har betalats efter förfallodag. I granskningen ses inte något som tyder på avsteg från LOU eller stadens regler avseende inköp.

Vid uppföljning under hösten uppges att arbetssättet har förändrats genom att i högre utsträckning skicka påminnelser till berörda administratörer att fakturor ska granskas, godkännas och attesteras i tid. Uppföljning av följsamhet till ändrat arbetssätt samt effekt förväntas ses under 2022.

Nämnden rekommenderas säkerställa att betalning sker vid rätt tidpunkt.

Hanteringen av leverantörsregister och utbetalningar

En granskning har genomförts avseende hantering av leverantörsregister och leverantörsutbetalningar.

Granskningen har genomförts samlat för staden och ansvaret för granskad process ligger i huvudsak hos stadsledningskontoret och serviceförvaltningen.

Genomförd granskning har inte föranlett några särskilda iakttagelser avseende nämnden.

Löneprocessen

En granskning har genomförts av löneprocessen. Den interna kontrollen i granskad process bedöms som tillräcklig.

De kontroller som framgår av stadens riktlinjer uppges genomföras till stora delar, men alla kontroller dokumenteras inte. Det försvårar uppföljningen. I syfte att stärka den interna kontrollen bör genomförda kontroller dokumenteras för att möjliggöra uppföljning av följsamheten till riktlinjerna.

Genomförd granskning visar inga väsentliga avvikelser och därför ges inga rekommendationer.

Förtroendekänsliga och ledningsnära poster

En granskning har genomförts avseende förtroendekänsliga och ledningsnära poster med fokus på resor och konferenser, utbildning samt representation. Den interna kontrollen i granskad process bedöms som inte helt tillräcklig.

Stickprov visar att hälften av transaktionerna har kunnat verifieras utan anmärkning avseende kontering, syfte, deltagarlista samt momsavdrag. För resterande transaktioner finns avvikelser genom att dubbel moms har konterats vid ett tillfälle och att personer som själv deltagit har attesterat fakturan.

Inriktning och omfattning bedöms som rimlig.

Nämnden rekommenderas säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.

Bilaga 2 – Uppföljning av lämnade rekommendationer

Årlig och fördjupad granskning

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2018	Hemlöshet inom prioriterade grupper Nämnden rekommenderas att säkerställa att intentionen i stadens program mot hemlöshet efterlevs.				Uppföljande granskning kommer att ske under 2022.
ÅR 2019	Delegationsordning (uppföljning) Nämnden rekommenderas säkerställa att delegationsbeslut anmäls i enlighet med kommunallagens bestämmelser. Vidare utveckla den interna kontrollen avseende delegation.			X	I internkontrollplan för 2020 angavs att stickprovskontroller av att anmälningsärenden hanterats korrekt skulle genomföras. Dock kunde det inte prioriteras under året på grund av pandemin. Stickprovskontroller har inte genomförts under 2021. När delegationsordningen revideras sker en genomgång med avdelningschefer och controllers. Inför varje nämndsammanträde granskar administrativ chef och stadsdelsdirektör översiktligt anmälningsärendena, men det saknas ett strukturerat arbetssätt för stickprovskontroller. Rekommendationen kvarstår.
ÅR 2019	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen (uppföljning) Nämnden bör se till att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är aktuellt och omfattar samtliga delar. Nämnden bör även se till att väsentlighets- och riskanalys utarbetas och dokumenteras på avdelningsnivå, i enlighet med nämndens system för intern kontroll. Vidare rekommenderas nämnden se till att plan för egenkontroll utarbetas på enhetsnivå. Samtliga rekommendationer kvarstår.		X		Nämnden har upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som finns att ta del av för medarbetarna på en digital samarbetsyta. Dock behöver det kompletteras med samtliga nödvändiga rutiner. Vidare behöver arbetssätt för uppföljning av följsamhet till ledningssystemet fastställas till exempel väsentlighets- och riskanalys på avdelningsnivå och plan för enheternas egenkontroll.
ÅR 2019	Intern kontroll Nämnden bör säkerställa att samtliga beslutade kontroller i internkontrollplanen genomförs.	X			Nämnden uppgav 2020 att arbetet med rekommendationen inte hade kunnat prioriteras på grund av pandemin. Kontroller enligt nämndens internkontrollplan har genomförts under året. Arbetet med enhetsspecifika internkontrollplaner har förtydligats i nämndens system för internkontroll och kommer att införas under 2022.

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2020	<p>Intern samverkan inom individ och familjeomsorgen</p> <p>Nämnden rekommenderas att</p> <p>dokumentera samverkan i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.</p> <p>införa en kvalitetssäkring som säkerställer att aktuella brukare som finns aktualiserade med insatser inom socialpsykiatri och/eller missbruk har informerats om stöd avseende samsjuklighet.</p>				Uppföljande granskning kommer att ske under 2022.
ÅR 2020	<p>Intäktprocessen</p> <p>Nämnden rekommenderas att införa och dokumentera nyckelkontroller i intäktprocessen avseende hanteringen av bostads- och lokalhyresintäkter som säkerställer att samtliga bostads- och lokalhyror faktureras korrekt i enlighet med gällande avtal och stadens regler.</p>	X			En rutin med tillhörande kontrollaktiviteter som omfattar intäkter generellt och bostads- och lokalhyror specifikt har tagits fram. Rekommendationen bedöms åtgärdad.
ÅR 2020 ÅR 2021	<p>Förtroendekänsliga och ledningsnära poster</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att stadens anvisningar och regler följs vad gäller redovisning av transaktioner som avser resor och konferenser, utbildning samt representation.</p>			X	<p>Stickprov visar att det för transaktioner finns avvikelser om att dubbel moms konterats, deltagarförteckning saknas samt att personer som själv deltagit har atterterat fakturan.</p> <p>Granskning av området 2020 och 2021 visar att rekommendationen inte är åtgärdad.</p>

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2020	<p>Köp av huvudverksamhet</p> <p>Nämnden rekommenderas att införa systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Rekommendationen bedöms åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att hantering av extra skyddsvärda personuppgifter hanteras i enlighet med anvisning från SLK. Rekommendationen bedöms åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att arbeta fram en rutin för hur misstänkt assistansfusk eller oegentligheter hos utförarna kan upptäckas och hur det ska hanteras. Rekommendationen kvarstår.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att verifikationerna uppfyller kraven i LKBR och god redovisningssed. Rekommendationen bedöms åtgärdad.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att det finns beslut om personlig assistans enligt LSS i samtliga fall. Rekommendationen bedöms åtgärdad.</p>		X		<p>Det finns en rutin där handläggarna i samband med årliga uppföljningar kontrollerar tillstånd hos IVO och inhämtar eventuellt tillsynsprotokoll på aktuella assistansbolag. Stickprov visar inte på några avvikelser.</p> <p>Utöver att följa SLK:s anvisningar har enheten egna framtagna rutiner för hantering av personer med skyddade identiteter. Stickprovet visar inte på några avvikelser.</p> <p>En rutin för handläggning och övriga hanteringar av insatsen personlig assistans har upprättats. I rutinen tydliggörs ansvarsfördelningen i handlägningsprocessen och kontroll av att utförare har tillstånd hos IVO. Utöver detta finns också en framtagen rutin för retroaktiv assistans. Dock framgår det inte tydligt av rutinen hur assistansfusk kan upptäckas eller hur misstanke om fusk eller oegentligheter ska hanteras.</p> <p>Genomförda stickprov på att verifikationerna uppfyller krav och god redovisningssed visar inte på några avvikelser. Genomförda stickprov visar att det finns beslut om personlig assistans enligt LSS i samtliga fall.</p>
ÅR 2021	<p>Systematiskt brandskyddsarbete i bostäder med särskild service för vuxna</p> <p>Nämndens rekommenderas att säkerställa att personalen har tillräcklig kunskap om brukarnas reaktion vid en brandsituation samt om utrymnings-/inrymningsrutiner.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att brandövningar genomförs.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att kontroller av larmcentralen har utförts.</p>				Uppföljande granskning kommer att ske under 2022.

Årsrapport	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
ÅR 2021	Attesthantering Nämnden rekommenderas säkerställa att attestförteckningen överensstämmer med registrerade attestbehörigheter i Agresso.				Följs upp under 2022.
ÅR 2021	Intäktprocessen Nämnden rekommenderas att säkerställa att pris/fakturerat belopp överensstämmer med överenskomna villkor/ avtal.				Följs upp under 2022.
ÅR 2021	Inköpsprocessen Nämnden rekommenderas säkerställa att betalning sker vid rätt tidpunkt.				Följs upp under 2022.

Revisionsprojekt

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 7/2017	Utredningstider inom individ- och familjeomsorgen (uppföljning) Nämnden rekommenderas att se över och utveckla sin styrning, uppföljning och analys avseende handläggningen av barn- och ungdomsärenden för att säkerställa att förhandsbedömningar och utredningar genomförs inom lagstadgad tid. Nämnden rekommenderas att se över och utveckla arbetssätt för att säkerställa att förhandsbedömningar och utredningar genomförs enligt lagstiftning och stadens riktlinjer. Detta avser framförallt dokumentationen av planering samt av barn och ungas bästa i utredningen. Nämnden rekommenderas att säkerställa tillförlitligheten i redovisningen av utredningstider genom att se till att registrering i verksamhetssystemet sker på ett korrekt och enhetligt sätt.	X			Förvaltningen har en paraplysamordnare som tar ut statistik avseende utredningstider varje månad. Registreringen i verksamhetssystemet uppges i stora drag ske på ett korrekt sätt. Förhandsbedömningar avslutades inom lagstadgad tidsgräns till 87 procent och utredningar avslutades i lagstadgad tidsgräns till 79 procent per november 2021. Avvikelsesrapporter tas fram i samtliga ärenden som överstiger 4 månader. Arbetsbelastningen och att insatser beviljats under utredningstiden uppges vara huvudorsaken till att utredningstiden inte hålls inom 4 månader. Förvaltningen har en mottagningsgrupp som genomför förhandsbedömning på nya ärenden. Utredningsgrupperna genomför förhandsbedömningar för pågående ärenden. Överlämning av ärenden till utredningsgrupperna sker en gång i veckan. Biträdande enhetschefer har ärendegenomgångar med handläggare och följer upp arbetsbelastning, utredningstider mm. Veckomöten hålls för att bland annat gå igenom ärenden, metodutveckling mm. Ett utvecklingsarbete har genomförts för något år sedan för att förbättra dokumentation. Under året har en arbetsgrupp har tagit fram en handlingsplan för hur barn ska göras mer delaktiga. Nämnden bedöms ha vidtagit vissa åtgärder för att säkerställa att förhandsbedömningar och utredningar genomförs enligt lagstiftning och stadens riktlinjer. Risken kvarstår dock att nämnden även fortsättningsvis inte fullt ut kommer uppfylla lagkraven om ytterligare åtgärder inte vidtas. Revisionskontoret kommer att hantera detta inom ramen för det årliga riskanalysarbetet. Eventuellt kan en förnyad granskning bli aktuell.

Revisionsprojekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 7/2018	<p>Tillgänglighet i offentlig miljö och till stadens service</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla processer när det gäller att utreda, kartlägga och ta fram åtgärder avseende tillgänglig samhällsinformation. Detta för att säkerställa att samhällsinformationen blir tillgänglig oavsett funktionsförmåga.</p>	X			Nämnden har genomfört ett utvecklingsarbete för att tillgängliggöra samhällsinformationen. Till exempel arbetar förvaltningen med att följa stadens gemensamma kommunikationsprogram samt grafiska profil. Andra exempel på åtgärder är att filmer som publiceras på webb, intranät och sociala medier textas samt att klarspråk används. Utöver det anpassas dokument som publiceras på webb utifrån ny lagstiftning om tillgänglighet till digital offentlig service.
Nr 5/2019	<p>Implementering av dataskyddsförordningen</p> <p>Nämnden bör utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med att efterleva dataskyddsförordningen. Vidare bör nämnden informationsklassa sina informationstillgångar samt regelbundet och systematiskt inventera sina personuppgiftsbehandlings. Rekommendationerna bedöms kvarstå.</p>		X		Under året har informationssäkerhetssamordnare och en intern arbetsgrupp för informationssäkerhet och GDPR har startats. Dataskyddsombudets roll som oberoende, granskande och rådgivande har därmed möjliggjorts. Det har genomförts ett arbete, i samarbete med dataskyddsombudet, med att ta fram nya rutiner och komplettera gamla rutiner för informationssäkerhetssamordnare. Ett planeringsarbete är påbörjat för att implementera flera vägledningar riktat till resten av organisationen, men det redovisas att arbetet inte kan slutföras förrän Kommunfullmäktige antagit informationssäkerhets och IT-riktlinjen och eventuella lokala anpassningar gjorts. Vidare behöver en uppföljning av kunskapsläget inom dataskydd och informationssäkerhet göras, samt repetition av digitala utbildningar. Under 2022 behöver arbete ske med registerförteckningen. För detta arbete är en handlingsplan är framtagen.
Nr 5/2020	<p>Uppföljning av utförare av korttidstillsyn enligt LSS</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att det tydligt framgår av beställning och genomförandeplan vad insatsen ska omfatta för att möjliggöra att insatsen och dess kvalitet kan följas upp.</p>			X	Nämnden har påbörjat ett arbete med åtgärder november 2021. Rekommendationen följs upp hösten 2022.
Nr 2/2021	<p>Samverkan utskrivna patienter från slutenvård</p> <p>Nämnden rekommenderas att tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla rapporteringen av avvikelser.</p> <p>Nämnden rekommenderas att regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias.</p>	X			<p>Förvaltningen uppger att den genomför samordnad individuell planering för enskilda och har kontakter med enskilda även om primärvården inte sammankallat till möte.</p> <p>Förvaltningen uppger att oftast är det slutenvården som har en första kontakt med berörd hemtjänstutförare. Slutenvården meddelar utförare att brukaren är utskrivningsklar och vilka behov av hjälpmedel som brukaren har. Vid behov har även förvaltningens vårdplaneringsteam kontakt med utförare om detta. Vårdplaneringsteamet deltar i alla utskrivningsplaneringar.</p> <p>Förvaltningen har en dokumenterad rutin för avvikelserapportering. Månatligen redovisas avvikelser på beställarenhetens arbetsplatsträffar och vilka åtgärder som ska vidtas med anledning av avvikelserna.</p> <p>Förvaltningen uppger att intentionerna följs upp via samverkansmöten med slutenvården och primärvården samt stadens nätverksträffar som äldreförvaltningen sammankallar till.</p>

Revisions- projekt	Rekommendation	Ja – vidtagit åtgärder	Delvis – vidtagit åtgärder	Nej – inte vidtagit åtgärder	Kommentar
Nr 8/2021	<p>Placeringar av barn och ungdomar på HVB</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att dokumentation och uppföljning av vårdplaner och genomförandeplaner genomförs.</p> <p>Nämnden rekommenderas att upprätta dokumenterade rutiner för kontroller av IVO-tillstånd inklusive dokumentation av genomförda kontroller.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa och upprätta dokumenterade rutiner för att HVB gör kontroller ur polisen misstanke- och belastningsregister.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att dokumentation och uppföljning avseende individuella avtal vid direktupphandlingar sker.</p>				Uppföljande granskning kommer att ske under 2022.
Nr 3/2022	<p>Bidrag till ideella föreningar</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att nämndens riktlinje överensstämmer med stadens samt utarbeta tillhörande arbetssätt och stödjande styrdokument som ger tillräcklig vägledning i handläggningen.</p> <p>Nämnden rekommenderas att säkerställa att relevanta uppgifter och handlingar inhämtas samt att relevanta och befogade kontroller genomförs i handlägningsprocessen.</p> <p>Nämnden rekommenderas att utveckla dokumentationen av samtliga moment i handlägningsprocessen.</p>				Uppföljande granskning kommer att ske under 2022.

Bilaga 3 – Bedömningskriterier

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

Analysen i rapporten är underlag till revisorernas slutliga bedömning av revisionsobjektens ansvarstagande. Revisorerna kan

1. tillstyrka att ansvarsfrihet beviljas,
2. rikta anmärkning,
3. 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:

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i allt väsentligt tillfredsställande, delvis tillfredsställande eller inte tillfredsställande.

I allt väsentligt tillfredsställande

Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.

Delvis tillfredsställande	Bedömningskriterier bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

Intern kontroll

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

Bedömningskriterier

Nämnden:

- Har haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.
- Har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga/oavsiktliga fel samt oegentligheter.
- Följer systematiskt och fortlöpande upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
- Genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker.
- Har riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs.
- Följer upp den interna kontrollen systematiskt och fortlöpande.
- Har en rapportering som ger en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

Bedömning

Bedömningen ges utifrån en tregradig skala, i huvudsak tillräcklig, delvis tillräcklig eller inte tillräcklig.

I huvudsak tillräcklig	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer behöver åtgärdas.
Delvis tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas utifrån lämnade rekommendationer.
Inte tillräcklig	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.

Räkenskaper

Att 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

Nämnden:

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

Bedömning

Bedömningen är antingen rättvisande eller inte rättvisande.

Rättvisande	Bedömningsmålen är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser. Ev. rekommendationer ska åtgärdas.
Inte rättvisande	Väsentliga brister finns som behöver åtgärdas så fort som möjligt utifrån lämnade rekommendationer.