



Granskning av nämnden för funktionsstöd

– verksamhetsåret 2023

2024-04-09



Missiv till nämnden för funktionsstöd

Revisorerna har avslutat granskningen av nämnden avseende verksamhetsåret 2023. All granskning som har genomförts i nämnden under året presenteras i denna revisionsredogörelse. Av redogörelsen framgår de sakkunnigas iakttagelser och bedömningar.

Vi, förtroendevalda revisorer, hänvisar till de sakkunnigas redogörelse som grund för vårt uttalande till kommunfullmäktige. Vi ställer oss bakom de sakkunnigas bedömningar och rekommendationer som framgår av denna redogörelse. Följande rekommendationer lämnas:

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen avseende resor i tjänsten.

Nämnden rekommenderas att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag.

Nämnden rekommenderas att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag.

Nämnden rekommenderas att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenligt.

Nämnden rekommenderas att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.

Nämnden rekommenderas att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.

Nämnden rekommenderas att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi vill betona vikten av att nämnden vidtar lämpliga åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i revisionsredogörelsen.

Med anledning av rekommendationerna vill vi också ha ett yttrande från nämnden. Av yttrandet ska det framgå vilka åtgärder som nämnden har gjort eller planerar att göra för att hantera de lämnade rekommendationerna.

Yttrandet ska skickas till stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se senast den 21 juni 2024.

Göteborg den 9 april 2024

För revisorsgruppen,
enligt uppdrag

Jonas Ransgård
ordförande

Torbjörn Rigemar
vice ordförande

Stadsrevisionens uppdrag

Stadsrevisionens uppdrag är att granska kommunens verksamhet. Granskningen sker på uppdrag av kommunfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnderna och kommunstyrelsen. Bland de förtroendevalda utser kommunfullmäktige även lekmanrevisorer. Lekmanrevisorerna ansvarar för granskningen av de bolag som kommunen äger.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsredogörelserna presenterar yrkesrevisorerna den granskning de har gjort på nämnderna och kommunstyrelsen. Revisionsredogörelserna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnderna och lämnar sitt uttalande till kommunfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till kommunfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar alla stadsrevisionens redogörelser och rapporter på www.goteborg.se/stadsrevisionen, men du kan också beställa dem från revisionskontoret via stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se.

Diarienummer: 0173/23

Innehåll

1	Samlad bedömning.....	5
1.1	Rekommendationer	5
2	Grundläggande granskning	7
2.1	Verksamhet	7
2.2	Ekonomi	7
2.3	Intern kontroll.....	8
2.4	Bedömning	8
3	Resor i tjänsten.....	9
3.1	Granskningsresultat.....	9
3.2	Bedömning	11
4	Systematiskt kvalitetsarbete.....	11
4.1	Granskningsresultat.....	12
4.1.1	Nämndens styrning.....	12
4.1.2	Systematiskt förbättringsarbete inom daglig verksamhet	13
4.2	Bedömning	17
5	Styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag	17
6	Samordnade insatser för barn och unga	19
7	Granskning av räkenskaper	20
7.1	Granskningsresultat.....	20
8	Uppföljning av tidigare granskning	21
8.1	Uppföljning av förutsättningar för likvärdig myndighetsutövning ..	21
8.1.1	Bedömning	21
8.2	Uppföljning av hantering av privata medel	21
8.2.1	Bedömning	22
8.3	Uppföljning av kompetensutveckling	22
8.3.1	Bedömning	22

1 Samlad bedömning

Varje år granskar kommunens revisorer nämndens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- resor i tjänsten
- systematiskt kvalitetsarbete
- styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag
- samordnade insatser för barn och unga
- uppföljning.

Revisionskontoret har faktaavstämt all granskning med förvaltningen.

Den samlade bedömningen, utifrån årets granskning av nämnden, är att verksamheten i huvudsak har bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vidare är bedömningen att nämndens interna kontroll i huvudsak har varit tillräcklig.

Genomförd granskning visar att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är förenligt med reglemente, kommunfullmäktiges mål och riktlinjer. Vi har inte noterat några väsentliga avvikelser i den grundläggande granskningen. Flera delar av nämndens verksamhet har varit föremål för fördjupad granskning under 2023. Granskningen visar på ett antal förbättringsområden men också att nämnden har agerat för att förbättra verksamheten utifrån rekommendationer som lämnats tidigare år. Årets granskning visar bland annat att nämnden har skapat goda förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete men behöver hålla i arbetet för att säkerställa en likvärdig implementering i hela verksamheten. Nämndens interna kontroll bedömer vi överlag som tillräcklig, den behöver dock stärkas bland annat när det gäller hanteringen av resor i tjänsten. Även nämndens hantering av hemvårdsbidrag och samverkan med regionen kring barn och unga visar på avvikelser som behöver åtgärdas, men dessa bedöms inte vara så allvarliga att de påverkar helhetsbedömningen av nämndens arbete 2023. Bedömningen grundar sig vidare på att det inte har framkommit några väsentliga brister i nämndens verksamhet i övrigt.

1.1 Rekommendationer

Utifrån årets granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen avseende resor i tjänsten.
- Nämnden rekommenderas att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag.
- Nämnden rekommenderas att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag.
- Nämnden rekommenderas att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenligt.

- Nämnden rekommenderas att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.
- Nämnden rekommenderas att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.
- Nämnden rekommenderas att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Följande rekommendation kvarstår sedan tidigare och har inte följts upp 2023:

- Nämnden rekommenderas att vidta åtgärder för att beslutade insatser på ordination och delegation verkställs och dokumenteras på ett ändamålsenligt sätt samt att avvikelser rapporteras enligt rutin.

2 Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen syftar till att översiktligt bedöma nämndens ledning och styrning samt interna kontroll. Styrningen och kontrollen ska vara tillräcklig för att leva upp till mål, beslut och föreskrifter.

Den grundläggande granskningen består av tre övergripande revisionsfrågor:

- Har nämnden genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt?
- Har nämnden en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?
- Har nämnden sett till att den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen är tillräcklig?

Granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på nämndens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt.

2.1 Verksamhet

Nämnden ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lag och författning samt enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har genom budgeten gett stadens nämnder och bolag mål som de ska uppnå och uppdrag som de ska genomföra. Vi har översiktligt granskat hur nämnden har genomfört sitt grunduppdrag och arbetat med fullmäktiges mål och uppdrag, som berör nämnden. Vi har även granskat nämndens protokoll och beslutsunderlag.

Granskningen visar att nämnden har planerat och genomfört grunduppdraget i enlighet med reglementet. Vidare visar granskningen att nämnden har arbetat med de mål och uppdrag som fullmäktige har gett nämnden. Måluppfyllelsen och arbetet med fullmäktiges uppdrag har följts upp under året, i delårsrapporter och i årsrapporten.

Inga större avvikelser har noterats i nämndens hantering vid beslutsfattande. Vi har noterat att flera nämndledamöter valt att inte delta i nämndens beslut om budget för 2024. Vi vill påpeka att detta inte frångår berörda ledamöters ansvaret för nämndens verksamhetsmässiga och ekonomiska resultat i förhållande till nämndens budget för 2024.

2.2 Ekonomi

Nämnden ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramar som fullmäktige har gett den. Nämnden ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering. Vi har översiktligt granskat nämndens styrning av ekonomin samt dess ekonomiska uppföljning och rapportering.

Granskningen visar att nämnden i huvudsak har bedrivit verksamheten inom de ekonomiska ramarna för året. Nämnden redovisar ett underskott för 2023. Granskningen visar vidare att nämnden har följt upp sin ekonomi kontinuerligt och har

agerat på de ekonomiska avvikelserna. Nämnden har beslutat om en åtgärdsplan och effekterna av denna har följts upp under året.

2.3 Intern kontroll

Nämnden ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll och riskhantering inom väsentliga områden. Nämnden ska även följa upp och utvärdera detta arbete. Vi har översiktligt granskat nämndens interna styrning, uppföljning och kontroll.

Granskningen visar att nämnden har upprättat en samlad riskbild och en internkontrollplan. Riskhantering har i huvudsak skett inom väsentliga områden. Granskningen visar även att den interna kontrollen har följts upp och att nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll har utvärderats.

2.4 Bedömning

Revisionskontorets bedömning utifrån en översiktlig granskning är att nämnden i huvudsak har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3 Resor i tjänsten

Regler för resor finns i Göteborg Stads riktlinje för resor och möten i tjänsten. Om nämndens resor inte sker i enlighet med stadens riktlinje finns bland annat risken för förtroendeskada. I synnerhet om nämnden väljer dyrare resealternativ och/eller färdssätt som står i strid med stadens miljökrav. Kraven på god ordning inom området är av stor betydelse för förtroendet hos allmänheten. Felaktigheter kan orsaka kommunen ett minskat förtroende.

Syftet med granskningen är att bedöma om nämnden har en tillräcklig intern kontroll avseende resor i tjänsten.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, skriftliga frågor samt en stickprovsgranskning av underlag från aktuella konton där resor i tjänsten finns bokförda. Stickprovet har omfattat 18 resehändelser av olika karaktär och utgörs bland annat av konferenser, utlandsresor, utbildningar och möten i tjänsten. En resehändelse kan omfatta flera anställda.

Granskningens revisionskriterier är

- kommunallag (2017:725) 6 kap 6§
- Skatteverkets rättsliga vägledning för studie- och konferensresor
- Skatteverkets rättsliga vägledning för beräkning av kostförmånsvärde för beskattningsåret 2023
- Skatteverkets allmänna råd om vissa förmåner för beskattningsåret 2023
- Göteborgs Stads riktlinje för resor och möten i tjänsten
- regler för attest i Göteborgs Stad.

3.1 Granskningsresultat

Förvaltningen har, i enlighet med Stadens riktlinje, tagit fram en lokal anvisning för resor. Anvisningen fastställdes under hösten 2023 och ett implementeringsarbete har påbörjats. Av den lokala anvisningen framgår befogenhetsfördelning för resor i tjänsten och vem som har befogenhet att besluta om resa med privat bil, taxi och flyg.

När det gäller beslut om tjänsteresa visar granskningen att det överlag går att utläsa syftet med resan av dokumentationen. Däremot dokumenteras inte motiv till antal deltagare och i vissa fall går det inte att utläsa om studie- eller konferensresan innehåller minst sex timmars arbete per dag så som det föreskrivs av Skatteverket. Granskningen visar att stadens resetjänst används vid bokning av resor och boenden, vilket är i enlighet med stadens riktlinje.

Av stickprovsgranskningen framkommer ett antal avvikelser utifrån reglerna för attest och delegationsordningen. Avvikelserna gäller tjänsteresor utanför Norden som inte attesterats av chef på rätt nivå. I övrigt framkommer inga större avvikelser utifrån reglerna för attest.

Om en anställd har haft utgifter i samband med en tjänsteresa, som är att anse som nämndens utgifter, ska den anställde få skattefri ersättning för dessa utgifter. En

reseräkning är ett underlag för utbetalningen av dessa skattefria kostnadsersättningar. En reseräkning är också ett underlag för eventuella skattepliktiga förmåner, såsom kostförmåner som inte är skattefria. Inom ramen för stickprovsgranskningen av 18 resehändelser har 16 reseräkningar granskats. Av de 16 granskade reseräkningarna visar stickprovsgranskningen avvikelser i 10. När reseräkningarna inte upprättas korrekt medför detta felaktigheter i utbetalda ersättningar så som färdtidsersättning och privatbilersättning.

För tjänsteresor till platser som ligger mer än 50 kilometer från arbetsplatsen och hemmet, och där övernattnings sker, har den anställde rätt till traktamente och ska därför upprätta en reseräkning. Vi har sett ett antal avvikelser i de stickprov där traktamenten har betalats ut, till exempel att anställda har fått en dubbelersättning, det vill säga att traktamentet inte reducerats trots att arbetsgivaren har betalat för måltider i samband med tjänsteresan.

Om en tjänsteresa pågår under en tid som ligger utanför den anställdas ordinarie arbetstid så har arbetsgivaren rätt att ersätta den anställda med färdtidsersättning. Vi har noterat i ett antal stickprov att den angivna tiden för färdtidsersättning rapporterats in felaktigt.

Om den anställda använder sig av privat bil i tjänsten har arbetsgivaren rätt att betala ut milersättning. Stadens riktlinje och nämndens egen anvisning anger att privat bil i tjänsten endast ska användas i de fall det inte är möjligt att gå, cykla, åka kollektivt eller köra med stadens bilar. Granskningen visar att privat bil använts och att anställda fått milersättning, ersättning för trängselskatt samt parkeringsavgifter. Vi kan utifrån stickprovsgranskningen konstatera att det saknas underlag som visar att behörig chef godkänt användningen av privat bil i tjänsten. Kvitton för ersättning av parkeringsavgift saknas även i ett antal stickprov. Som tidigare nämnts visar stickprovsgranskningen på brister i upprättandet av reseräkningar, vilket medför felaktigheter i den utbetalda milersättningen.

I ett par av stickproven har flera resehändelser samma verifikationsnummer. Resehändelserna har skett vid olika tillfällen och/eller av olika personer. Förklaringen till detta är enligt förvaltningen att de är genomförda samma månad och sedan överförda till ekonomisystemet samtidigt vilket genererar ett gemensamt verifikationsnummer. I lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning anges att alla ekonomiska händelser ska bokföras löpande så snart det kan ske om det inte finns särskilda skäl som är förenliga med god revisionssed.¹ Flera likartade ekonomiska händelser får hanteras i en gemensam verifikation.² Det kräver dock att bokföringen med verifierande underlag hålls ordnad på ett sådant sätt att det finns förutsättningar för kontroll av verksamheten.³ Vi ser risker med att händelserna inte bokförs löpande, exempelvis att underlagen till händelserna inte hålls ordnade.

Förvaltningen genomför kvartalsvisa övergripande stickprovskontroller på ett antal slumpmässigt utvalda anställningar. Kontroller avseende resor i tjänsten, exempelvis granskning av underlag för resor, ingår i tillämpliga fall. I övrigt genomförs ingen annan egenkontroll avseende resor i tjänsten.

¹ Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning 3 kap 1 §.

² Lag om kommunal bokföring och redovisning 3 kap. 8 §.

³ Lag om kommunal bokföring och redovisning 3 kap. 2 § 2 p.

3.2 Bedömning

Revisionskontorets bedömning är att nämnden delvis säkerställt en tillräcklig intern kontroll av resor i tjänsten. Förvaltningen har under året tagit fram en lokal anvisning och har påbörjat ett implementeringsarbete. Granskningen visar dock på avvikelser från stadens riktlinje och Skatteverkets rättsliga vägledningar och allmänna råd. Nämnden behöver säkerställa att reseräkningar upprättas korrekt för att undvika felaktiga utbetalningar av traktamenten och annan ersättning. Slutligen bedömer vi att nämnden behöver utveckla egenkontroller för att kunna försäkra sig om att resor i tjänsten hanteras i enlighet med gällande regelverk.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen avseende resor i tjänsten.

4 Systematiskt kvalitetsarbete

För att uppnå god kvalitet är alla verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldiga att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Om nämnden inte bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete ökar risken för att enskilda drabbas av negativa händelser. Det finns också risk för att nämndens verksamhet inte bedrivs kostnadseffektivt.

Syftet med granskningen är att bedöma om nämnden har ett ändamålsenligt ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt LSS. Revisionskriterier utgörs av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll. Vi har granskat ansvar för kvalitetsledningssystemet och ledningssystemets grundläggande uppbyggnad. Vi har också översiktligt granskat strukturen och systematiken i verksamheternas förbättringsarbete.

Det systematiska förbättringsarbetet har granskats på verksamhetsnivå och har avgränsats till daglig verksamhet inom verksamhetsområde Centrum och Nordost/sydväst.⁴ I varje område har en enhet granskats närmare och i varje enhet har en daglig verksamhet granskats närmare. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer.

Stadens dagliga verksamhet har en starkare styrning och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet än andra insatser enligt LSS genom att daglig verksamhet sedan 2018 är konkurrensutsatt enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Villkoren för privata utförare och utförare i egen regi är desamma och regleras för utförare i egen regi i en kravspecifikation. I kravspecifikationen ställs bland annat krav på att stadens dagliga verksamhet ska ha ett fullständigt

⁴ Daglig verksamhet är för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Insatsen har som syfte att bidra till personlig utveckling och främja delaktighet i samhället och som övergripande mål att utveckla den enskildes möjlighet till arbete.

kvalitetsledningssystem som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter samt rutiner för hantering av synpunkter och klagomål, avvikelser och lex Sarah. Utförarna oavsett regi följs upp på enhetsnivå av enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) utifrån de krav som ställs i kravspecifikationen.

4.1 Granskningsresultat

Nedan beskrivs iakttagelser om övergripande styrning och organisation av det systematiska kvalitetsarbetet samt verksamheternas systematiska förbättringsarbete.

4.1.1 Nämndens styrning

Enligt 3 kap. 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ansvarar nämnden för att det finns ett kvalitetsledningssystem för verksamheten som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Nämnden ska enligt föreskrifterna ange hur uppgifterna som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet är fördelade i verksamheten. Av föreskrifterna framgår att ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Den 9 januari 2023 beslutade förvaltningsledningen om hur uppgifter som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet ska fördelas.⁵ Ledningssystemet utvecklas och förankras i två grupperingar; ett strategiskt kvalitetsforum och ett operativt kvalitetsteam med representation från alla verksamheter.

Nämndens processer och en beskrivning av hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas finns dokumenterade på stadens webbsidor som en del av det som kallas ”välfärdens processer”.⁶ Till de olika processaktiviteterna har tillämpliga styrande och stödjande dokument länkats.

I 2 kap. 1 § i föreskrifterna definieras kvalitet som uppfyllelse av de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Förvaltningen uppger att kvalitet också definieras av krav och mål beslutade av kommunfullmäktige och nämnden, främst i stadens program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättningar, fullmäktiges budgetmål och nämndens värdighetsgarantier. I nämndens verksamhetsplan har rättighetsområdena i stadens program för full delaktighet kopplats som delmål till kommunfullmäktiges mål och länkats ned till de avdelningar som berörs av dem. Förvaltningen har på olika sätt kopplat värdighetsgarantierna till olika moment i det systematiska förbättringsarbetet.

4.1.1.1 Modell för systematiskt förbättringsarbete

Av 5 kap. i föreskrifterna framgår att systematiskt förbättringsarbete innebär att nämnden utifrån resultatet av riskanalyser, egenkontroller och utredningar av

⁵ Beslutet beskrivs i förvaltningens dokument ”Styrning och ledning av det systematiska kvalitetsarbetet SOSFS 2011:9, 2023-01-09”.

⁶ I den tidigare stadsdelsorganisationen var ledningssystemet stadengemensamt och samordnades av stadsledningskontoret. Ansvaret överlämnades till respektive förvaltning i samband med bildandet av facknämnder.

avvikelser ska vidta förbättrande åtgärder i verksamheten och vid behov förbättra ledningssystemets processer och rutiner.

Enligt Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll ska kvalitetsledning integreras i systematiken för planering, uppföljning, riskhantering och intern kontroll.⁷ I riktlinjen beskrivs det systematiska kvalitetsarbetet som ett förbättringshjul där kvalitetsutveckling löper som en konsekvent röd tråd i verksamhetsstyrningens olika moment. Denna beskrivning av det systematiska kvalitetsarbetet återfinns även i Socialstyrelsens handbok för det systematiska kvalitetsarbetet och på välfärdens processer på webben.⁸

Förvaltningen uppger att ambitionen är att det systematiska kvalitetsarbetet ska integreras i systematiken för verksamhetsstyrningen och liksom verksamhetsstyrningen dokumenteras i Stratsys.

Förvaltningsledningen har beslutat om ett mål för kvalitetsarbetet för hela förvaltningen, *verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt*, fortsättningsvis ”kvalitetsmålet”. Målet är inlagt i verksamhetsplanerna och ska följas upp på samtliga organisatoriska nivåer. Enligt förvaltningen ska verksamheterna dokumentera sina egenkontroller under kvalitetsmålet. Måluppfyllelsen bedöms med hjälp av fyra indikatorer för det systematiska förbättringsarbetet: antal inkomna avvikelser, antal åtgärdade avvikelser, antal inkomna synpunkter och andel aktuella genomförandeplaner. Indikatorerna har länkats ned till alla avdelningar som berörs av dem.

Processer är framtagna för riskanalys, synpunktshantering, avvikelshantering och rapportering av missförhållanden.

I kvalitetsberättelsen som går till nämnden följs det systematiska kvalitetsarbetet upp på en övergripande nivå. I fokus står resultatet av synpunkter, avvikelser, missförhållanden, vårdskador, brukarundersökningar, brukarrevision, tillsyn och revision.

4.1.2 Systematiskt förbättringsarbete inom daglig verksamhet

Stadens dagliga verksamheter är organiserade under avdelningen daglig verksamhet och stöd. De dagliga verksamheterna är grupperade i enheter som i sin tur organiseras under tre regionala verksamhetsområden: Hisingen, Centrum samt Nordost/sydväst. Verksamhetsområde Nordost/sydväst har 37 dagliga verksamheter sorterade under 11 enhetschefer. Verksamhetsområde Centrum har 17 dagliga verksamheter sorterade under fem enhetschefer.

⁷ Enligt 3 § ska riskhantering vara en integrerad del i nämndens styrning. Enligt 4 § ska nämnden se till att organisationen har systematiska arbetssätt för att identifiera, systematisera och integrera lärdomarna till en del av beslutsfattande i planering, uppföljning och utveckling av verksamheten. Enligt 27 § ansvarar nämnd utifrån slutsatser från uppföljningen för att fatta beslut om åtgärder för att komma till rätta med orsaker till allvarliga avvikelser och brister i kvalitet.

⁸ Socialstyrelsen 2012 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

4.1.2.1 Verksamhetsplanering och uppföljning

Förvaltningen uppger i intervjuer att avdelningen arbetar med att väva samman det systematiska kvalitetsarbetet med förvaltningens ordinarie verksamhetsplanering och uppföljning.

Revisionskontoret har gått igenom nuläges- och riskanalyser, verksamhetsplaner samt uppföljningsrapporter på verksamhetsområdes- och enhetsnivå. Vi har också gått igenom protokoll från enheternas arbetsplatsträffar (APT) och planeringsdagar för att ta del av personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen.

I verksamhetsområde Nordost/sydväst framgår det tydligt av dokumentationen att kvalitetsarbetet har integrerats i systematiken för stadens styrning och uppföljning. Det finns en systematik och röd tråd i kvalitetsarbetet, från riskanalys till verksamhetsplanering och uppföljning. Det framgår tydligt av dokumentationen på enhetsnivå att åtgärder har identifierats och följts upp av personalgruppen två gånger om året. Utifrån personalens uppföljning har enhetschef gjort en bedömning och analys av enhetens måluppfyllelse och identifierat åtgärder för högre måluppfyllelse. Slutligen har en bedömning av måluppfyllelsen gjorts på verksamhetsområdesnivå baserad på underliggande enheters resultat. Arbetssättet verifieras i intervjuer med personal och chefer.

I Centrum har systematiken och den röda tråden i kvalitetsarbetet inte kunnat följas på samma sätt, och aktiviteter för att förbättra verksamhetens kvalitet har inte framgått av dokumentationen. På enhetsnivå resulterar inte nulägesanalysen i prioriterade utvecklingsfrågor. Av dokumentationen som revisionskontoret har tagit del av framgår inte om eller hur personalen har varit delaktig i verksamhetsstyrningens olika moment. På verksamhetsområdesnivå görs en sammanställning av enheternas rapportering samt en bedömning av måluppfyllelsen.

4.1.2.2 Organisation och processer

Sedan våren 2022 har verksamhetsområdena Centrum och Nordost/sydväst var sin metodutvecklare som arbetar med att ge stöd i evidensbaserade metoder. Metodutvecklarna leder ett eller flera nätverk för stödpedagoger inom sitt verksamhetsområde. Nätverksmöten hålls cirka en gång i månaden och innehåller som regel såväl utbildningsinslag som reflektion och kollegialt lärande utifrån aktuella dilemman och avvikelser. I Nordost/sydväst utgår arbetet i nätverksmötena från ett årshjul där det systematiska förbättringsarbetets samtliga delar⁹ är stående inslag.

I Nordost/sydväst tar metodutvecklaren årligen fram ett årshjul för det som stödpedagogerna ska handleda verksamhetens personal i under året. Årshjulet inkluderar det systematiska förbättringsarbetets samtliga delar.¹⁰ Till varje aktivitet i årshjulet finns ett utförligt material i form av styrande och stödjande dokument. Enligt

⁹ Bland annat genomförande av egenkontroller och brukarundersökningar, avvikelshantering och områdets modell för förbättringsarbete utifrån risker och avvikelser (reflektionsmodellen).

¹⁰ Bland annat olika metoder, hantering av avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål, värdighetsgarantierna, social dokumentation och skydds- och begränsningsåtgärder. Årshjulet inkluderar även när och hur egenkontroller av den sociala dokumentationen och skydds- och begränsningsåtgärder ska göras, samt när det gäller social dokumentation, tillfällen för återkoppling till och utbildning av personalgruppen utifrån resultatet av egenkontrollen.

uppgift arbetar metodutvecklarna för att samtliga pedagoger inom daglig verksamhet ska ha ett gemensamt årshjul.

Stödpedagogerna håller regelbundet verksamhetsmöten i sin dagliga verksamhet. Nordost/sydväst har en gemensam mall för områdets verksamhetsmöten där stående punkter bland annat är analys och uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Eftersom nämndens uppdrag är omfattande är antalet processer och styrande dokument i nämndens kvalitetsledningssystem stort. För att göra det lätt för personalen att hitta har daglig verksamhet en yta i Sharepoint som är gemensam för de tre verksamhetsområdena med länkar till de processer och rutiner i ledningssystemet som är relevanta för daglig verksamhets kvalitetsarbete. På denna yta finns också områdesgemensamma och områdesspecifika styrande och stödjande dokument. Samarbetsytan uppdateras löpande. Av intervjuer med personal framgår att ytan är känd.

4.1.2.3 Egenkontroller

Revisionskontoret har granskat hur verksamheterna har arbetat med egenkontroller av social dokumentation och tvångs-, begränsnings- och skyddsåtgärder under året. En gemensam rutin och checklista för den sociala dokumentationen finns sedan 2021. Enligt den ska egenkontroll av den sociala dokumentationen¹¹ göras två gånger om året. I verksamhetsområde Nordost/sydväst är såväl genomförandet av egenkontrollerna som kompetensutveckling utifrån resultaten av dem inarbetade i stödpedagogernas årshjul. Egenkontroller har genomförts två gånger under 2023. Av intervjuer och dokumentation framgår att resultatet från egenkontrollerna har analyserats i personalgruppen och att åtgärder för att förbättra resultatet har planerats. Resultatet av egenkontrollerna samt förbättrande åtgärder har rapporterats och analyseras på enhets- och verksamhetsområdesnivå i samband med uppföljningen av det förvaltningsövergripande kvalitetsmålet. I verksamhetsområde Centrum fanns det långtgående planer på en områdesgemensam dag där verksamheternas stödpedagoger skulle kontrollera den sociala dokumentationen i varandras verksamheter. Egenkontrollsdagen kunde dock inte genomföras på grund av besparingar inom förvaltningen. Inga egenkontroller av den sociala dokumentationen har genomförts i verksamheterna i Centrum under 2023.

Egenkontroller av tvångs-, begränsnings- och skyddsåtgärder ska enligt en områdesgemensam rutin genomföras minst en gång om året. Under 2023 genomfördes inga sådana egenkontroller på de granskade enheterna. Från och med 2024 finns nya rutiner för båda områdena enligt vilka egenkontrollen ska genomföras på såväl individ- som enhetsnivå och dokumenteras i verksamhetsplanen.¹²

Enligt uppgift arbetar metodutvecklarna för en gemensam planering för egenkontrollerna i verksamhetsområdena så att de genomförs under samma tidsperioder och utifrån samma material.

¹¹ Uppgifter i genomförandeplanen, daganteckningar och journalanteckningar.

¹² Med enhet avses här varje enskild daglig verksamhetsenhet.

4.1.2.4 Riskanalyser

Av intervjuerna i verksamhetsområde Centrum framgår att utöver den riskanalys som görs inom ramen för nulägesanalysen i verksamhetsplaneringen görs riskanalys på verksamhetsnivå vid behov, exempelvis vid organisatoriska förändringar. Enhetschef dokumenterar riskanalysen och diskuterar resultatet på APT. I verksamhetsområde Nordost/sydväst beskriver de intervjuade att risker analyseras regelbundet på verksamhetsmöten och APT i samband med avvikelser eller inför nya aktiviteter, moment eller förändring i verksamheten. Risker analyseras då enligt reflektionsmodellen (se nedan).

I båda verksamhetsområdena uppges riskanalyser göras på individnivå vid behov. Riskanalyserna mynnar ut i handlingsplaner som biläggs individens genomförandeplan. Dokumentationen av eventuella riskbedömningar och handlingsplaner kopplade till den enskilde individen ingår i egenkontrollen av den sociala dokumentationen.

4.1.2.5 Avvikelser

Protokoll från APT visar att avvikelser är en stående punkt på dagordningen och tas upp på APT på båda de enheter som ingår i granskningen. Personal i verksamhetsområde Centrum beskriver att de vid behov tar hjälp av metodutvecklaren i analys- och åtgärdsarbetet. Händelser tas också upp på pedagognätverket för gemensamt lärande.

Efter beslut av verksamhetschef arbetar verksamhetsområde Nordost/sydväst med systematiskt förbättringsarbete utifrån en reflektionsmodell. Metodutvecklaren utbildar stödpedagogerna i arbetssättet. Reflektionsmodellen används bland annat på verksamhetsmöten för att på ett strukturerat sätt analysera avvikelser eller händelser som riskerar att inträffa. Målet är att genom gemensamt lärande minska sannolikheten för att en risk ska inträffa eller en negativ händelse upprepas. När det gäller avvikelser överlämnas eventuella åtgärdsförslag som personalgruppens reflektion utmynnat i till enhetschef, som i sin tur återkopplar avvikelshanteringen på ett APT. Vid den granskade enheten beskrivs implementeringen av reflektionsmodellen ha kommit längst. Reflektionsmodellen har lagts in som en aktivitet i verksamhetsplanen som följs upp av de dagliga verksamheterna två gånger om året. Av enhetens årsrapport framgår att reflektionsmodellen har lett till att nya arbetssätt och rutiner arbetats fram. Detta verifieras också av personal och chefer i våra intervjuer.

Som nämnts är egenkontroller av avvikelshanteringen¹³ inlagda i avdelningarnas verksamhetsplaner som indikatorer till kvalitetsmålet. De granskade verksamhetsområdena har länkat ned indikatorn till enhetsnivå. Resultatet ska rapporteras och analyseras två gånger om året. Revisionskontoret konstaterar att kvaliteten och omfattningen på den sammanställning och analys av avvikelserna som dokumenteras i uppföljningsrapporterna varierar stort mellan granskade verksamhetsområden och enheter.

¹³ Antal inkomna avvikelser, antal åtgärdade avvikelser och antal inkomna synpunkter.

4.2 Bedömning

Revisionskontorets bedömning är att nämnden i allt väsentligt har byggt upp ett ändamålsenligt system för styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet enligt LSS men att nämnden behöver fortsätta arbetet med likvärdig implementering över stadsområdena. Bedömningen baserar sig på följande iakttagelser:

- Det finns en tydlig fördelning av uppgifter som ingår i kvalitetsarbetet.
- Det finns en systematik i kvalitetsarbetet genom att det är integrerat med stadens modell för verksamhetsstyrning och kopplat till kommunfullmäktiges och nämndens mål.
- Förvaltningsövergripande kvalitetsmål och indikatorer kopplade till målet bidrar till styrning av det systematiska kvalitetsarbetet på samtliga organisatoriska nivåer. Indikatorerna innebär att viktiga moment av det systematiska förbättringsarbetet kontrolleras och dokumenteras.
- Processer och rutiner är dokumenterade och lättillgängliga för personalen och det finns en organisation för att utveckla dessa utifrån verksamheternas erfarenheter och resultat.

Vår bedömning är att de granskade stadsområdena bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i den meningen att de arbetar med riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering. Stadsområdena har dock kommit olika långt i att dokumentera det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet och i att integrera kvalitetsarbetet i såväl de ordinarie mötesstrukturerna som i systematiken för stadens styrning och uppföljning. Stadsområdena har också kommit olika långt när det gäller att ha ett förankrat arbetssätt för att förbättra verksamheten utifrån analyser av avvikelser, risker och egenkontrollernas resultat. Slutligen har stadsområdena också kommit olika långt när det gäller att planera och genomföra egenkontroller. Revisionskontoret ser positivt på det arbete som pågår med att ta fram en gemensam planering för det systematiska förbättringsarbetet inom daglig verksamhet då det skapar förutsättningar för ökad likvärdighet, jämförelser och lärande mellan stadsområden.

5 Styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag

Under året har Revisionskontoret granskat styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag. Granskningen har avrapporterats till nämnden och till kommunfullmäktige i en särskild revisionsrapport.¹⁴

Granskningen syftade till att bedöma om nämnden arbetar systematiskt med styrning, uppföljning och kontroll för att minska risken för felaktiga utbetalningar av hemvårdsbidrag. I detta har det ingått att bedöma om nämnden har tillräckliga

¹⁴ Styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag, diarienummer: 0124/23, beslutad av revisorsgruppen 2023-10-17.

rutiner för att förebygga och upptäcka välfärdsbrott i form av fusk från bidragstagarnas sida.

Vår samlade bedömning är att nämnden för funktionsstöd i huvudsak bedriver ett systematiskt arbete med att minska felaktiga utbetalningar av hemvårdsbidrag.

Förvaltningen bedömer att risken för välfärdsbrottslighet kopplat till hemvårdsbidrag är liten. I den mån det ändå förekommer kan det enligt förvaltningen främst handla om att den sökande eller anhöriga överdriver den enskildes funktionsnedsättning.

Granskningen visar att förvaltningen genomför flera olika typer av kontroller i samband med handläggningen av hemvårdsbidrag. Det har inte genomförts några analyser av var de största riskerna inom handläggningen finns. Med hjälp av sådana analyser skulle förvaltningen på ett mer systematiskt sätt kunna värdera om det är rätt kontroller som genomförs. Egenkontroller av handläggningen görs inom vissa enheter men vi ser att det saknas ett gemensamt och systematiskt arbetssätt. Systematiken i egenkontroller kan stärkas så att de genomförs på ett likartat sätt inom hela förvaltningen.

Granskningen visar att förvaltningen upplever att stadens regler för hemvårdsbidrag inte ger det stöd som behövs för att handläggningen ska ske på ett ändamålsenligt sätt. Det riskerar att leda till brist på likvärdighet i bedömningarna inom staden. Nämnden bör uppmärksamma kommunstyrelsen på de brister som de upplever finns i de nuvarande reglerna för hemvårdsbidrag.¹⁵

Förvaltningen har en vägledning som förtydligar stadens regler vilket ger förutsättningar för en ökad systematik i handläggningen. Förvaltningen saknar däremot möjlighet att kontrollera att de utbetalda summorna är korrekta eftersom summan slås samman med andra former av utbetalningar.

Följande rekommendationer lämnas utifrån granskningen:

Nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag.

Nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag.

Nämnden för funktionsstöd rekommenderas att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenligt.

¹⁵ Vi har noterat att nämnden har hemställt till kommunfullmäktige om en revidering av reglerna för hemvårdsbidrag vid sitt möte i december 2023.

6 Samordnade insatser för barn och unga

Sakkunniga yrkesrevisorer i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen har tillsammans granskat samverkan kring barn och unga. Granskningen har avrapporterats till nämnden och till kommunfullmäktige i en särskild revisionsrapport.¹⁶

Granskningen syftade till att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn som bedömts ha behov av samordnade insatser.¹⁷

Vår samlade bedömning är att nämnden för funktionsstöd endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig samverkan.

Det finns en struktur för samverkan och för att implementera överenskommelsen¹⁸ mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen. Nämnden för funktionsstöd ingår i denna struktur, men representation och överföring av information tillbaka till linjeorganisationen är ett utvecklingsområde. Granskningen visar att samordnad individuell plan (SIP) som verktyg för samverkan används ute i verksamheterna. Däremot bedömer vi att det finns brister i styrning både på nämndnivå och på förvaltningsövergripande nivå. Detta medför risker för att barn och unga inte får de samordnade insatser som lagstiftning och överenskommelsen syftar till att säkerställa. Vidare saknar nämnden systematiska arbetssätt för att följa upp hur verksamheterna arbetar med samordnade insatser för barn och unga. För att säkerställa att verksamheterna lever upp till de krav som ställs i lagstiftning och regelverk bedömer vi att nämnden bör stärka sin uppföljning.

Vi bedömer att SIP delvis upprättas enligt regelverket. Däremot finns det utvecklingsområden vad gäller enhetlig tillämpning, dokumentation av samtycke samt dokumentation av barnrättsperspektiv. Vidare är det vår bedömning att SIP i allt väsentligt följs upp på individnivå enligt regelverket. Slutligen är det vår bedömning att förvaringen och hanteringen av SIP-dokumentation delvis sker i enlighet med regelverket. Vi kan konstatera att nuvarande IT-tjänst, SAMSA, inte används som tänkt för SIP barn och unga. Dokumentationen hanteras istället manuellt vilket medför ett administrativt merjobb som upplevs som betungande av den samordnande parten. Den administrativa belastningen att initiera en SIP-process riskerar att hämma användandet av SIP som verktyg för samverkan. Vår granskning visar både genom stickprov och intervjuer att det finns samordningsvinster med ett gemensamt och överenskommet arbetssätt kring dokumentationen och att nuvarande hantering innebär risker dels för individen dels för samverkan.

Följande rekommendationer lämnas utifrån granskningen:

¹⁶ Granskning samordnade insatser för barn och unga, diarienummer 0156/23, beslutad av revisorsgruppen 2023-12-14.

¹⁷ Granskningen har omfattat grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden Sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och utbildningsnämnden.

¹⁸ Samverkan för barns och ungas hälsa: Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen (2021-01-01).

Nämnden rekommenderas att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.

Nämnden rekommenderas att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.

Nämnden rekommenderas att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

7 Granskning av räkenskaper

En del av Stadsrevisionens granskning består av att granska och bedöma om stadens räkenskaper är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlade revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde *Standard för kommunal räkenskapsrevision* i kraft.¹⁹ Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll (väsentliga processer) sin utgångspunkt i stadens räkenskaper i stället för, att som tidigare, bygga nerifrån och upp utifrån nämndernas redovisning. Revisionsansatsen, som bygger på väsentlighetsbedömningar utifrån ett övergripande kommunperspektiv, innebär att vissa nämnder kan beröras mindre av den årliga räkenskapsgranskningen jämfört med tidigare. Andra kan beröras mer.

7.1 Granskningsresultat

Nämnden för funktionsstöd omfattades av granskningen av intern kontroll i följande processer: inköp av huvudverksamhet samt bokföringsordrar.

Inga väsentliga iakttagelser som berör nämnden har rapporterats i granskningen av Göteborgs stads räkenskaper 2023.

¹⁹ *Standard för kommunal räkenskapsrevision* är framtagen och beslutad av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges Kommunala Yrkesrevisorer (SKYREV) och Föreningen Auktoriserade Revisorer (FAR).

8 Uppföljning av tidigare granskning

I detta avsnitt redogör vi för uppföljningen av de rekommendationer som har lämnats till nämnden tidigare år.

8.1 Uppföljning av förutsättningar för likvärdig myndighetsutövning

Revisorerna granskade år 2022 förutsättningar för likvärdig myndighetsutövning. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att tydliggöra ansvar och roller i arbetet med att ta fram, uppdatera och samla processer, rutiner och annat handläggningsstöd i förvaltningen.

Nämnden rekommenderas att tillse att egenkontroll sker i enlighet med 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att åtgärder har vidtagits för att tydliggöra hur framtagande av nya, samt revidering av befintliga, rutiner ska hanteras, och ett arbete har påbörjats för att se över implementeringsstrukturen. En egenkontrollplan för handläggning och dokumentation har tagits fram och egenkontroller har genomförts. Utifrån resultatet av egenkontrollerna har ett åtgärdsarbete påbörjats.

8.1.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna.

8.2 Uppföljning av hantering av privata medel

Revisorerna granskade år 2022 nämndens hantering av privata medel. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att upprätta riktlinjer och rutiner för hanteringen av privata medel, som beskriver hur privata medel ska hanteras, redovisas och förvaras på ett korrekt och säkert sätt i nämndens verksamheter.

Nämnden rekommenderas att stärka uppföljningen och kontrollen av privata medel genom att systematiskt följa upp, kontrollera och informera om hur privata medel ska hanteras, redovisas och förvaras i nämndens verksamheter.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att nya rutiner har tagits fram under

året och att ett implementeringsarbete är påbörjat. Åtgärder har även vidtagits för att stärka egenkontroll och uppföljning.

8.2.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna.

8.3 Uppföljning av kompetensutveckling

Revisorerna granskade år 2021 nämndens arbete med kompetensutveckling. Granskningen resulterade i följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att fortsätta utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling.

Det är först under 2023 som vi har följt upp denna rekommendation genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att nämnden har antagit en kompetensutvecklingsplan och att ett arbete har genomförts för att kartlägga kompetensutvecklingsbehov i förvaltningen. Vidare har åtgärder vidtagits för att stärka uppföljning av följsamhet mot rutiner och mallar. Förvaltningen bedriver ett aktivt arbete utifrån uppföljningarnas resultat.

8.3.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationen.