

Hälsa- och välfärdsnämnden

Tid: Torsdagen den 27 februari 2020, klockan 13:30

Plats: Sammanträdesrum Killeberg, kommunhuset i Osby

Ärende

- 1 Upprop och protokollets justering
- 2 Godkännande av dagordning
- 3 Information
 - Lägesrapport ekonomiskt bistånd, januari 2020
 - Information om effektiviseringsåtgärder
 - Incident LSS
 - Delegationsbeslut upphandling trygghetslarm
 - Rapport från delregional samverkan
 - Frågeställningar vid dialogmöten med KSau och nämndens presidium, bilaga
- 4 Anmälningar
- 5 Anmälan av delegationsbeslut
- 6 Tilläggsbudget 2020
- 7 Bokslut och årsredovisning 2019
- 8 Överenskommelse om samverkans regler 2020 Sveriges Kommuner och Regioner SKR, Hälsa- och sjukvård
- 9 Handlingsplan digitalisering Hälsa- och välfärdförvaltningen 2020
- 10 Ej verkställda beslut, kvartal 4 2019

- 11 Revisionsrapport - Intern kontroll
- 12 Intern kontroll, redovisning 2019
- 13 Intern kontroll 2020
- 14 Avskrivningar avgiftsskulder
- 15 Val av ny ersättare i hälsa- och välfärdsnämndens individutskott för resterande del av mandatperioden 2019-2022

Jimmy Ekborg (C)
Ordförande

Marit Löfberg
Sekreterare

3

Amra Eljami, 0479-528166
amra.eljami@osby.se

Frågeställningar vid dialogmöten med KSau och nämndernas presidium

Enligt revisionens granskningsrapport avseende kommunstyrelsens uppskiftsplikt, dnr KS/2019:287, är det önskvärt att kommunstyrelsen begär in upplysningar från nämnderna. Kommunstyrelse har informerats på sammanträde den 5 februari 2020 att för att effektivt genomföra dessa dialoger så kommer kommunstyrelsen arbetsutskott att bjuda in nämndernas presidium två gånger och frågeställningar kommer att preciseras och skickas ut till presidierna inför dessa dialogmöten.

Revisorernas rapport anger inte vilka frågor som kommunstyrelsen bör ta upp med nämnderna. Frågor nedan har därför tagits fram av kommunstyrelsens presidium och tjänstemän på kommunstyrelseförvaltningen.

Frågeställningar vid dialogmöten:

- Verksamheten i korthet – vilka är de viktigaste punkterna inom verksamheter för halvåret?
- Ekonomiska läget för nämnden sedan senaste återrapportering till KS/KSau
- Arbetar man i linje med de kommunövergripande målsättningarna?
- Finns det några ärenden som nämnden bör lyfta till kommunstyrelsen?
- Övrigt

Amra Eljami
Kanslichef

4



OSBY KOMMUN

Hälsa och välfärd
Handläggare, direkt telefon
Marie Johnsson
Tel 0479-52 83 37

Datum

Sida 1

2020-01-16

HVN/2020:10

Härmed anmäles inkomna LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer) / Trafiknykterhetsbrott

Gäller under perioden 1 december – 31 december 2019

LOB 2 st

Trafiknykterhetsbrott 0 st



OSBY KOMMUN

Hälsa och välfärd
Handläggare, direkt telefon
Marie Johnsson
Tel 0479-52 83 37

Datum

Sida 1

2020-01-16

HVN/2020:10

Härmed anmäles inkomna LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer) / Trafiknykterhetsbrott

Gäller under perioden 1 januari – 31 januari 2020

LOB 1 st

Trafiknykterhetsbrott 0 st



Revisorerna

Kommunstyrelsen
 Kommunfullmäktige för kännedom
 Hälsa- och välfärdsnämnden för kännedom
 Samhällsbyggnadsnämnden för kännedom
 Barn- och utbildningsnämnden för kännedom

Granskning av färdtjänst

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit till Helseplan Consulting Group AB att göra en granskning av färdtjänst. Syftet med granskningen är att bedöma om det bedrivs en ändamålsenlig färdtjänst i tolv kommuner som överlåtit uppgiften till Region Skåne. Rapporten omfattar Osby kommun och granskningen avser kommunstyrelsen. Granskningsrapporten bifogas i bilaga.

Bakgrunden till granskningen är enligt lag (1997:736) om färdtjänst och lag (1997:735) om riksfärdtjänst ansvarar kommunen för att kommuninvånarnas behov av färdtjänst och riksfärdtjänst tillgodoses. Såväl färdtjänst som riksfärdtjänst är en del av kollektivtrafiken och kommunen får, efter särskild överenskommelse, överlåta sina uppgifter till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i länet. Sammanlagt 24 av 33 kommuner i Skåne har överlåtit ansvaret att utforma färdtjänsten i kommunen till Region Skåne. Överenskommelsen är uppdaterad från och med 2019. Flertalet kommuner har i sina remissvar uttryckt missnöje mot den tjänst som de köper av Region Skåne. Detta på grund av de föreslagna kostnadsökningarna och upplevda kvalitetsbrister i tjänsterna.

Efter genomförd granskning görs den övergripande bedömningen *att färdtjänsten till viss del bedrivs ändamålsenligt i Osby kommun*. Vi grundar vår övergripande bedömning på följande:

- Osby kommun har till viss del fullgjort sitt ansvar enligt överenskommelsen. Vad avser närvaro vid Skånetrafikens möten fullgörs inte kommunens ansvar. Vi konstaterar att samordningen och kommunikationen mellan ledamöter och tjänstemän i kommunen har förbättringspotential och det behövs en bättre struktur för kommunintern dialog och samverkan.
- Ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och Osby kommun är tydlig men enbart till viss del fungerande i praktiken. Kommunen behöver aktivt medverka i de diskussioner som berör färdtjänsten för att optimera den färdtjänst som levereras.
- Det är inte möjligt att bedöma ifall kunderna är tillfredsställda med färdtjänsten då underlaget är icke-signifikant. Däremot bedömer vi att icke-signifikant statistik kan ses som en indikation på hur nöjdheten ser ut i kommunen. Observationer i kommunen tyder på att klagomålen karaktär i stort är densamma nu som då färdtjänsten sköttes i egen regi. Baserat på dessa observationer samt det stat-

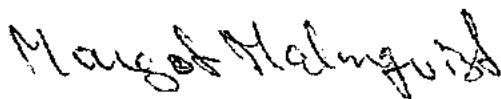
istiska icke-signifikanta underlaget bedömer vi att kunderna till stor del är nöjda med färdtjänsten bortsett från indikatorn Väntetid i telefon.

- Den ekonomiska modell som finns i överenskommelsen tydliggör vilka kostnader som kommunen ska betala. Kommunen kan med hjälp av modellen bedöma vilka delar den har möjlighet att påverka för att på sikt öka sin egen kostnadseffektivitet. Vi konstaterar att underlag för uppföljning tillhandahålls av Skånetrafiken i stort i enlighet med överenskommelsen. Osby kommun har en tydlig uppfattning om färdtjänstens kostnader. Vidare behöver kommunen säkerställa att uppföljningen resulterar i förbättringsåtgärder vid behov.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- säkerställa en god samordning och kommunikation inom kommunen vad avser färdtjänstrelaterade frågor samt säkra en hög närvaro på Skånetrafikens samråd.
- säkerställa att kunderna får tydlig information om det gällande regelverket.
- i dialog med Skånetrafiken aktivt bidra till att effektivisera och utveckla färdtjänsten.
- säkerställa att det finns ändamålsenliga strukturer för att arbeta med uppföljningen och vid behov genomföra förbättringsåtgärder.

Revisorerna önskar svar med anledning av genomförd granskning före den 6 mars 2020.



Margot Malmqvist

Revisionens ordförande

OSBY KOMMUN
Kommunstyrelsen

2020 -01- 21
KS/2020:32 007
Diariernr. Ärendetyp

Granskning av färdtjänst

Osby kommun

Granskning av färdtjänst i
Region Skåne och i tolv
deltagande kommunerna

Januari 2020

Ulrike Deppert
Nils Rydmarker
Elina Sonnerstam



Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	3
2	INLEDNING.....	5
2.1.	SYFTE OCH AVGRÄNSNING	5
2.2.	REVISIONSFRÅGOR	5
2.3.	REVISIONSKRITERIER	5
2.4.	METOD	6
2.4.1.	DOKUMENTGRANSKNING.....	6
2.4.2.	SEMISTRUKTURERADE DJUPINTERVJUER	6
2.4.3.	ENKÄT	6
2.5.	PROJEKTORGANISATION	7
3	BAKGRUND OCH NULÄGE	7
3.1.	BAKGRUND	7
3.2.	NULÄGE.....	9
4	IAKTTAGELSER, BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER	11
4.1.	KOMMUNENS FULLGÖRANDE AV ANSVAR ENLIGT ÖVERENSKOMMELSEN	11
4.1.1.	IAKTTAGELSER.....	11
4.1.2.	BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER	12
4.2.	ANSVARSFÖRDELNINGEN MELLAN REGION SKÅNE OCH KOMMUNEN I PRAKTIKEN.....	13
4.2.1.	IAKTTAGELSER.....	13
4.2.2.	BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER	13
4.3.	KUNDNÖJDHET	14
4.3.1.	IAKTTAGELSER.....	14
4.3.2.	BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER	15
4.4.	UPPFÖLJNING OCH FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER.....	15
4.4.1.	IAKTTAGELSER.....	15
4.4.2.	BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER	16

1 Sammanfattning

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit till Helseplan Consulting Group AB att göra en granskning av färdtjänst. Syftet med granskningen är att bedöma om det bedrivs en ändamålsenlig färdtjänst i tolv kommuner som överlåtit uppgiften till Region Skåne. Denna rapport omfattar Osby kommun och granskningen avser kommunstyrelsen.

Den övergripande revisionsfrågan och fyra delfrågor har besvarats genom dokumentstudier, semistrukturerade djupintervjuer samt enkät till ledamöter i nämnden. Granskningen har genomförts mellan september och december 2019.

Övergripande bedömning:

Bedrivs det en ändamålsenlig färdtjänst i Osby kommun som överlåtit uppgiften till Region Skåne?

Vår bedömning är att färdtjänsten till viss del bedrivs ändamålsenligt i Osby kommun.

Bedömning av enskilda revisionsfrågor:

1. Har kommunen fullgjort sitt ansvar enligt överenskommelsen? (Bland annat ansvaret för information och kommunikation inom den egna organisationen samt ansvaret för dialog med Region Skåne)

Vår bedömning är att Osby till viss del har fullgjort sitt ansvar enligt överenskommelsen. Vad avser närvaro vid Skånetrafikens möten fullgörs inte kommunens ansvar. Vi konstaterar att samordningen och kommunikationen mellan ledamöter och tjänstemän i kommunen har förbättringspotential och bedömer att det behövs en bättre struktur för kommunintern dialog och samverkan.

2. Är ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunen tydlig och fungerande i praktiken?

Vår bedömning är att ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och Osby kommun är tydlig men enbart till viss del fungerar i praktiken. Vi bedömer även att kommunen aktivt behöver medverka i de diskussioner som berör färdtjänsten för att optimera den färdtjänst som levereras.

3. Upplever kunderna i kommunen att färdtjänsten fungerar tillfredsställande?

Det är inte möjligt att bedöma ifall kunderna är tillfredsställda med färdtjänsten då underlaget är icke-signifikant. Däremot bedömer vi att icke-signifikant statistik kan ses som en indikation på hur nöjdheten ser ut i kommunen varför vi ser ett värde i att presentera och tolka denna. Observationer i kommunen tyder på att klagomålens karaktär i stort är densamma nu som då färdtjänsten sköttes i egen regi. Baserat på dessa observationer samt det statistiska icke-signifikanta underlaget bedömer vi att kunderna till stor del är nöjda med färdtjänsten bortsett från indikatorn *Väntetid i telefon*.

4. Ger uppföljningen en tydlig bild av kommunens kostnader och av hur färdtjänsten fungerar i kommunen? Resulterar uppföljningen i förbättringsåtgärder vid behov?

Vår bedömning är att den ekonomiska modell som finns i överenskommelsen tydliggör vilka kostnader som kommunen ska betala. Kommunen kan med hjälp av modellen bedöma vilka delar den har möjlighet att påverka för att på sikt öka sin egen kostnadseffektivitet. Vi konstaterar att underlag för uppföljning tillhandahålls av Skånetrafiken i stort i enlighet med överenskommelsen. Vår bedömning är att Osby kommun har en tydlig uppfattning om färdtjänstens kostnader. Vi bedömer även att kommunen behöver säkerställa att uppföljningen resulterar i förbättringsåtgärder vid behov.

Vi rekommenderar:

- att kommunstyrelsen säkerställer en god samordning och kommunikation inom kommunen vad avser färdtjänstrelaterade frågor samt säkrar en hög närvaro på Skånetrafikens samråd.
- att kommunstyrelsen säkerställer att kunderna får tydlig information om det gällande regelverket.
- att kommunstyrelsen i dialog med Skånetrafiken aktivt bidrar till att effektivisera och utveckla färdtjänsten.
- att kommunstyrelsen säkerställer att det finns ändamålsenliga strukturer för att arbeta med uppföljningen och vid behov genomföra förbättringsåtgärder.

2 Inledning

Enligt lag (1997:736) om färdtjänst och lag (1997:735) om riksfärdtjänst ansvarar kommunen för att kommuninvånarnas behov av färdtjänst och riksfärdtjänst tillgodoses. Såväl färdtjänst som riksfärdtjänst är en del av kollektivtrafiken och kommunen får, efter särskild överenskommelse, överlåta sina uppgifter till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i länet. Sammanlagt 24 av 33 kommuner i Skåne har överlåtit ansvaret att utforma färdtjänsten i kommunen till Region Skåne.

Överenskommelsen är uppdaterad från och med 2019. Flertalet kommuner har i sina remissvar uttryckt missnöje mot den tjänst som de köper av Region Skåne. Detta på grund av de föreslagna kostnadsökningarna och upplevda kvalitetsbrister i tjänsterna.

2.1. Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om det bedrivs en ändamålsenlig färdtjänst i tolv kommuner som överlåtit uppgiften till Region Skåne. Denna rapport omfattar Osby kommun och granskningen avser kommunstyrelsen.

Det bör noteras att en granskning av Region Skånes roll har genomförts parallellt med syfte att bedöma om Region Skåne bedriver en ändamålsenlig färdtjänst för de kommuner som överlåtit uppgiften till Region Skåne. Granskningen redovisas i en separat rapport.

2.2. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan i granskningen är:

Bedrivs det en ändamålsenlig färdtjänst i Osby kommun som överlåtit uppgiften till Region Skåne?

Den övergripande revisionsfrågan är nedbruten i fyra delfrågor:

1. *Har kommunen fullgjort sitt ansvar enligt överenskommelsen? (Bland annat ansvaret för information och kommunikation inom den egna organisationen samt ansvaret för dialog med Region Skåne)*
2. *Är ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunen tydlig och fungerande i praktiken?*
3. *Upplever kunderna i kommunen att färdtjänsten fungerar tillfredsställande?*
4. *Ger uppföljningen en tydlig bild av kommunens kostnader och av hur färdtjänsten fungerar i kommunen? Resulterar uppföljningen i förbättringsåtgärder vid behov?*

2.3. Revisionskriterier

Främst har följande bedömningskriterier utgjort grunden för revisionens analyser och rekommendationer:

- Kommunallag (2017:725)
- Lag (1997:736) om färdtjänst

- Lag (1997:735) om riksfärdtjänst
- Överenskommelse om fortsatt finansiering av överlåtna uppgifter enligt färdtjänst- och riksfärdtjänstlag 2019 samt tillhörande remissvar i förarbetet
- Reglemente för Osby kommuns nämnder för mandatperioden 2019 - 2022

2.4. Metod

Granskningsarbetet har genomförts med stöd av nedanstående metoder.

2.4.1. Dokumentgranskning

Helseplan har granskat styrande och redovisande dokument. Dokument som inkluderats i dokumentgranskningen är:

- Protokoll och beslut från kollektivtrafiknämnden i Region Skåne
- Protokoll och beslut från kommunfullmäktiga och kommunstyrelsen i Osby kommun
- Verksamhetsuppföljning
- Avvikelsesrapportering
- Kundnöjdhetsundersökningar
- Rutiner och riktlinjer för Skånetrafikens beställningscentral, trafikledning och handläggning
- Minnesanteckningar från samråd
- Sändlistor för e-postutskick
- Skånetrafikens webbsida
- Kommunens webbsida

Inom ramen för dokumentgranskningen har även statistik samlats in som omfattar framför allt resvanor och kundnöjdhet.

2.4.2. Semistrukturerade djupintervjuer

Djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Sammanlagt har åtta intervjuer genomförts med enhetschef för färdtjänst, trafikutvecklare, controller samt verksamhetsutvecklare inom kvalitet vid Skånetrafiken, trafikdirektör i Region Skåne och ansvarig tjänsteman i kommunens förvaltning.

2.4.3. Enkät

En enkät har digitalt skickats ut till ordförande och samtliga vice ordförande i ansvarig styrelse eller nämnd inom respektive kommun samt till kollektivtrafiknämnden i Region Skåne. I Osby kommun har enkäten skickats ut till ordförande och vice ordförande i kommunstyrelsen. En person har besvarat enkäten.

2.5. Projektorganisation

Projektledare från revisionskontoret i Region Skåne var Eva Tency Nilsson, certifierad kommunal revisor. Kontaktperson från revisorskollegiet var ordförande Louise Rehn Winsborg och vice ordförande Lars-Erik Lövdén. Från Helseplan var Ulrike Deppert projektledare och Elina Sonnerstam och Nils Rydmarker konsulter. Expert var Bengt Andersson och kvalitetssäkringen gjordes av Niklas Källberg. Sakgranskning av respektive del har möjliggjorts för berörda respondenter. Granskningen genomfördes under perioden september till december 2019.

3 Bakgrund och nuläge

3.1. Bakgrund

Färdtjänst är enligt 1 § lagen (1997:736) om färdtjänst, FtJL, särskilt anordnade transporter för personer med funktionshinder. Syftet med färdtjänst är att säkerställa möjligheten för samtliga personer att färdas kollektivt. Det innebär att en resa med färdtjänst kan ta lika lång tid som en kollektiv resa med exempelvis buss. Vid färdtjänstresor reser passagerare tillsammans precis som i kollektivtrafiken. Färdtjänstresor är så kallad anropsstyrd trafik vilket betyder att de inte utförs enligt en fast tidtabell utan beställs i förväg hos Skånetrafikens beställningscentral.

Riksfärdtjänst är benämningen för transport som sträcker sig över kommungränsen. Skånetrafikens färdtjänstområde omfattar hela Skåne och resenären kan dessutom resa till och från Laholms, Markaryds, Älmhults, Olofströms respektive Sölvesborgs kommuner. Det betyder att Skånetrafikens erbjuder ett större färdtjänstområde än det som utgörs av resenärens kommun. Detta gör att riksfärdtjänst inte blir aktuellt vid resor inom Skåne län eller till de angränsande kommuner som nämns ovan.

Det krävs ett färdtjänstillstånd för att resa med färdtjänst och riksfärdtjänst. Ett färdtjänstillstånd ska ges till den som har "väsentliga svårigheter" att resa med allmänna kommunikationer. En individuell behovsprövning ligger till grund för ett beslut. Samtliga kommuner som har överlåtit färdtjänsten till Region Skåne har även överlåtit tillståndsprövningen och myndighetsutövningen till Skånetrafikens. För att göra en resa med riksfärdtjänst, det vill säga resa utanför Skånetrafikens betjäningssområde, behöver resenären ansöka särskilt om detta.

Den individ som är beviljad färdtjänst får ett särskilt serviceresekort. Kortet gäller för resor med färdtjänst och ger även fria resor med bussar och tåg i den allmänna kollektivtrafiken inom Region Skåne. Det finns en tydlig prislista för de resor som görs med färdtjänst och resan faktureras i efterhand. Rabatterade priser finns för personer under 18 år. Likaså specificerar förordning (1993:1148) om egenavgifter vid resor med riksfärdtjänst individens kostnader för resor utanför kommunen. Eftersom Skånetrafikens erbjuder färdtjänst inom hela sitt betjäningssområde betyder riksfärdtjänst för kunder i Region Skåne resor utanför länet och utanför de angränsande kommunerna som nämns ovan.

Överenskommelsen mellan Region Skåne och de 24 kommunerna uppdaterades 2019. I överenskommelsen anges att kommunens bidrag ska motsvara de faktiska kostnaderna för färdtjänsten i den egna kommunen samt att utvecklingen av färdtjänsten ska vara en gemensam angelägenhet för Region Skåne och kommunerna. Parterna ska utveckla en fördjupad dialog om färdtjänstens långsiktiga utveckling i syfte att skapa goda förutsättningar för en verksamhet av högsta kvalitet. Vidare regleras i överenskommelsen ansvarsområden samt former för dialog och uppföljning respektive ersättning och betalning. *Tabell 1* anger de olika ansvarsområdena som åläggs Region Skåne respektive den enskilda kommunen.

Tabell 1 - Ansvarsområden enligt överenskommelsen.

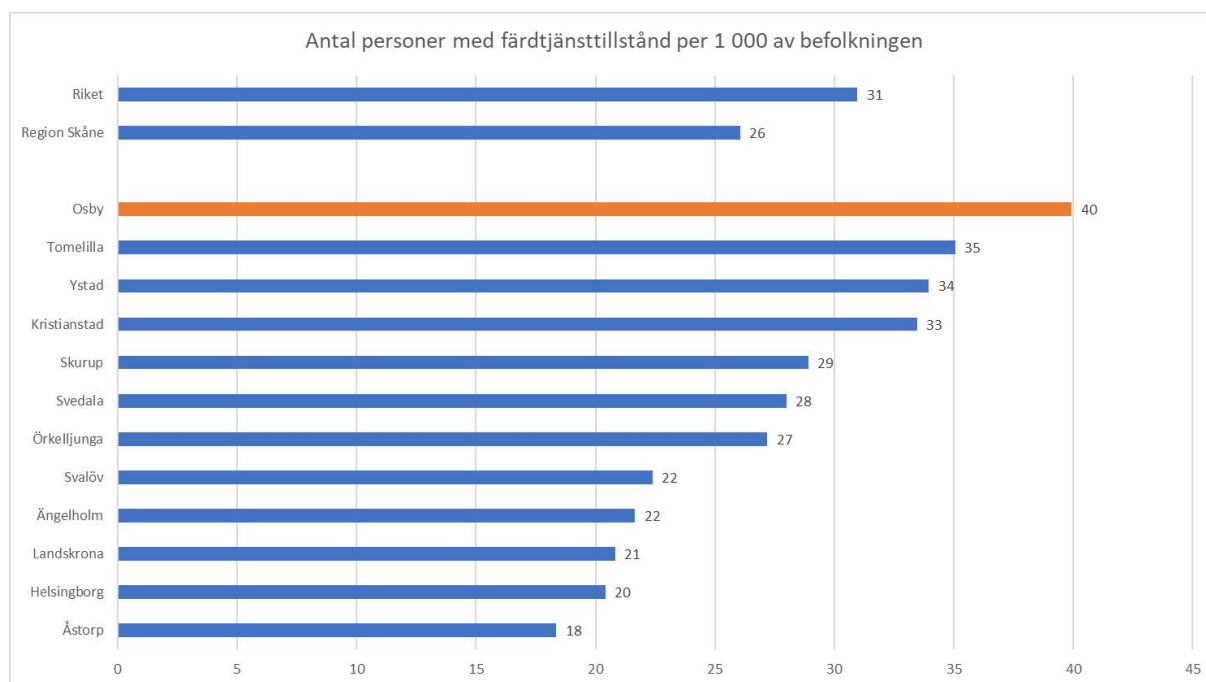
Ansvarsområden enligt överenskommelsen	
Region Skåne	Kommun
Ta fram och fastställa regelverk, resevillkor och egenavgifter.	Utse en kontaktperson för färdtjänst i kommunen som har det övergripande ansvaret för kommunens kontakt med Region Skåne/Skånetrafiken i färdtjänstfrågor.
Ansökningar om tillstånd för färdtjänst respektive riksfärdtjänst bereds, prövas och beslutas enligt förutsättningarna i färdtjänstlagen respektive riksfärdtjänstlagen och antaget regelverk.	Se till att berörda verksamheter inom kommunen är väl införstådda med och insatta i Region Skånes regelverk, resevillkor och tillämpningsanvisningar för färdtjänst.
Avgifter (egenavgifter) tas ut enligt fastställda grunder.	Informera Region Skåne/Skånetrafiken i frågor av betydelse för färdtjänstverksamheten.
Upphandla, kontraktera och samordna färdtjänst och riksfärdtjänst.	Medverka i de samrådsmöten som Region Skåne kallar till.
Både upphandlad verksamhet och verksamhet i egen regi följs upp regelbundet med fokus på kundkvalitet.	Se till att den nationella vägdatatabasen är uppdaterad med den information som Kommunen ansvarar för och som Region Skåne behöver för att kunna utföra färdtjänst i kommunen.
Redovisa utvalda nyckeltal på kommunnivå halvårsvis.	Delta i Region Skånes tillgänglighetsarbete genom att verka för att skapa framkomlighet för kollektivtrafiken.
Informera Kommunen i frågor av betydelse för överenskommelsen.	Se till att de lokala handikappråden eller motsvarande utser två representanter att delta i Region Skånes kundråd för Serviceresor.
Kalla till och genomföra politiska samrådsmöten, minst två gånger per år.	
Kalla till och genomföra samrådsmöten på tjänstemannanivå, minst två gånger per år.	
Kalla till och genomföra kundrådsmöten minst två gånger per år.	
Informera kommunen om kundrådsmöten samt delge kommunen minnesanteckningar från mötena.	
Informera Kommunens berörda verksamheter om regelverk, resevillkor och tillämpningsanvisningar.	

3.2. Nuläge

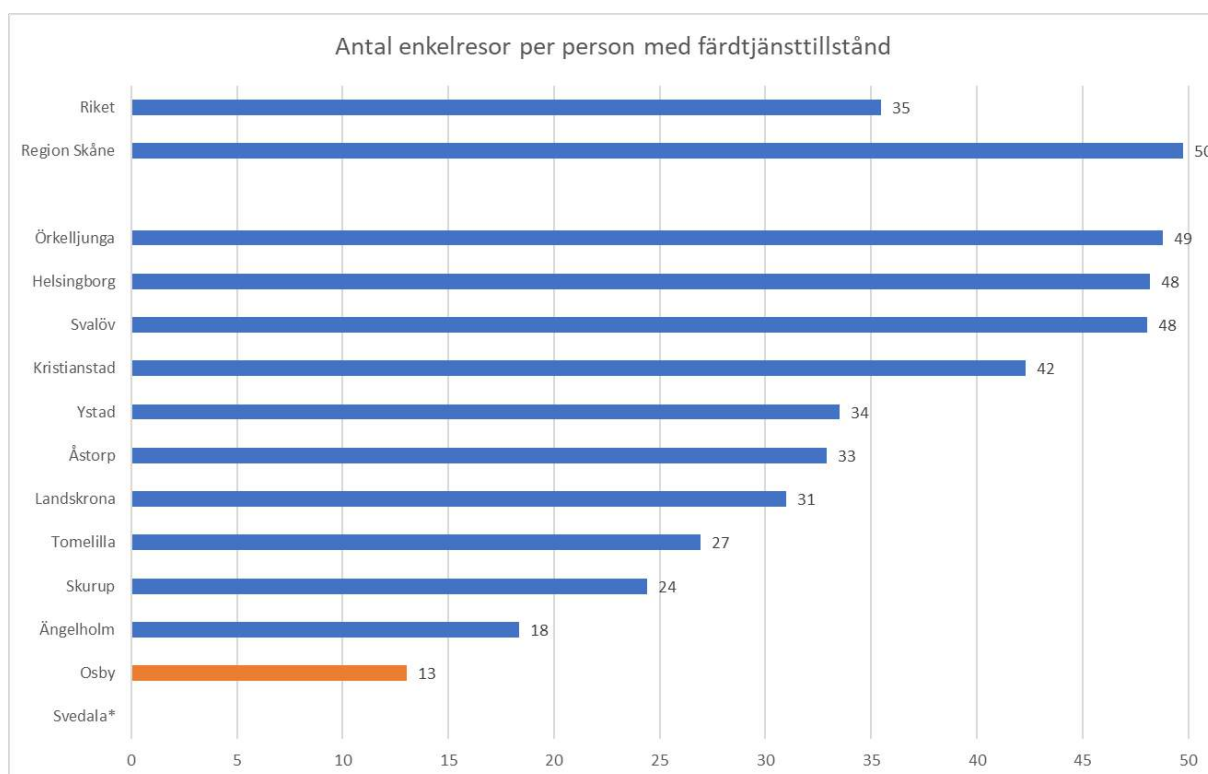
Osby kommun (hädanefter Osby) ligger i nordöstra Skåne och har 13 267 invånare (SCB 2018). Osby överlät ansvaret att utföra färdtjänsten i kommunen till Region Skåne år 2010. Osby skickade inte in något remissvar på överenskommelsen.

Nettokostnaderna för färdtjänst och riksfärdtjänst i Osby uppgick till 1,84 miljoner kronor under 2018. Osby erbjuder gratis kollektivtrafikresor för personer över 70 år.

Nedan redovisas statistik avseende färdtjänst i Osby i relation till de elva övriga granskade kommunerna samt Region Skåne och Riket. Statistiken kommer från myndigheten Trafikanalys och bygger på undersökningar av samtliga kommuner i landet. Samtliga data redovisas för 2018. Undantaget är data för Svedala i *figur 1* som kommer från Svedala kommun. I Osby finns 528 personer med färdtjänststillstånd och 6 892 enkelresor med färdtjänst gjordes under 2018. Osby har högst antal personer med färdtjänststillstånd (40) per 1 000 av befolkningen, se *figur 1*, vilket även är högre än genomsnittet i riket (31) och i Region Skåne (26). Osby har lägst antal enkelresor per person med färdtjänststillstånd (13) vilket är betydligt under riksnittet (35) och genomsnittet i Region Skåne (50), se *figur 2*.



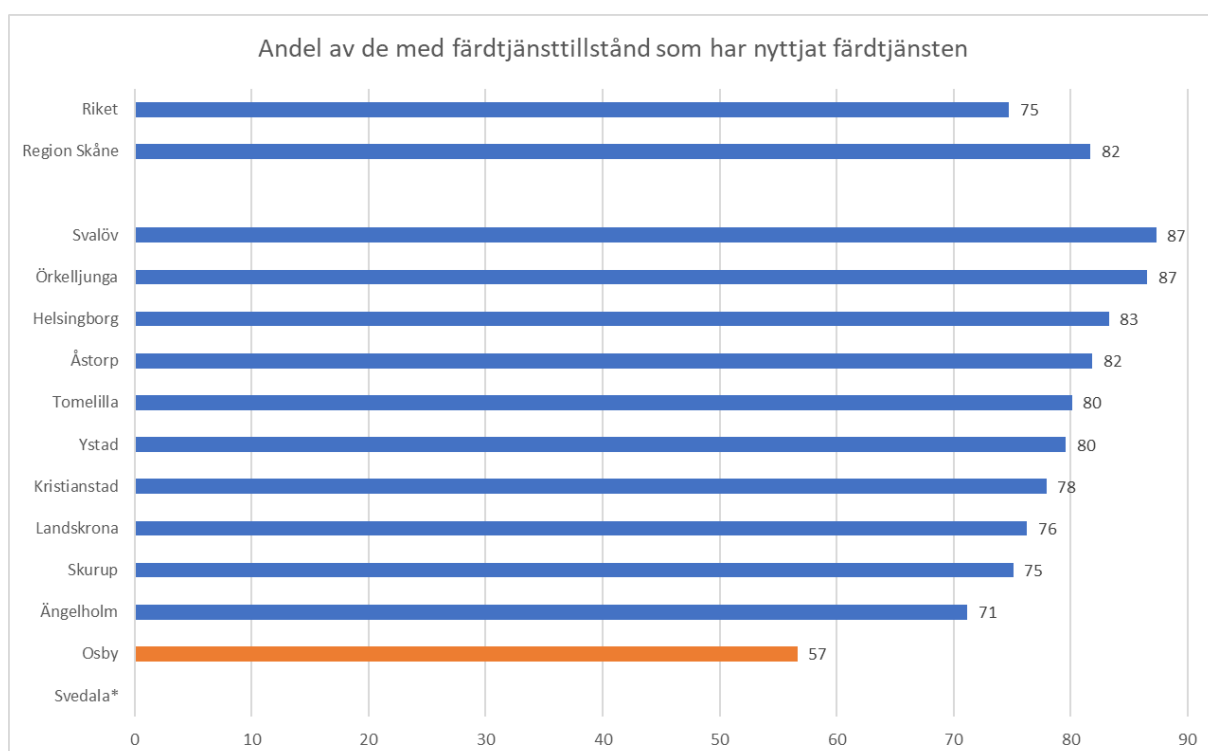
Figur 1 - Antal personer med färdtjänststillstånd per 1 000 av befolkningen. Källa: Trafikanalys.



Figur 2 - Antal enkelresor per person med färdtjänsttillstånd. Källa: Trafikanalys.

*Svedala har inte kunnat redovisa data.

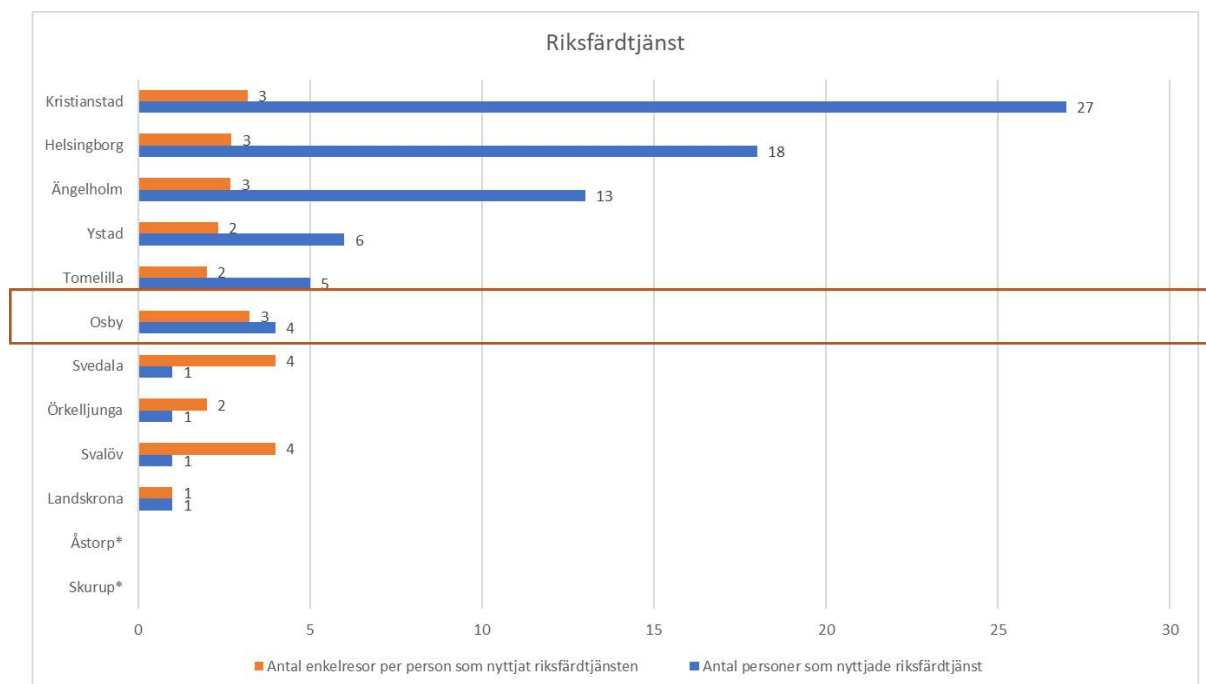
I Osby har 57 procent av de personer som innehar färdtjänsttillstånd nyttjat färdtjänsten, se figur 3. Detta är lägre än alla övriga granskade kommuner samt Riket och Region Skåne där andelen ligger mellan 71 och 87 procent.



Figur 3 - Andel av de med färdtjänsttillstånd som har nyttjat färdtjänsten. Källa: Trafikanalys.

*Svedala har inte kunnat redovisa data.

I Osby nyttjade fyra personer riksferdtjänsten under 2018 och 3 enkelresor gjordes per person som nyttjade riksferdtjänsten, se figur 4.



Figur 4 - Nyttjande av riksferdtjänst. Källa: Trafikanalys.
*Åstorp och Skurup saknar statistiskt underlag.

4 Iakttagelser, bedömning och rekommendationer

4.1. Kommunens fullgörande av ansvar enligt överenskommelsen

Detta avsnitt besvarar fråga 1: "Har kommunen fullgjort sitt ansvar enligt överenskommelsen? (Bland annat ansvaret för information och kommunikation inom den egna organisationen samt ansvaret för dialog med Region Skåne)".

4.1.1. Iakttagelser

I reglementet för Osby kommun tydliggörs att ansvaret för färdtjänst och riksferdtjänst samt ekonomi- och medelförvaltningen för området ligger hos kommunstyrelsen. Kommunfullmäktige tog också i början av 2019 ett beslut om att omdisponera driftsbudgeten för färdtjänsten på drygt 2 miljoner kronor från hälsa- och välfärdsnämnden till kommunstyrelsen. Kommunstyrelsen utsåg också tidigt under 2019 en ledamot som utgör politiska kontaktperson gentemot Skånetrafiken.

Vid intervjuer framkommer att intervjuad tjänsteman i kommunen upplever att Osby lever upp till förväntningarna och fullgör sitt ansvar utifrån överenskommelsen. Enligt intervjuad tar kommunen löpande emot information från kund- eller intresseorganisation. Den ledamot i kommunstyrelsen som har besvarat enkäten menar att för lite tid avsätts av kommunstyrelsen för att diskutera färdtjänstens utförande, ansvarsfördelning och uppföljning. Ledamoten som besvarat enkäten beskriver att

kommunstyrelsen inte arbetar direkt med dessa frågor utan istället tar del av muntlig föredragning och information om kundnöjdhet för att kunna ta ställning till dem. En genomgång av kommunstyrelsen protokoll för 2019 visar att inga sådana föredragningar är dokumenterade.

Osby närvaro har ofta varit låg vid samtliga av Skånetrafikens råd. Ansvarig tjänsteman anger att hen endast ibland deltar på tjänstemannarådet. Den ledamot som besvarat enkäten nämner att hen har blivit kallad till/deltagit i ett politiskt samrådsmöte för färdtjänsten samt tagit del av minnesanteckningar från samrådsmöten under 2019 men närvaron bekräftas inte av dokumentstudierna. Ingen representant från Osby har deltagit i kundrådet. Respondenter hos Skånetrafiken påpekar att kommunerna i stort fullgör sitt ansvar men att det framför allt är svårt att uppnå dialogforum med kommunerna. I de samråd som Skånetrafiken enligt överenskommelsen kallar till deltar i genomsnitt hälften av alla kommuner som har överlämnat ansvaret för färdtjänst till Region Skåne. Deltagandet är generellt högre i kundrådet än i tjänstemannarådet och politikerrådet. Detta medför att kommunikationen mellan Skånetrafiken och kommun till stor del sker skriftligen eftersom mötesanteckningar och underlag skickas ut per e-post.

Intervjuad tjänsteman upplever att ansvar i högre omfattning tas på tjänstemannanivå. Som exempel nämns en tjänstemannaintern avstämning under hösten där samsyn kring ansvaret rådde bland tjänstemännen. Intervjupersonen anser också att samordning mellan tjänstemän och politiker i kommunen är bristande och att det saknas forum för gemensam diskussion kring färdtjänst. Vid tidpunkten för revidering av överenskommelsen mellan Region Skåne och kommunerna upplevdes den gemensamma dialogen inom Osby kommun vara aktiv medan den nu har avtagit och upplevs som mer sporadisk. Samordningen och dialogen kunde enligt den intervjuade tjänstemannen struktureras på ett bättre sätt. I intervjuer med representanter för Skånetrafiken framkommer att Skånetrafiken upplever att den interna kommunikationen inom respektive kommun generellt till stor del inte fungerar. Respondenterna menar att frågor som påverkar färdtjänsten såsom placering av boenden inte i tillräckligt stor grad knyts till färdtjänstområdet.

Intervjuad tjänsteman anger att kommunen inte i första hand delar färdtjänstrelaterad information till kunder utan att Skånetrafiken gör detta direkt. Ibland blir kommunen kontaktad av kunder som har fått information från Skånetrafiken och som behöver hjälp med att tolka svaret samt av Skånetrafiken som har frågor till kommunen.

4.1.2. Bedömning och rekommendation

Vår bedömning är att Osby till viss del har fullgjort sitt ansvar enligt överenskommelsen. Vad avser närvaro vid Skånetrafikens möten fullgörs inte kommunens ansvar. Vi konstaterar att samordningen och kommunikationen mellan ledamöter och tjänstemän i kommunen har förbättringspotential och bedömer att det behövs en bättre struktur för kommunintern dialog och samverkan.

Helseplan rekommenderar

- att kommunstyrelsen säkerställer en god samordning och kommunikation inom kommunen vad avser färdtjänstrelaterade frågor samt säkrar en hög närvaro på Skånetrafikens samråd.

4.2. Ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunen i praktiken

Detta avsnitt besvarar fråga 2: "Är ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunen tydlig och fungerande i praktiken?".

4.2.1. Iakttagelser

Region Skåne anser att överenskommelsen tydliggör vilken part som bär vilket ansvar. Respondenter inom Skånetrafiken menar att det finns skillnader i hur väl överenskommelsens olika punkter uppfylls av kommunerna, men att förväntningarna och ansvaret är klarlagda.

Det som enligt intervju med kommunens tjänsteman inte upplevs fungera i praktiken är beställningsprocessen och information till kunder avseende förväntningar på den tjänst som tillhandahålls. Väntetiderna vid beställning av färdtjänst uppges vara långa och hemtjänsten behöver ibland ta över och stå i kö för kunders räkning. Vissa kunder vänder sig alltid till hemtjänsten med färdtjänstbeställningar men personalen har inte möjlighet att avsätta tid för denna aktivitet. Önskemål framförs om en smidigare tjänst för beställning, exempelvis en webbtjänst, som skulle göra att beställningsprocessen blev enklare och mindre resurskrävande. Intervjuad upplever ändå att en av fördelarna med att Skånetrafiken sköter färdtjänsten är att kommunerna fått större möjlighet att lägga resurser på andra områden. Det har exempelvis frigjorts resurser för att mer aktivt arbeta med hemtjänstfrågor och frågor om särskilt boende.

Vidare saknas det enligt intervjuad ett förtydligande från Skånetrafiken gentemot kunder avseende vad dessa kan förvänta sig gällande resevillkor, exempelvis beviljande av ledsagare. Intervjupersonen upplever att informationen till kunder var tydligare förr och att hen nu får frågor som tyder på att kunder inte får tillräcklig information om villkor. Kommunen informerar kunderna om färdtjänst genom webbsidan endast ifall de av Skånetrafiken blir ombedda att dela särskild information. Den huvudsakliga kanalen för informationsdelning är annars Skånetrafikens webbsida. Enligt överenskommelsen bär Region Skåne ansvaret för att informera kommunens verksamheter om regelverk, resevillkor och tillämpningsanvisningar. Kommunens ansvar är däremot att se till att berörda verksamheter är väl införstådda med och insatta i nämnda verk och villkor.

Medan det i Osby kommun upplevs som att påverkansmöjligheten i färdtjänstfrågor är låg menar respondenter från Skånetrafiken att kommunerna inte arbetar tillräckligt för att verka för en kostnadseffektiv färdtjänst. Det handlar exempelvis om att se över var verksamhet för vissa målgrupper som använder färdtjänsten utförs i kommunen för att med grund i detta skapa förutsättningar för samåkning.

4.2.2. Bedömning och rekommendationer

Vår bedömning är att ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och Osby kommun är tydlig men enbart till viss del fungerar i praktiken. **Vi bedömer** även att kommunen aktivt behöver medverka i de diskussioner som berör färdtjänsten för att optimera den färdtjänst som levereras.

Helseplan rekommenderar

- att kommunstyrelsen säkerställer att kunderna får tydlig information om det gällande regelverket.
- att kommunstyrelsen i dialog med Skånetrafiken aktivt bidrar till att effektivisera och utveckla färdtjänsten.

4.3. Kundnöjdhet

Detta avsnitt besvarar fråga 3: *"Upplever kunderna i kommunen att färdtjänsten fungerar tillfredsställande?"*.

4.3.1. Iakttagelser

I samband med att Osby överlät ansvaret för färdtjänsten till Region Skåne överlämnades också hanteringen av kundnöjdhet och klagomål. Den enskilda kommunen samlar inte in uppgifter om kundnöjdhet utan undersökningen genomförs av Svensk kollektivtrafik i samarbete med marknadsundersökningsföretaget Ipsos på uppdrag av Skånetrafiken. Undersökningen pågår löpande under året och intervjuer per telefon sker dagligen. De som intervjuas är ett urval av de resenärer som genomfört en färdtjänstresa dagen innan intervju. Kunderna får besvara frågor om beställning och bemötande samt intryck av resan. Enligt överenskommelsen ska statistik presenteras på kommunnivå från och med 2022. Anledningen till att så inte görs i nuläget är att Skånetrafiken ännu inte har kunnat säkerställa att det tillfrågade underlaget per kommun är tillräckligt stort för att det ska bli statistiskt korrekt. Det betyder att i en kommun med ett lägre antal färdtjänsttillstånd kan enstaka svar ge ett stort utslag.

Osby samlar inte längre in egna uppgifter kring kundnöjdhet och intervjuad tjänsteman anser att det är svårt att få en bild av hur färdtjänsten fungerar. Vid intervju framkommer att en del synpunkter om färdtjänsten samt färdtjänstförfrågningar inkommer till kommunen trots att det är Skånetrafiken som handhar tjänsten. Frågor om riksfärdtjänsten inkommer inte till kommunen. Tidigare hade kommunen ett webbformulär för synpunkter och intervjuad bedömer att kunder i nuläget inte alltid orkar föra sitt klagomål vidare till Skånetrafiken. Enligt intervjuad upplevs framför allt service och bemötande samt långa körrutter som de områden där de tjänster som tillhandahålls inte når upp till förväntningar. Det är ingen större skillnad i karaktären på klagomål nu jämfört med då färdtjänsten sköttes i egen regi. Intervjuad beskriver att de gånger som kommunen får ta del av klagomål kan det röra sig om relativt grova avvikelser. Ledamoten som har besvarat enkäten beskriver att hen inte hör klagomål från kunder i nuläget vilket hen tolkar som att färdtjänsten i de flesta fall verkar fungera väl.

Inom ramen för denna granskning har Skånetrafiken gett tillåtelse till att viss statistik presenteras. Den omfattar perioden januari – oktober 2019 (bortsett från indikatorn *Väntetid i telefon* som omfattar juli – oktober 2019). Som jämförelse används underlaget för Skånetrafikens hela färdtjänstområde. Kvalitetsmätningen som granskningen har tagit del av visar nöjdhet utifrån sex indikatorer: *Bemötande*, *Väntetid i telefon*, *Förarens bemötande*, *Trygghet*, *Punktlighet* samt *Nöjdkundindex (NKI)*. I nedan tabell åskådliggörs resultaten för Osby. Det ska noteras att siffrorna för Osby kommun inte är statistiskt signifikanta. Antalet svaranden ligger mellan 2 till 16 personer för respektive fråga. Den

övergripande kundnöjdheten i Osby är på basen av dessa siffror god bortsett från *Väntetid i telefon* som ligger 33 procentenheter under målnivån. Det bör noteras att siffran baseras på svar från endast två personer. Utöver detta ligger övriga indikatorer i linje med eller över målnivåerna.

Tabell 2 - Kundnöjdhet i Osby kommun. Observera att siffrorna för Osby inte är statistiskt signifikanta. Siffrorna för Skånetrafiken är däremot statistiskt signifikanta. Källa: Skånetrafiken.

Nyckeltal	Osby kommun	Genomsnitt Skånetrafiken	Målnivå
Nöjdhetsindex (NKI)	94 %	87 %	86 %
Bemötande	92 %	90 %	90 %
Väntetid i telefon	47 %	89 %	80 %
Förarens bemötande	96 %	90 %	90 %
Trygghet	71 %	75 %	76 %
Punktlighet	91 %	84 %	92 %

4.3.2. Bedömning och rekommendation

Det är inte möjligt att bedöma ifall kunderna är tillfredsställda med färdtjänsten då underlaget är icke-signifikant. Däremot bedömer vi att icke-signifikant statistik kan ses som en indikation på hur nöjdheten ser ut i kommunen varför vi ser ett värde i att presentera och tolka denna. Observationer i kommunen tyder på att klagomålen karaktär i stort är densamma nu som då färdtjänsten sköttes i egen regi. Baserat på dessa observationer samt det statistiska icke-signifikanta underlaget **bedömer vi** att kunderna till stor del är nöjda med färdtjänsten bortsett från indikatorn *Väntetid i telefon*.

Helseplan rekommenderar

- att kommunstyrelsen säkerställer att det finns ändamålsenliga strukturer för att arbeta med uppföljningen och vid behov genomföra förbättringsåtgärder.

4.4. Uppföljning och förbättringsåtgärder

Detta avsnitt besvarar fråga 4: *”Ger uppföljningen en tydlig bild av kommunens kostnader och av hur färdtjänsten fungerar i kommunen? Resulterar uppföljningen i förbättringsåtgärder vid behov?”.*

4.4.1. Iakttagelser

Den ekonomiska modellen är en självkostnadsmodell vilket innebär att kommunerna som har överlåtit sin färdtjänst till Region Skåne ska betala vad den faktiska tjänsten kostar. Kommunen betalar ett bidrag årligen och debiteringen utgår från Region Skånes budgeterade kostnad för verksamheten. Underlaget stäms av två gånger per år. Kostnaderna är fördelade på myndighetsutövning, beställningscentral och trafik kostnader samt ett procentuellt påslag för övergripande kostnader för färdtjänstverksamheten.

För att modellen ska bli rättvis kommunerna emellan används en fördelningsnyckel för de flesta av ovanstående kostnadsposter. Till exempel så baseras den enskilda kommunens kostnader för myndighetsutövningen på Region Skånes totala kostnader som divideras med det totala antalet beviljade färdtjänstillstånd. Med myndighetsutövningen avses handläggningen av färdtjänstillstånd. Detta ger en kostnad per beviljat färdtjänstillstånd som multipliceras med antalet beviljade färdtjänstillstånd i respektive kommun. Den andra fördelningsnyckeln som används är antalet utförda färdtjänstresor. Genom dessa fördelningsnycklar skapar den ekonomiska modellen en rättvis ram för varje kommun. Det ger även incitament för den enskilda kommunen att arbeta med sina egna färdtjänstresor för att minska de egna kostnaderna.

I intervjuer med tjänstemän inom kommun och Region Skåne samt i enkäten som riktade sig till presidiet i aktuella styrelser och nämnder upplever att den nya ekonomiska modellen och den omfördelning av kostnader som överenskommelsen medförde är rättvis. Den ledamot som besvarat enkäten upplever att kommunernas bidrag motsvarar de faktiska kostnaderna för färdtjänst. Intervjuad tjänsteman bedömer att kommunen har god insyn i färdtjänstkostnaderna. Kommunen har fått svar från Skånetrafiken på frågor de ställt och upplever även att deras synpunkter ofta har beaktats. Ledamoten som har besvarat enkäten anger att ifall avvikelser från överenskommelsen skulle uppstå skulle kommunen begära möte med Region Skåne för att reda ut eventuella frågetecken samt arbeta på en gemensam lösning av problemet. Den ansvarige tjänstemannen menar att de inte har fått ta del av någon statistisk uppföljning. Oklarheter finns även enligt intervjuad avseende vilka kommunikationsvägar och adresser Skånetrafiken använder vid utskick av uppföljning. Sändlistor från Skånetrafiken visar att en namngiven person i tjänstemannsamrådet respektive politikersamrådet erhåller kallelse till möten och tar del av minnesanteckningar.

Helseplan har gjort en genomgång av den uppföljning som skickas till kommunerna. Genomgången visar att Skånetrafiken i huvudsak levererar alla nyckeltal enligt överenskommelsen. Den uppföljning som saknas är framför allt andel (i procent) av befolkningen med färdtjänstillstånd fördelat på kön och ålder samt andel (i procent) av de färdtjänstberättigade som har nyttjat färdtjänsten fördelat på kön och ålder. Indirekt har respektive kommun haft möjlighet att beräkna dessa nyckeltal eftersom Skånetrafiken har skickat ut detaljerad information om antal. Respondenter från Skånetrafiken anger att det är ett misstag från deras sida att statistiken inte har varit komplett. Uppföljningen har inte heller inkluderat information om antal kundärenden per kategori. Istället har antal kundärenden presenterats samlat. Detta beror enligt Skånetrafikens respondenter på tekniska skäl. Dessa har nu lösts och nästa uppföljning kommer att inkludera en fördelning per kategorinivå. I samband med genomgången av uppföljningen uppmärksammades också det faktum att Skånetrafiken inte hade skickat ut uppföljningen för första halvåret 2019.

4.4.2. Bedömning och rekommendation

Vår bedömning är att den ekonomiska modell som finns i överenskommelsen tydliggör vilka kostnader som kommunen ska betala. Kommunen kan med hjälp av modellen bedöma vilka delar den har möjlighet att påverka för att på sikt öka sin egen kostnadseffektivitet. Vi konstaterar att underlag för uppföljning tillhandahålls av Skånetrafiken i stort i enlighet med överenskommelsen. **Vår bedömning** är att Osby kommun har en tydlig uppfattning om färdtjänstens kostnader. **Vi bedömer** även att kommunen behöver säkerställa att uppföljningen resulterar i förbättringsåtgärder vid behov.

Helseplan rekommenderar

- att kommunstyrelsen säkerställer att det finns ändamålsenliga strukturer för att arbeta med uppföljningen och vid behov genomföra förbättringsåtgärder.

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-12-11

Plats och tid Vinterstallet, Norretullsvägen 5, Lokal Loftet. 13:30 – 15:30, mötet ajournerat 14:35 – 14:50

Beslutande Emelie Nyberg (M) Kristina Lindbåge (S) Eva Gustavsson (C)
Per-Erik Johansson (M) Berit Lundström (M) Bianka Mårtensson (M)
Margaretha Lindquist (KD) Thea Kärrman (KD) §§ 15 -18

Ersättare Mona Nihlén (V) Berit Olsson (S) Hanna Sjöstrand (SD)
Lilian Borén (S) Jörgen Lidfeldt (SD) Ingela Kristensson (KD) §§ 15-18

Övriga närvarande Ingrid Magnusson Leila Smailagic Emelie Josephsson
Hjälpmedelschef Ekonom Nämndsekreterare
Paul Sjöblom § 16 Jane Glans § 16 AnneLie Bertilsson § 16
Hjälpmedelskonsulent HÖS Hjälpmedelskonsulent HÖS Enhetschef Simrishamns
kommun
Jens Sämfors § 16 sjukgymnast/MAR Hörby kommun

Utses att justera Bianka Mårtensson

Justeringens tid och plats

Sekreterare Paragrafer 15-20
Emelie Josephsson

Ordförande
Emelie Nyberg

Justerare
Bianka Mårtensson

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Information har skett genom anslag.

Styrelse/Nämnd **Östra Skånes hjälpmedelsnämnd** Sammanträdesdatum 2019-12-11

Datum då anslaget sätts upp 2020-01-02 Datum då anslaget tas ned 2020-01-24

Förvaringsplats för protokollet Östra kommunhuset

Underskrift
Emelie Josephsson



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 15

Fastställande av dagordning

Fastställande av dagordning

- Dagordningen fastställs.

Val av justerare

- Bianka Mårtensson väljs till justerare för dagens protokoll.



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 16

Informationsärenden

Änr HMN 2019/32 1.3.3

Beslut

- Informationen läggs till handlingarna.

Sammanfattning

- Protokoll från HÖS ledningsgruppsmöten 2019-09-18, 2019-10-09
- HÖS-bladet september 2019, oktober 2019
- Protokoll från samverkansmöte 2019-09-17
- Redovisning HÖS kundenkät 2019
- Information om sortiment



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 17

Resultat intern kontroll 2019

Änr HMN 2019/38 1.4.1

Beslut

- Godkänna komplettering av internkontrollplan för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, år 2019, enligt bilaga 1.
- Godkänna granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, enligt bilagor 2a och 2b.
- Ange sitt ställningstagande i pkt 4 i blanketten "Sammanställning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019", bilaga 3.

Sammanfattning

Kristianstads kommun, Kommunfullmäktige 2001-12-11 (§ 138) beslutade att styrelser och nämnder årligen ska anta planer för uppföljning av den interna kontrollen.

Internkontrollarbetet för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) har sedan år 2009 en egen internkontrollplan. Tidigare år följdes omsorgsförvaltningens plan för uppföljning av internkontroll.

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne har arbetat både med sina eget valda kontrollområden i internkontrollplan 2019 och med de obligatoriska kontrollområdena som är gemensamma för nämnder och bolag i Kristianstads kommun.

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Godkänna komplettering av internkontrollplan för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, år 2019, enligt bilaga 1.

Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-12-11

- Godkänna granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, enligt bilagor 2a och 2b.
- Ange sitt ställningstagande i pkt 4 i blanketten ”Sammanställning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019”, bilaga 3.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteutlåtande 2019-11-07.
2. Komplettering av Internkontrollplan för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne år 2019, bilaga 1.
3. Granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, bilagor 2a och 2b.
4. Sammanfattning och resultat av arbete med intern kontroll 2019, bilaga 3.



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 18

Årlig uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete, likabehandling och samverkan 2019

Änr HMN 2019/35 1.3.3

Beslut

- Godkänna Hjälpmedelscentrum Östra Skånes årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet, likabehandling och samverkan 2019

Sammanfattning

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne organiseras under omsorgsförvaltningen, Kristianstads kommun. Kristianstads kommun ska årligen göra en uppföljning av hur systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), likabehandling och samverkan har fungerat under året. Syftet med den årliga uppföljningen är att undersöka om insatserna på området bidragit till att skapa en förbättrad verksamhet och arbetsmiljö. Resultatet utgör en del av grunden i det ständigt pågående utvecklingsarbetet i verksamheten.

Kristianstads kommun genomför den årliga uppföljningen av SAM, likabehandling och samverkan under det sista kvartalet och den ska omfatta perioden 1 januari – 31 december innevarande år. Från och med 2019 ska uppföljningen göras i verksamhetssystemet SARA i respektive arbetsgrupp. På HÖS har det således gjorts uppföljningar för Administration, Hjälpmedelskonsulenter/Tekniker, Förråd/Rekonstruktions och Hemtransport/Uteservice. Uppföljning har dokumenterats skriftligt med stöd av checklistorna i SARA. Därefter har det gjorts en uppföljning på övergripande nivå. Bearbetningen ska ske inom ramen för samverkanssystemet på förvaltningen, således har den årliga uppföljningen på övergri-



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

pande nivå genomförts i samverkan på HÖS och samverkats i den lokal samverkansgruppen.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Godkänna Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet, likabehandling och samverkan 2019

Beslutsunderlag

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne tjänsteutlåtande 2019-11-13

Årlig uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete, likabehandling och samverkan på övergripande nivå, bilaga 1

Checklista för åtgärder, bilaga 2



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 19

Fastställande av budget 2020

Änr HMN 2019/34 1.4.1

Beslut

- Anta budgetförslag 2020

Sammanfattning

Totalt budgetförslag för samtliga fyra verksamheter är 31 690 tkr.

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Anta budgetförslag 2020

Beslutsunderlag

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes tjänsteutlåtande 2019-11-11

Budgetförslag 2020, bilaga 1

Investeringsbudget 2020, bilaga 2

Jämförelse månadsavgift/kommun 2019-2020, bilaga 3



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 20

Förslag till styrkort 2020

Änr HMN 2019/33 1.4.1

Beslut

- Anta styrkort 2020 enligt föreliggande förslag

Östra Skånes hjälpmedelsnämnds behandling

Ordförande föreslår att korrigera 2019 till 2020 i attsatsen.

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd beslutar i enlighet med förslaget.

Sammanfattning

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne (HÖS) har upprättat ett förslag till Styrkort 2020.

Huvudsaklig sammanfattning vad gäller styrkortet är följande:

- *Medborgare (HÖS 11 kommuner)*: Under 2020 kommer resultatet efter kundenkät 2019 att presenteras för kunderna och en handlingsplan kommer att tas fram. Dataleverantören Visma håller på att ta fram ett nytt webSesam, det system som kommunerna använder för beställning av hjälpmedel och arbetsorder till HÖS. Systemadministratörerna kommer under 2020 att implementera det nya systemet i verksamheten. När det gäller recirkulation av utlevererade begagnade hjälpmedel, sker mätning både utifrån andel och antal.

Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-12-11

- *Utveckling:* Under 2020 sker om- och tillbyggnad, etapp2 på HÖS. Etapp 2 fokuseras på ombyggnad av entrén, kontorsdelen, utprovningsrum och konferensrum för att anpassa lokalerna utifrån verksamhetsförändringar och volymökningar. Det behövs en tydlig struktur i verksamheten utifrån organisationsöversynen som gjorts 2019 och som mynnat ut i förändrad ledningsstruktur. Utifrån miljöhänsyn ska mängden skänkta utrangerade hjälpmedel ökas.
- *Medarbetare:* Målen som gäller nöjda medarbetare med god hälsa kvarstår från 2019, under 2020 kommer en ny medarbetarenkät att genomföras.
- I intern kontroll 2019 var ett av granskningsområdena ”Introduktion av nyanställda”. Det framkom att det behöver utformas en rollbaserad introduktionsplan som anpassas utifrån vilken befattning man har.
- *Ekonomi:* När det gäller mätning av korrekta lagersaldon sker fortsatt mätning av differens på all inventering både vad gäller kostnad samt antal. Under 2020 sker även mätningar av differenser på snabbinventeringar, både vad gäller kostnad samt antal.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Anta styrkort 2019 enligt föreliggande förslag

Beslutsunderlag

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne, tjänsteutlåtande 2019-11-06

Förslag till Styrkort för år 2020, bilaga 1

Riskbedömning Styrkort 2020, bilaga 2



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 20

Förslag till styrkort 2020

Änr HMN 2019/33 1.4.1

Beslut

- Anta styrkort 2020 enligt föreliggande förslag

Östra Skånes hjälpmedelsnämnds behandling

Ordförande föreslår att korrigera 2019 till 2020 i attsatsen.

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd beslutar i enlighet med förslaget.

Sammanfattning

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne (HÖS) har upprättat ett förslag till Styrkort 2020.

Huvudsaklig sammanfattning vad gäller styrkortet är följande:

- *Medborgare (HÖS 11 kommuner)*: Under 2020 kommer resultatet efter kundenkät 2019 att presenteras för kunderna och en handlingsplan kommer att tas fram. Dataleverantören Visma håller på att ta fram ett nytt webSesam, det system som kommunerna använder för beställning av hjälpmedel och arbetsorder till HÖS. Systemadministratörerna kommer under 2020 att implementera det nya systemet i verksamheten. När det gäller recirkulation av utlevererade begagnade hjälpmedel, sker mätning både utifrån andel och antal.



Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-12-11

- *Utveckling:* Under 2020 sker om- och tillbyggnad, etapp2 på HÖS. Etapp 2 fokuseras på ombyggnad av entrén, kontorsdelen, utprovningsrum och konferensrum för att anpassa lokalerna utifrån verksamhetsförändringar och volymökningar. Det behövs en tydlig struktur i verksamheten utifrån organisationsöversynen som gjorts 2019 och som mynnat ut i förändrad ledningsstruktur. Utifrån miljöhänsyn ska mängden skänkta utrangerade hjälpmedel ökas.
- *Medarbetare:* Målen som gäller nöjda medarbetare med god hälsa kvarstår från 2019, under 2020 kommer en ny medarbetarenkät att genomföras.
- I intern kontroll 2019 var ett av granskningsområdena ”Introduktion av nyanställda”. Det framkom att det behöver utformas en rollbaserad introduktionsplan som anpassas utifrån vilken befattning man har.
- *Ekonomi:* När det gäller mätning av korrekta lagersaldon sker fortsatt mätning av differens på all inventering både vad gäller kostnad samt antal. Under 2020 sker även mätningar av differenser på snabbinventeringar, både vad gäller kostnad samt antal.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Anta styrkort 2019 enligt föreliggande förslag

Beslutsunderlag

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne, tjänsteutlåtande 2019-11-06

Förslag till Styrkort för år 2020, bilaga 1

Riskbedömning Styrkort 2020, bilaga 2

Styrkort 2020

Mål	Styrtal	Indikatorvärden
Medborgare (HÖS kunder) Nöjda kunder	Uppföljning efter kundenkät 2019	● Genomförd plan efter mätning 2019 ● Fastställd plan efter mätning 2019 ● Ej fastställd plan
Implementera Visma webSesam	Implementering i verksamheten	● Implementering klar ● Implementering påbörjad ● Ej påbörjat implementering
Recirkulation av begagnade ID-märkta hjälpmedel som ingår i köp- och sälj	Mäta andel utlevererade begagnade hjälpmedel	● 55 % eller högre ● 45-54 % ● 44 % eller lägre
	Mäta antal utlevererade begagnade hjälpmedel	● < xx st. ● Antal utlev. beg. hjälpmedel 2019= xx st. ● > xx st.
Utveckling Om- och tillbyggnad av lokaler, etapp 2	Implementering i verksamheten	● Ombyggnad klar ● Ombyggnad påbörjad, men inte klar ● Ombyggnad ej påbörjad
Tydlig struktur i verksamheten	Optimera flöden/processer i verksamheten	● < Genomgång av 4 flöden/processer ● Genomgång av 3 flöden/processer ● > Genomgång av 2 flöden/processer
Öka mängden skänkta utrangerade hjälpmedel	Mäta antal skänkta hjälpmedel, jämfört med 2019	● < xx st. ● Antal skänkta hjälpmedel 2019 = xx st. ● > xx st.
Medarbetare Nöjda medarbetare med god hälsa	Medarbetarindex	● > 56 % ● 2018 års medarbetarindex, 55 % ● < 54 %
	Frisktal, < 5 sjukdagar/år	● > xx % ● 2019 års frisktal, xx % ● < xx %
Rollbaserad introduktionsplan	Ta fram checklista för introduktion för nyanställda i resp. enhet	● 8 checklistor (hela verksamheten) ● 3-7 checklistor ● 1-2 checklistor
Ekonomi Korrekta lagersaldon	Mätning differens på all inventering under respektive år (kostnader)	● < xxx tkr ● 2019 års inventeringsdifferens =xxx tkr ● > xxx tkr
	Mätning differens på all inventering under respektive år (antal)	● < xx st. ● 2019 års inventeringsdifferens =xx st. ● > xx st.
	Mätning differens på snabbinventeringar (kostnader)	● < xx tkr ● 2019 års inventeringsdifferens =xx tkr ● > xx tkr
	Mätning differens på snabbinventeringar (antal)	● < xx st. ● 2019 års inventeringsdifferens =xx st. ● > xx st.

HÖS Styrkort 2020, Risk- och väsentlighetsanalys 2019

Medel risk 4-8 poäng
Hög risk 9-12 poäng
Mycket hög risk 16 poäng

Huvudprocess	Kortfattad beskrivning alternativt delprocesser	Riskinventering	Konsekvens	Sannolikhet	Poäng	Motivering 2019	Riskreducerande åtgärder. Ska risken omvärderas? Effektivitet/Tidig upptäckt	Sammanvägd riskbedömning	Åtgärder / kommentarer
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Uppföljning kundenkät	-Vi fångar inte upp kundernas nöjdhet, synpunkter och önskemål.	Kännbar	Mindre sannolik	6	Kundundersökning genomförs vartannat år, i enlighet med styrkort.	Enkäten påvisar mycket hög kundnöjdhet vilket talar för att vi tillgodoser kundernas önskemål och synpunkter.	Låg	
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Implementera Visma webSesam	-Att systemet inte är så pass klart att HÖS kan implementera Visma webSesam under 2020 och att webSesam kommer att "stängas". -Dålig funktionalitet, mycket buggar -Användare förstår inte, bristande utb. - Tidsplan hålls inte, förseningar.	Kännbar	Möjlig	9	Grundat på erfarenhet av tidigare implementeringar finns en sannolik risk att problem uppstår.	Kontinuerlig bevakning. Samarbete med andra aktörer gentemot lev.	Medel	
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Recirkulation av begagnade ID-märkta hjälpmedel	-Att hjälpmedel inte hinna rekondas. -Sämrre kvalitet på returnerade hjälpmedel så att mer skrotas. -Blir ökat nyinköp	Kännbar	Möjlig	9	Mycket personal har lånats ut till andra vht. Stockning i flödet ex när tvättmaskinen havererade. Lång reptid.	Övergripande personalplanering är gjord för 2020. Planerat inköp ny tvättmaskin 2021.	Medel	
Mål- Utveckling	Öka mängden skänkta utrangerade hjälpmedel	-Sämrre kvalitet på returnerade hjälpmedel så att mer skrotas. -Minskade skrotintäkter. -Saknas förvaring, container töms ej. -Tid och energikrävande (krävs personalresurs).	Lindrig	Mindre sannolik	4	Möjliga hjälpmedel har fått kasseras. Hjälporganisation har inte uppfyllt sina åtaganden	Byte av hjälporganisationer. Dialog med organisationer.	Låg	
Mål- Utveckling	Tydlig struktur- Optimera flöden/processer i verksamheten	-Risker att göra fel om man inte har tydlig struktur. -Hittar egna lösningar. "Så här gör vi" -Dålig förankring hos berörda -Arbetet försenas, kommer inte att hinna arbeta med detta under 2020.	Kännbar	Sannolik	12	Nya chefer som ska sätta sig in i ny organisation	Arbetsgrupper med rätt kompetens	Låg	

Styrkort 2020									
Huvudprocess	Kortfattad beskrivning alternativt delprocesser	Riskinventering	Konsekvens	Sannolikhet	Poäng	Motivering 2019	Riskreducerande åtgärder. Ska risken omvärderas? Effektivitet/Tidig upptäckt	Sammanvägd riskbedömning	Åtgärder / kommentarer
Mål- Utveckling	Ombyggnad administrationen	-Tidsplan och byggplan hålls inte. -Frustration hos personal, rörigt. -Bristande tillgänglighet för både personal och kunder. -Tidskrävande	Kännbar	Möjlig	9	Grundat på tidigare erfarenheter.	Arbetsgrupper finns som kontinuerligt arbetar med riskreducering. Arkitekt granskat ritningar.	Medel	
Mål- Medarbetare	Nöjda medarbetare med god hälsa	-Minskad trivsel kan leda till ökad personalomsättning. -Minskat engagemang hos personalen, svårt att nå verksamhetens grunduppdrag. -Medarbetare söker andra jobb -Risk för dålig arbetsmiljö -Fokus på det negativa, låg arbetsmoral -Hög frånvaro	Allvarlig	Möjlig	12	Ökad personalomsättning under året. Introduktion av nya medarbetare tar och måste få ta tid.	Rollbaserad introduktionsplan. Ständigt arbete med värdegrunder. Friskvårdsaktiviteter.	Medel	
Mål- Medarbetare	Rollbaserad introduktionsplan	-Väsentlig information missas. -För mycket information för tidigt. -Följs inte upp, är inte ett levande dokument. -Risker att göra fel om man inte har tydlig introduktionsplan -Hittar egna lösningar "Så här gör jag".	Lindrig	Möjlig	6	Behöver uppdateras då nuvarande introduktionsplan är övergripande och verksamheten har utvecklats sedan den skapades.	Rätt yrkesroll medverkar i varje rollbaserad introduktionsplan	Låg	
Mål- Ekonomi	Korrektas lagersaldon	-För höga och onödiga kostnader, påverkar vht, ekonomi. -Missnöjda kunder. -Brist på hjälpmedel, ökade nyinköp. -Försenade leveranser och reparationer. -Irritation. -Kostsamt. -Fördröjning i verksamheten. -Påverkar inköp. -Öppet lager.	Kännbar	Sannolik	12	Lagersaldofel har ökat sedan flytt av reservdelar till rekondavd.	Kontinuerlig uppföljning och dialog	Medel	

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne
Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne
Ingrid Magnusson
044-134248
ingrid.magnusson@kristianstad.se

2019-11-06

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Fastställande av styrkort 2020

Änr HMN DiaNr

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Anta styrkort 2019 enligt föreliggande förslag

Sammanfattning

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne (HÖS) har upprättat ett förslag till Styrkort 2020.

Huvudsaklig sammanfattning vad gäller styrkortet är följande:

- *Medborgare (HÖS 11 kommuner):* Under 2020 kommer resultatet efter kundenkät 2019 att presenteras för kunderna och en handlingsplan kommer att tas fram. Dataleverantören Visma håller på att ta fram ett nytt webSesam, det system som kommunerna använder för beställning av hjälpmedel och arbetsorder till HÖS. Systemadministratörerna kommer under 2020 att implementera det nya systemet i verksamheten. När det gäller recirkulation av utlevererade begagnade hjälpmedel, sker mätning både utifrån andel och antal.
- *Utveckling:* Under 2020 sker om- och tillbyggnad, etapp2 på HÖS. Etapp 2 fokuseras på ombyggnad av entrén, kontorsdelen, utprovningrum och konferensrum för att anpassa lokalerna utifrån verksamhetsförändringar och volymökningar. Det behövs en tydlig struktur i verksamheten utifrån organisationsöversynen som gjorts 2019 och som mynnat ut i förändrad ledningsstruktur. Utifrån miljöhänsyn ska mängden skänkta utrangerade hjälpmedel ökas.
- *Medarbetare:* Målen som gäller nöjda medarbetare med god hälsa kvarstår från 2019, under 2020 kommer en ny medarbetarenkät att genomföras.

I intern kontroll 2019 var ett av granskningsområdena "Introduktion av nyanställda". Det framkom att det behöver utformas en rollbaserad introduktionsplan som anpassas utifrån vilken befattning man har.

- *Ekonomi:* När det gäller mätning av korrekta lagersaldon sker fortsatt mätning av differens på all inventering både vad gäller kostnad samt antal. Under 2020 sker även mätningar av differenser på snabbinventeringar, både vad gäller kostnad samt antal.

Beslutsunderlag

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne, tjänsteutlåtande 2019-11-06

Förslag till Styrkort för år 2020, bilaga 1

Riskbedömning Styrkort 2020, bilaga 2

Ingrid Magnusson

Hjälpmiddelschef

Beslut expedieras till

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes ledningsgrupp

Respektive kommuns kommunledningskontor



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 19

Fastställande av budget 2020

Änr HMN 2019/34 1.4.1

Beslut

- Anta budgetförslag 2020

Sammanfattning

Totalt budgetförslag för samtliga fyra verksamheter är 31 690 tkr.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Anta budgetförslag 2020

Beslutsunderlag

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes tjänsteutlåtande 2019-11-11

Budgetförslag 2020, bilaga 1

Investeringsbudget 2020, bilaga 2

Jämförelse månadsavgift/kommun 2019-2020, bilaga 3

HJALPMEDELSCENTRUM OSTRASKÅNE
 Förslag till budget 2020 och jämförelse med budget/utfall 2017-2019

2019-11

DRIFTSVERKSAMHET (Tkr)	Budget 2017	Utfall 2017	Budget 2018	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Diff budget 2019-2020
TOT Intäkter, varav:	18 455	18 455	19 291	19 365	20 837	23 849	3 012
* förväntad intäkt för "verkstad inne" tjänster	0	0	0	0	150	250	100
* Månadsavgift för drift av verksamhet	18 455	18 455	19 291	19 365	20 687	23 597	2 910
Personalkostnader	-12 278	-11 765	-12 934	-12 782	-14 773	-16 718	-1 945
Lokalhyra	-2 090	-2 075	-2 090	-2 075	-2 290	-2 470	-180
Övr verksamhetskostnader	-3 761	-3 412	-3 875	-3 443	-3 425	-4 394	-969
Finansiella kostnader	-326	-275	-392	-308	-349	-266	83
S:a kostnader	-18 455	-17 527	-19 291	-18 609	-20 837	-23 849	-3 012
Resultat	0	928	0	756	0	0	0

SESAM, lagerekonomi (Tkr):	Budget 2017	Utfall 2017	Budget 2018	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Diff budget 2019-2020
Hjälpmedelsförsäljning	0	47 076	0	54 087	0	0	0
Lager/varukostnad	0	-46 607	0	-53 380	0	0	0
Resultat	0	470	0	707	0	0	0

UTESERVICEVERKSAMHET (Tkr)	Budget 2017	Utfall 2017	Budget 2018	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Diff budget 2019-2020
Intäkter	3 806	3 692	3 760	3 655	3 865	3 882	17
Personalkostnader	-3 000	-2 730	-3 017	-2 720	-3 134	-3 211	-77
Övr kostnader	-806	-566	-743	-660	-731	-670	62
Finansiella kostnader	0	0	0	0	0	-2	-2
S:a kostnader	-3 806	-3 296	-3 760	-3 379	-3 865	-3 882	-17
Resultat	0	396	0	276	0	0	0

TRANSPORTVERKSAMHET (Tkr)	Budget 2017	Utfall 2017	Budget 2018	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Diff budget 2019-2020
Intäkter	835	888	795	820	872	933	61
Personalkostnader	-470	-437	-476	-450	-494	-527	-33
Övr kostnader	-253	-346	-230	-220	-278	-285	-7
Finansiella kostnader	-112	-28	-90	-4	-100	-122	-22
S:a kostnader	-835	-811	-795	-674	-872	-933	-61
Resultat	0	77	0	145	0	0	0

HEMTRANSPORT inkl sänghantering (Tkr)	Budget 2017	Utfall 2017	Budget 2018	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Diff budget 2019-2020
Intäkter	2 902	2 413	2 934	2 771	3 053	3 026	-27
Personalkostnader	-2 334	-1 958	-2 359	-2 148	-2 462	-2 459	3
Övr kostnader	-506	-444	-511	-454	-530	-535	-5
Finansiella kostnader	-62	-55	-65	-61	-61	-33	28
S:a kostnader	-2902	-2457	-2934	-2663	-3053	-3026	27
Resultat	0	-44	0	108	0	0	0

BUDGET KOSTNAD TOTALT	25 998		26 781		28 627	31 690	3 063
------------------------------	---------------	--	---------------	--	---------------	---------------	--------------

ÅRSRESULTAT		1827		1993			
--------------------	--	-------------	--	-------------	--	--	--

HJÄLPMEDELSCENTRUM ÖSTRA SKÅNE
INVESTERINGSBUDGET 2020, tkr

VHT 590- HÖS drift	Avskrivningar	Internränta 1,5%
Investeringar 2002 -2019	217,3	14,8
Karmstolar och möbler till väntrum, 53 tkr (uppskjuten investering från 2019)	1,8	0,8
Kompressor, 30 tkr (uppskjuten investering från 2019)	6,0	0,5
Lagerhyllor förråd, 45 tkr	3,8	0,7
Kaffemaskin, 30 tkr	5,5	0,5
Brits till utprovningrum 2, 35 tkr	2,3	0,5
Möbler (grupprum 4, etapp 2) 13,5 tkr	0,2	0,2
Lyftbord, verkstad inne, 23 tkr	4,2	0,4
Taklyft travers, nya utprovningrum, 25 tkr	1,7	0,4
Scanners till rekond, 2st; 25 tkr	4,6	0,4
Summa	247,4	19,1
Finansiella kostnader 2020		266,4

VHT 591- Transportverksamhet	Avskrivningar	Internränta 1,5%
Investeringar 2002 -2019	10,7	0,5
Lastbil (uppskjuten investering från 2019)	90,0	18,0
Lastburar- 17,5 tkr	2,0	0,3
Summa	102,7	18,8
Finansiella kostnader 2020		121,5

VHT 592- Uteservice	Avskrivningar	Internränta 1,5%
Investeringar 2008 -2019	0,0	0,0
Arbetsstolar, 30 tkr	1,5	0,5
Summa	1,5	0,5
Finansiella kostnader 2020		2,0

VHT 593- Hemtransport inkl sänghantering	Avskrivningar	Internränta 1,5%
Investeringar 2014 -2019	29,7	1,7
Arbetsstolar, 20 tkr	1,0	0,3
Summa	30,7	2,0
Finansiella kostnader 2020		32,7

Tot summa Finansiella kostnader 2020		422,6
---	--	--------------

Jämförelse mån.avgift/kommun år 2019- 2020,

enl. budget 2019 och budget 2020 för anslagsfinansierade verksamheter: HÖS Drift och HÖS Transport

ÅR 2019			
Kommun	HÖS Drift (vht 590)	HÖS transport (vht 591)	Att fakturera per kommun/år
Osby	940 586	55 916	996 502
Hörby	1 111 389	66 070	1 177 459
Östra Göinge	1 057 175	62 847	1 120 022
Hässleholm	3 699 827	219 948	3 919 775
Kristianstad	6 018 756	0	6 018 756
Bromölla	911 705	54 199	965 904
Tomelilla	958 468	56 979	1 015 447
Simrishamn	1 370 750	81 489	1 452 239
Ystad	2 141 385	127 301	2 268 687
Sjöbo	1 360 106	80 856	1 440 962
Skurup	1 116 853	66 395	1 183 247
Summa	20 687 000	872 000	21 559 000

ÅR 2020			
Kommun	HÖS Drift (vht 590)	HÖS transport (vht 591)	Att fakturera per kommun/år
Osby	1 072 887	59 853	1 132 740
Hörby	1 267 715	70 722	1 338 437
Östra Göinge	1 205 875	67 272	1 273 147
Hässleholm	4 220 239	235 435	4 455 674
Kristianstad	6 865 345	0	6 865 345
Bromölla	1 039 944	58 015	1 097 959
Tomelilla	1 093 285	60 991	1 154 276
Simrishamn	1 563 558	87 226	1 650 784
Ystad	2 442 589	136 265	2 578 854
Sjöbo	1 551 417	86 549	1 637 966
Skurup	1 273 947	71 070	1 345 017
Summa	23 596 800	933 400	24 530 200

Differens 2019-2020			
Kommun	HÖS Drift (vht 590)	HÖS	
		transport (vht 591)	Tot diff/år
Osby	132 301	3 937	136 239
Hörby	156 326	4 652	160 978
Östra Göinge	148 700	4 425	153 126
Hässleholm	520 412	15 487	535 899
Kristianstad	846 589	0	846 589
Bromölla	128 239	3 816	132 055
Tomelilla	134 817	4 012	138 829
Simrishamn	192 808	5 738	198 545
Ystad	301 204	8 964	310 167
Sjöbo	191 310	5 693	197 004
Skurup	157 095	4 675	161 770
Summa	2 909 800	61 400	2 971 200

Ovanstående fördelning av HÖS driftkostnader och transporter 2019 och 2020 grundas på befolkningsstatistik/kommun daterat från den 1/11 2018.
Observera att fördelningen av kostnaderna 2020 kommer att grundas på befolkningsstatistik/kommun från november 2019!

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne
Hjälpmedelscentrum Östra Skåne
Ingrid Magnusson
044-134248
ingrid.magnusson@kristianstad.se

2019-11-11

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Budgetförslag 2020

Änr HMN DiaNr

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Anta budgetförslag 2020

Sammanfattning

Totalt budgetförslag för samtliga fyra verksamheter är 31 690 tkr.

Beslutsunderlag

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes tjänsteutlåtande 2019-11-11

Budgetförslag 2020, bilaga 1

Investeringsbudget 2020, bilaga 2

Jämförelse månadsavgift/kommun 2019-2020, bilaga 3

Ärendet

Utgångspunkten för budgetförslag 2020 är tidigare års budget och de resultat och utfall som har kunnat ses så här långt under 2019. Uppräknings har skett enligt normala rutiner för Kristianstads kommun,

Budgetförslag Hjälpmedelscentrum Östra Skånes (HÖS) drift

Personalkostnader

Nuvarande avtal (HÖK) går ut 2020-04-30 vilket innebär att det inte finns några löneavtal klara fr.o.m. 2020-05-01 utan prognos får läggas för löneökningar 2020. Eventuellt justeringar får göras efter att löneavtalen är fast-

ställda. Lönekostnader för ytterligare 1,0 årsarbetare för hjälpmedelskonsulent och tekniker har lagts in i 2020 års budget. En projektanställd hjälpmedelskonsulent har under perioden januari-juni 2019 planerat, organiserat och hållit i förskrivartutbildningar i enlighet med budget 2019. Utvärderingarna visar ett mycket gott resultat och HÖS ledningsgrupp förordrar att förskrivartutbildningarna ska fortsätta framöver, det är ett sätt för HÖS kommuner att vara attraktiva arbetsgivare för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Utöver att erbjuda fler förskrivartutbildningar har även antalet konsulentärenden ökat under de senaste åren. Vi avser att fortsätta projektanställningen för att kunna erbjuda förskrivartutbildningarna även under hösten 2019 och att därefter rekrytera en tillsvidareanställning.

När det gäller tekniker har under 2019 resurs förts över från rekond till verkstad inne för att utföra förebyggande underhåll (FU) på specialanpassade hjälpmedel, ett område som varit eftersatt. Resursen har även behövt täcka upp för förste tekniker, vars ansvar är att se till att lagar och förordningar gällande medicintekniska produkter följs. Förste tekniker har även ett övergripande ansvar i handhavandet av reklamationer och garantifrågor gentemot leverantörerna samt hanterar att medicinteknisk säkerhetsinformation skickas ut. Teknikern jobbar kvar i sin tidigare teknikerroll men uppdraget landar nu i stora drag som en 50-50 roll. För att matcha resurser med uppdraget för förste tekniker och att utföra FU på specialanpassningar behövs utökning av teknikertjänst på verkstad inne.

Resurs behöver avsättas under hela 2020 för att samordna mellan verksamheten och byggfirman vid ombyggnad etapp 2.

Under 2019 har en översyn av HÖS ledningsstruktur gjorts tillsammans med förvaltningschef och HR-specialist på omsorgsförvaltningen. HÖS är en växande organisation och ledningsstrukturen behöver förstärkas med inrättande av enhetschefstjänst för enheterna Förråd/Rekond/Transport och Uteservice/Hemtransport. Rekrytering av enhetschef beräknas vara klar 2020-04-01.

Lokalkostnader

Hyran budgeteras bli 180 tkr högre än 2019, vilket inkluderar hyreshöjningar i samband med ombyggnad etapp 1 och etapp 2. Arbetet med att förändra lokalerna på Kabelvägen 17 är beslutad att göras i tre etapper. Fokus i etapp 1 (verksamheten på Kabelvägen 11 flyttar till Kabelvägen 17) har skett under 2019. Etapp 2, som kommer att ske under 2020, fokuserar på ombyggnad av entrén, kontorsdelen, utprovningsrum och konferensrum för att anpassa lokalerna eftersom verksamhetsförändringar och volymökningar. När det gäller etapp 2 har Östra Skånes hjälpmedelsnämnd gett fastighetsförvaltare på C4

Teknik i uppdrag att teckna ett tilläggsavtal med fastighetsägaren på de kostnader som kommer att tillkomma efter att etapp 2 är genomförd.

Driftskostnader och investeringar

Övriga verksamhetskostnader för driftverksamheten beräknas bli 969 tkr högre än budget 2019, vilket förklaras av fastighetskostnader i samband med ombyggnad etapp 2 (ca 350 tkr) och ändring av in- och utfart (330 tkr). Vidare förklaras kostnaderna av ökad tömnings/containerhyra kostnader för Suez (70 tkr), hyra för IT-tjänster (inkl. datorhyra, mobiltjänster etc.) (48 tkr) samt ökade kostnader för ytterligare en tjänstebil (30 tkr). Inventarier och förbrukningsmaterial budgeteras ca 100 tkr högre än 2019.

Investeringsbudget har lagts upp i enlighet med Kristianstads kommuns investeringsprinciper. De investeringar som beräknas göras under 2020 är: möbler till väntrum (53 tkr), lagerhyllor förråd (45 tkr), kaffemaskin (30 tkr), lyftbord (23 tkr), brits till utprovning (35 tkr), scanner till rekond (25 tkr), taklyft i utprovningrum (25 tkr) och möbler till nytt grupprum (13,5 tkr). Det blir lägre finansiella kostnader än 2019 vilket förklaras av att en del maskiner och inventarier är helt avskrivna 2020.

HÖS driftsbudget föreslås med ovanstående motiv uppgå till 23 849 tkr år 2020, varav 250 tkr är förväntad intäkt för tjänster som utförs av tekniker på verkstad inne.

Budgetförslag HÖS uteserviceverksamhet

Budgeten för HÖS uteserviceverksamhet beräknas under 2020 uppgå till 3 882 tkr. Prislistan på serviceverksamhetens tjänster reviderades senast 2015. För att matcha intäkter mot kostnader kommer prislistan att justeras 2020. Den fasta avgiften föreslås höjas till 250 kr (230 kr 2015) och timpriset till 450 kr (410 kr 2015).

Budgetförslag HÖS transportverksamhet

Budgeten för HÖS transportverksamhet beräknas under 2020 att uppgå till 933 tkr, en ökning med 61 tkr i jämförelse med budget 2019. Finansiella kostnader kommer att öka med 21 tkr jämfört med budget 2019 p.g.a. inköp av ny lastbil görs under vår 2020. I investeringsbudgeten ingår även transportburar (inköpspris 17,5 tkr). Budgeten inkluderar inte extra transporter då detta styrs av kundernas behov.

Budgetförslag HÖS verksamhet för hemtransport

Budgeten för verksamheten för hemtransport beräknas under 2020 att uppgå till 3 026 tkr, en minskning med 27 tkr i jämförelse med budget 2019. Utfallen under de två senaste åren visar att kostnader för att bedriva verksamheten inte täcks med intäkter för utförda tjänster.

Prislistan på serviceverksamhetens tjänster reviderades senast 2015. För att matcha intäkter mot kostnader kommer prislistan att justeras 2020. Avgiften för leverans/hämtning inkl. säng föreslås höjas till 1350 kr (1200 kr 2015) och för leverans/hämtning utan säng till 650 kr (600 kr 2015).

Ingrid Magnusson
Hjälpmedelschef

Lejla Smailagic
Ekonom

Beslut expedieras till

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes ledningsgrupp

Respektive kommuns kommunledningskontor



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-12-11

ÖSHN § 17

Resultat intern kontroll 2019

Änr HMN 2019/38 1.4.1

Beslut

- Godkänna komplettering av internkontrollplan för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, år 2019, enligt bilaga 1.
- Godkänna granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, enligt bilagor 2a och 2b.
- Ange sitt ställningstagande i pkt 4 i blanketten "Sammanställning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019", bilaga 3.

Sammanfattning

Kristianstads kommun, Kommunfullmäktige 2001-12-11 (§ 138) beslutade att styrelser och nämnder årligen ska anta planer för uppföljning av den interna kontrollen.

Internkontrollarbetet för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) har sedan år 2009 en egen internkontrollplan. Tidigare år följdes omsorgsförvaltningens plan för uppföljning av internkontroll.

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne har arbetat både med sina eget valda kontrollområden i internkontrollplan 2019 och med de obligatoriska kontrollområdena som är gemensamma för nämnder och bolag i Kristianstads kommun.

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Godkänna komplettering av internkontrollplan för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, år 2019, enligt bilaga 1.



Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-12-11

- Godkänna granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, enligt bilagor 2a och 2b.
- Ange sitt ställningstagande i pkt 4 i blanketten ”Sammanställning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019”, bilaga 3.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteutlåtande 2019-11-07.
2. Komplettering av Internkontrollplan för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne år 2019, bilaga 1.
3. Granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, bilagor 2a och 2b.
4. Sammanfattning och resultat av arbete med intern kontroll 2019, bilaga 3.

Komplettering av Intern kontrollplan (IK) för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, år 2019, bilaga 1

- Kompletterande punkter 5-6 i tabellen nedan

Kontroll av	Reglemente, policy eller motsvarande	Kontrollaktivitet	Metod	Frekvens	Ansvarig	Risk
Eget kontrollområde: 1. Riktlinjer/rutiner för fordon	Kontroll att interna kontrollers regelverk inom Kristianstads kommun följs. Kontroll att HÖS interna rutiner för fordonsanvändning följs.	a) Förvaring av drivmedelskort b) Användning av drivmedelskort c) Kontroll av körjournalföring, drivmedelskvitto och fakturor d) Kontrollera interna dokument med riktlinjerna för fordonanvändning	Stickprov och granskning av samtliga kontrollmoment.	Frekvens kommer att fastställas av arbetsgruppen.	*Arbetsledare uteservice/hemtransport	Medel
Eget kontrollområde: 2. Introduktion av nyanställda	Kontroll att riktlinjer för Introduktion, antagna av Kommunstyrelsen 2002-06-19, används.	Kontrollera att verksamheten följer riktlinjerna.	Stickprov och kontroll av intern checklista som används vid introduktion av nyanställda	Frekvens kommer att fastställas av arbetsgruppen.	* Hjälpmedelschef	Medel
Eget kontrollområde: 3. Garantiprocess	Ingår i intern revisionsplan 2019	Kontinuerlig uppdatering av processen.	Kontinuerlig uppdatering av processen.	Vid behov och i enlighet med intern revisionsplan.	*Processansvarig	Medel

Kontroll av	Reglemente, policy eller motsvarande	Kontroll-aktivitet	Metod	Frekvens	Ansvarig	Risk
Eget kontrollområde: 4. Avvikelseprocess	Ingår i intern revisionsplan 2019	Kontinuerlig uppdatering av processen.	Kontinuerlig uppdatering av processen.	Vid behov och i enlighet med intern revisionsplan.	*Processansvarig	Medel
Kommungemensamt kontrollområde: 5. Fortsatt kontroll att regler och riktlinjer efterlevs på området arbetsmiljö/rehabilitering/hälsofrämjande perspektivet	Obligatoriskt kontrollområde 2018, Kommunstyrelsen, Kristianstad kommun. – Policy för Hälsufrämjande arbete och riktlinje för rökfri arbetstid – Rehabiliteringsriktlinje, Handläggning och metod vid arbetsanpassning och rehabilitering – Kortmanual Adato	Arbetsmiljö/hälsofrämjande arbete/rehabilitering	Arbete i enlighet med KLK anvisningarna om vad som ska granskas/fördefinierade kontrollaktiviteter	Besvarat frågorna som ställdes från obligatoriskt kontrollområde.	* Hjälpmiddelschef * HR- specialist	Enligt KLK: Hög Enligt HÖS: Medel
Kommungemensamt kontrollområde: 6. Upphandling/inköp med tonvikt på ramavtalsuppföljning	Obligatoriskt kontrollområde 2018, Kommunstyrelsen, Kristianstad kommun; – Upphandlings-/inköspolicy, riktlinjer för upphandling i Kristianstads kommun	Upphandling/inköpsstyrning	Arbete i enlighet med KLK anvisningarna om vad som ska granskas/fördefinierade kontrollaktiviteter	Besvarat frågorna som ställdes från obligatoriskt kontrollområde.	*Ekonom *Inköpsadministratör *Ekonomiassistent	Enligt KLK: Hög Enligt HÖS: Medel

Bilaga 2a

RAPPORTER INTERNKONTROLL 2019

Kontrollerna har genomförts i enlighet med antagen plan för internkontroll 2019.

1. Rapporten avser granskning av:

Riktlinjer/rutiner för fordon

Ansvarig: Johan Karlsson, arbetsledare uteservice/hemtransport

Kontrollaktivitet:

Stickprov

Riskbedömning:

Medel

Hur har granskningen gjorts? Beskriv även vilka kontroller som görs löpande under året.

Stickproven i sex stycken av HÖS fordon. Kontroll mot interna samt övergripande kommundokumentation.

Vad blev resultatet av granskningen? Fungerar kontrollerna?

Interna revisorer valde ut slumpmässigt ett antal bilar och kontrollerade HÖS egna dokument och kommunens övergripande.

- Överlag ok, men det saknas dokument och det är gamla dokument, ej ifyllda dokument etc. Allt ifrån checklistor i bilarna till rutiner och information saknas på diverse ställen.
- Interna dokument är inte korrekt uppdaterade. Det saknas åtkomst till dokumentation via dropbox (molntjänst med lagringsutrymme av datorfiler över internet)
- Utrustning som ska finnas i bilarna saknas (varningstrianglar, smittskyddsutrustning etc.).
- Det är definierat tre kategorier av fordon på HÖS (Lastbilen, servicebilar och övriga) – till vilken kategori hör hemtransporters mindre lastbilar?
- Bilansvariga är utsedda, men listan är inte korrekt trots uppdatering nyligen.
- Drivmedelskort förvaras på korrekt plats och används till avsedda syften.
- Körjournaler (i pappersform) är ifyllda på ett tillfredsställande sätt. Dock händer det att man fyller i två månader på samma dokument dvs. man blandar ihop pga. det finns plats vilket inte är så bra.
- Kontroll av OPTAC och dess rapporter: Alla är ifyllda och genomgångna med berörd personal och arbetsledare. Dock upprepas en del felaktigheter – görs det någon åtgärd för att det inte ska hända igen?

Vilka slutsatser kan man dra av granskningen och vilka åtgärder bör/ska vidtas?

Slutsatser:

- Det saknas dokument, ej korrekt ifyllda dokument och utrustning såsom varningstrianglar och annat saknas.
- Uppföljning görs inte utan man har endast definierat att det är bilansvarigas uppgift att ha korrekt och uppdaterade listor.

Åtgärder:

Riktlinjer och rutiner uppdateras

Förslag till ansvarig:

Vid översyn av ledningsstrukturen på HÖS som gjorts under 2019 konstateras att det för närvarande saknas en tydlig överblick och samordning av logistik, transportverksamhet, hemtransport och uteservice. I takt med att verksamheten har vuxit har även HÖS fordonspark vuxit, den består numera av stor lastbil, två mindre lastbilar samt 11 service/tjänstebilar. Under 2020 kommer det att inrättas en enhetschefstjänst på HÖS. Enhetschef kommer att ha ett helhetsansvar för fordon (tillträder våren 2020) och i uppdraget ingår att ansvara för riktlinjer och rutiner för fordon.

Reviderad riskbedömning efter granskningen:

Medel

2. Rapporten avser granskning av:

Introduktion av nyanställda

Ansvarig: Ingrid Magnusson, hjälpmedelschef

Granskningsområde:

Introduktion av nyanställda

Kontrollaktivitet:

Intervju (Hjälpmedelschef), stickprov, dokumentationsgranskning

Riskbedömning:

Hög

Hur har granskningen gjorts? Beskriv även vilka kontroller som görs löpande under året.

Inga kontroller görs årligen som interna revisorer känner till. Revisorerna har jämfört med Kristianstad kommuns gällande regelverk för nyanställning.

Vad blev resultatet av granskningen? Fungerar kontrollerna?

Hjälpmedelscentrum har en egen introduktionsplan sedan många år tillbaka som innehåller många punkter och ska täcka in så mycket som möjligt. Detta för att ge den nyanställda en så bra start som möjligt och för att säkerställa att alla nyanställda får samma information. Det finns ingen satt tidsplan på hur lång tid det får ta att genomföra introduktionen, men enligt intervju räknar man med upp till ett halvår, vilket beror på informationstillfällena som hålls centralt.

I intervjun fick interna revisorer reda på att man utser handledare som har visst ansvar för att punkterna går igenom, men det är alltid arbetsledare som har det yttersta ansvaret. En handledare är en medarbetare inom det område den nyanställda ska tillhöra.

Vid kontroll av dokument "Checklista för introduktion av nyanställda på HÖS" uppmärksammades det att dokumentet senast är uppdaterat 2016-08-03 vilket revisorerna ser som en risk då det sker kontinuerliga förändringar inom HÖS verksamhet men även centralt.

I intervjun fick revisorerna reda på att tankar på att förändra introduktionsplanen finns och att man tänker rikta den mot de områden man ska jobba ex förråd, rekond service etc.

Vid stickprov av anställdas checklistor saknades det kryss i en hel del av fallen och att man i vissa fall inte ens utsett handledare eller skrivit under dokumentationen.

Positiva iakttagelser är att den intervjuade skriver eget tydligt dokument vad som kommer hända under den första tiden som anställd på Hjälpmedelscentrum. Detta är dock inget förankrat arbetssätt vilket man skulle tänka sig att det kunde vara. Feedback från anställda är att det är en omfattande plan för nyanställda, men man upplever det positivt.

Vilka slutsatser kan man dra av granskningen och vilka åtgärder bör/ska vidtas?

Slutsatser:

Hjälpmedelscentrum har en bra struktur och en bra checklista att ha som stöd för både arbetsledare och som nyanställd. Dokumentationen behöver ses över mer kontinuerligt, förslagsvis årligen.

Det föreslås också att man inför datum och signatursmöjligheter löpande i dokumentet för bättre kontroll och att man försöker dela upp dokumentet så det blir tydligt i den befattningen man ska jobba.

Det saknas tydlighet i vem som bokar med respektive funktion i introduktionsplanen.

Revisorer poängterar att en icke färdig checklista inte ska skrivas under, utan uppföljning bör ske mer kontinuerligt för att kunna kryssa i alla rutor.

Åtgärder:

Uppdatera befintlig introduktionsplan och checklista och stämma av så att den är anpassad för alla befattningar. Därefter behöver det utformas checklista för respektive befattning som anpassas utifrån vilken befattning man har. I den sistnämnda checklistan ska även finnas med vilka utbildningar som ska genomföras beroende på befattning. Introduktion övergår med tiden i den individuella kompetensutvecklingsplanen. I checklistorna införs löpande signering allt eftersom punkterna gått igenom.

Hjälpmedelschef och arbetsledare har ansvar för att introduktionen planeras och genomförs på arbetsplatsen. Handledare ska utses. Introduktionen ska bl.a. innehålla information om vilka risker som finns och det systematiska arbetsmiljöarbetet samt information om ledningssystemet på arbetsplatsen. Nyanställda medarbetare ska även genomgå introduktion på kommunnivå.

Förslag till ansvarig:

Under 2020 kommer det att inrättas en enhetschefstjänst på HÖS. Enhetschef kommer att ha personalansvar för 26 medarbetare och hjälpmedelschef har personalansvar för 15 medarbetare. Föreslås att hjälpmedelschef tillsammans med enhetschef ansvarar för uppdatering av befintlig introduktionsplan. Därefter ansvarar hjälpmedelschef för att ta fram checklista för introduktion för nyanställda i enheterna Administration och Konsulenter/Tekniker. Enhetschef ansvarar för att ta fram checklista för nyanställda i enheterna Förråd/Rekonstrukt/Transport och Uteservice/Hemtransport.

Reviderad riskbedömning efter granskningen:

Medel

3. Rapporten avser granskning av:

Garantiprocess

Ansvarig: Processansvariga, arbetsledare Johan Karlsson och Inger Norlin

Kontrollaktivitet:

Intervju (Lagerunderhållsansvarig), kontroll mot processen och tillhörande dokument, stickprov

Riskbedömning:

Medel

Hur har granskningen gjorts? Beskriv även vilka kontroller som görs löpande under året.

Processen uppdateras efter behov, inga kontroller kända sedan 2017-07-10 då processen senast är uppdaterad.

Vad blev resultatet av granskningen? Fungerar kontrollerna?

Den intervjuade har tagit med sig fall från verksamheten där processen tillämpats. Dessa gick igenom gentemot processen. Alla ärenden i processen hanteras i verksamhetssystemet (Sesam2).

Tydlig dokumentation genom att aktiviteter används. Framst är det via avvikelser man arbetar, men även reparationer som tekniker är på kan leda till en garantiåtgärd. Den intervjuade har sedan en tid tillbaka även en egen typ av aktivitet som denne använder då ingen redan aktivitet finns (Reklamation till leverantör) vilket gett en tydlighet och en kontroll.

Processen är väl känd och inget avvikande hittas i de ärenden som presenteras.

Dock hittar revisorerna avvikelser i processen tillsammans med den intervjuade:

- Punkt 8 i processen är otydlig och täcker inte alla scenario.
- Punkt 5 bör förtydligas med vilken typ av utskrifter som ska/får lämnas in till ekonomiassistent.
- Punkt 4: Kontrollanter är osäkra på när det är aktuellt med en kreditering vid reparation. Det hänvisas till en pärm där information ska samlas på förrådet, men stickprov visar att pärmerna inte finns längre.

Vilka slutsatser kan man dra av granskningen och vilka åtgärder bör/ska vidtas?

Slutsatser:

Det är en väl känd process som fungerar väl även om den är omfattande i vår interna hantering av ärendena. Det är ett nödvändigt ont att hantera ärendena på detta sätt för att ha kontroll på dem.

Det man bör göra är att ha en processöversyn och gå igenom punkterna ovan som nämns som otydliga och förtydliga dem. Att göra en processöversyn årligen bör vara ett krav.

Åtgärder:

Uppdatering i processen enligt rapporten.

Förslag till ansvarig: -

Reviderad riskbedömning efter granskningen:

Låg

4. Rapporten avser granskning av:

Avvikelseprocess

Ansvarig: Processansvariga, arbetsledare Johan Karlsson och Inger Norlin

Kontrollaktivitet:

Intervju (arbetsledare), stickprov, kontroll av dokumentation

Riskbedömning:

Medel

Hur har granskningen gjorts? Beskriv även vilka kontroller som görs löpande under året.

Intervju med användare av processen samt genomgång av dokumentation (process och rutiner)

Vad blev resultatet av granskningen? Fungerar kontrollerna?

Den intervjuade har tagit med sig fall från verksamheten där processen tillämpats. Dessa gick igenom gentemot processen. Alla ärenden i processen hanteras i verksamhetssystemet (Sesam2). Alla avvikelser går att följa i Sesam2 och statistik tas fram och presenteras både internt men även externt.

I dialogen med den intervjuade ser interna revisorer att processen behöver uppdateras. Ledningens genomgång finns inte längre.

Processen är väl känd, men vissa brister inträffar:

Exempel är att resurser plockas bort från avvikelserna vilket gör det svårt för ansvariga att följa ärendet med de som varit inblandade. Även dokumentation om ärendets status brister.

Det nämns att återkommande avvikelser ska tas upp på staben, men definition saknas på återkommande. Man nämner det, men orsaksanalyserar inte där utan det görs till viss grad i gruppmötena.

Ett förbättringsförslag kan vara att orsaksanalysera på delprocessnivå och inte på produkt/artikelnivå för att fånga upp återkommande avvikelser.

I intervjun framkom det som positivt med överlämning till annan process t.ex. service. Det fungerar bra enl. intervjuad. Finns tekniker som tar egna initiativ till att se vilka ev. avvikelser som de har på sitt område.

Den intervjuade säger att den största risken i processen är att produkterna inte kommer in till HÖS eller kommer in utan att vara uppmärkt vilket gör handläggningstiden längre och ibland måste de avslutas utan att åtgärd är genomförd.

En annan sak som kom upp är att det känns "stressigt" med att ange delprocess för att statistiken ska kunna tas fram. Idag sätter man en delprocess som man tror det är men efter utredning kommer man fram till annat och ibland missar man att ändra. Detta kan göra att man presenterar felaktiga siffror. Kanske kan man se över hur eller när man tar fram detta.

Vilka slutsatser kan man dra av granskningen och vilka åtgärder bör/ska vidtas?

Slutsatser:

En process som fungerar och är känd. Finns fler personer i processen än som är nämnda, kanske ska förtydligas?

Finns risker med att man plockar bort sig själv som resurs i en avvikelse! Behov att definiera vad som är återkommande typ av avvikelser.

Åtgärder:

Förtydligande i processen gällande återkommande avvikelser.

Förslag till ansvarig: -

Reviderad riskbedömning efter granskningen:

Låg

5. Rapporten avser granskning av:

Arbetsmiljö/hälsofrämjande arbete/rehabilitering

Ansvarig: Ingrid Magnusson, hjälpmedelschef

Kontrollaktivitet:

Sker efterlevnaden av regler/riktlinjer på ett ändamålsenligt sätt?

Riskbedömning:

Inom Kristianstad kommun har risken bedömts som hög, Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) bedömer risken som medel.

Hur har granskningen gjorts? Beskriv även vilka kontroller som görs löpande under året.

Genomgång av interna rutiner och arbetssätt.

Vad blev resultatet av granskningen? Fungerar kontrollerna?

Frågor om hälsa ingår i alla chefers årliga medarbetarsamtal.

Det finns ett hälsoombud på HÖS, i uppdraget ingår en stående punkt på APT där olika aktiviteter förmedlas till övriga medarbetare. Hälsoombud och hjälpmedelschef har gått hälsoutbildning via arbetsmiljöenheten och arbetar relativt aktivt med hälsofrämjande frågor. Under 2019 har vi arbetat med "Hälsoduken" där vi har kartlagt vilka friskfaktorer vi har på vår arbetsplats, hur arbetsmiljön ser ut hos oss i dagsläget samt beskrivit hur vi vill ha det på vår arbetsplats och vad vi behöver göra för att komma närmare vårt önskeläge. Vidare har vi planerat in gemensamma möten för hälsoombud och skyddsombud för att arbeta med hälsofrämjande frågor.

Vi har fortsatt arbeta med vårt förhållningssätt gentemot varandra och att vi är varandras arbetsmiljö. Sedan tidigare har vi arbetat med "Hur vi ska ha det tillsammans på HÖS" vilket resulterade i ett antal punkter som all personal har ställt sig bakom. Vi har även lagt fokus på personalens delaktighet i utredningen om lokalöversyn. Vi kommer att ha mer gående möten under hösten 2019, t.ex. medarbetarsamtalen förläggs 30 min gående och 30 min sittande.

På HÖS använde 18 medarbetare sig av friskvårdssubventionen under 2018. Det innebar att 40,9 % av medarbetarna nyttjade friskvårdssubventionen jämfört med 50 % 2017.

Riktlinjen för rökfri arbetstid efterlevs i stort på arbetsplatsen. För att säkerställa att riktlinjen efterlevs ges information vid introduktion och APT. Eftersom en del av arbetstiden sker ute i de 11 kommunerna kan det vara svårt att tillse efterlevnaden men tillsägelser sker vid upptäckt med information om eventuella påföljder vid upprepning.

Alla medarbetare sjukanmäler sig på första frånvarodagen till sin chef, antingen via telefon, sms eller röstmeddelande.

Rehabiliteringsutredning påbörjas senast på dag 14 i sjukperioden, när chef får signal från Adato (rehabsystem). Detsamma gäller för rehabiliteringsutredning vid upprepad korttidsfrånvaro.

Granskningen av Adato visar att det dokumenteras kontinuerligt i de pågående rehabiliteringsärendena. Läkarintyg lämnas direkt till chef senast dag 8, eller så snart läkare skickat till arbetstagare. Det kan dröja innan medarbetaren får sitt intyg från sjukskrivande läkare, vilket inte arbetstagaren kan råda över. Läkarintyg skickas inte till AME för tidig bedömning i större grad eftersom det inte har varit aktuellt kopplat till orsaken till sjukskrivningen eller att arbetstagaren inte har gett sitt medgivande.

HÖS har ett bra samarbete med AME, vad gäller deras kompetens om t.ex. ergonomi och att förebygga risker och skador. Ergonom och arbetsmiljöingenjör deltar vid behov i riskbedömningar och har även deltagit kontinuerligt i arbetsgruppen för HÖS lokalutredning. Chefer på HÖS är insatta i de möjligheter och insatser som AME erbjuder.

Frågor till HR i förvaltningen

Vad gör förvaltningen för att säkerställa att gällande regler och riktlinjer följs?

Svar: Förvaltningen säkerställer att regler och riktlinjer följs på olika sätt beroende på verksamhet. Insatser genomförs som informationsmöten, frukostmöten, diskussion, direkt dialog, workshops/möten etc.

Vad gör förvaltningen för att säkerställa att nya rutiner och arbetssätt följs?

Svar: För att säkerställa att nya rutiner och arbetssätt följs sker också genom information, samtal och andra sammankomster.

Genomförs informations- och utbildningsinsatser inom förvaltningen om vilka skyldigheter chef och medarbetare har vid en sjukskrivning?

Svar: Generella informations- och utbildningsinsatser genomförs inte i så stor grad på förvaltningarna under 2019 utan mer informations och/eller diskussionsträffar med olika frekvens och upplägg såsom i ledningsgrupper, vid introduktion av nya chefer och arbetsplatsträffar. Dessutom ges nödvändig information till berörda personer i aktuella rehabiliteringsinsatser.

Hur används Adato för att regelbundet identifiera risker och brister?

Svar: HR-funktionen på förvaltningarna går regelbundet igenom ärenden i Adato för att identifiera risker och brister.

Vilka slutsatser kan man dra av granskningen och vilka åtgärder bör/ska vidtas?

Slutsatser: HÖS är en väl fungerande verksamhet vad gäller rehabilitering och hälsofrämjande arbete samt att rutiner och riktlinjer vid sjukfrånvaro följs korrekt och ändamålsenligt.

Åtgärder: Fortsatt aktivt hälsofrämjande arbete.

Förslag till ansvarig: Hjälpmedelschef

Reviderad riskbedömning efter granskningen:

Medel.

Korttidsfrånvaron har ökat och vi behöver fortsätta arbeta med arbetsklimatet på HÖS.

6. Rapporten avser granskning av:

Upphandling/inköp med tonvikt på ramavtalsuppföljning

OMSORGSFÖRVALTNINGEN År 2019

RAPPORT INTERNKONTROLL

Område: HÖS	Datum: 2019-09-06
-------------	-------------------

Kontrollerna har genomförts i enlighet med antagen plan för internkontroll 201.

Rapporten avser granskning av:

1. Tofta bilservice AB
2. Posture management 24 AB
3. Suez recycling AB
4. Intertek certification AB
5. Inera AB

Resultat av granskningen:

1. Finns det avvikelser i avtalstroheten avseende Tofta bilservice AB?

Tofta bilservice AB är en underleverantör till Bilförsäljningsföretaget som man har tecknat avtal med, Sörman bil AB i Borås. Tofta har valts för att servicen ska utföras i närområdet. Avtalet är inte inlagt i Kommers.

2. Finns det avvikelser i avtalstroheten avseende Posture management 24 AB?

Det är en utbildning till förskrivare och dom har fått offert på utbildningen och det ligger i Kommers

3. Finns det avvikelser i avtalstroheten avseende Suez recycling AB?

Det finns inget övergripande kommunövergripande avtal men HÖS har tecknat ett avtal med SUEZ tom 2020-03-31 och detta är godkänt av Upphandlingschefen.

4. Finns det avvikelser i avtalstroheten avseende Intertek certification AB?

Detta är en certifieringskostnad som har varit från 2011 tom 2019-08-23. Avtalet har löpt ut.

5. Finns det avvikelser i avtalstroheten avseende Inera AB?

Detta är Hjälpmedelstjänst (databas) som är ett SKL avtal. Detta avtal finns i Kommers.

Vidtagna åtgärder/förslag till åtgärder:

Att avtalen som inte ligger i Kommers ska läggas in och sedan ska vi kontrollera med kontrollern på Upphandlingen varför det blir avvikelser på avtal som ligger i Kommers.

Ansvarig: Jessica Persson	Befattning: Ekonomiadm/inköpssamordnare
Ansvarig: Sofia Renkvist	Befattning: Upphandlare

HÖS, Risk- och väsentlighetsanalys 2019, underlag för val av kontrollmål

Upprättad av: HÖS, sid 1
Övergripande Kristianstads kommun, sid 2
HÖS styrkort 2019, sid 3-4

HÖS ledningssystemsgroup/ Internkontrollgroup
Kommunledningkontoret
HÖS ledningssystemsgroup/HÖS personal

Medel risk 4-8 poäng
Hög risk 9-12 poäng
Mycket hög risk 16 poäng

HÖS egna kontrollområden- sida 1									
Huvudprocess	Kortfattad beskrivning alternativt delprocesser	Riskinventering	Konsekvens	Sannolikhet	Poäng	Motivering 2019	Riskreducerande åtgärder. Ska risken omvärderas? Effektivitet/Tidig upptäckt	Sammanvägd riskbedömning	Åtgärder / kommentarer
Riktlinjer/rutiner för fordon	Kontrollera hur riktlinjer och rutiner inom området följs. Senaste kontrollen gjordes 2013 samt 2014.	Att rutiner inte följs Att riktlinjer inte följs Otydlighet av fordonsanvändning, i vilket syfte får tjänstebilar användas, finns ingen information skriven. Vi informerar vid nyanställning samt tar upp det när behov uppstår.	Lindrig	Möjlig	6	Risken finns att sällan-fordonsanvändare inte känner till rutiner för fordonsanvändning, information kan missas vid introduktion av vikarier.	Uppdaterat rutiner och riktlinjer.	Medel	HÖS har idag ingen som har helhetsansvaret för alla fordon utan det ligger på varje arbetsledare att följa upp. Under våren 2020 kommer nyinrättad enhetschef tjänst att tillsättas. Enhetschef kommer att vara ansvarig för fordon. Ska alla bilar utrustas med digital körjournal? Dessförinnan ska vi göra utvärdering av digitala körjournaler. Enhetschef tar beslut.
Introduktion av nyanställda	Checklista som ska att sörja för en introduktion som gör att nyanställd personal blir informerade och delaktiga i alla olika delar i verksamheten.	Att för mycket information ges för snabbt eller i fel ordning.	Kännbar	Möjlig	9	Checklistan för introduktion är inte uppdaterad sedan 2016, vilket ses som en risk då det skett kontinuerliga förändringar inom verksamheten.	Nej	Medel	Göra olika checklistor beroende på vilken befattning man har, eller att olika delar av introduktion prioriteras beroende på yrke. Skapa en checklista på utbildningar som ska genomföras beroende på befattning.
Garantiprocess	Processen avser reparation/reklamation av hjälpmedel där garanti-tid löper.	Om processen inte följs kan det bli ekonomiska konsekvenser för våra kunder och HÖS.	Lindrig	Möjlig	6	Processen är välkänd och till stora delar välfungerande. Små förtydligande i processen kommer att göras utifrån rapporten.	Små förtydligande i processen är genomförda.	Låg	Uppdatering av processen och förtydligande i de olika stegen.
Avvikelseprocess	Processen avser att fånga upp återkommande problem och brister på tjänster som HÖS personal utför.	Mycket avvikelser som berör leverantörsärenden, vilket tar personalresurser. Ärende kan ta längre tid att utreda i de fallen hjälpmedel ska skickas in, vet inte när hjälpmedlet kommer till HÖS.	Kännbar	Möjlig	9	Processen är välkänd och till stora delar välfungerande. Små förtydligande i processen kommer att göras utifrån rapporten.	Förtydligande gällande återkommande avvikelser	Låg	Uppdaterat processen

Obligatoriska kontrollområden Kristianstads kommun, sida 2	Kortfattad beskrivning alternativt delprocesser	Riskinventering	Konsekvens	Sannolikhet	Poäng	Motivering 2019	Riskreducerande åtgärder. Ska risken omvärderas? Effektivitet/Tidig upptäckt	Sammanvägd riskbedömning	Åtgärder / kommentarer
Fortsatt kontroll att regler och riktlinjer efterlevs på området arbetsmiljö/ rehabilitering/ hälsofrämjande perspektivet	Kontrollera hur riktlinjer och rutiner inom området följs.	Fördröjning av läkarintyg förekommer.	Kännbar	Mindre sannolik	6	Ingår i kommungemensam kontrollplan 2019	Vi bedömde redan 2018 att riktlinjer och rutiner följdes. Under 2019 har hjälpmiddelschef och hälsoombud gått hälsofrämjande utbildning på AME.	Låg	Arbetsledare följer Kristianstad kommun riktlinjer och policys.
Upphandling/inköp med tonvikt på ramavtalsuppföljning	Uppföljning av inköp som sker utanför avtal med syfte att öka Kommunens avtalstrohet.	- Avtalsbrott vid felaktiga inköp hos en annan leverantör som man inte har avtal med (vite, skadestånd) - Följer inte lagar (dvs. reglemente när något ska upphandlas); negativ publicitet, förtoendeskada - Vid inköp utanför avtal gäller allmänna köpvillkor. Köpvillkor regleras då oftast endast av leverantören som köparen oftast har svårt att påverka.	Kännbar	Möjlig	9	Ingår i kommungemensam kontrollplan 2019.	Upphandling och inköp följer de riktlinjerna som finns i Kristianstads kommun. Uppföljning görs regelbundet, genom bl.a. internkontroll.	Låg	Med rådande inköpsrutiner och uppföljningar av avtalstrohet bedöms det att det är låg risk att verksamheten gör felaktiga inköp/upphandlingar.

HÖS Styrkort 2019, sida 3 (forts. sida 4)									
Huvudprocess	Kortfattad beskrivning alternativt delprocesser	Riskinventering	Konsekvens	Sannolikhet	Poäng	Motivering 2019	Riskreducerande åtgärder. Ska risken omvärderas? Effektivitet/Tidig upptäckt	Sammanvägd riskbedömning	Åtgärder / kommentarer
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Nöjda kunder (mäts via kundenkät 2019)	Tappar kunder (kommuner). Höga förväntningar på HÖS tjänster.	Allvarlig	Osannolik	4	Utan kunder har vi ingen verksamhet. Har hög kundnöjdhet.	Mäter i kundenkät. Fångar upp åsikter genom avvikelser.	Låg	Mätning görs vartannat år.
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Öka förskrivarnas kunskap i webSesam	Merjobb och irritation för kunder och även på HÖS. Längre väntetid för mottagare.	Kännbar	Möjlig	9	Många nya förskrivare med bristande kunskap i websesam. Tidskrävande	Har webSesam utbildningar för nya förskrivare.	Medel	WebSesam-utbildningar planeras i samtliga kommuner under 2019.
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Fler förskrivartutbildningar (projekt 2019)	Oförändrat för HÖS. Missnöjda kunder om vi inte genomför fler utbildningar.	Försumbar	Möjlig	3	Erbjuder redan förskrivartutbildningar. Finns en risk att förskrivare inte avsätter tid för utbildningar.	Nej	Låg	Vi kommer att erbjuda fler förskrivartutbildningar under 2019, uppföljning görs och redovisas för ledningsgrupp och nämnd i samband med tertialuppföljningar och bokslut.
Mål- Medborgare (HÖS kunder)	Recirkulation av begagnade hjälpmedel	Dyrare för kommunerna, ej miljövänligt.	Kännbar	Sannolik	12	Sannolikt pga tillfällig personalbrist	Semestervikarier och timvikarier.	Hög	Mätning görs kontinuerligt.

HÖS Styrkort 2019, sida 4 (forts. av sida 3)									
Huvudprocess	Kortfattad beskrivning alternativt delprocesser	Riskenventering	Konsekvens	Sannolikhet	Poäng	Motivering 2019	Riskreducerande åtgärder. Ska risken omvärderas? Effektivitet/Tidig upptäckt	Sammanvägd riskbedömning	Åtgärder / kommentarer
Mål- Utveckling	All verksamhet på samma ställe	Sämre sammanhållning, dåligt utnyttjande av resurser. Fortsatt höga lokalkostnader.	Kännbar	Möjlig	9	Fortfarande inget beslut när Stöd och service enheten lämnar KBV 17.	Nej	Hög	Dialog förs med Kristianstads kommun och beslutet ligger hos dem.
Mål- Medarbetare	Nöjda medarbetare med god hälsa	Riskenventering gjordes vid 2018 års medarbetarenkät, därefter tas tre utvecklingsområden fram utifrån resultatet.	Kännbar	Möjlig	9	Resultatet efter MAE (medarbetarenkäten) 2018 visade att det fanns områden där åtgärder behövs.	Nej	Hög	De tre utvecklingsområden som definierats utifrån medarbetarenkät 2018 är: ledarskap/organisation, arbetsklimat och frånvaro av trakasserier.
Mål- Ekonomi	Korrekta lagersaldon	Längre leveranstider, irritation och merarbete hos kunder och hos Hös. Påverkar ekonomin.	Kännbar	Möjlig	9	Det kan vara kännbart för våra kunder och möjligt, eftersom fel fortfarande inträffar.	Vi arbetar kontinuerligt med lagersaldon och prognosuppdateringar. Infört scanner.	Medel	Vi arbetar kontinuerligt med lagersaldon och prognosuppdateringar. Infört scanner.
Mål- Ekonomi	Öka mängden skänkta hjälpmedel	Större miljöpåverkan, mer slit och släng. Våra hjälporganisationer har begränsningar i hur mycket hjälpmedel de kan ta emot, samt har inte möjlighet att ta emot alla sorters hjälpmedel.	Försumbar	Möjlig	3	HÖS har kapacitet att skänka mer hjälpmedel än våra nuvarande hjälporganisationer kan hantera. HÖS ha ökat antalet skänkta hjälpmedel jämfört	Anlita fler hjälporganisationer.	Låg	HÖS har idag inga möjligheter ta in fler hjälporganisationer på grund av platsbrist. Det krävs container för förvaring. Mätning görs kontinuerligt.



Sammanfattning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019

Max 1 A4 per nämnd/bolag

Nämnd/bolag: Östra Skånes Hjälpmedelsnämnd

1) Risk- och väsentlighetsanalys (hur gjordes urval av kontrollmomenten?)

Urval av egna kontrollområden gjordes utifrån:

- Förslag från den interna kontrollgruppen att kontrollera områdena som inte hade kontrollerats på flera år (2 st.).
- HÖS interna revisionens 3- åriga plan. Interna kontrollen är integrerat i arbete med intern revision. I år har två av verksamhetens processer kontrollerats, enligt planen.

Väsentlighets- och riskanalys har gjorts på samtliga kontrollområden. Riskanalys har gjorts både på kontrollområden och på årets styrkort.

2) Kontrollmoment (vad kontrollerades?)

1. Riktlinjer/rutiner för fordon (eget valt kontrollområde 2019)
2. Introduktion av nyanställda (eget valt kontrollområde 2019)
3. Garantiprocess (ingår i intern revisionsplan 2019)
4. Avvikelseprocess (ingår i intern revisionsplan 2019)
5. Fortsatt kontroll att regler och riktlinjer efterlevs på området arbetsmiljö/rehabilitering/hälsofrämjande perspektivet (obligatoriskt kontrollområde 2019)
6. Upphandling/inköp med tonvikt på ramavtalsuppföljning (obligatoriskt kontrollområde 2019)

3) Sammanfattande iakttagelser (hur utföll resultaten av kontrollmomenten?)

1. **Riktlinjer/rutiner för fordon:** Riktlinjer och rutiner följs inte fullt ut och behöver uppdateras och följas upp. Åtgärdsplan görs nästa år och följs upp i intern kontroll 2021.
2. **Introduktion av nyanställda:** Uppdatering av befintlig övergripande introduktionsplan samt komplettering med introduktionsplaner utifrån yrkesroller ska göras. Åtgärdsplan görs nästa år och följs upp i intern kontroll 2021.
3. **Garantiprocessen:** Valfungerande process, inga justeringar.
4. **Avvikelseprocessen:** Valfungerande process, mindre justering bör göras gällande återkommande avvikelser.
5. **Arbetsmiljö/hälsofrämjande arbete/rehabilitering:** Rutiner och riktlinjer för sjukfrånvaro, rehabilitering och hälsofrämjande arbete följs korrekt och ändamålsenligt.
6. **Upphandling/inköp (avtalstrohet):** Inga avvikelser.

4) Ställningstagande (nämndens/bolagets sammanfattande värdering av intern kontroll 2019)

Sätt kryss! (X)

Otillförlitlig	Informell	Standardiserad	Övervakad	Optimerad
		X		

Självskattning intern kontroll 2019

Kommunstyrelsen har ett övergripande och samordnande ansvar för intern kontroll i hela kommunkoncernen. Uppsiktspliktens innebörd regleras i reglementet för intern kontroll och i företagspolicyn. Denna blankett utgör underlag för kommunstyrelsens sammanlagda bedömning av arbetet med intern kontroll. Självskattningen bygger på arbetet med intern kontroll i den egna förvaltningen och ska lämnas in till kommunledningskontoret vid november månads utgång. Syftet med självskattningen är att ge stöd för en bedömning var i mognadsmodellen som organisationen befinner sig.

Målsättningen för året har varit att förbättra och strukturera analysen med god kvalitet på dokumentation i samtliga delar av intern kontrollprocessen. En god intern kontroll kännetecknas av följande:

- Processer identifieras och dokumenteras
- Strukturerad risk- och väsentlighetsanalys, inte enbart utifrån processer utan också utifrån styrkort/mål, verksamhetsplaner, kända verksamhetsförändringar, revisionsrapporter och andra granskningar.
- Kontrollaktiviteter finns och dokumenteras
- Tidsperspektiv
- Test av kontrollmoment
- Åtgärdsplaner

Nedanstående påstående kan ses som en checklista för att nämnden/förvaltningen ska anses ha en god intern kontroll i enlighet med ovan och därmed också kunna se sina utvecklingsområden. Respektive kategori nedan besvaras med ja eller nej. Svaren kan sedan ligga till grund för nämndens/förvaltningens sammanfattande värdering av årets arbete med intern kontroll.

Kontrollmiljö

Ja	Nej	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisation för intern kontroll (ansvar och roller) finns.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisation för intern kontroll (ansvar och roller) är beslutad.

Kommentar: Finns sedan 2017 (presenterades för Östra Skånes Hjälpmedelsnämnd den 8 mars 2017).

Riskbedömning

Ja	Nej	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övergripande huvudprocesser är identifierade.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övergripande huvudprocesser dokumenterade.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Riskanalys har gjorts för huvudprocesserna.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Riskanalys har beslutats/fastställt för huvudprocesserna.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huvudprocesserna är nedbrutna på delprocessnivå.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huvudprocesserna är dokumenterade på delprocessnivå.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riskanalys har gjorts för delprocesserna.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riskanalys har beslutats/fastställt för delprocesserna.

Ja	Nej	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riskanalys har gjorts utifrån styrkort/mål.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riskanalys har beslutats/fastställt utifrån styrkort/mål.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riskanalys har gjorts utifrån verksamhetsplaner, kända verksamhetsförändringar, revisionsrapporter och andra granskningar.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Riskanalys har beslutats/fastställt utifrån verksamhetsplaner, kända verksamhetsförändringar, revisionsrapporter och andra granskningar.

Kommentar: Årets interna revisionsplan omfattade inte kontroll av huvudprocesserna och därför gjordes det inte någon riskanalys på dem. Riskanalys på kända verksamhetsförändringar har inte beslutats av nämnd, men nämnden informeras kontinuerligt om dessa.

Kontrollaktiviteter

Ja	Nej	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrollaktiviteter har identifierats för samtliga väsentliga delprocesser.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrollaktiviteter har dokumenterats för samtliga väsentliga delprocesser.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontrollmomenten är kopplade till en långsiktig plan i syfte att säkerställa att alla väsentliga delprocesser kontrolleras inom ett rimligt tidsintervall (4-5 år).
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrollmomenten har testats av oberoende personal.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intern kontrollarbetet har rapporterats till ledningsgrupp och nämnd/styrelse.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Åtgärdsplan har upprättats och ansvariga personer utsetts för de kontrollområden som testats med negativt resultat.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dokumenterade rutiner finns som säkerställer att brister löpande följs upp av ledningen.

Kommentar:

- Kontrollmomenten är kopplade till intern revisionsplan och kontrolleras inom en tidsintervall på tre år.
- Två kontrollområden har fått anmärkningar (Riktlinjer/rutiner för fordon, Introduktion av nyanställda); åtgärdsplan görs nästa år och följs upp i intern kontroll 2021.
- Två kontrollområden (kommungemensamma kontrollområden) har gjorts av oberoende personal.

Utvecklingsarbete

Ja	Nej	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nämnden/förvaltningen/bolaget arbetar strukturerat med att utveckla sin interna kontroll.

Kommentar:

Kommentar till HÖS ställningstagande- Standardiserad: Nämndens ställningstagande år 2018 var standardiserad. Under 2019 har HÖS jobbat på likartat sätt varför det anses att HÖS ligger på samma- standardiserad- nivå. Det krav som inte uppfylls är att nämnd/styrelse inte får regelbundet uppföljning av statusen på intern kontrollarbetet dvs. minst två gånger per år.

Definition av mognadsmodellen



Otillförlitlig – Inga processer är riskbedömda eller dokumenterade. Kontrollstrukturen är inte kvalitativ. Den finansiella rapporteringen saknar struktur för uppföljning och kontroll och siffrorna kan vara otillförlitliga och avviker ofta från plan (budget).

Informell – En riskbedömning som omfattar samtliga processer är påbörjad men ofullständig. Kontrollaktiviteter finns men är inte tillräckligt dokumenterade. En mindre del av processerna är dokumenterade men är inte kopplade till riskbedömningen. Uppföljning och övervakning av kontrollaktiviteter finns men är inofficiell och sker i relativ liten skala (nämnd eller styrelse får information ca en gång per år). Kategorin kännetecknas även av ett stort personberoende i verksamheten.

Standardiserad – En fullständig riskbedömning har gjorts för samtliga processer och omfattar både interna och externa risker. Riskbedömningen fastställs av nämnd/styrelse årligen. Högriskprocesserna är dokumenterade och kopplade till kontrollaktiviteter. En fördefinierad process och organisation finns som hanterar de felaktigheter och brister som identifieras. Kontrollplanen innehåller en bra mix av förebyggande och upptäckande kontroller. Processen inkluderar åtgärder för att minska riskerna och rätta till eventuella fel (åtgärdsplaner). Nämnd/styrelse får regelbundet uppföljning av statusen på intern kontrollarbetet (minst två gånger per år). Ledning/nämnd/styrelse har en klar bild över organisationens risker och hur arbetet med att minimera dessa fortgår.

Övervakad – Samtliga processer och kontrollaktiviteter som är hänförliga till risknivån medel/hög är dokumenterade enligt en standardiserad struktur, inkluderade i kontrollplanen och testas regelbundet. En rutin finns (och är dokumenterad) som löpande övervakar och utvärderar kontrollaktiviteterna för att säkerställa att de identifierade riskerna täcks av kontrollerna och att intern kontrollarbetet fungerar som förväntat. Hela ledningen och nämnd/styrelse samt en majoritet av de anställda har god kännedom om internkontrollarbetet och är en aktiv del av detta.

Optimerad – Testning, uppföljning, utvärdering och rapportering sker i realtid. Förbättringar införs fortlöpande. På denna nivå befinner sig komplexa verksamheter som i mycket stor utsträckning styrs av lagar och regler, exempelvis banker, försäkringsbolag och storbolag som är noterade i USA. Flera personer inom organisationen arbetar uteslutande med intern kontroll.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne
Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne
Lejla Smailagic
044-13 42 46
lejla.smailagic@kristianstad.se

2019-11-07

Östra Skånes Hjälpmedelsnämnd

Granskningsrapport över intern kontroll 2019

Änr HMN 2019/38 1.4.1

Hjälpmiddelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes Hjälpmedelsnämnd

- Godkänna komplettering av internkontrollplan för Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne, år 2019, enligt bilaga 1.
- Godkänna granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, enligt bilagor 2a och 2b.
- Ange sitt ställningstagande i pkt 4 i blanketten "Sammanställning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019", bilaga 3.

Sammanfattning

Kristianstads kommun, Kommunfullmäktige 2001-12-11 (§ 138) beslutade att styrelser och nämnder årligen ska anta planer för uppföljning av den interna kontrollen.

Internkontrollarbetet för Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne (HÖS) har sedan år 2009 en egen internkontrollplan. Tidigare år följdes omsorgsförvaltningens plan för uppföljning av internkontroll.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne har arbetat både med sina eget valda kontrollområden i internkontrollplan 2019 och med de obligatoriska kontrollområdena som är gemensamma för nämnder och bolag i Kristianstads kommun.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteutlåtande 2019-11-07.
2. Komplettering av Internkontrollplan för Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne år 2019, bilaga 1.

3. Granskningsrapport inkl. riskbedömningar över den interna kontrollen 2019, bilagor 2a och 2b.
4. Sammanfattning och resultat av arbete med intern kontroll 2019, bilaga 3.

Ärendet

Intern kontroll 2019

Den 7 mars 2019 antog Östra Skånes Hjälpmedelsnämnd internkontrollplan (HÖS eget vala kontrollområden) för 2019 om sammanlagt fyra granskningsobjekt:

- Riktlinjer/rutiner för fordon
- Introduktion av nyanställda
- Garantiprocess (ingår i intern revisionsplan 2019)
- Avvikelseprocess (ingår i intern revisionsplan 2019)

Vid nämndsmötet beslöts det att internkontrollplan 2019 även ska innehålla de gemensamma kontrollområdena som är obligatoriska under år 2019 för samtliga nämnder och bolag inom Kristianstads kommun:

- Fortsatt kontroll att regler och riktlinjer efterlevs på området arbetsmiljö/ rehabilitering/ hälsofrämjande perspektivet
- Upphandling/ inköp med tonvikt på ramavtalsuppföljning

Anvisningarna och förtydliganden av de obligatoriska kontrollområdena publicerades av Kommunledningskontoret i mars 2019. I samband med det, har plan för intern kontroll 2019 för Hjälpmedelscentrum Östra Skåne succesivt kompletterats med uppgifterna om reglemente, metodik, frekvens och riskbedömningar på dessa obligatoriska kontrollområden, se bilaga 1.

Självskattning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019

Förvaltningarna inom Kristianstads kommun ska ge en sammanfattning och resultat av arbetet med intern kontroll, för att kommunstyrelsen ska få en mer översiktlig och enhetlig information om den interna kontrollen inom respektive nämnd. Därmed ska kommunstyrelsen, på ett bättre sätt, kunna göra en samlad bedömning av den interna kontrollen i hela kommunen.

Östra Skånes Hjälpmedelsnämnd ska redovisa sitt ställningstagande över värderingen av utförd intern kontroll 2019 i följande dokument:

- "Sammanfattning och resultat av arbetet med intern kontroll 2019" under punkt 4.

Sedan 2018 används en ny värderingsmodell för självskattning enligt COSO- modell. Beskrivningen av de olika kriterierna för självskattning är inlagt på sista sidan i ovanstående dokumentet.

Ingrid Magnusson
Hjälpmedelschef

Lejla Smailagic
Ekonom

Beslut expedieras till

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes ledningsgrupp

Respektive kommuns kommunledningskontor

5

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 december, Hälsa och välfärdsnämnden Äldreomsorg enl SoL

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
2.1	Hemtjänst- service	17	0	0
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	18	0	0
2.1	Matdistribution	7	0	0
2.1	Trygghetslarm	13	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	3	0	0
2.1	Trygg hemgång	10	0	0
2.1	Boendestöd/Öppenvård	0	0	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	5	0	1
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	10	0	0
2.6	Plats i dagverksamhet	0	0	0
2.9	Kontaktperson	0	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 december, vård och omsorgsnämnden gällande LSS

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	1	1
3.5	Beslut om ledsagarservice	1	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	0	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	0	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	0	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	0	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	0	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	2	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 december 2019, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Ekonomiskt bistånd

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1	211	
2:2.1	Livsföring i övrigt 4:1	156	
2:2.1	Avslag 4:1		145
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1 Ensamkommande	8	
2.2.1	Livsföring i övrigt 4:1 Ensamkommande	3	
6.10	Överklagan i rätt tid	2	
6.9	Ändring av överklagat beslut	1	
6.12	Avge yttrande m a a överklagan av beslut	2	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Försörj stöd	13	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Livsför övrigt	4	
2.3.2	Boendestöd IFO	1	
2.2.4	Ek bistånd utöver skälig levn nivå 4:2	4	
2.2	Återkrav bistånd 9:1 SoL	1	
2.2.12	Eftergift 9:1 och 9:2	1	
2:2:1	Tillfälligt boende	3	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 december 2019, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Individärenden Vuxna

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.3 ?	Avslag utredn avslag		1
2.3.4	Öppenvård	2	
2.3.3	HVB SoL	1	
6:22 ?	Avsluta yttr 5:2 körkortsförordnande	1	
2.3.3	HVB Tillfälligt SoL	1	
3.8	Utredn 7 § LVM inleds	1	
3.8	Avsluta LVM utredning , ej LVM	1	
2.3.16	Avsluta utredn ansökan återtagen	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 december 2019, Dödsboanmälningar

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
6.25	Dödsboanmälan	2	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 januari, Hälsa och välfärdsnämnden Äldreomsorg enl SoL

HVN/2020:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
2.1	Hemtjänst- service	20	0	0
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	22	0	0
2.1	Matdistribution	10	0	0
2.1	Trygghetslarm	20	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	2	0	0
2.1	Trygg hemgång	11	0	0
2.1	Boendestöd/Öppenvård	3	1	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	5	0	0
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	10	0	0
2.6	Plats i dagverksamhet	0	0	0
2.9	Kontaktperson	1	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 januari, vård och omsorgsnämnden gällande LSS

HVN/2020:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	0	0
3.5	Beslut om ledsagarservice	0	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	0	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	2	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	0	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	1	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	0	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 januari 2020, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Ekonomiskt bistånd

HVN/2020:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1	201	
2:2.1	Livsföring i övrigt 4:1	200	
2:2.1	Avslag 4:1		146
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1 Ensamkommande	7	
2.2.1	Livsföring i övrigt 4:1 Ensamkommande	1	
6.10	Överklagan i rätt tid	8	
6.9	Ändring av överklagat beslut	1	
6.12	Avge yttrande m a a överklagan av beslut	5	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Försörj stöd	8	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Livsför övrigt	4	
6.10	Överklagan avvisas	2	
2.2	Jobbstimulans 4:1 b § SoL sökande	1	
2.2.7	Återkrav bistånd 9:2 SoL	1	
2.2.12	Eftergift 9:1 och 9:2	1	
2:2:1	Tillfälligt boende	3	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 januari 2020, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Individärenden Vuxna

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.3 ?	Avslag HVB		1
2.3.4	Öppenvård	6	
2.3.3	HVB SoL	1	
2.3	Utredning 11:1 Yttr/upplysn IFO	1	
2.3.3	HVB Tillfälligt SoL	1	
3.8	Utredn 7 § LVM inleds	1	
3.10	Läkarundersökning 9§ LVM	1	
2.3.16	Avsluta utredn ansökan återtagen	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 januari 2020, Dödsboanmälningar

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
6.25	Dödsboanmälan	0	0

Delegationsbeslut

Nämnd: Hälsa och välfärdsnämnden

Ärende och ärendenummer enligt delegationsordningen:8.9

Beslut om upphandling - Osby KS/2019:331 och HVN/2020:28 050

Förnyad konkurrensutsättning av Trygghetslarm till ordinärt boende i Osby kommun genom SKL
Kommentus Inköpscentralers avtal pga att nuvarande ramavtal upphör

Beslut

Förvaltningschef beslutar att förnyad konkurrensutsättning ska genomföras.

Delegatens underskrift

Namnförtydligande: Helena Ståhl



Delegationsbeslut

Nämnd: Hälsa- och välfärdsnämnden

Ärende och ärendenummer enligt delegationsordningen: 7.6

Dataskyddsombud HVN/2020:19 002

I enlighet med GDPR ska kommunen utse ett dataskyddsombud. Osby kommun har beslutat att köpa tjänsten av kommunalförbundet Sydarkivera. Respektive nämnd ska besluta att utse namngiven person från Sydarkivera till dataskyddsombud. Beslutsrätten är delegerad till respektive förvaltningschef

Beslut

Förvaltningschefen för Hälsa- och välfärd beslutar utse Therese Jigsved från kommunalförbundet Sydarkivera till dataskyddsombud för Hälsa- och välfärdsnämnden f o m 2020-01-01.

Delegatens underskrift

Manuellt eller digitalt via Lex

Helena Ståhl

Elektroniskt undertecknad
av Helena Ståhl
Datum: 2020.01.16
17:01:47 +01'00'

Namnförtydligande: Helena Ståhl

6

Kommunstyrelseförvaltningen
Kenneth Lindhe
0479528233
kenneth.lindhe@osby.se

Budget 2020

Dnr HVN/2019:120 041

Hälsa och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa och välfärdsnämnden beslutar att:

- Begära tilläggsbudget med 3 500 tkr i driftsbudgeten för införande av främst nystartsjobb.
- Begära tilläggsbudget för investeringar enligt följande för investeringar, som inte kunnat fullföljas under 2019:
 - TES-lyftet 110 tkr
 - Larm särskilt boende 419 tkr
 - Inventarier barnkorttid 265 tkr
 - Inventarier korttid demens 100 tkr
- Föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att omdisponera intäktsbudget 8 109 tkr för mat till äldre från Hälsa och välfärdsnämnden till Samhällsbyggnadsnämndens budget.

Barnkonsekvensanalys

Kan delvis beröra barn. Bifogar barnkonsekvensanalys

Sammanfattning av ärendet

Medel som förvaltningen äskar är tänkta att användas för arbetsmarknadspolitiska anställningar (nystartsjobb, anställningar med lönebidrag, mm). Fördelen med dessa framför till exempel extratjänster är att de är grund för arbetslöshetskassa. Det innebär att den enskilde efter en sådan anställning har skapat möjlighet till självförsörjning och inte är beroende av ekonomiskt bistånd. Över en tvåårsperiod blir nystartsjobb en vinst för kommunen även om kostnaden år ett blir högre än om individer uppstår ekonomiskt bistånd.

Omdisponeringen av intäktsbudget är tänkt att ge en mer sammanhängande bild av kostnader kontera intäkter för den mat våra äldre konsumerar. Samråd har skett mellan

förvaltningschefer och ekonomichef i detta ärende. Samtliga är överens om att denna lösning är att fördra framför att, som i dag ha kostnader och intäkter skilda åt. Eventuella taxehöjningar ska beslutas av kommunfullmäktige och samråd ska vid större höjningar ske med Hälsa och välfärdsnämnden.

Beslutsunderlag

Stratsysrapport: ”Tilläggsbudget 2020, Hälsa och välfärdsnämnden”.

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Verksamhetscontroller

*Beslutet skickas till kommunstyrelsen, förvaltningschef Hälsa och välfärd,
förvaltningschef Samhällsbyggnad*

Tilläggsbudget 2020

Hälsa och välfärdsnämnden

Innehållsförteckning

Tilläggsbudget drift	3
Tilläggsbudget investeringar	3
Omdisponeringar drift	4
Omdisponeringar investeringar	4

Tilläggsbudget drift

Ansv	Verks	Text	Kvar 2019 (tkr)	Förslag 2020 (tkr)	Kommentar
7616	61002	Resursanställningar		3 500	Möjlighet att anställa nystartsjobb
Summa				3 500	

Kommentarer tilläggsbudget drift

Medel som förvaltningen äskar är tänkta att användas för arbetsmarknadspolitiska anställningar (nystartsjobb, anställningar med lönebidrag, mm). Fördelen med dessa framför till exempel extratjänster är att de är grund för arbetslöshetskassa. Det innebär att den enskilde efter en sådan anställning har skapat möjlighet till självförsörjning och inte är beroende av ekonomiskt bistånd. Över en tvåårsperiod blir nystartsjobb en vinst för kommunen även om kostnaden är ett blir högre än om individer uppstår ekonomiskt bistånd.

I den budget som är lagd för förvaltningen finns inga möjligheter att finansiera denna satsning. Kostnaden för nystartsjobb är beräknad till cirka 13 000 kr per månad. Anställningsformen ska endast användas för de individer som anses stå relativt nära den reguljära arbetsmarknaden. Beloppet vi söker i tilläggsbudget skulle räcka för finansiering av cirka 22 - 25 individer. Förvaltningen förordar även att det ska finnas ett utrymme att omfördela dessa pengar för att möjliggöra anställning i ordinarie verksamhet på nya tjänster i samband med kartläggning av arbetsuppgifter och skapande av nya yrkeskategorier.

Målet är att vi har 50 olika arbetsmarknadspolitiska anställningar kontinuerligt. Satsningen på nystartsjobb började under hösten 2019 och vi går in i 2020 med 20 pågående nystartsjobb. Rimligt antagande är att dessa 50 olika anställningar under 2020 kommer att bestå av 25 nystartsjobb och 10 övriga (lönebidrag och introduktionsjobb). Det handlar då om en lönekostnad på ca 4,7 miljoner kronor. Extratjänster har kommit tillbaka som insats, men det finns en begränsning när det gäller antal, så det är osäkert hur det kommer att se ut under 2020. Vi har just nu 16 personer aktuella för extratjänst; dessa tjänster innebär ingen kostnad för arbetsgivaren och är inte med i beräkningen. Med dessa medel kan vi även möjliggöra anställningar inom ordinarie verksamhet på nya tjänster vid skapandet av nya yrkeskategorier. Just nu pågår dialog mellan verksamheter, HR-enhet och fackliga organisationer om hur kan nya yrkeskategorier skapas. Som ett exempel kan vi lyfta utvecklingsarbete inom servicegruppen som är initierat under hösten 2019. En del arbetsuppgifter som idag skötts av servicegruppen bedöms kunna utföras av någon/några personer som inte behöver vara knutna till servicegruppen. Dessa arbetsuppgifter tillsammans med arbetsuppgifter som uppstår med förändringar i gränsdragningslistan mellan fastighetsskötare och vaktmästare öppnar möjlighet att pröva införandet av ny yrkeskategori; en ny typ av vaktmästare vid äldreboenden som har trygghetsanställning.

Tilläggsbudget investeringar

Ansv	Verks	Proj	Projektnamn	Kvar 2019 (tkr)	Förslag 2020 (tkr)	Kommentar	Bud get 201 8 (tkr)
7001	51092	1712	TES-lyftet	110	110	Avtalet med Tunstall är påskrivet. Implementeringe kommer att påbörjas och avslutas i början på 2020	
7003	51095	1700	Larm särskilt boende	419	419	Endast smärre delar kunnat göras. Resten väntar på upphandling.	
7503	51308	1702	Inventarier barnkorttid	265	265	Väntar på ombyggnader Ekelund	

Ansv	Verks	Proj	Projektnamn	Kvar 2019 (tkr)	Förslag 2020 (tkr)	Kommentar	Bud get 201 8 (tkr)
7612	51038	1711	Inventarier korttid demens	100	100	Överflyttning av verksamhet till Lindhem ska göras under slutet av 2019 o början av 2020.	
Summa				894	894		

Kommentarer tilläggsbudget investeringar

Fler av förvaltningens projekt har inte kunnat genomföras under 2019. För vissa har långdragna upphandlingsprocesser varit anledningen. För andra har bekymmer med tillgång till lämpliga lokaler varit hinder. Förvaltningen räknar dock med att samtliga projekt kommer att genomföras under 2020 då dessa problem av allt att döma kommer att vara lösta inom kort.

Omdisponeringar drift

Ansv	Verks	Text	Belopp	Mp	Kommentar
7001	51002	Överföring till Samhällsbyggnad	8 109	13	Intäktsbudget matförsäljning överförs
3020	95704	Överföring till Samhällsbyggnad	- 8 109	70	Intäktsbudget matförsäljning överförs
Summa					

Omdisponeringar investeringar

Ans v	Verk s	Proj ekt	Text	Belopp	Mp	Kommentar
Summa						

Barnkonsekvensanalys

Budget 2020

Dnr HVN/2019:120 041

Vilka barn berör ärendet och hur?

Den del av ärendet som handlar om tilläggsbudget för möjlighet att inrätta nystartsjobb, kan beröra barn i de familjer som berörs av detta.

Har berörda barns eget perspektiv beaktats?

Ja, i den meningen att vi utgår från att det är positivt för barn om deras föräldrar har arbete och inkomst.

Beskriv resultatet

Vi har inte varit i kontakt med barn för att vidimera vårt ställningstagande. Delvis beroende på att vi i dagsläget inte vet om eller vilka barn som kan beröras.

Vilket beslut vore bäst för barnet?

Ett positivt beslut där förvaltningen beviljas de extra medel som efterfrågas.

--

Beskriv eventuella intressekonflikter, prioriteringar och avvägningar. Om barnets bästa inte är avgörande faktor i beslutet, hur kan barn kompenseras?

I någon mån genom ett högre ekonomiskt bistånd till berörda familjer.

FÖRDJUPAD KONSEKVENSBEDÖMNING

Finns stöd för beslutet i forskning och beprövad erfarenhet?

7

Kommunstyrelseförvaltningen
Kenneth Lindhe
0479528233
kenneth.lindhe@osby.se

Årsredovisning bokslut

Dnr HVN/2020:4 049

Hälsa och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa och välfärdsnämnden beslutar att:

- Godkänna föreliggande årsredovisning
- Överlämna årsredovisningen till kommunfullmäktige

Barnkonsekvensanalys

Ärendet är en redovisning av föregående år och har därför inga konsekvenser för barn.

Sammanfattning av ärendet

Förvaltningen har under året i huvudsak nått upp till de mål nämnden beslutat för verksamheten. För de mål där vi inte nått hela vägen gäller i huvudsak att detta beror på yttre faktorer, som vi inte kunnat påverka. Den ansträngda situationen på grund av vakanser i ledningsorganisationen har också påverkat målarbetet.

Totalt hamnade förvaltningens resultat på minus 490 tkr. Ett resultat som får anses vara helt acceptabelt då det avviker från budget med strax under 0,2 %.

Det är främst två verksamheter, nämligen LSS-verksamheten och förvaltningens Integrationsverksamhet, som bidrar till detta resultat. Sammantaget ger dessa båda verksamheter ett positivt utfall med 3 800 tkr. Ledningsorganisationen visar ett negativt utfall beroende på en besparingspost som legat där då den inte var definierad.

För såväl äldreomsorg som IFO-verksamheter redovisas minusresultat med cirka 800 tkr respektive 1 780 tkr.

Ytterligare information återfinns i bifogad Stratsysrapport.

Beslutsunderlag

Stratsysrapport: ”Årsredovisning 2019 Hälsa och välfärd”

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Verksamhetscontroller

Beslutet skickas till kommunstyrelsen, förvaltningschef Hälsa och välfärd

Årsredovisning 2019, verksamhetsberättelser

Hälsa och välfärdsnämnden

Innehållsförteckning

INLEDNING	3
ÅRETS HÄNDELSER	3
Nämnds- och ledningsorganisation	3
Äldreomsorg	4
Enheten för funktionsnedsatta	6
Individ och familj	7
Arbetsmarknadsenhet	8
Integration	8
HAR VI UPPFYLLT VÅRA MÅL?	9
Nämndmål	9
NYCKELTAL OCH STATISTIK	11
EKONOMI	13
FRAMTIDEN	13
TILL NÄMNDEN	14

INLEDNING

Hälsa- och välfärdsnämnden har ansvar för följande:

- Äldreomsorg
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Omsorg om funktionsnedsatta
- Socialpsykiatri och missbruksbehandling
- Våld i nära relationer
- Ekonomiskt bistånd
- Budget- och skuldrådgivning
- Arbetsmarknadsåtgärder
- Utslussning av ensamkommande barn som fyllt 18 år

Ledning

Jimmy Ekborg, ordförande Hälsa- och välfärdsnämnden.

Helena Ståhl, förvaltningschef Hälsa- och välfärd.

ÅRETS HÄNDELSER

- Ny nämnd har tillträtt och ny förvaltning har bildats
- En strategisk övergripande handlingsplan för integration, arbete och kompetens är framtagen och beslutad av kommunfullmäktige och arbetet är på börjat
- Stort fokus på arbetet med Samordnad vård vid utskrivning från slutna vården(SVU)
- Alla medarbetare inom vård och omsorg har deltagit i ESF projektet GoDig som har genomförts i samverkan med Östra Göinge kommun
- Utveckling av öppenvården för personer med missbruksproblematik

Nämnds- och ledningsorganisation

En ny förvaltningsorganisation och tillika en ny nämnd tillträdde den 1 januari 2019. Under våren har sedan viss justering skett i förvaltningsorganisationen. Det har varit stort fokus på att implementera nytt arbetssätt inom enheten för ekonomiskt bistånd och därför har det frigjorts mer tid för den ansvariga enhetschefen. Parallellt har nämnden beslutat om en övergripande strategisk handlingsplan som syftar till att få fler personer i sysselsättning. Planen har antagits av kommunfullmäktige i våras. Nämnden har genomfört 12 nämndsmöten och ett flertal utbildningsinsatser för nämnden har genomförts. Mandatperioden inleddes med en uppskattad studieresa i ett flertal av förvaltningens verksamheter. Under hösten har ett flertal nämndsledamöter gjort en 1-dags praktik i verksamheterna och reflektioner har återrapporterats på nämndsmötena.

Ledningsorganisationen har av anpassningsskäl varit delvis reducerad under året då vakanta tjänster och längre tids sjukfrånvaro inte har ersatts. Det har inneburit en hög belastning på övriga chefer och har negativt påverkat det strategiska arbetet samt försvårat uppföljningsarbetet av t ex den interna kontrollen. Förvaltningsledningen har deltagit i det tidsomfattande upphandlingsarbetet av ett nytt gemensamt verksamhetssystem för socialtjänst, hälso-och sjukvård och LSS. Upphandlingen har genomförts tillsammans med Östra Göinge och avslutades i juni.

Samverkan inom det delregionala samverkansområdet med Region Skåne och kommunerna i nordöstra Skåne har genomförts på såväl tjänstemannanivå som på politisk nivå. Stort fokus har legat på att lösa läkarstödet inom ramen för mobilt vårdteam genom digitala lösningar.

En övergripande strategisk handlingsplan för integration, arbete och kompetens (IAK) har tagits fram av nämnden och beslutats av kommunfullmäktige. En övergripande styrgrupp har bildats och arbetet med handlingsplanen har påbörjats.

Förvaltningsledningen har medverkat i flera olika styrgrupper kopplat till bland annat:

- GoDig-projektet, ett EFS-projekt som syftar till att höja den digitala kompetensen hos alla medarbetare
- Treserva, upphandling och implementering av nytt verksamhetssystem
- Vård -och omsorgscollege
- Osbymodellen
- IAK
- Digitalt läkarstöd

- Delregional och central samverkansorgan HS-avtalet

Nämndens och förvaltningens arbete har under hela året präglats av intensivt och ständigt arbete med anpassningsarbete för att få en budget i balans. Processerna har överskuggat övrigt arbete och har tagit mycket kraft och energi från hela ledningsorganisationen. Neddragningar och omorganisation av arbete har skett kontinuerligt. En övergripande central översyn av hela den administrativa organisationen i kommunen har genomförts och bland annat resulterat i att en central bemanningsenhet ska inrättas och det administrativa stödet till chefer kommer att förändras. Planering av detta har påbörjats under 2019.

Äldreomsorg

Gemensamt äldreomsorg

Biståndshandläggning äldreomsorg

Biståndshandläggningen har under 2019 präglats av arbete med Mina planer; en gemensam plattform för kommuner och region Skåne för planeringen vid utskrivningar från slutenvård (se även informationen nedan). Utöver detta har vi arbetat vidare på utvecklingen av utredningsprocessen genom fördjupat samarbete med arbetsterapeuter och övrig HSL personal. Även utvecklingen av flöden vid beslut och uppföljningar av korttidsboende beslut har inletts under 2019.

SVU

SVU-processen, dvs utskrivningsprocessen från sjukhus ställer stora krav på kommunens organisation i form av flexibilitet. Tempot är högt och handläggningen mycket snabb vilket kräver mycket av personalen. Sedan lagen om samverkan vid utskrivning infördes i januari 2018 har vi sett ett kontinuerligt ökande tempo med mycket svängningar i planeringen. Så gott som alla planeringar sker nu på distans vilket är positivt med tanke på miljöpåverkan.

E-hälsa och välfärdsteknologi

Projektet GoDig har utbildat all personal inom digital teknik under 2019. Slutrapport kommer under första halvåret 2020. Projektet har givit möjlighet för all personal att få kompetensutveckling utifrån sin egen kunskapsnivå.

Under året har flera av insatserna från stimulansmedel angående välfärdsteknologi satts i bruk. HSL-verksamheten har startat upp användning av digitalt planeringsverktyg. På grund av hög belastning i verksamheten kommer arbetet att fortsätta under 2020. Trygghetskamera för nattverksamheten har testats på Soldalen med gott resultat. Flera vårdtagare har fått sova ostört på grund av att tillsyn kan utföras med kamera. VR-glasögon har testats på dagverksamhet och på demensboende. Lösningen har tyvärr inte givit de goda resultat vi hoppats på, vilket gör att vi avslutar detta försök. Robotkatterna har blivit en succé inom framför allt LSS. Denna teknologi kommer att fortsätta och utökas. Digital delegering och digital dosdispensering kommer att införas 2020.

Uppsökande verksamhet

Under året har besöken utförts enligt beslutad riktlinje. Verksamheten har utfört 289 besök. Fortfarande finns några som inte fått återkommande besök vart annat år men detta kommer att verkställas under 2020. Gruppträffar har hållits där flera personer fått råd och stöd från flera professioner i verksamheten.

Verksamheten har anpassats till 1,0 årsarbetare mot tidigare 1,3 årsarbetare. Verksamheten kan trots detta nå sina mål på grund av att visst administrativt arbete överförs till assistent inom hälsa och välfärd.

Under året har tre personer med tysta förmaksflimmer uppmärksammats i verksamheten och fått behandling från medicinkliniken i Hässleholm. Denna förebyggande åtgärd kan ha besparat tre personer att insjukna i stroke vilket minskat både lidande för personerna och minskat kostnader för kommun och region.

Särskilt boende

Under 2019 har en förändring i ledningsorganisationen förberetts. Enhetschefernas verksamheter har förändrats främst på Lindhem för att under 2020 kunna starta ett demenscentrum på Lindhem där hemtjänst grupp B, dagverksamhet för personer med kognitiv svikt och gruppboende ska samlokaliseras. I området för hälso- och sjukvård har enheten förändrats så att en enhetschef har ansvar för alla kommunens sjuksköterskor för att få en bättre översyn av verksamheten. I nattorganisationen har omvårdnadspersonalen inför 2020 delats upp i tre grupper så att de tillhör verksamheten de arbetar i vilket ger en större kontinuitet i vården för vårdtagarna.

Flera vakanser på enhetschefstjänster har funnits under hösten som gjort att det varit extra belastning på områdeschefer och

enhetschefer. Förvaltningen ser att detta blir ohållbart och riskerar att innebära sjukskrivningar i ledningsorganisationerna. Under 2020 kommer därför vakanser att ersättas för att få en hållbar ledningsorganisation.

Särskilt boende

Gemensamt

På alla särskilda boende har arbetet fortskridit med kvalitetssystemet för Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och personcentrerad vård. Verksamheterna har också arbetat för att alla vårdtagare har fått sina personliga behov uppfyllda bland annat med hjälp av mindre och större aktiviteter som ska göra dagen meningsfull. På alla boende har hållits aktiviteter inom och utomhus. Flera stora underhållningar har hållits i Lindhems trädgård samt på Soldalen och Bergfast. De stora aktiviteter som gjorts utomhus har på flera platser utförts tillsammans med förskolorna, LSS, Hemtjänst. Under året har åldresatsningen försvunnit vilket inneburit ökad arbetsbelastning för personalen på våra boende. För att behålla guldkant för äldre har en ny aktivitet och rehabgrupp tagits fram som planerat aktiviteter och mötesplatser på alla boende under hösten. Under året har extratjänsterna tyvärr avvecklats. Genom nystartsjobb har ett färre antal personer kunnat få anställning på våra boende.

På Särskilt boende fick verksamheterna förbättrat resultat i brukarundersökningen. Områden som förbättrats var i upplevt bemötande, i känsla av trygghet, i upplevelse av miljö inne och ute samt på flera andra områden. Samarbetet med närstående har ökat vilket känns som en framgångsfaktor för att visa det goda arbetet som utförs på våra särskilda boende.

Soldalen

Lokalerna har förändrats för att skapa lugnare miljöer för vårdtagarna. Personalen har fått mer kunskap kring arbetet med BPSD av vår endagsutbildning inom området. Personalen har även aktivt arbetat med att sprida verksamhetens aktiviteter digitalt via sitt instagramkonto. Digitala trygghetskameror har införts med gott resultat.

Bergfast

Verksamheten har arbetat aktivt med förebyggande arbete. Personalen har lagt stor vikt vid att arbeta med senior alert. Detta visar tydliga resultat i patientsäkerhetsberättelsen. På Bergfast har även lagts stor vikt vid att skapa möjligheter för TEAM-träffar för att förbättra den personcentrerade vården. Ökade möjligheter till detta kan göras när nattpersonal knyts till respektive boende. Vikt har även lagts på att förbättra kvaliteten i de sociala journalerna.

Lindhem

Verksamheten har fortsatt arbetet med att knyta ihop BPSD/Senior alert och fallprevention tydligt i nära samarbete med rehabpersonalen. Det har varit ett framgångsrikt arbete där tydliga resultat kan påvisa nyttan av strukturerade insatser hos de enskilda individerna. Teamarbetet är framgångsnyckeln på Lindhem. Under våren har projektet kring anhörigvård fortsatt det blivit tre träffar. Projektet kring Bryta trenden har fortsatt. Den långa sjukfrånvaron har minskat.

Rönnebacken

Projektet ”Möte mellan generationer” har fortgått under året, verksamheten har haft som mest nio ungdomar som arbetat i projektet. Efterhand har de som fyllt 18 år slutat, en del har då blivit timanställda inom Hälsa och Vårld. Resurser från sparbankstiftelsen har möjliggjort att en kör startat upp under våren. Under året har verksamheten även haft studiebesök från Malmö, Höör, Eslövs, Hörby och Östra Göinge kommun, som tagit del av vårt arbete av att ha språkombud på arbetsplatserna. Under året har en ny uteplats börjat ta form för att ge möjlighet till ökad utevistelse. Invigning av denna blir under våren 2020.

Ordinärt boende

Dagverksamhet för personer med kognitiv funktionsnedsättning

Efter beslut i nämnden har arbete med samlokalisering av dagverksamheten i Lönsboda respektive Osby inletts under hösten 2019. Vi kan nu konstatera att alla deltagare från Lönsboda som inte flyttat till särskilt boende har valt att fortsätta på dagverksamheten i Osby. Just nu håller vi på att sätta i gång med att göra i ordning lokalerna på Lindhem där verksamheten ska inhysas så småningom.

Träffpunkt för personer med psykisk funktionsnedsättning /missbruk

Denna verksamhet har under 2019 vuxit och tack vare bidrag från Lions har vi kunnat göra utflykter med deltagarna vilket har varit väldigt uppskattat och uppmärksammat. Utvecklingsarbete med att föra samman träffpunktsverksamheterna inom socialpsykiatri och hemtjänsten har inletts under hösten 2019. När dagverksamheten för personer med kognitiv funktionsnedsättning flyttar till Lindhem kommer boendestöd och träffpunktsverksamhet att flytta till lokalerna på Västra Storgatan vilket skapar förutsättningar för sammanslagning av dessa två verksamheter.

Hemtjänsten

I Lönsboda har vi gjort en mindre förändring i nattorganisationen vilket bl.a. har inneburit att vi har skapat en grupp som endast ska arbeta med vårdtagare som bor i ordinärt boende. Förändringen har gjorts för att skapa tydlighet i ansvarsfördelningen.

Inom hemtjänstgrupp A (med inriktning mot psykiatri och missbruk) har 2 medarbetare gått klart utbildningen till specialist undersköterska och tre håller på med samma utbildning. I o m detta skapas goda förutsättningar för vidareutveckling av verksamheten. Även tätare samarbete med behandlare inom missbruk bäddar gott inför framtiden.

Hemtjänstgrupp B (med inriktning mot arbete med personer med kognitiva funktionsnedsättningar) kommer också att flytta till Lindhem och bilda en enhet tillsammans med gruppboende på Lindhem och dagverksamheten för personer med kognitiv nedsättning.

Hemtjänstgrupper C, D och E har under året satsat på att utveckla arbete med Senior alert.

I såväl Lönsboda som i Osby har vi satsat på att göra planeringen mer effektiv. Vi försöker lägga ihop besöken hos vårdtagarna så vi sliper onödiga körningar. Genom detta sätt att planera kommer vi också att kunna förbättra kontinuitet hos våra vårdtagare. Även övergång till webbaserat planeringssystem som har inletts under hösten 2019 kommer att innebära ökade möjlighet för effektiviseringar. Arbete med effektiviseringar i planeringen kommer att prioriteras inte minst med tanke på att antalet utförda timmar inom hemtjänsten ökade under 2019.

Korttidsplatser

Under 2019 har det varit stort behov av korttidsplatser. Förvaltningen ser att fler vårdtagare är i behov av korttidsplats efter sjukhusvistelse. Viss beläggning har även berott på att vårdtagare väntat på plats till särskilt boende. På grund av detta har korttidsenheten haft överbeläggningar i stort sett hela året. Trygg hemgång medverkar till att fler kan komma till ordinärt boende direkt efter sjukhusvistelse vilket till viss del håller tillbaka behovet. Förvaltningen ser att behovet kommer att hålla i sig och eventuellt öka.

Boendestöd

Under 2019 har antalet ärende ökat vilket har inneburit ökat tryck på såväl boendestödjare som handläggare inom socialpsykiatri. Det är viktigt att hushålla med dessa resurser och ett sätt att göra det är att dra klar gräns mellan boendestöds- och hemtjänstinsatserna.

Hälso- och sjukvård

Sjuksköterskeorganisationen

Inom hälso- och sjukvård flera förändringar gjorts inom sjuksköterskeorganisationen. Flera vårdtagare, både i ordinärt och särskilt boende har skrivits in i mobila vårdteamet. I arbetet med digitalt läkarstöd har ingen teknisk utrustning kunnat motsvara det verksamheten behöver. Förändring i nattorganisationen som gått från tre sjuksköterskor nattetid, till två. Flera uppföljningar har gjorts under året och det nya arbetssättet börjar hitta sina former. I uppsökande verksamhet har arbetat enligt plan med tre hembesök/dag. Alla sjuksköterskor har fått eller kommer att få sårvårdsutbildning för att hålla sig uppdaterade samt ges förutsättningar att minska andelen trycksår i kommunen. Även utbildningar inom inkontinensförskrivning och nytt arbetssätt för strukturerat arbete kring palliativ vård har hållits. Det strukturerade arbetet (NVP) kommer att påbörjas under 2020.

Under hösten har sjuksköterskeorganisationen haft ett ansträngt läge med personal som varit sjukskrivna i både Osby och Lönsboda. Detta tillsammans med flera tunga vårdtagarärenden har gjort att verksamheten har varit ansträngd. Under slutet av året återgick flera i arbete vilket har gjort att situationen rätat upp sig.

Det är fortsatt brist på legitimerad personal och konkurrensen är hård om tillgänglig personal. Det är därför viktigt att fortsätta verka för att vara en attraktiv arbetsgivare.

Rehaborganisation

Inom rehabgruppen har arbetet kring samarbetet arbetsterapeut/biståndshandläggare utvärderats och visar mycket goda resultat. Vi ser detta som ett samband med de neddragningar av trygghetsvårdinna som gjorts under våren har vi skapat en ny grupp, aktivitets- och rehabgruppen bestående av två rehabassistenter samt aktivitetslots. De ska samordna och utföra aktiviteter i grupp och individuellt för att förebygga ensamhet, stärka muskulatur och balans samt öka självständighet. Deras arbete riktar sig både mot dem i ordinärt boende och de som bor på vård- och omsorgsboende. Det fallförebyggande arbetet man startat upp på Lindhem i samarbete med sjukgymnast håller även på att implementeras på Soldalen.

Neddragning i form av halvering av dietisttjänst med tjänsteköp av primärvården kommer att innebära besparing. Ny uppdragsbeskrivning för att behålla kvaliteten i arbetet har arbetats fram för dietist.

För att sprida information om Trygg hemgång har skriftligt informationsmaterial tagits fram och kan bifogas i Mina planer för att vårdtagaren ska kunna ta del av det när de vistas på sjukhus. Det finns även en film på kommunens hemsida. Information har även presenterats i olika forum för pensionärsföreningar för att vårdformen ska bli känd

Enheten för funktionsnedsatta

Gruppboendena har arbetat med rutiner som nu är välfungerande med årshjul för att uppfylla målen i verksamhetsplanen. På

en av enheterna har krävts extra bemanning, kompetensutveckling, handledning och personalvård för att möta de behov som funnits. Insatserna har varit omfattande kopplat till brukares behov men har haft god effekt. Samverkan har skett med dagverksamheten kring att lösa daglig verksamhet för brukare med specifika behov med bra resultat.

Gruppboendena är i behov av renovering och på Parkgatan har arbete skett med att renovera köken i lägenheterna. Även uterum har byggts.

På Västra storgatan har brandlarmet bytts ut och diskussioner om renovering pågår i samverkan med samhällsbyggnadsnämnden. Behoven av renovering av lägenheterna är mycket stora vilket lyfts till samhällsbyggnad som för en dialog med Osbyboendena.

Även på Ängdalen har det lagts vikt vid att arbeta med årshjul och rutiner med fokus på dokumentation. Mycket aktiviteter med personal och brukare har genomförts, både för att öka delaktigheten men även livskvaliteten för brukarna. Arbete pågår med att planera flytten av Ängdalen samt uppstart av vuxenkorttid på Ekelund. Serviceboendena har flyttat till nya lokaler vilket är mycket positivt.

Arbetet för god ekonomisk hushållning har under hela året pågått med extra försiktighet med anledning av kommunens ekonomiska situation. Även om en gruppboende haft mycket extrapersonal har gruppboendena ett överskott tack vare klok hushållning. Dock bör det beaktas att här finns en "löneskuld" då det finns mycket inestående årsarbetstid för dessa enheter och om denna tid tagits ut under året skulle överskottet blivit mindre. Detta kan istället komma att belasta nästa år vilket bör beaktas. För gruppboendena finns det 626 timmar inarbetad tid och detta motsvarar ca 140 tkr.

Fastighetsfrågan är ständigt aktuell. Ett beslut om boende finns som inte kunnat verkställas ännu. Fler boendeansökningar kommer. Ett stort behov finns av att komma igång med renovering av Ekelund samt byggnation av gruppboende.

En bejublad modevisning har genomförts inför ett fullsatt Borgen där brukarna inom LSS fick vara stjärnor för en kväll. En av årets höjdpunkter.

Elevunderlaget för elevboendet minskar och under året har därför nämnden fattat beslut om att avveckla elevboendet från juni 2020. Elevboendet har anpassat schema och resurser utifrån det minskande elevunderlaget.

SKR:s årliga brukarundersökning genomfördes för första gången genom att Osby kommun var med i Pictostat. ett web-baserat enkätverktyg som använder sig av Pictogramsymboler, fotografier och inspelat tal för att presentera och förtydliga frågeställningar och svarsalternativ för personer med olika former av kognitiva funktionsnedsättningar. Det gjorde att svarsfrekvensen förbättrades avsevärt. I daglig verksamhet har 85,19% svarat och i våra boende (gruppboendena och serviceboendena) har 100% svarat. Då denna enkät gjordes sent i höst pågår arbetet med att analysera svaren, några enheter har startat och vi följer upp med att ta upp ämnen på våra månadsmöten i verksamheterna med brukarna samt genom slingor i delaktighetsmodellen. Undersökningen visar att våra brukare trivs i stort och är trygga med sin personal och deras bemötande. De känner att de är delaktiga i sitt liv och får den hjälp och stöd de behöver.

En fortsatt satsning sker på TSS (Tecken Som Stöd) utbildning för all personal inom LSS. Det sker i egen regi då vi har en kunnig utbildad anställd personal inom vår verksamhet. I år gav vi även våra semestervikarier en liten enkel grundkurs i de vanligaste TSS-tecken som används.

Individ och familj

Ekonomiskt bistånd

Ett nytt arbetssätt implementerades under våren 2019. Syftet med det nya arbetssättet är att handläggare ska arbeta mer aktivt med att föra människor från bidragsberoendet till självförsörjning. Samarbete med arbetsmarknadsenheten har stärkts och utvecklats.

Öppenvård missbruk /missbruk

Två nya behandlare anställdes under våren 2019. Deras huvuduppdrag har varit att bygga upp verksamheten. Anhöriggrupp och frukostklubben är två gruppverksamheter som har provats under hösten. Anhöriggruppen har inte fått deltagare medan frukostklubben har några få deltagare. Anhöriggruppen pausas under period medan behandlarna fortsätter att arbeta vidare med frukostklubben under våren. Behandlarna har även en bred kunskap tillsammans, vilket gör att vi kan erbjuda ett mer behovsanpassat individuellt stöd.

Antalet placeringar har minskat från sju 2018 till elva 2019. Placeringstiden har även varit kortare än under 2018. Enheten har inte haft några LVM-placeringar under året.

Enheten har gått igenom en processkartläggning för att kunna utveckla sitt arbetssätt under 2020.

Enheten har haft stor nytta av vår nya öppenvård vilket har visat sig i att antalet placeringar inom institutionsvård har minskat. Handläggarna har ett större utbud av insatser att bevilja på hemmaplan.

Nya riktlinjer är framtagna och beslutade i nämnden i slutet av året.

Socialpsykiatri

Enheten startade med 8 långvariga placeringar. Av olika anledningar går vi in i 2020 med 5 långvariga placeringar. Det har även placerats två tillfälliga placeringar under 2019, varav en av dem kommer att följa med in i början på 2020.

Handläggarna på missbruk har under hösten 2019 kunnat börja bevilja boendestöd och träffpunkt till klienter inom missbruk. Detta för att få en så bra helhet för klienten som möjligt samt att minska antalet handläggare för klienterna.

Våld i nära relationer

Under 2019 har vi haft 11 skyddsplaceringar. Den längsta har varit i 8,5 månader och kommer att fortsätta under även nästa år. Antalet placeringar ser likvärdigt ut som föregående år. Denna långa placering beror på hedersproblematik.

Bostadsmarknaden är fortfarande svår för dessa klienter och utgör ett hinder när klient är redo att flytta från skyddat boende.

Handläggarna har fått fortsatt kompetensutveckling inom området för att stärkas i sina bedömningar. Även handläggare på ekonomiskt bistånd utbildas för att kunna täcka vid behov.

Enheten har gått igenom en processkartläggning för att kunna utveckla sitt arbetssätt under 2020.

Socialt boende

Ett intensivare arbete har skett med att få fler av våra klienter som har andrahandskontrakt att få överta sitt kontrakt. Detta har resulterat i att vi minskat antalet andrahandslägenheter med åtta lägenheter under 2019. Inför 2020 har vi endast fyra som bor i andrahandskontrakt.

Utslussning har utökats med två lägenheter under 2019.

Antalet jourlägenheter kommer att fortsätta att vara fyra eftersom det ständigt varit ett behov under hela 2019. Eftersom bostadsmarknaden har varit svår har vi haft fler som fått landa in i en jourlägenhet och ofta får vi tillsätta insatser där de får hjälp att söka lägenhet för att komma vidare.

Arbetsmarknadsenhet

Under 2019 har arbetsmarknadsenheten drivit två projekt. Projekt Samverkan för fler i arbetet (SfFiA) har drivits med medel från EU; projektet var ett samarbete mellan vår kommun och arbetsförmedlingen. Trots att arbetsförmedlingen gick igenom en stor omorganisation under 2019 har projektet till stor del uppnått de uppsatta målen. Projektet avslutades i januari 2020.

Det andra projektet drivs genom medel från FINSAM och är ett gemensamt projekt med övriga kommuner inom NÖ Skåne. Projektet heter Kompetens Validering och vår kommun är projektägare för detta projekt. Bärande länk i detta projekt är valideringsverktyg OCN (Open College Network). Under projektets gång har vi och övriga deltagande kommuner kommit fram att detta verktyg kan med fördel användas för att utveckla verksamhet och skapa förutsättningar för kompetensutveckling för personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden.

Under 2019 har vi inom förvaltningen diskuterat utvecklingen av servicegruppen. Bl.a. har vi kommit till insikt att vi behöver en annan kompetens inom gruppen för att kunna stötta och utveckla personer som kommer till servicegruppen. Vi har också definierat lämpliga arbetsuppgifter som gruppen ska utföra och inlett dialog med verksamheterna som berörs av detta.

Framtagandet av handlingsplanen för integration, kompetensutveckling och arbete har också berört arbetsmarknadsenheten. Bl.a. planeras flytten av handläggare på AME till framtida arbetsgivar- och arbetstagarcentrum.

Ett intensivt arbete med att ta fram och implementera riktlinjer för samverkan mellan enheten för ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsenheten har bedrivits under 2019. En punkt som har diskuterats är bland annat kodningen av personer som ansöker om ekonomiskt bistånd och hänvisas till arbetsmarknadsenheten. Kodningen innebär att personerna som ansöker om ekonomiskt bistånd kodas till en av följande grupper: arbetslösa, sjukskrivna och personer med social problematik. Det vi har kunnat konstatera är att nuvarande kodning (där de flesta kodades som arbetslösa) inte stämmer överens med Socialstyrelsens anvisningar. Att koda en person "rätt" innebär bl.a. att det blir lättare att välja insatser som ska sättas in för att stötta personen i strävan att uppnå självförsörjning.

Integration

Personal har lagt sina resurser på att stötta våra ungdomar i utslussningsfasen. Personal på ekonomiskt bistånd har även varit behjälplig med olika typer av integrationsfrågor hos sina klienter. Har även stöttat upp med att hjälpa till med bostadssökande till personer som har haft stora svårigheter i att hitta bostad

HAR VI UPPFYLLT VÅRA MÅL?

Nämndmål

Alla verksamheter ska systematiskt arbeta för minskad miljöpåverkan och ökad hållbarhet




Analys av resultatet

Förvaltningen konstaterar att vi inte uppnått våra mål på detta område. I huvudsak beror detta på faktorer, som ligger utanför förvaltningens kontroll. Laddmöjligheter för bilar kommer att finnas framöver, men har inte funnits. Det digitala läkarstödet saknar fortfarande utrustning vilket är ett bekymmer som hanteras av Region Skåne.

Förvaltningen har också under 2019 haft ett antal vakanser i ledningsorganisationen vilket lett till att alla verksamheter ännu inte lyckats få sina miljöprofiler på plats.

Slutsatser

Fortsatt arbete med resterande miljöprofiler under 2020 krävs för att få alla på plats. Under 2020 kommer ett antal fossilfria fordon att inhandlas och det finns gott hopp om en rejäl förbättring på det området. Förhoppningsvis kan Region Skåne hitta lösningar för det digitala läkarstödet då förvaltningen är redo för att arbeta med detta.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
 Antal fossilfria fordon. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 4	2	Under året som gått har ingen utökning av antalet fossilfria fordon skett. Vi har goda förhoppningar inför 2020 då ny upphandling är på gång efter årsskiftet. En utbyggd laddinfrastruktur och ny upphandling kommer att leda till att antalet fossilfria bilar kommer att öka markant.
 Andel miljöprofiler. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 100	64	En övergripande miljöprofil är framtagen. Varje enhet kommer att på olika sätt skapa aktiviteter för att arbeta kring de utvalda områdena i strategin. Målet har på grund av den ansträngda situationen i ledningsorganisationen inte uppnåtts. Arbetet fortsätter under 2020.
 Antal vårdtagare med biståndsbeslut som är inskrivna i mobilt vårdteam och som får digitalt läkarstöd. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 10	0	Verksamheten arbetar aktivt för att skriva in vårdtagare i mobilt vårdteam. Samarbetet med innovation Skåne som berör läkarstöd på distans har arbetat vidare men inte funnit någon leverantör för mobilt läkarstöd, som i nuläget kan användas av verksamheterna.



Den enskildes arbetsförmåga ska öka för att uppnå egen försörjning och bidra till framtida kompetensförsörjning.

Analys av resultatet

Detta mål får anses uppfyllt med fyra gröna och en gul indikator. Indikatorn för andelen personal med mindre än 5 arbetsdagars sjukskrivning når inte målet men befinner sig nära detsamma. Övriga ligger över det satta målet.

Slutsatser

Förvaltningen bör fortsätta det arbete som pågått under längre tid för att minska sjukfrånvaron. Det är också av vikt att förvaltningen, trots de goda resultaten, arbetar aktivt för att få ner siffrorna såväl när det gäller arbetslöshet som behovet av ekonomiskt bistånd. Mycket av detta arbete kommer att ske inom ramen för projektet IAK (Integration Arbete Kompetens).

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
 Andel långtidsarbetslösa 25-64 år. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Högst 4,5 %	4,5 %	Under 2018 har 4,5 % av vår befolkning mellan 25 och 64 år varit långtidsarbetslös, vilket är i nivå med det mål vi satt upp. Vi kan dock se en negativ trend de senaste åren, något vi hoppas kunna bryta genom att på olika sätt arbeta för att få ut människor på arbetsmarknaden framöver.
 Andel personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som får anställning inom vård och omsorg eller påbörjar en vårdutbildning. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 10 %	20 %	Under året har tre personer påbörjat utbildning medan fyra personer fått anställning inom vård och omsorg.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
◆ Andel anställda med mindre än 5 sjukdagar. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 50 %	46,5 %	Målet på 50 % har inte uppnåtts fullt ut. Under 2019 var andelen personal med mindre än 5 sjukdagar 46,5 %. Detta är en minskning med 1,5 % sedan 2018, en minskning som kan anses ligga inom felmarginalen men trots detta en utveckling vi måste se upp med.
● Andel som går en vård- och omsorgsutbildning i Osby som får anställning i Osby kommun efter avslutad utbildning. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 50 %	60 %	På ungdomsgymnasiet är i nuläget flertalet av eleverna från andra orter vilket försvårar anställning och praktik i vår kommun. För elever som går vuxenutbildning har 18 av 19 elever anställts efter avslutad utbildning vilket gör att vi når målet 50%.
● Andel invånare som någon gång under året erhållit ekonomiskt bistånd (Hälsa och välfärdsnämnden)	Högst 5,5 %	5,3 %	Under 2018 har 5,3 % av invånarna i kommunen erhållit ekonomiskt bistånd, vilket är något bättre än det mål på 5,5 % vi satte upp. Förhoppningen är att vi med arbetet som utförs inom ramen för arbetsmarknadsprojektet IAK ska kunna minska ytterligare framöver.

Kommunikation och digitalisering leder till förbättrad kvalitet, ökad trygghet och bidrar till ett starkare varumärke för Hälsa- och välfärdsnämnden hos medborgare och näringsliv.

Analys av resultatet

Detta mål anser förvaltningen vara delvis uppnått.

Brukarbedömningen ekonomiskt bistånd/missbruk har en bit upp till målet. Övriga indikatorer visar grön färg.

Slutsatser

Arbete med brukarnas uppfattning av vårt arbete gällande bistånd och missbruk bör prioriteras framöver. Fortsatt utveckling av digitalisering kommer att göras i hela förvaltningen.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
● Antal e-tjänster och digitala lösningar. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 15	15	De digitala lösningar som är tillgängliga finns inom äldreomsorg och LSS. Inom IFO finns fortsatt inga.
● Antal aktörer Hälsa och välfärd samarbetar med i näringslivet kring arbete och praktik. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 40	42	Under 2019 utökades samarbetet till att omfatta fler arbetsintegrerande företag.
● Antal positiva och informativa inlägg som publiceras om Hälsa och välfärd i massmedia. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 6	18	Hälsa och välfärd har uppmärksammats positivt ett stort antal gånger under året. Huvudsakligen i Allt om Osby och i Norra Skåne.
◆ Brukarbedömning ekonomiskt bistånd och missbruk - helhetssyn andel. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 90 %	74,5 %	För ekonomiskt bistånd var utfallet 82 % medan det för missbruk var 67 % som var positiva. Ett genomsnitt av detta ger 74,5 %, som håller sig inom 80 % måluppfyllnad då målet var 90 %. Antalet svar inom främst missbruk är litet. Långtgående slutsatser bör därför undvikas.

Behovet av insatser ska minska och leda till ett självständigt liv med en meningsfull vardag.

Analys av resultatet

Då den första indikatorn är missvisande, på grund av att den delvis mäter fel saker, får vi anse att målet är uppfyllt. Invånarna är överlag nöjda med våra insatser. Det finns behov av fördjupning i dessa siffror.

Slutsatser

Fortsatt arbete krävs med prioritering av arbete med att göra personer självständiga. Även om indikatorn gällande resultat efter etableringen visar positivt resultat anser förvaltningen att resultatet måste förbättras ytterligare.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
■ Andel personer som skrivs ut från sjukhus med Trygg hemgång. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 30 %	16 %	Indikatorn behöver förändras för att gälla endast de personer som har förändrade insatser.

Indikatorer	Mål	Utfall	Kommentar
● Andel äldre (80+) som bor kvar i ordinärt boende utan beviljade insatser. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 65 %	68,8 %	Under 2019 har 68,8 % av befolkningen över 80 år klarat sig helt utan insatser från kommunen. Vårt mål var 65 % så vi ligger en bit över detta mål. Av de som har insatser är ungefär hälften särskilt boende och resten hemtjänst/hemsjukvård. För att hålla kostnaderna nere när antalet 80 + ökar framöver hoppas vi kunna höja denna andel. Satsningar på förebyggande åtgärder av olika slag är sannolikt viktiga för att uppnå detta.
◆ Andel med hemtjänst som i helhetsbedömning av hemtjänst är mycket eller ganska nöjda. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 95 %	93 %	Nöjda var 93 % vilket är relativt nära det mål på 95 % vi satt.
● Andel på SÄBO som svarar positivt på bemötande, förtroende och trygghet. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 95 %	97 %	Här har förvaltningen tagit ett genomsnitt av dessa tre frågor vilket ger ett resultat på 97 %. Resultatet får anses vara mycket bra och för framtiden gäller det att jobba för att bibehålla den höga nivån.
● Andel brukare med insats servicebostad, daglig verksamhet, personlig assistans som är nöjda med självbestämmande och integritet. (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 95 %	100 %	Med en nöjdhet på 100 % ser förvaltningen inga möjligheter till ytterligare förbättring. Fortsatt arbete för att hålla denna nivå kommer dock att krävas.
● Andel som lämnat etableringsuppdraget och börjat arbeta eller studera (status efter 90 dagar) (Hälsa och välfärdsnämnden)	Minst 23 %	36 %	För 2018 var siffran 36% vilket ligger 13 procentenheter över vårt uppsatta mål. Vi ser en positiv trend och har en ökning på 19 procentenheter sedan 2015. Resultatet för Osbys del är dock betydligt sämre än för andra jämförbara kommuner (jämförbara Integration och socioekonomiskt). Osby kommun har inlett en översyn för att se hur vi som kommun kan vara med och påverka detta resultat i högre utsträckning.

NYCKELTAL OCH STATISTIK

Kostnadsuppföljning personal

tkr	2019	2018
Kostnad för arbetskraft	218 864	195 973
Varav kostnad för sjuklön	3 133	2 961

Observera att det under 2019 tillkommit verksamheter. Åren är därför inte jämförbara.

Generellt kan sägas att kostnaden 2019 varit lägre än den var 2018 för såväl nya som gamla verksamheter. Detta beror på neddragningar i ett antal verksamheter, främst inom ramen för äldreomsorg.

Personalstatistik

	2019	2018
Tillsvidareanställda	446	354

Det har detta år tillkommit ett antal verksamheter varför siffrorna inte är jämförbara. Någon verklig ökning av antalet anställda har inte skett.

Äldreomsorg

SÄRSKILT BOENDE	2 019	2 018	2 017
Genomsnittlig bruttokostnad per plats exkl fastighet (tkr)	569	581	566
Genomsnittlig fastighetskostnad brutto per plats	139	138	144
Antal platser	147	147	147
Sökande	65	72	65
Avslag	2	4	2
Bifall	63	68	63
Inflyttade	47	57	41
Antal dagar med betalningsansvar	0	0	0
ORDINÄRT BOENDE	2 019	2 018	2 017
Genomsnittligt antal hemtjänst	249	262	242
Bruttokostnad per person (tkr)	171	142	162
Utförda hemtjänsttimmar	81 948	79 427	83 263
Utförda timmar/vårdtagare	329	303	344

Analys och kommentarer särskilt boende

Kostnaderna för särskilt boende ligger i allt väsentligt i nivå med de kostnader vi hade 2017. Minskningen från föregående år handlar om att statliga bidrag för ökad bemanning försvunnit.

Analys och kommentarer ordinärt boende

Trots att genomsnittliga antalet vårdtagare har minskat har antalet utförda hemtjänsttimmar ökat. Detta beror framför allt på att vi har haft ett antal vårdtagare med omfattande hjälp i hemmet och väldigt högt antal utförda hemtjänsttimmar.

LSS

LSS	2 019	2 018	2 017
Antal personer med personlig assistans	21	22	24
varav LSS	6	6	7
Antal personer med daglig verksamhet	57	55	51
Antal personer med boende	27	27	26

Siffrorna avser genomsnittligt antal under året.

Lex Sarah och klagomål

	2019	2018	2017
Klagomål	18	12	24
Lex Sarah	13	17	16
Lex Maria	0	0	1

Ekonomiskt bistånd

	2019	2018	2017
Utbetalt ekonomiskt bistånd	17 326	15 353	11 504
Antal beviljade genomsnitt	172	151	136

Kostnad placeringar IFO

	2019	2018	2017
Placering missbruk	1 446	4 047	3 012
Placering våld i nära relationer	1 870	2 427	820
Placering psykiatri	5 230	5 898	5 339

EKONOMI

Tkr	Redov 2018	Redov 2019	Budget 2019	Avvik
Intäkter	43 252	57 165	58 855	-1 690
Kostnader	253 892	307 280	308 480	1 200
Resultat	-210 640	-250 115	-249 625	-490

Det bör observeras att de båda åren inte är jämförbara. Förvaltningen innehåller 2019 ett antal verksamheter, som inte fanns med 2018. På såväl intäkts- som kostnadssidan har interna transaktioner inom hemtjänsten rensats bort.

Analys av utfallet

Totalt höll sig resultatet ganska nära det budgeterade utfallet. Ett minus med 490 tkr får närmast betraktas som varande inom ramen för felräkning.

Förvaltningen har dock räddats av främst två verksamheter, som givit ordentliga överskott. Det var dels LSS-verksamheten som, delvis på grund av att planerad verksamhet inte kom igång, redovisat ett överskott. På flyktingsidan var det återsökta bidrag, som förvaltningen inte räknat med som gav ett större överskott än förväntat. På båda dessa områden kommer överskotten att försvinna framöver.

Till detta ska läggas vakanser inom ledningsorganisationen, som gav ett positivt utfall i pengar men ett negativt verksamhetsmässigt. Dessa vakanser kommer inte att finnas framöver.

För äldreomsorgen redovisas ett mindre underskott delvis relaterat till hårt tryck på korttidsboende under året. Antalet timmar utförda av hemtjänsten har också ökat vilket lett till högre kostnader än budgeterat. Som den demografiska utvecklingen ser ut är det föga troligt att detta tryck kommer att lätta framöver.

Förvaltningens IFO-verksamheter har inte lyckats hålla sig inom budgetramen. Detta beror främst på att utfallet för ekonomiskt bistånd hamnade över budgeterat resultat. Här pågår ett projekt med ambitionen att på sikt få ner dessa siffror och få folk ut i sysselsättning. Förvaltningen jobbar också vidare med att hitta hemmaplanslösningar, som kan minska behovet av placeringar. Kostnaden för dessa har under året minskat vilket delvis kan antas bero på att det anställts två personer, som arbetar med missbruksfrågor på hemmaplan.

FRAMTIDEN

Fullmäktigeberedningens betänkande Framtidens äldreomsorg 2016 - 2030 är antaget som ett visionärt styrdokument och ska ligga till grund för förvaltningens fortsatta arbete och planering. Kostnaderna för äldreomsorgen kommer tack vare den demografiska utvecklingen att öka mellan 20 - 40% enligt ett flertal forskningsrapporter bland annat Vårdanalys 2015:8. Utgångspunkten för förvaltningen har varit att hålla kostnadsökningen i den lägre nivån.

Beredningen föreslår satsningar på utbildning av personal, en utökning av förebyggande insatser som dagverksamheter och anhörigstöd samt demenssjuksköterska för att uppnå en personcentrerad och trygg omsorg. Förvaltningen har sedan betänkandet antogs tagit med dessa ambitionsökningar och satsningar i varje års budgetarbete men de ekonomiska förutsättningarna har hitintills inte tillåtit att genomföra dessa. Förvaltningen ser en stor risk att det kommer att bli svårt att följa intentionerna i beredningen om inte resurser tillförs. Det finns också en stor risk att kostnadsökningarna snarare kommer att bli 40% än 20% om inte beredningens förslag följs.

En av de största utmaningarna för framtiden är rekrytering och att behålla skickliga medarbetare. I betänkandet lyfter beredningen åtgärder som att erbjuda goda arbetsvillkor, att ge ett bra chefsstöd, att skapa karriärvägar och att förbättra marknadsföringen av omvårdnadsyrkena som viktiga faktorer för att öka attraktiviteten för kommunen som arbetsgivare. I och med certifieringen till Vård- och omsorgscollege, som Osby kommun deltar i tillsammans med Hässleholm, Östra Göinge, Perstorp och Bromölla samt Region Skåne och privata vårdgivare, kommer mycket av arbetet med dessa åtgärder att ske inom ramen för det samarbetet.

Välståndsteknologi kommer att vara ett intensivt utvecklingsområde de närmaste åren. Den tekniska utvecklingen går framåt i snabb takt och den ger möjligheter till nya arbetssätt som kan komplettera äldreomsorg och omsorg om funktionsnedsatta. Välståndsteknologi ska ses som trygghetsskapande tjänster som ökar den enskildes integritet, självständighet och främjar möjligheten att bo kvar i det egna hemmet. Välståndsteknologi kommer initialt att kräva investeringar och resurser kommer att behöva avsättas för detta. På sikt kan välståndsteknologi skapa smartare arbetssätt som dessutom blir kostnadseffektiva.

Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner och den 1 1/2 år gamla lag om samverkan vid utskrivning ställer ökade krav på hälso- och sjukvården i kommunen. Den statliga utredningen God och nära vård (SOU 2019:29) har genom sina delbetänkande pekat ut att allt mer vård kommer att ske i den enskildes hem. Enligt utredaren Anna Nergårdh behöver den primära vården där två huvudmän är inblandade öka möjligheten för alla som vill och kan vara mer aktiva i sin hälso- och sjukvård, till exempel via digitala lösningar. I utredningen skrivs det mycket om personcentrerad vård, en hälso- och sjukvård som utgår från varje individs unika behov. Hälso- och sjukvården måste också vara en bra arbetsmiljö, med goda förutsättningar att behålla och rekrytera medarbetare och inom kommunens hälso- och sjukvård vilket kräver personal med god kompetens som vill stanna och utvecklas hos oss.

Projektering pågår för att bygga ett nytt och mer kostnadseffektivt vård- och omsorgsboende i Lönsboda som ska ersätta Soldalen och Bergfast. Bergfast kommer att omvandlas till trygghetsbostäder. Dessutom bör Lindhem genomgå en om- eller nybyggnation för att uppnå god standard och kostnadseffektiv drift.

En stor utmaning för framtiden är att delta i det påbörjade övergripande arbetet med arbetsmarknadsfrågor, ökad sysselsättning och minskat bidragsberoende. Under 2019 har ett intensivt arbete drivits i syfte att ta fram förslag till ett helhetsgrepp i hanteringen av dessa frågor. Detta arbete har mynnat ut i en strategi för ökad integration, arbete och kompetensförsörjning (IAK), beslutad av kommunfullmäktige. Implementeringen av åtgärder i handlingsplanen har påbörjats under 2019 och kommer att fortsätta under 2020 och framåt.

Inom arbetsmarknadsenheten pågår ett projekt (Kompetensvalidering); projektet är en samverkan mellan kommuner i NÖ Skåne och inom ramen för FINSAM samarbetet. Redan nu kan vi se att arbetssätt och valideringsverktyg som används inom projektet är användbara i vårt framtida arbete med kompetensförsörjning och validering av informell kompetens.

Vuxenenheten har under 2019 implementerat ett nytt arbetssätt med fokus på att förflytta människor från bidragsberoende till självförsörjning till skillnad från en traditionellt "kontrollerande" arbetssätt. Detta arbetssätt behöver utvecklas vidare. Ytterligare utvecklingsområden är våld i nära relationer där vi ser ökat tryck, särskilt när det gäller placeringar. Verksamheten har identifierat ett behov av förberedande insatser på låg nivå för att närma sig studier och arbete. Utvecklingsarbete kommer inledas tillsammans med alla medarbetare inom vuxenenheten (missbruk, våld i nära relationer, socialpsykiatri, ekonomiskt bistånd) samt AME.

TILL NÄMNDEN

Till nämnden

Verksamhet	Redov 2019	Budget 2019	Avvik
Gemensamma kostnader	11 412	9 672	-1 740
Gemensamma kostnader ÅO	17 085	17 531	446
Ordinärt boende	59 355	57 392	-1 963
Särskilt boende	88 360	89 080	720
Insatser enligt LSS/LASS	37 643	39 298	1 655
Insatser IFO vuxen	35 578	33 798	-1 780
Arbetsmarknadsenhet	4 855	4 850	-5
Integration	-4 173	-1 996	2 177
Resultat	250 115	249 625	-490

Kommentarer till nämnden

Som framgår av ovanstående är det främst två verksamheter som bidragit till resultatet under 2019. LSS och Integration har båda givit stora överskott vilket gjort att resultatet blev ganska nära budgeterat.

När det gäller våra Gemensamma kostnader ska det påpekas att vi här har haft besparingsuppdrag på cirka 3 300 tkr budgeterat. Detta betyder att verksamheterna i själva verket visar ett resultat, som är 1 600 tkr bättre än budget.

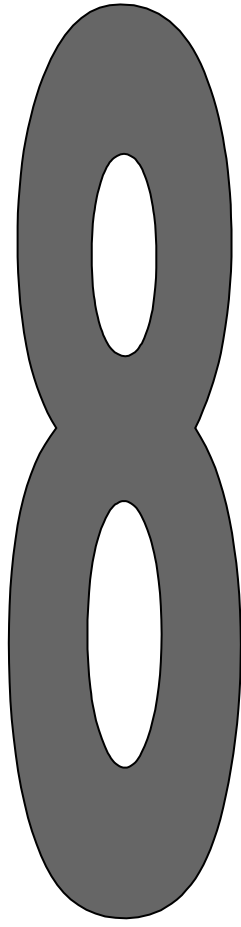
De vakanser inom ledningsorganisationen som i huvudsak är anledningen till detta har vi dock inga planer på att fortsätta med. Visserligen ger de ett positivt resultat i pengar men slitaget på kvarvarande chefer blir alltför stort.

Delegationsbeslut äldreomsorg

Äldreomsorg 2019			
Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
Hemtjänst service	150	1	0
Hemtjänst personlig omvårdnad	160	0	0
Matdistribution	120	0	0
Trygghetslarm	154	0	0
Avlösning i hemmet	16	0	0
Trygg hemgång	124	0	0
Boendestöd IFO öppenvård	28	0	0
Vård- o omsorgsboende	65	2	7
Beslut enligt 4 kap 1 § SoL	0	4	0
Korttidsvistelse SoL	122	0	1
Plats i dagverksamhet	2	0	0
Kontaktperson	11	0	0
Summa	952	7	8

Delegationsbeslut LSS

LSS 2019			
Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämpligt
Biträde personlig assistent	13	3	0
Ledsagarservice	6	1	0
Kontaktperson	4	0	0
Avlösarservice i hemmet	3	0	0
Korttidsvistelse utanför hemmet	7	7	0
Korttidstillsyn skolan över 12 år	1	0	0
Beslut boende barn/ungdom	0	0	0
Beslut boende vuxna inom kommunen	1	3	0
Beslut boende vuxna utanför kommunen	3	0	0
Daglig verksamhet inom kommunen	5	1	0
Daglig verksamhet utanför kommunen	1	1	0
Summa	44	16	0



Hälsa- och välfärd
Lina Bengtsson
0479528300
lina.bengtsson@osby.se

Överenskommelse om samverkansregler 2020 Sveriges Kommuner och Regioner SKR, Hälsa- och sjukvård 19/01386

Dnr HVN/2020:26 720

Hälsa- och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa- och välfärdsnämnden beslutar att anta överenskommelsen om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin enligt rekommendationer från SKR.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet berör samtliga invånare indirekt.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner, SKR har fattat beslut om en överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin att gälla från 2020.

Det finns sedan många år gemensamt överenskomna regler, de sk Samverkansreglerna om vad som gäller när hälso- och sjukvårdens och industrins medarbetare och chefer ska samverka med varandra inom olika områden. Parterna är Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech. Samverkansreglerna rör främst fortbildning och information av olika slag men även stipendier, donationer, konsultationer, utvecklingsprojekt mm. Samverkansreglerna reviderades senast för sex år sedan. Nu har de moderniserats och uppdateras till dagens kontext.

Den största förändringen inför 2020 är att Samverkansreglerna föreslås delas upp och bestå av två delar: en gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grunden för samverkan.

Samverkansreglerna är gemensamt framtagna utifrån omvärldens krav på ökad transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, bland annat avseende sjukvårdshuvudmannens ansvar för fortbildning.

Alla chefer och medarbetare i hälso- och sjukvården omfattas av dessa regler.

Grundregeln är att Industrin får inte erbjuda och medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården får inte begära eller motta förmåner eller annan ersättning, eller kräva åtgärder som strider mot dessa regler eller dess intentioner. Vidare beskrivs bl a regler för måltider, alkohol, sociala aktiviteter, resor och sponsring.

Beslutsunderlag

Barnkonsekvensanalys daterad 2020-02-12

Tjänsteskrivelse daterad 2020-02-10

Meddelande från SKR: styrelse ”*Rekommendation om överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin fr.o.m. 2020*” daterad 2019-12-13

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Lina Bengtsson
MAS/ Områdeschef

Beslutet skickas till

Barnkonsekvensanalys

Överenskommelse om samverkansregler 2020 Sveriges Kommuner och Regioner SKR, Hälso- och sjukvård 19/01386

Dnr HVN/2020:26 720

Vilka barn berör ärendet och hur?

Barn som har rätt till LSS-insatser,

Har berörda barns eget perspektiv beaktats?

Ja, beskriv metod

Beskriv resultatet

Nej, barns erfarenheter har inte inhämtats, motivera.

Det är generellt antaget att beslutet gynnar barn

Vilket beslut vore bäst för barnet?

Beslut att anta rekommendationen

Beskriv eventuella intressekonflikter, prioriteringar och avvägningar. Om barnets bästa inte är avgörande faktor i beslutet, hur kan barn kompenseras?

Finns inga intressekonflikter, alla medborgare gynnas av att det finns tydliga regler för samverkan mellan den offentliga hälso-och sjukvården och läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin.

FÖRDJUPAD KONSEKVENSBEDÖMNING

Finns stöd för beslutet i forskning och beprövad erfarenhet?

Ja, beskriv

Nej, motivera

Ej aktuellt

2019-12-13

Regionstyrelserna
Kommunstyrelserna

Meddelande från Styrelsen Rekommendation om överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin fr.o.m. 2020

Ärendenr: 19/01386

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 13 december 2019 beslutat

att godkänna överenskommelsen om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin,

att rekommendera regioner och kommuner att för sin del anta överenskommelsen, samt

att informera regioner och kommuner om beslutet.

Bakgrund

Sedan många år finns gemensamt överenskomna regler, kallade *Samverkansreglerna*, om vad som gäller när hälso- och sjukvårdens och industrins medarbetare och chefer ska samverka med varandra inom olika områden. Parter är Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech.

Kärnan i *Samverkansreglerna* rör fortbildning och information av olika slag men även stipendier, donationer, konsultationer, utvecklingsprojekt m.m. Samverkan runt kvalitetsregister, kliniska prövningar och biobanker omfattas inte, men hänvisning till *Samverkansreglerna* finns i dessa regelverk, som överenskomms med industriorganisationerna i särskild ordning.

Samverkansreglerna reviderades senast för sex år sedan. Nu behöver de moderniseras och uppdateras till dagens kontext. Inga förändringar av större dignitet föreslås, mer än förtydliganden och förenklingar för att göra dem mer kommunicerbara. Trots

att *Samverkansreglerna* funnits länge behöver kunskapen om dem förbättras i hälso- och sjukvården. Det förekommer såväl ”beröringskräck” som alltför vidlyftig samverkan. Båda är exempel på bristande kunskap om reglerna och dess intentioner och är signaler om behov av ökad förståelse, dels för vikten av samverkan med industrin, men också om de yttre ramarna för den. Förtroendet för det offentliga får inte riskera att skadas och roller och ansvar måste därför vara tydliga för alla inblandade parter vid samverkan.

SKR erfar att medlemmarna generellt har otillräcklig överblick och kontroll över vilka industrisamarbeten som förekommer i sina verksamheter, vilket också stöds av rapporten *Sponsring med eftertanke?* från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018. En större samordning över industrirelationer från sjukvårdshuvudmännens sida med transparens, ger bättre förutsättningar för en tillitsfull samverkan och utveckling för både hälso- och sjukvård som industrin.

Den största förändringen inför 2020 är att *Samverkansreglerna* föreslås delas upp och bestå av två delar: En gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grunden för samverkan. En klok och insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt. Som stöd för samverkan finns även en bilaga med specificerade samverkanssituationer, vilken kommer uppdateras mer löpande för största möjliga aktualitet. Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan.

Information om vid varje tidpunkt gällande samverkansregler återfinns på SKR:s webbplats, skr.se.

Förutom att för sin del anta överenskommelsen förväntas regioner och kommuner verka för en god följsamhet till samverkansreglerna och att deras medarbetare och chefer har kunskap om dem.

Överenskommelse om samverkansregler med bilaga redovisas i **bilaga 1a och 1b**.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knappe
Ordförande

ÖVERENSKOMMELSE OM SAMVERKANSREGLER

FÖR DEN OFFENTLIGT FINANSIERADE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, LÄKEMEDELSINDUSTRIN, MEDICINTEKNISKA INDUSTRIN OCH LABORORIETEKNISKA INDUSTRIN

Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningens Service AB, Swedish Medtech och Swedish Labtech har kommit överens om gemensamma regler för hur medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvård och industri ska samverka och interagera med varandra.

Parterna anser att samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri är en viktig del för utvecklingen av såväl hälso- och sjukvård som näringsliv och vill med reglerna värna om att samarbetet kan fortsätta att utvecklas på ett förtroendefullt sätt.

Samverkansreglerna är gemensamt framtagna utifrån omvärldens krav på ökad transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, bl.a. avseende sjukvårdshuvudmannens ansvar för fortbildningen.

Reglerna består av två delar: En gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grundförutsättningarna för samverkan. En klok och insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt. Som stöd för samverkan finns även bilagt en specifikation med konkreta samverkanssituationer, vilken parterna uppdaterar mer kontinuerligt för största möjliga aktualitet. Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan.

Det åligger parterna att verka för att respektive parts medlemmar har väl fungerande egenåtgärdssystem för att kunna upprätthålla en god följsamhet till samverkansreglerna och att deras medarbetare och chefer har kunskap om dem.

Parterna är överens om att gemensamt följa upp reglerna en gång per år.

Denna överenskommelse gäller fr.o.m. 1 januari 2020 tills vidare och ersätter tidigare överenskomna samverkansregler.

Anders Knappe

Sveriges Kommuner och Regioner

Helena Bragd

Swedish Medtech

Malin Parkler

Läkemedelsindustriföreningens
Service AB

Peter Simonsbacka

Swedish Labtech

Allmänna förutsättningar

I Sverige förekommer sedan länge en värdefull samverkan mellan hälso- och sjukvården, forskningen och industrin som har lett till en betydande utveckling. Samverkan har under många år varit en förutsättning för framtagande och utvärdering av nya metoder och behandlingar.

Industrin är en kunskapsintensiv bransch som är av stor betydelse för Sverige men för att effektivt kunna utveckla metoder och produkter behövs en nära och förtroendefull samverkan mellan företagen i sektorn och hälso- och sjukvården. En god samverkan mellan hälso- och sjukvård, forskning och industri skapar ömsesidigt engagemang för snabbare kunskapsinsamling, utvärdering och introduktion av nya behandlingsmetoder samt utfasning av äldre behandlingsmetoder. På så sätt ges förutsättningar för en ständigt förbättrad hälso- och sjukvård som är av stor vikt för samhället.

Utgångspunkten för all god samverkan är att ge patienterna en ändamålsenlig, evidensbaserad, kostnadseffektiv och säker vård.

Samverkan med industrin kan utgöra ett viktigt led i hälso- och sjukvårdspersonalens fortbildning och kompetensutveckling, vilket i sig är nödvändigt för att kunna förbättra metoder och behandling samt för att säkerställa en hög patient- och användarsäkerhet.

Hälso- och sjukvården står under kontinuerlig förändring samtidigt som efterfrågan på säkrare och effektivare behandlingar ökar. Parterna måste därför uppdatera reglerna återkommande så att de är anpassade till sin samtid.

Vården ska flytta närmare patienterna vilket innebär att den i större omfattning ska ske i primärvården, i hemmet eller på distans. Hälso- och sjukvården digitaliseras också i snabb takt. Nya sätt att möta eller monitorera patienten utvecklas. Läkemedel, medicin- och laborietechnik blir också allt mer integrerade, bland annat genom utveckling av nya diagnostiska metoder, mjukvaror och appar som stöd för den medicinska behandlingen.

Hälso- och sjukvårdens behov av kompetensförsörjning och kunskapsstöd ställer krav på nya arbetssätt där digitaliseringen och kunskapsstyrningen ger möjligheter till andra typer av mötesplatser. Resfria möten på distans kan möjliggöra kunskapsinhämtning eller dialog, där tid eller ekonomi utgör hinder. Regioner och kommuners gemensamma system för kunskapsstyrning kan medverka till informationsspridning av kunskap.

I alla situationer är det viktigt att hälso- och sjukvårdens medarbetare och företagen upprätthåller ett oberoende förhållningssätt gentemot varandra och i enlighet med de regler som finns i lagstiftningen, detta gäller särskilt vid upphandling.

Samverkansreglernas omfattning

Alla medarbetare och chefer i hälso- och sjukvården och industrin omfattas av dessa regler.

Oavsett om företag tillhör en branschorganisation eller inte ska hälso- och sjukvården tillämpa dessa regler på samtliga företag inom branscherna läkemedel, medecinteknik och laborietechnik som agerar på eller riktar sig mot den svenska marknaden.

Medlemmar i Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech inklusive moderbolag och systerbolag, ska tillämpa reglerna vid samverkan med alla medarbetare och chefer inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvård och industri ska förutom dessa regler och gällande lagstiftning följa de regler för resor, representation, bisysslor och övriga policys och affärs- och uppförandekoder som respektive arbetsgivare upprättat för sin egen verksamhet.

Bärande principer och regler

Utgångspunkten är att all samverkan ska vara dokumenterad, öppen för granskning, rimlig och ska tillföra alla samverkande parter nytta.

Följande principer gäller vid all form av samverkan

Förtroendepripcipen

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska inte innebära otillbörlig påverkan och får inte äventyra eller uppfattas äventyra, hälso- och sjukvårdens oberoende.

Förutsättningen för en sund samverkan är en god följsamhet till gällande lagstiftning, exempelvis avseende mutor, upphandling och beskattning. Detta för att säkerställa att skatte-medlen används korrekt, att patienter och användare kan försäkras om bästa möjliga hälso- och sjukvård, samt att samarbetet upprätthåller allmänhetens förtroende. Samverkan ska tåla granskning och prövning utifrån risken att äventyra förtroendet.

Nyttoprincipen

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska utgå från hälso- och sjukvårdens verksamhet och patientens behov och vara tydligt kopplad till företagets verksamhet. Det ska alltså finnas ett ömsesidigt nyttoperspektiv.

Transparensprincipen

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska vara öppen och transparent samt i enlighet med dessa regler, författningar, affärs- och uppförandekoder och policys.

För läkemedelsföretag finns via den europeiska läkemedelsindustriföreningen EFPIA ytterligare krav på transparens. Värdeöverföringar till såväl enskilda medarbetare som verksamheter i hälso- och sjukvården ska årligen öppet redovisas i Läkemedelsindustriföreningens samarbetsdatabas.

Proportionalitetsprincipen

Vid samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska respektive parts eventuella förpliktelser stå i rimligt förhållande till den andres. Vidare ska all form av ersättning vara proportionerlig, rimlig och motsvara marknadsvärdet av den tjänst som utförs.

Måttfullhetsprincipen

Arrangemang som på något sätt stöds eller arrangeras av industrin ska genomsyras av måttfullhet. Kravet på måttfullhet innebär att förmånen inte får framstå som beteendepåverkande för mottagaren.

Dokumentationsprincipen

All form av samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri där någon form av ersättning eller kostnadstäckning förekommer ska vara skriftligt dokumenterad t.ex. via beslut, avtal eller överenskommelse. Relevant dokumentation som avtalet, relaterade rapporter, fakturor m.m. måste bevaras minst 2 år från avslutat projekt. Detta gäller vare sig den rör enskilda eller grupper av medarbetare eller är på verksamhetsnivå.

Följande regler gäller vid all form av samverkan

<i>Grundregel</i>	Industrin får inte erbjuda och medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården får inte begära eller motta förmåner eller annan ersättning, eller kräva åtgärder som strider mot dessa regler eller dess intentioner.
<i>Godkännande av deltagande</i>	Den som deltar i en sammankomst ansvarar för att arbetsgivarens godkännande för deltagande är inhämtat.
<i>Måltider</i>	Vid sammankomster arrangerade av eller i samarbete med industrin får industrin erbjuda en måttfull måltid i anslutning till sammankomsten. Vid distansdeltagande får måltid inte erbjudas. Fri måltid kan, beroende på sammankomstens karaktär och frekvens, innebära en skattepliktig förmån.
<i>Alkohol</i>	Alkoholförtäring i samband med sammankomst ska ske restriktivt och enbart i samband med måltid. Sprit får aldrig erbjudas. Alkohol fria alternativ ska alltid finnas.
<i>Sociala aktiviteter</i>	Varken i samband med sammankomster eller umgänget i övrigt får sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter finansieras av industrin eller efterfrågas av medarbetare inom hälso- och sjukvården.
<i>Resor</i>	Resor ska planeras så att ankomst och avresa sker i så nära anslutning till uppdraget som praktiskt möjligt. Vid flygresor ska ekonomiklass väljas. Väl motiverade undantag kan göras för resor (> 6h) utanför Europa.
<i>Medföljande</i>	Endast deltagare i arrangemang får bjudas in. Medföljande får inte delta.
<i>Sponsring</i>	Industrin kan mot en rimlig motprestation sponsra yrkesmässiga delar av specifika aktiviteter eller sammankomster som har en koppling till det egna verksamhetsområdet. Med koppling menas att företaget har produkter eller bedriver forskning inom ett visst terapiområde. Sponsring får endast avse faktiska kostnader för enstaka tydligt avgränsad aktivitet-/sammankomst. Sponsring av ordinarie verksamhet, deltagaravgifter samt resor och logi får inte ges av företagen eller begäras av hälso- och sjukvården.
<i>Val av ort och lokal</i>	<p>Industrin får endast arrangera eller sponsra sammankomster utanför Sverige eller Öresundsregionen om majoriteten av deltagarna inte är från Sverige eller om motsvarande kunskap eller erfarenhet inte kan inhämtas här.</p> <p>Valet av ort och lokal för arrangemangs genomförande ska vara rimligt i relation till syftet med arrangemanget. Fritidsorter under säsong och platser som är kända för sin exklusivitet ska undvikas, till exempel vintersportorter under skidsäsong. Samma gäller för orter där större internationella evenemang pågår samtidigt eller i anslutning till arrangemanget - till exempel idrottstävlingar.</p>

Definitioner

<i>Bisyssla</i>	Varje syssla, tillfällig eller stadigvarande, som utövas vid sidan av anställningen och som inte är hänförlig till privatlivet.
<i>Hälso- och sjukvård</i>	All offentligt finansierad hälso- och sjukvård i landsting, regioner och kommuner samt privat verksamhet med vårdavtal eller enligt LOV (Lagen om Valfrihetssystem).
<i>Industri</i>	Alla företag inom branscherna läkemedel, medicinteknik och laboratorieteknik som agerar på eller riktar sig mot den svenska marknaden.
<i>Medarbetare</i>	Anställd, student under utbildning eller praktik, uppdragstagare eller konsult.
<i>Ordinarie verksamhet</i>	Ordinarie verksamhet i dessa regler avser aktiviteter inom den löpande verksamheten som en enhet inom hälso- och sjukvården bestämt att den ska utföra, förutom författningsreglerade arbetsuppgifter.
<i>Sjukvårdshuvudman</i>	Region eller kommun med ansvar för hälso- och sjukvård.
<i>Verksamhetschef</i>	Inom all hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret.
<i>Produktinformation</i>	Med produktinformation avses sammankomst med syfte att informera om en produkts specifika egenskaper eller handhavande i marknadsföringssyfte.
<i>Sponsring</i>	Med sponsring menas ekonomiskt eller annat stöd och det innefattar en marknadsmässig motprestation såsom t.ex. utställningsplats, möjlighet till produkt demonstration eller annan form av exponering. Sponsring skiljer sig från en donation, där en motprestation saknas.
<i>Sammankomst</i>	Alla former av möten där hälso- och sjukvårdens medarbetare och chefer och industrin interagerar med varandra. Sammankomst kan även ske på distans.
<i>Konsultation</i>	Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvård som utför uppdrag åt företag. Konsultation kan t.ex. röra uppdrag inom forskning, utbildning, konferenser, produktutveckling och rådgivande organ s.k. advisory boards.

SPECIFIKATION AV SAMVERKANSITUATIONER

BILAGA TILL ÖVERENSKOMMELSEN OM SAMVERKANSREGLER FÖR DEN OFFENTLIGT FINANSIERADE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, LÄKEMEDELSINDUSTRIN, MEDICINTEKNISKA INDUSTRIN OCH LABORATORIETEKNISKA INDUSTRIN

Överenskommelsen om samverkansregler är en av parterna undertecknad policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grundförutsättningarna för samverkan.

Som stöd för mer löpande samverkan har parterna utarbetat denna bilaga med specifika samverkanssituationer, vilken parterna uppdaterar mer kontinuerligt för största möjliga aktualitet. Aktuell version publiceras på respektive parts webbplats och integreras i förekommande fall i egna etiska regelverk.

Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1)	Särskild information och åtgärder i syfte att säkerställa korrekt och säkert handhavande och funktion.....	2
a)	Serviceinformation för Medicinteknik- och IVD-företag	2
b)	Riskminimeringsinformation (RMI) för läkemedelsföretag	2
2)	Produktinformation	3
3)	Övriga sammankomster.....	3
a)	Sammankomster arrangerade av industrin	4
b)	Sammankomster gemensamt arrangerade av hälso-och sjukvården och industrin	4
c)	Sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part	4
4)	Konsultation och uppdrag för industrin	5
5)	Stipendier.....	5
6)	Donationer.....	6
7)	Utvecklingsprojekt där hälso-och sjukvården och läkemedelsföretag samverkar	6
8)	Referenskund.....	7
9)	Marknadsundersökningar.....	7

1) Särskild information och åtgärder i syfte att säkerställa korrekt och säkert handhavande och funktion

a) Serviceinformation för Medicinteknik- och IVD-företag

Med serviceinformation avser parterna den genom EU:s förordning för medicintekniska produkter, (MDR 2017/745 och IVDR 2017/746), stadgade skyldigheten att tillhandahålla information där en produktspecialist instruerar om patientsäkert och korrekt handhavande av produkten, samt följer upp på produktens användning. Informationen ges på produkter som redan är upphandlade eller på annat sätt inköpts av hälso- och sjukvården och gäller även för produktuppdateringar och ersättningsprodukter.

Serviceinformation avser instruktion och rådgivning om daglig drift och hantering av medicintekniska produkter, samt uppföljningen av dessa, på den enhet där de används eller ska användas.

Informationen ska ges till de medarbetare som av säkerhets- eller handhavandeskäl behöver ta del av den. Informationen ges under arbetstid och på arbetsplatsen och ska utgå från lagkrav samt hälso- och sjukvårdens behov och efterfrågan. Avsteg från detta ska vara välmotiverat och kunna redovisas, t.ex. för tung utrustning som inte kan flyttas, simulatorverksamhet eller träning hos speciellt utbildningscenter eller liknande situationer som omöjliggör adekvat träning på den normala arbetsplatsen.

Serviceinformationen och uppföljningen av denna ska tillföra medarbetarna i hälso- och sjukvården nytta i den dagliga yrkesutövningen. Företag får inte benämna information eller besök serviceinformation i syfte att marknadsföra andra produkter än de redan införskaffade. Den får heller inte användas för att möjliggöra finansiering av annan samverkan eller sammankomst. Detta är särskilt viktigt att beakta om serviceinformationen ges utanför arbetsplatsen.

Utöver vad som anges i upphandlingskontraktet kan den som tillhandahåller serviceinformation stå för samtliga relevanta kostnader för att serviceinformationen ska kunna genomföras. Detta ska i sådana fall dock ske i enlighet med de bärande principerna i samverkansreglerna.

Tillhandhållande av serviceinformation påverkas inte av pågående inköpsprocess.

b) Riskminimeringsinformation (RMI) för läkemedelsföretag

Med riskminimeringsinformation (RMI) avses den information som innehavare av marknadsföringstillstånd är ålagd att kommunicera till hälso- och sjukvårdspersonal (eller patient via hälso- och sjukvårdspersonal) enligt särskilda villkor i produktens godkännande (2001/83/EG) eller som ålagts efter godkännande pga. uppkommen säkerhetssignal.

RMI är avsedd att säkerställa korrekt och säker användning av ett läkemedel och är beskriven i produktens riskhanteringsplan.

RMI utgår från patientsäkerhetsaspekter och ges till de medarbetare som av säkerhets- eller handhavandeskäl behöver ta del av den. Informationen ges under arbetstid och på arbetsplatsen. Avsteg från detta ska vara välmotiverat och kunna redovisas.

Företag får inte i samband med besök eller sammankomst rubricerad som RMI marknadsföra berörd produkt och/eller andra produkter. RMI får inte heller innebära finansiering av annan samverkan eller sammankomst. Detta är särskilt viktigt att beakta om informationen ges utanför arbetsplatsen.

Utöver vad som anges i eventuella upphandlingskontrakt kan företaget stå för samtliga relevanta kostnader för att RMI ska kunna genomföras, dock i enlighet med de bärande principerna i detta regelverk.

Tillhandhållande av RMI påverkas inte av pågående inköpsprocess.

2) Produktinformation

En sammankomst avseende produktinformation ska ge deltagarna aktuell och relevant information om egenskaper, funktioner och handhavande av specifika läkemedel eller medicin- och laboratorietekniska produkter. För medicin- och laboratorietekniska produkter ges produktinformation när det avser produkter som inte är upphandlade eller finns upptagna i läkemedelsförmånen och som ännu inte används i hälso- och sjukvården, det vill säga en aktivitet i marknadsföringssyfte.

Inbjudan skickas till relevanta medarbetare, det vill säga den huvudsakliga målgruppen för sammankomsten, med kopia till verksamhetschef eller den person denne utsett.

Av inbjudan ska framgå innehåll, tidsmässig omfattning och, om möjligt, tid och plats. I rubriken ska det anges att det handlar om produktinformation. Inbjudans utformning ska ske så att det tydligt framgår att informationen inte är produktneutral.

Produktinformation ska företrädesvis ske till grupp av medarbetare på mottagarens arbetsplats och under arbetstid.

3) Övriga sammankomster

Övriga sammankomster avser olika former av kompetensutveckling, t.ex. terapiinriktad utbildning, seminarier, vetenskaplig sammankomst, kongresser och symposier.

Arbetsgivaren har ansvar för medarbetarnas fortbildning och kompetensutveckling och ska stå för eventuella kostnader för deltagande i sådana aktiviteter.

Nedan redogörs för olika huvudtyper av sammankomster (a, b, c) varefter mer detaljerade regler för dessa specificeras.

Innehåll: industrin får endast erbjuda sammankomster och sponsring av event som har en koppling till företagets egna verksamhetsområden. Det vetenskapliga och yrkesinriktade programmet ska utgöra den dominerande delen av och syftet med den aktuella sammankomsten.

Kostnader: industrin får bidra till kostnader för lokal, föredragshållare, studiematerial, måttfulla måltider och liknande som är nödvändigt för sammankomstens genomförande.

Resor och logi: får inte bekostas av industrin eller begäras av enskilda deltagare. Bokning av resa och logi får ombesörjas av industrin. Om bokning och betalning görs av industrin ska företagen fakturera deltagarna fullt ut. För möten enligt c) nedan får inte heller bokning av resa eller hotell göras.

Arvodering: deltagare i sammankomster får inte erbjudas arvode av företag och deltagare har inte rätt att motta eller begära arvode för sitt deltagande.

a) Sammankomster arrangerade av industrin

Typexempel: ett terapimöte som industrin finansierar själv eller med deltagaravgifter, hälso- och sjukvårdens deltagare bekostar själva resa och hotell.

Industrin kan själva arrangera, bekosta och stå som avsändare för sammankomster riktade till i huvudsak medarbetare i hälso- och sjukvården.

Inbjudan: inbjudan skickas till relevanta medarbetare, det vill säga den huvudsakliga målgruppen för sammankomsten med kopia till verksamhetschef.

Läkemedelsföretag ska också skicka kopia på inbjudan för kännedom till berörda läkemedelskommittéer. Medicintekniska företag ska, om relevant, skicka kopia till berörda medicin-tekniska chefer.

Vid öppen annonsering av fysiska sammankomster i tryckt eller webbaserad media riktade till en större målgrupp, behöver inbjudningsförfarande enligt ovan inte följas. Samma gäller för deltagande på distans till sådana sammankomster eller distansdeltagande för andra sammankomster som riktar sig till stor målgrupp. Typexempel: Större utbildningstillfälle, kongress eller symposium som annonseras i medicinsk facktidskrift eller dess webbversion och som alla berörda medarbetare kan förutsättas ha åtkomst till.

I inbjudan ska anges syfte och innehåll, den tidsmässiga omfattningen av den planerade sammankomsten, plats, de kostnader företaget eventuellt avser stå för, samt eventuella sidoarrangemang.

Om produktinformation förekommer ska detta tydligt framgå av inbjudan.

Mötesplats: sammankomsten ska normalt tillhandahållas på deltagarens arbetsplats, eller på samma ort som deltagarnas arbetsplats är belägen, eller så nära denna ort som möjligt, om inte särskilda skäl motiverar annat.

b) Sammankomster gemensamt arrangerade av hälso- och sjukvården och industrin

Typexempel: möte anordnat av hälso- och sjukvården, inklusive dess professioner, och industrin där parterna delar på ansvar och kostnader.

Industrin kan i samarbete med hälso- och sjukvården delbekosta och stå som avsändare för sammankomster riktade till i huvudsak medarbetare i hälso- och sjukvården.

Ingen sponsringsituation föreligger eftersom alla parterna är arrangörer.

Mötesplats, inbjudningsförfarande och innehåll: Samma regler som vid 3a) ovan.

Båda parter förväntas bidra till sammankomstens genomförande. Gemensamma kostnader som är nödvändiga för sammankomstens genomförande fördelas mellan parterna, dvs lokal, föredragshållare, studiematerial, måttfulla måltider och liknande. Hälso- och sjukvården står för kostnader för egen personal, som exempel interna föreläsare, kurssekreterare och liknande.

c) Sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part

Typexempel: sammankomst arrangerad av eller på uppdrag av hälso- och sjukvården eller en intresseförening som organiserar medarbetare inom hälso- och sjukvården.

Intäkter från sponsringen får enbart täcka faktiska, dokumenterade, skäliga och direkta kostnader. Vilka som är sponsorer ska kommuniceras i god tid innan sammankomsten.

Sponsring av sammankomster där måltiden utgör den enda faktiska kostnaden får inte begäras eller erbjudas.

Sponsring av hälso- och sjukvårdens interna aktiviteter får inte förekomma t.ex. enskild verksamhets utbildning, planeringskonferens eller personalfest. Inte heller får sådan sponsring begäras eller erbjudas.

Hälso- och sjukvården står för kostnader för egen personal, som exempel interna föreläsare, kurssekreterare och liknande.

Vid förfrågan om sponsring ska arrangören tillhandahålla en fullständig budget för aktiviteten som beslutsunderlag, där samtliga kostnader preciseras. Inom tre månader efter avslutad aktivitet ska uppföljning av budgeten ske där det ekonomiska utfallet redovisas för berörda sponsorer, inklusive utställare. När sponsorintäkterna går jämnt upp med kostnaderna så räcker en enkel skriftlig kommunikation att så är fallet. Om sponsorintäkterna genererar ett överskott ska återbetalning som huvudregel ske till sponsorerna.

4) Konsultation och uppdrag för industrin

Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården utgör många gånger ett viktigt inslag i olika aktiviteter, till exempel forskning, utbildning, konferenser, produktutveckling och rådgivande organ, så kallade advisory boards.

Medverkan bör normalt vara ett uppdrag i tjänsten. Om uppdraget är av konsultativ karaktär ska den betraktas som bisyssla. I sådana sammanhang ska gällande bisyssleregler tillämpas.

Uppdraget ska vara skriftligt överenskommet mellan medarbetaren, medarbetarens arbetsgivare och företaget. Hos en offentlig arbetsgivare utgör överenskommelsen allmän handling. Ersättning för utfört arbete ska vara skälig i förhållande till arbetets innehåll och nedlagd tid. Utöver kostnadstäckning för resor, kost och logi får inga andra ersättningar, förmåner eller gåvor förekomma. Ersättning för uppdrag i tjänsten ska utbetalas till arbetsgivaren.

Konsulten ska i överenskommelsen uppmanas att i relevanta situationer som t ex vid uppdrag för myndigheter eller expertorgan vara transparent med uppdraget och inkludera detta i aktuell jävsdeklaration.

Att medverka i ett advisory board är ett uppdrag där industrin engagerar och arvoderar medarbetare i hälso- och sjukvården för att ge oberoende råd och bidra med kunskap inom ett särskilt område där kunskapen inte kan erhållas inom företaget och företaget avser att vidta åtgärder utifrån den information som inhämtats.

Ett advisory board utgör därmed en mindre grupp med ett fåtal deltagare och antalet medarbetare som anlitas ska inte vara högre än vad som är nödvändigt för att uppnå det identifierade målet. Urvalskriterierna vid val av medarbetare ska vara baserade på det identifierade behovet och ansvariga personer från industrin ska ha den erfarenhet som krävs för att kunna utvärdera om en viss person inom hälso- och sjukvården uppfyller dessa krav.

Ett advisory board är en aktivitet som inte får syfta till att påverka deltagarna.

5) Stipendier

Industrin får finansiera stipendium som riktas till hälso- och sjukvården. Ett stipendium delas ut efter nominering till personer för att främja ett visst ändamål. Företag får endast ge stipendium inom ett område som har koppling till företagets egna verksamhetsområden.

Stipendiet ska vara av yrkesförkovrande natur, till exempel framtida utbildning och forskning eller liknande och ska ge mervärde till hälso- och sjukvården. Urvalskriterier, ändamål, stipendiekommitté, motiv till val av stipendiat samt stipendiegivare ska vara offentligt och transparent.

Givaren av stipendiet ska inhämta godkännande av stipendiats arbetsgivare. Stipendium får inte utgöra ersättning för arbete för arbetsgivarens räkning.

Stipendium i form av resa eller deltagande vid kongress får inte utges till hälso- och sjukvårdens medarbetare för att kringgå intentionerna med dessa samverkansregler.

6) Donationer

Donationer får inte ges till hälso- och sjukvårdens interna aktiviteter eller ordinarie verksamhet. Industrins donationer får aldrig begäras eller erbjudas för att finansiera sociala aktiviteter.

Industrins donationer till hälso- och sjukvården får endast ges till forskning och utveckling (FoU) och under förutsättning att donationen är transparent, väldokumenterad, samt i enlighet med denna överenskommelse och dess intentioner.

Donationer får dock inte på något sätt kopplas till tidigare, nuvarande eller potentiellt framtida användning, rekommendation, försäljning eller förskrivning av givarens produkter eller tjänster.

7) Utvecklingsprojekt där hälso- och sjukvården och läkemedelsföretag samverkar

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsföretag kan se ut på olika sätt och ha olika syften.

Med utvecklingsprojekt avses samverkan i projektform kring områden och ämnen med naturlig koppling till de ingående parternas verksamhetsområden. Utvecklingsprojekt får inte startas i syfte att finansiera eller på annat sätt stödja hälso- och sjukvårdens ordinarie verksamhet.

Projektförslag avseende utvecklingsprojekt ska skickas till verksamhetschefen som informerar eventuella relevanta instanser. Ett avtal ska alltid tecknas som reglerar projektets innehåll och omfattning. Ett utvecklingsprojekt får inte utgöra ett personligt uppdrag med en enskild medarbetare, utan avtal ska tecknas mellan läkemedelsföretaget och en enhet inom hälso- och sjukvården.

Avtalet får inte innebära exklusivitet för läkemedelsföretaget att träffa avtal om samarbeten med en eller flera enheter inom hälso- och sjukvården. Avtalet skall tydliggöra sjukvårdens respektive industrins roller och ansvar (t.ex. beträffande hantering av personuppgifter, patientansvar och hur resultaten från ett utvecklingsprojekt får användas).

Såväl hälso- och sjukvården som företaget ska bidra till projektet med resurser såsom ekonomiska medel, material och/eller arbetstid. Fördelningen mellan parternas bidrag ska vara balanserad. Hälso- och sjukvården ska alltid bära sina egna administrativa kostnader förknippade med projektet, t.ex. medarbetares tid eller resor som utförs inom ramen för utvecklingsprojektet.

Det ska finnas en detaljerad projektplan som även ska reglera hur projektet ska utvärderas och erfarenheterna tillvaratas och spridas/offentliggöras. En budget ska alltid biläggas.

Projektet skall vara avgränsat i tid (som regel max 1 år) och inte vara längre eller mer omfattande än vad som är motiverat för att uppnå syftet med projektet. Projektet skall avslutas efter projekttiden.

Samarbetet ska redovisas öppet, för läkemedelsföretag innebär det att de ska tillhandahållas i Läkemedelsindustriföreningens samarbetsdatabas.

Aktiviteter som inte definieras som utvecklingsprojekt i dessa regler är:

- samverkan för att utveckla kommersiella produkter åt företag. Sådana projekt ska utföras inom ramen för konsultavtal,
- erbjudanden till vården kopplade till ett företags läkemedel genom avtal eller upphandling regleras inom ramen för sedvanlig affärsverksamhet, på central regional eller nationell nivå för att upprätthålla en sund konkurrens. Exempel på områden är ordnat införande och exempel på produkter och tjänster som kan omfattas är tester, diagnostik eller avancerade patientstödsprogram.

8) Referenskund

Med referenskund avses en enhet inom hälso- och sjukvården där medicintekniska produkter, tjänster och behandlingsmetoder görs tillgängliga för kunder och intressenter i syfte att utveckla och sprida kunskap om produkter eller tjänsters funktion i daglig drift.

För att ett företag ska kunna ange en enhet som referenskund ska ett avtal som reglerar alla delar av relationen upprättas mellan parterna. I avtalet ska det anges på vilket sätt företaget får använda referenskunden i marknadsföringssyfte.

9) Marknadsundersökningar

Marknadsundersökningar är enkäter, intervjuer och fokusgrupper med olika mål och upplägg och får endast ha som syfte att inhämta information, åsikter och attityder. Undersökningar får inte syfta till att påverka respondent eller förmedla säljbefrämjande kontakter. När företag som omfattas av dessa samverkansregler låter genomföra marknadsundersökningar ska den som utför undersökningen följa de etiska riktlinjerna för marknadsundersökningar enligt ICC/ESOMAR.

Förfrågan om deltagande i marknadsundersökning får endast ske via e-post eller brev om inte annat överenskommit i det enskilda fallet.

Andelen respondenter får inte överskrida det antal som är nödvändigt för att uppnå rimlig säkerhet i resultatet. Respondenters svar ska behandlas strikt konfidentiellt och i enlighet med vid var tid gällande dataskyddslag.

Ersättning för deltagande får inte överskrida vad som är rimligt i förhållande till tidsinsatsen. För snabbt genomförda marknadsundersökningar via telefon eller enkät ska ingen eller endast en symbolisk ersättning utgå. För mer tidsomfattande marknadsundersökning, till exempel med djupintervju, kan en ersättning utgå som motsvarar tidsåtgången, dock högst 2,5 procent av gällande prisbasbelopp/KPI.

Respondenten ansvarar för att vid behov inhämta arbetsgivarens samtycke. Vid ekonomisk ersättning för deltagande i marknadsundersökning som har koppling till yrkesutövningen, bör alltid arbetsgivarens samtycke inhämtas.

9

Hälsa- och välfärd
Emma Frostensson
0479528120
emma.frostensson@osby.se

Handlingsplan digitalisering

Dnr HVN/2020:24 700

Hälsa- och välfärd förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

- Handlingsplan för digitalisering, daterad 2020-02-03 antas.

Barnkonsekvensanalys

Se bifogad barnkonsekvensanalys, daterad 2020-01-27.

Sammanfattning av ärendet

Kommunfullmäktige antog 2019-10-14 en digitaliseringsstrategi. Digitaliseringsstrategin ska ge en kommunövergripande färdriktning för arbetet med digital utveckling och därigenom bidra till att uppnå kommunens mål. Strategin ska även ge stöd och vägledning i planering och genomförande av verksamheternas digitala utveckling samtidigt som den kan ge stöd till medarbetare och politiker vid beslut som berör digitalisering.

Nämnderna är ansvariga för att, utifrån denna strategi, ta fram styrdokument som stödjer strategin. Nämnderna ansvarar även för att dessa blir en del i verksamhetsplanerna och budgetarbetet och därigenom kan kommungemensamma prioriteringar göras. Uppföljning av arbetet med digitalisering redovisas i samband med delårsbokslut och i årsredovisning.

Utifrån antagen strategi har Hälsa och välfärdsförvaltningen tagit fram en handlingsplan som anger aktiviteter som ska utföras inom förvaltningen 2020-2023.

Beslutsunderlag

- Digitaliseringsstrategi, daterad 2019-10-14
- Handlingsplan digitalisering, daterad 2020-02-03
- Barnkonsekvensanalys, daterad 2020-01-27

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Emma Frostensson
Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till

Handlingsplan digitalisering Hälsa och välfärdsförvaltningen 2020-2023

Den framtida digitala utvecklingen ställer höga krav på hälsa och välfärds verksamhetsstyrning och för att kunna behålla dagens nivå på service måste vi redan idag förändra och förädla våra arbetssätt. Verksamheten behöver kartlägga processer och identifiera var vi kan använda tekniken som ett verktyg. Utifrån Osby kommuns Digitaliseringsstrategi har Hälsa och välfärd tagit fram nedan handlingsplan innehållande aktiviteter för förvaltningens digitala utvecklingsarbete under åren 2020-2023.

Område	Mål	Aktiviteter	Tid	Ansvar	Uppföljning
Service och tillgänglighet	Ökad tillgänglighet för invånare	eTjänster	2020-2022	Projektledare Treserva	December 2020
	Förbättrad rättssäkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Ansökan ek bistånd • Ansökan insatser LSS, äldreomsorg 	2021	Utvecklargruppen	Våren 2021
	Ökad möjlighet till värdeskapande arbete	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalt system för synpunkter och klagomål 	2020	OC Hälsa och välfärd	December 2020
		Ny upphandling trygghetslarm	2020	OC Hälsa och välfärd	December 2020

	Integritetsskapande Ökad möjlighet till förbättrad prioritering vid larmhantering				
Effektiv organisation	Effektivare organisation med optimal planering	Digital planering för HSL-personal	2020-2021	OC Hälsa och Välfärd	Hösten 2020
	Minskad miljöpåverkan	Signera dokument digitalt	2023	Lyfts till utvecklargrupp	Våren 2020
	Ökad patientsäkerhet	Nationell patientöversikt (NPÖ) – producentskap	2021-2022	Projektledare Treserva	Hösten 2020
	Utveckla intranätet	Beskriva verksamhetens	2021-2023	Lyfts till utvecklargrupp	Våren 2021



Datum
2020-02-14

	Automatiserad handläggning	processer med kopplade dokument RPA-	2020-2023	Utvecklare hälsa och välfärd	Våren 2021
--	-------------------------------	--	-----------	---------------------------------	------------

Innovation och utveckling	Ökad patientsäkerhet	Träffa läkare på distans	Pågående	MAS	Hösten 2020
	Minskad miljöpåverkan				
	Ökad kvalitet för vårdtagare	Testa digitala lösningar, ex inkontinenshjälpmedel	2020	OC hälsa och välfärd	Hösten 2020
	Delegeringar digitalt	Säkrare hantering av delegeringar inom HSL-området	2020	MAS- OC hälsa och välfärd	Hösten 2020
	Ökad digitalisering i kvalitetsarbetet	Förbättrar användning av Stratsys verktyg	2021-2023	OC hälsa och välfärd	Våren 2021

Kompetens	Ökad kompetens hos medarbetare	Go-Dig Utbildningar Office 365 Utbildning i aktuella verksamhetssystem	2020 Fortlöpande Fortlöpande	Projektledare Go-Dig Utvecklargruppen för kommungemensamma satsningar	Våren 2020 Våren 2020
-----------	--------------------------------	--	------------------------------------	--	--------------------------

Barnkonsekvensanalys

Dnr HVN/2020:24 700

Vilka barn berör ärendet och hur?

Barn som direkt har kontrakt med förvaltningens verksamhet samt barn som indirekt har en koppling till de verksamheterna.

Har berörda barns eget perspektiv beaktats?

Ja, beskriv metod

Beskriv resultatet

Nej, barns erfarenheter har inte inhämtats, motivera.

Nej, bedömdes ej relevant att inhämta barns erfarenheter.

Vilket beslut vore bäst för barnet?

Digitala verktyg och en ökad tillgänglighet ökar barns möjlighet till delaktighet och inflytande.

Beskriv eventuella intressekonflikter, prioriteringar och avvägningar. Om barnets bästa inte är avgörande faktor i beslutet, hur kan barn kompenseras?

FÖRDJUPAD KONSEKVENSBEDÖMNING

Finns stöd för beslutet i forskning och beprövad erfarenhet?

Ja, beskriv

Nej, motivera



Beslutad av: Kommunfullmäktige
Framtagen av: Johanna Lindhe, Utvecklingschef
Uppdaterad: 2019-08-10

Beslutsdatum: 2019-10-14
Dokumentansvarig: Utvecklingschef
Diarienummer: KS/2019:179
Giltighetstid: Tillsvidare

Innehåll

1	Bakgrund	3
2	Mål och syfte	3
3	Strategisk utgångspunkt	3
3.1	Informationssäkerhet.....	4
4	Strategiska fokusområden	5
4.1	Service och tillgänglighet.....	5
4.2	Effektiv organisation	6
4.3	Innovation och utveckling	6
4.4	Kompetens	6
5	Ansvar och organisation	6
6	Uppföljning och revidering	6

1 Bakgrund

Digitaliseringen har förändrat och kommer att förändra världen så som vi känner den. Smart teknik och innovationer förändrar människors behov och beteenden i grunden. Den digitala tekniken påverkar även medborgarnas och företagens krav och förväntningar på kommunen och dess service.

Digitalisering ska förstås som arbetssätt, processer och beteenden som förändras i snabb takt med stöd eller på grund av ny teknik och datadriven utveckling. Genom att använda digitaliseringens möjligheter kan vi bidra till att skapa en modern och attraktiv kommun. Vi skapar även goda förutsättningar för en effektivare och öppnare förvaltning som stödjer innovation och delaktighet.

Osby kommun ska ta vara på digitaliseringens möjligheter för att på bästa sätt skapa en enklare vardag för medborgare, företag, organisationer och medarbetare.

2 Mål och syfte

Syftet med denna strategi är att ge en kommunövergripande färdriktning för arbetet med digital utveckling och därigenom bidra till att uppnå kommunens mål.

Strategin ska ge stöd och vägledning i planering och genomförande av verksamheternas digitala utveckling. Strategin ska också ge vägledning till kommunens medarbetare och politiker när de ska fatta beslut som berör digitalisering.

3 Strategisk utgångspunkt

Osby kommun ska ta vara på digitaliseringens möjligheter för att på bästa sätt skapa en enklare vardag för medborgare, företag och organisationer vid kontakt med kommunen.

I ett alltmer digitaliserat samhälle måste en kommun prioritera digital service för att leva upp till förväntningar från medborgare, företag och organisationer. Digitala lösningar är det naturliga valet och Osby kommun ska sträva efter att erbjuda användarvänliga digitala lösningar med så hög automatiseringsgrad som möjligt.

I Osby kommun nyttjar vi digitaliseringen för att effektivisera, förenkla och förbättra verksamheter och tjänster.

Utgångspunkten är SKL:s övergripande strategier, regeringens "Digitalt först" och de övergripande målen i regeringens Med medborgaren i centrum – regeringens strategi för en digitalt samverkande statsförvaltning:

- Enklare vardag för medborgare och företag.

- Smartare och öppnare förvaltning som stödjer innovation och delaktighet.
- Högre kvalitet och effektivitet i verksamheten.

Samt Osby kommuns övergripande målområden:

- Attraktiv och hållbar boendekommun
- Utveckling och tillväxt
- Trygghet hela livet

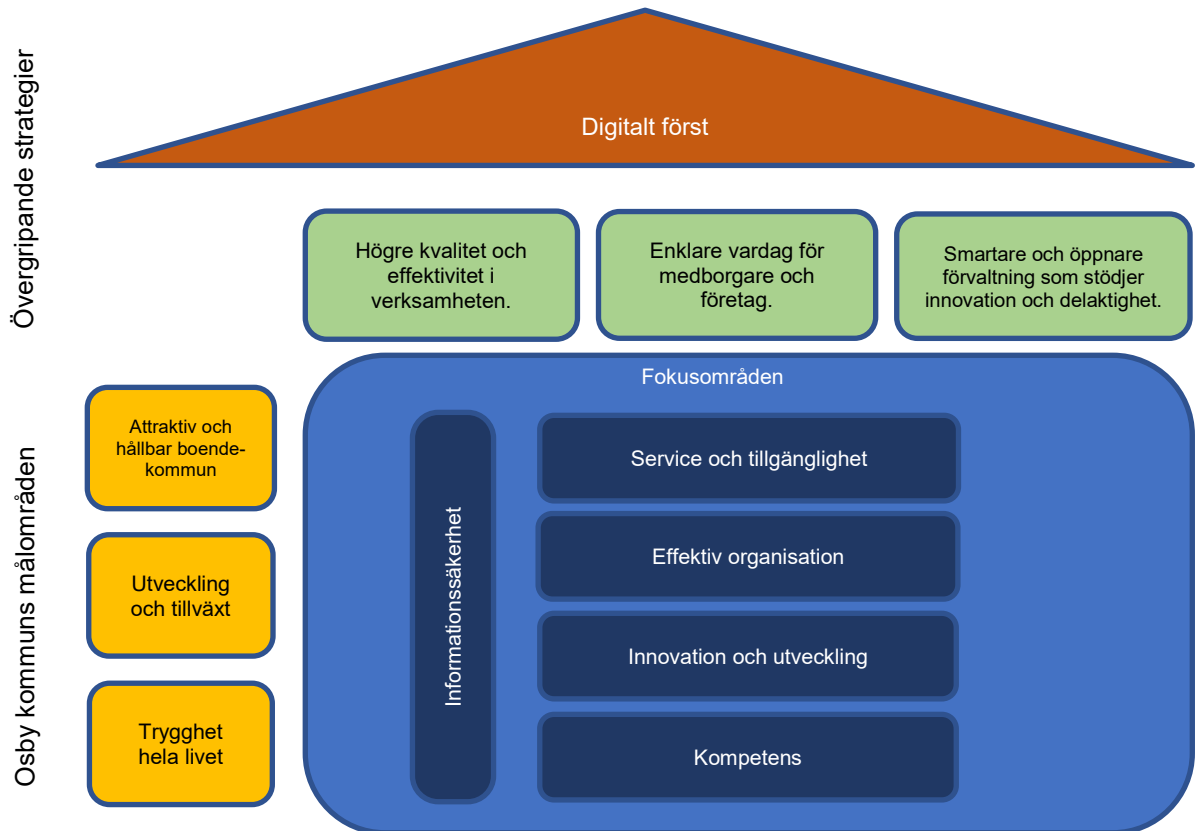
Utifrån ovanstående styrande dokument har fyra strategiska fokusområden tagits fram:

- Service och tillgänglighet
- Effektiv organisation
- Innovation och utveckling
- Kompetens

3.1 Informationssäkerhet

En förutsättning för hållbar utveckling av digitala tjänster är att privatpersoner och företag kan känna tillit till att den information som lämnas eller hämtas via digitala kanaler hanteras på ett rättssäkert sätt och med integritet.

Arbetet med digitalisering ska följa Osby kommuns styrdokument för informationssäkerhet.



4 Strategiska fokusområden

4.1 Service och tillgänglighet

Det ska vara enkelt att vara medborgare och företag i Osby kommun. Digitala lösningar skapar möjlighet till ökad service och tillgänglighet dygnet runt och bidrar till att underlätta vardagen.

De digitala kanalerna ska vara det naturliga valet i medborgares och företagares kontakt med kommunen. Den digitala servicen ska vara lättillgänglig för alla grupper i samhället och uppfattas som enkel, innovativ och trygg. Vi erbjuder givetvis personlig service där det efterfrågas och behövs.

4.2 Effektiv organisation

Osby kommun ska arbeta för att effektivisera kommunens interna arbetssätt genom att ersätta manuella rutiner och istället hantera ärenden, remisshantering och underlag digitalt. Detta för att skapa en hållbar utveckling där man verkar för en papperslös hantering, förenklad byråkrati och minskad tidsåtgång.

4.3 Innovation och utveckling

Vi ska ta vara på digitaliseringens möjligheter genom att utveckla och införa smarta digitala lösningar som bidrar till en långsiktigt hållbar utveckling av hela Osby kommun. Genom innovationer och ny teknik kan vi bidra till en mer hållbar och klimatsmart kommun. Digitaliseringen kan i många fall användas för att minska de ekologiska fotavtrycken och kontinuerligt minska energianvändningen och utsläppen.

För att kommunen ska kunna hantera framtidens utmaningar i form av en åldrande befolkning och ökande förväntningar från medborgarna, kommer det att bli alltmer viktigt att utnyttja digitaliseringens möjligheter.

4.4 Kompetens

För att kunna bedriva verksamhetsutveckling med hjälp av digitala lösningar krävs kontinuerlig kompetensutveckling. Teknikutvecklingen går snabbt och våra kunskaper och förmågor blir utdaterade snabbare än tidigare. För att vi ska kunna nyttja digitaliseringens möjligheter och de digitala lösningar som implementeras krävs strategier för ett kontinuerligt lärande.

Alla förvaltningar behöver en långsiktig plan för att utveckla medarbetarnas digitala kompetens och chefer på alla nivåer behöver arbeta aktivt med digitaliseringsfrågorna. Genom att utbilda i digital kompetens skapas förståelse för digitalisering inom organisationen och det skapas förutsättningar för förändring.

5 Ansvar och organisation

Kommunfullmäktige fastställer digitaliseringsstrategin.

Nämnderna är ansvariga för att, utifrån denna strategi, ta fram styrdokument som stödjer strategin. Nämnderna ansvarar även för att dessa blir en del i verksamhetsplanerna och budgetarbetet och därigenom kan kommungemensamma prioriteringar göras.

6 Uppföljning och revidering

Uppföljning av arbetet med digitalisering redovisas i samband med delårsbokslut och i årsredovisning.

Digitaliseringsstrategin revideras vart tredje år eller vid behov. I samband med revideringen ska även nämndernas styrdokument revideras.

10

Hälsa- och välfärd
Mensur Numanspahic
0479-528228
mensur.numanspahic@osby.se

Ej verkställda beslut 2019

Dnr HVN/2019:164 700

Hälsa- och välfärd förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa och välfärdsnämndens arbetsutskott föreslår hälsa- och välfärdsnämnden besluta att Godkänna rapport Ej verkställda beslut 4:e kvartalet 2019
Överlämna informationen till kommunens revisorer och Kommunfullmäktige

Barnkonsekvensanalys

Inga barn påverkas av detta beslut.

Sammanfattning av ärendet

Beslut enligt socialtjänstlagen (SOL) och lagen som stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska omedelbart verkställas av kommunen. I de fall verkställandet dröjt mer än tre månader ska kommunerna rapportera detta till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). På samma sätt ska rapportering ske när verkställighet avbrutits och inte kunnat verkställas på nytt inom 3 månader. Kommunerna inkommer med rapporterna kvartalsvis. Om den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas har IVO skyldighet att ansöka om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten.

Rapportering ska utöver till IVO lämnas även till kommunens revisorer och kommunfullmäktige. Till IVO och kommunens revisorer ska personen det gäller vara identifierbara. Till kommunfullmäktige ska anges vilka typer av bistånd det gäller samt hur lång tid som förflutit från dagen för respektive beslut. Uppgifterna ska vara avidentifierade.

Förvaltningen har anmält 4 nya ej verkställda beslut till IVO. Tre ärenden gällde ansökan om särskilt boende enligt Sol, ett ärende gällde uppehåll i verkställigheten av växelvård

Ett ärende som handlar om erbjuden plats på särskilt boende har anmälts till IVO.

Tre ärenden har återrapporterats som ej verkställda. Ett är beslut om särskilt boende enligt Sol, ett ärende är kontaktperson enligt LSS och ett ärende är beslut om bostad enligt LSS.

Två ärenden har rapporterats som verkställda; ett var beslut om särskilt boende enligt Sol och ett var beslut om korttidsvistelse enligt LSS.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2020-02-16

Individerapporter ej verkställda beslut (4 st)

Individerapport erbjuden plats på särskilt boende (1 st)

Individerapporter ej verkställda beslut återrapportering (3 st)

Individerapporter verkställda beslut (2 st)

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Mensur Numanspahic
Områdeschef

Beslutet skickas till

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Ja
--------------------------------	----

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	
Efternamn	-
Personnummer	
Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Särskilt boende för äldre

Ej verkställda beslut: Individrapport

Uppgifter om dröjsmålet	
Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-10-18
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad bor hemma med dagliga insatser från hemtjänsten i avvaktan på plats på särskilt boende. Har även insatser enligt HSL; insatserna är delegerade till hemtjänstpersonal.
Övriga upplysningar i ärendet	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning	
Nämnden du representerar	
Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter	
Mina uppgifter	
Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering	
Ska du göra en nyrapportering?	Ja

Individuppgifter	
Individuppgifter	
Förnamn	-----
Efternamn	-----
Personnummer	-----
Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Särskilt boende för äldre

Ej verkställda beslut: Individrapport

Uppgifter om dröjsmålet	
Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-10-22
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad bor hemma i avvaktan på plats särskilt boende. Har daglig hjälp från hemtjänsten.samt hjälp med städ, dusch och inköp.
Övriga upplysningar i ärendet	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Ja
--------------------------------	----

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	-
Efternamn	
Personnummer	-----
Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Korttidsboende alt. växelvård

Ej verkställda beslut: Individrapport

Uppgifter om dröjsmålet	
Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-10-07
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	<p>Resursbrist, t ex saknar ledig bostad</p> <p>Under tiden väntar på att beslut ska verkställas har han stöd från hemtjänsten med avlösning (90 min varje vecka samt ytterligare 150 min varannan vecka). Utöver detta har han hjälp på morgonen (5 ggr/vecka) sant dusch 1 g/v. Efter beslutet om växelvård har tre uppföljningar av situation i hemmet gjorts. Det som har framkommit vid uppföljningar:</p> <p>2019-12-03; telefonuppföljning. klara sin personliga omvårdnad själv; hustrun menade att vardagen fungerar relativt bra.</p> <p>2020-01-23 telefonuppföljning. l hade dålig aptit och kontakten med dietisten diskuterades. Hustrun upplever att hon har svårt att få gång på morgnarna. Hjälp från hemtjänsten sätts in med början 30 januari (fördröjning pga helgerna).</p> <p>2020-01-29 Hembesök, närvarande hans hustru och son. Situation i hemmet är allt mer ansträngd. Kontakt med dietisten förmedlad. Hustrun erbjuds mer avlösning i hemmet men vill gärna fundera på det. Tandvårdskort beviljas.</p>
Övriga upplysningar i ärendet	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Ja
--------------------------------	----

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	.
Efternamn	.
Personnummer	..
Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Särskilt boende för äldre

Ej verkställda beslut: Individrapport

Uppgifter om dröjsmålet	
Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-10-31
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad bor hemma i avvaktan på särskilt boende. Har hjälpbemanningen från flera gånger per dag; utöver detta har hon även hjälp med dusch, tvätt, städ och inköp. Vid uppföljningen 8 januari uttryckte anhöriga oron för välbefinnande och informerades om möjligheten att ansöka om utökade insatser från hemtjänsten samt möjlighet att ansöka om korttidsboendet.
Övriga upplysningar i ärendet	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Nej
--------------------------------	-----

Vald rapport

Personnummer	
Förnamn	
Efternamn	

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	
Efternamn	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Särskilt boende för äldre

Uppgifter om dröjsmålet

Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-10-18
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet
Datum för erbjudandet	2020-01-27
Övriga upplysningar i ärendet	Insatser från hemtjänsten i avvaktan på plats på särskilt boende. Har även insatser enligt HSL; insatserna är delegerade till hemtjänstpersonal. 2020-01-27 erbjuds plats på särskilt boende på Bergfast men tackade nej till erbjudande.

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd

Vård och omsorgsnämnden

Kommun

Osby

Län

Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn

Mensur

Efternamn

Numanspahic

Telefonnummer

0479-52 82 28

E-post

mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?

Nej

Vald rapport

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn

Efternamn

Ej verkställda beslut: Individrapport

Verksamhetsområde	LSS OF, Omsorger om personer med funktionsnedsättning
Välj typ av bistånd eller insats	9 § 9 Boende vuxna

Uppgifter om dröjsmålet

Rapport vid ny eller upprepad inrapportering

Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum

Datum för gynnande beslut

2019-06-14

Uppgifter vid rapportering

Beslut som ej är verkställt

Huvudsakligt skäl till dröjsmålet

Resursbrist, t ex saknar ledig bostad
..... har beviljats boende enligt LSS. Bor hemma med sina föräldrar i avvaktan på plats på boendet.

Beslut om att bygga ett nytt LSS boende har fattats av Hälsa- och välfärdsnämnden. Uppdraget är överlämnat till kommunens fastighetsförvaltning. Byggnationen förväntas starta under 2020.

2020-02-16 Ärendet återrapporteras som ej verkställt. När det gäller byggnation av nytt LSS-boende har man bestämt och upplåtit marken för byggnation. Byggnation av LSS-boende prioriteras av såväl Hälsa och välfärdsnämnde som Samhällsbyggnads nämnd som ansvarar för byggnation.

Övriga upplysningar i ärendet

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Nej
--------------------------------	-----

Vald rapport

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn

Efternamn

Ej verkställda beslut: Individrapport

Verksamhetsområde	LSS OF, Omsorger om personer med funktionsnedsättning
Välj typ av bistånd eller insats	9 § 4 Kontaktperson

Uppgifter om dröjsmålet	
Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Avbrott i verkställighet och där biståndet inte åter verkställts inom 3 månader
Datum för avbrott i verkställighet	2019-04-09
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet
Datum för erbjudandet	2019-04-24
	Familjen har fört fram att de vill ha som kontaktperson; förvaltningen bedömde detta som olämpligt. Ett erbjudande om ny kontaktperson lämnades 2019-04-24 men familjen tackade nej. 21 maj 2019 hade verkställande enhetschef kontakt med mor. De har diskuterat detta och vill gärna försöka hitta en ny kontaktperson själva. De återkommer med förslag.
Övriga upplysningar i ärendet	2020-02-19 Anhöriga har inte inkommit med några nya förslag gällande kontaktpersona. Verksamheten har regelbundna kontakter med anhöriga och har en del andra insatser enligt LSS

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Ja
--------------------------------	----

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	
Efternamn	
Personnummer	
Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Särskilt boende för äldre

Ej verkställda beslut: Individrapport

Uppgifter om dröjsmålet	
Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-08-28
Uppgifter vid rapportering	Beslut som ej är verkställt
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad bor på korttidsboendet i avvaktan på plats på särskilt boende.
Övriga upplysningar i ärendet	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Nej
--------------------------------	-----

Vald rapport

Personnummer	-----
Förnamn	
Efternamn	

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	
Efternamn	

Ej verkställda beslut: Individrapport

Verksamhetsområde	SoL ÄO, Äldreomsorg (4 kap. 1 § SoL)
Välj typ av bistånd eller insats	Särskilt boende för äldre

Uppgifter om dröjsmålet

Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2019-07-09
Uppgifter vid rapportering	Beslut som har verkställts
Datum då beslutet har verkställts	2020-01-17
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet
Datum för erbjudandet	2019-08-08
Datum för erbjudandet 2	2020-01-08
	erbjöds plats på särskilt boende Bergfast 2019-08-08 men tackade nej.
	Vid uppföljning 2019-10-16 uppgav att hon hade det bra hemma med hemtjänsten. Har hjälp från hemtjänsten flera gånger per dag. Hade vid det tillfället utökad hjälp pga behov av stöd med medicinering.
Övriga upplysningar i ärendet erbjöds plats på särskilt boende Rönnebacken och flyttade in 2020-01-17.

Ej verkställda beslut: Individrapport

Inledning

Nämnden du representerar

Nämnd	Vård och omsorgsnämnden
Kommun	Osby
Län	Skåne län

Rapportörsuppgifter

Mina uppgifter

Förnamn	Mensur
Efternamn	Numanspahic
Telefonnummer	0479-52 82 28
E-post	mensur.numanspahic@osby.se

Rapportering

Ska du göra en nyrapportering?	Nej
--------------------------------	-----

Vald rapport

Personnummer	
Förnamn	
Efternamn	

Individuppgifter

Individuppgifter

Förnamn	
Efternamn	

Ej verkställda beslut: Individrapport

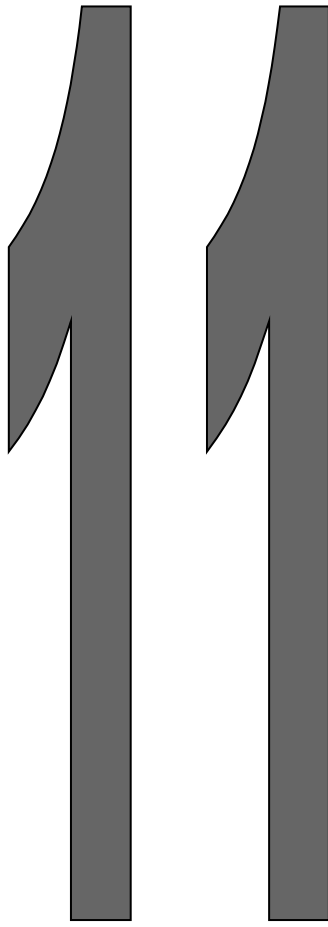
Verksamhetsområde	LSS OF, Omsorger om personer med funktionsnedsättning
Välj typ av bistånd eller insats	9 § 6 Korttidsvistelse

Uppgifter om dröjsmålet

Rapport vid ny eller upprepad inrapportering	Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum
Datum för gynnande beslut	2018-01-30
Uppgifter vid rapportering	Beslut som har verkställts
Datum då beslutet har verkställts	2020-01-15
Huvudsakligt skäl till dröjsmålet	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet
Datum för erbjudandet	2018-02-05
Datum för erbjudandet 2	2018-06-11
Övriga upplysningar i ärendet	<p> Beslutet fattades den 30 januari 2018. Vid mötet 5 februari informerades och hennes mor om att vi inte plats på det önskade korttidsboende; erbjöd plats på ett annat korttidsboende i kommunen. Tackade nej vid detta tillfälle. </p> <p> Brevkontakt den 27 mars, följs med samtal 3 april. Tillfrågas om hon kan tänka sig korttidsboende i annan kommun; hennes mor uttrycker att hon kan tänka sig korttidsplats i Glimåkra eller Broby (grannorter till Osby). Om det inte fanns plats där skulle vi kolla vidare var vi skulle kunna köpa en plats till [redacted]. </p> <p> 11 juni 2018 erbjöds [redacted] genom sitt mor en sommarläger; [redacted] avböjer detta. Vill avvakta tills kommunen startat en ny korttidsboende för vuxna. </p> <p> Utöver denna insats är [redacted] beviljad även daglig verksamhet; den insatsen verkställdes direkt efter beslutet. </p>

Ej verkställda beslut: Individrapport

2020-01-15 ... beslut om korttidsvistelse på det önskade korttidsboendet har verkställts. Första perioden påbörjades 15 januari 2015 och framtida vistelse perioder är inbokade.



Hälsa- och välfärd
Helena Ståhl
0479-528408
helena.stahl@osby.se

Revisionsrapport - Intern styrning och kontroll - pwc KS/2020:31

Dnr HVN/2020:27 700

Hälsa- och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa- och välfärdsnämnden beslutar godkänna svaret till revisorerna.

Barnkonsekvensanalys

Ej aktuellt.

Sammanfattning av ärendet

PWC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning avseende om kommunstyrelsen och nämnderna säkerställer en tillräcklig intern styrning och kontroll. Granskningen och bedömningen har omfattat fem områden som beskrivs nedan med en redovisning av resultatet för Hälsa och välfärdsnämnden:

- Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt - **delvis uppfyllt**
- Dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys - **delvis uppfyllt**
- Upprättad internkontrollplan – **uppfyllt**
- Rapportering- **delvis uppfyllt**
- Upprättat åtgärder vid brister- **delvis uppfyllt**

Efter genomförd granskning är bedömningen att nämnden inte helt säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är helt tillräcklig.

Revisorerna rekommenderar nämnden att:

- 1) Implementera alla delar av den riktlinje och den policy avseende intern styrning och kontroll som beslutades 2018 samt att genomföra den interna kontrollen på löpande basis.
- 2) Vidareutveckla arbetet med att finna riskområden till riskanalysen i syfte att få fram underlag till kontrollmoment som är av hög relevans att granska i planen för intern kontroll.

3) Förtydliga vilka åtgärder som nämnderna vidtagit utifrån de avvikelser som framkommer i den interna kontrollen.

Nämndens svar till revisorerna:

Nämnden avser att följa revisorernas rekommendation för det fortsatta arbetet med intern styrning och kontroll. Nämnden instämmer i revisorernas bedömning att riktlinje och policy behöver implementeras fullt ut samt att återrapportering till nämnden ska ske enligt plan. Återrapporteringen vid delårsbokslutet missades 2019 till skillnad från 2018 kan delvis förklaras av hög frånvaro i ledningsorganisationen med ökad arbetsbelastning på övrig ledningsorganisation såväl i första linjens chefsled som i andra linjens. Nämnden vill också framföra att återrapportering av kontrollpunkten Riktlinjer Trygg hemgång har skett på varje nämndsmöte under informationspunkten och har därför inte dokumenterats som uppföljning av intern kontroll. Kontrollpunkten Avvikande händelser följdes upp av förvaltningen vid delårsbokslutet i Stratsys men anmäldes aldrig som ärende till nämnden. Rutinerna för återrapportering till nämnden behöver därför ses över och vakanser i ledningsorganisationen behöver i större utsträckning ersättas än vad som var fallet 2019.

Finansiering

Finansieras inom befintlig driftsbudget.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 200130

Missivbrev från revisorerna KS 2020:31

PWC:s rapport Granskning av intern kontroll och styrning Osby kommun daterad 200221

Helena Ståhl

Förvaltningschef för Hälsa och välfärd

Beslutet skickas till



Revisorerna

Kommunstyrelsen
 Barn- och utbildningsnämnden
 Hälsa- och välfärdsnämnden
 Samhällsbyggnadsnämnden
 Miljö- och byggnämnden
 Kommunfullmäktige för kännedom

Granskning av intern styrning och kontroll

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har PwC genomfört en granskning avseende om kommunstyrelsen och nämnderna säkerställer en tillräcklig intern styrning och kontroll. Granskningsrapporten bifogas i bilaga.

Efter genomförd granskning *bedömer vi att nämnderna och styrelsen inte helt säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig*. Bedömningen grundar sig på följande iakttagelser:

- Det finns en policy och en riktlinje avseende intern styrning och kontroll. Alla delar av policy och riktlinje har dock inte implementerats ännu vilket vi ser som viktigt.
- Avseende, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden så saknas en dokumenterad riskanalys för år 2019 trots att det ska genomföras enligt kommunens riktlinjer. Hälsa- och välfärdsnämnden har en bruttorisklista med framtagna risker samt föreslagna internkontrollpunkter.
- Det finns upprättade och antagna internkontrollplaner för alla nämnder samt för kommunstyrelsen dock är dessa antagna sent på året vilket vi ser som en brist.
- Kommunstyrelsen har ej tagit fram gemensamma kontrollpunkter för år 2019 eller år 2020.
- Uppföljning av rapportering av genomförda kontroller har inte skett under 2019 med undantag för barn- och utbildningsnämnden som tagit del av rapportering av genomförda kontroller vid delåret 2019. Enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare anger policyn att kommunstyrelsen löpande ska följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen. Vi konstaterar att detta inte följts och ser det som viktigt att den interna kontrollen löpande följs upp i syfte att vidta åtgärder vid brister.

- Barn- och utbildningsnämnden tar i samband med rapportering av genomförda kontroller för år 2018 och vid delår 2019 del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen.
- Vi noterar att inga åtgärder har redovisats avseende år 2019 för kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden. I policyn anges att den interna kontrollen löpande ska följas upp. Genom en löpande uppföljning kan åtgärder också vidtas under årets gång.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Vidareutveckla kommunstyrelsens samlade bedömning av nämndernas och bolagens interna kontroll i samband med att den interna kontrollen avrapporteras i slutet av året. Av bedömningen bör exempelvis framgå hur väl kommunstyrelsen anser att nämnderna har genomfört årets interna kontroll samt vilka beslut om åtgärder som kommunstyrelsen avser att fatta i syfte att stärka den interna kontrollen inför kommande år.

I övrigt rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnder att:

- Genomföra den interna kontrollen på löpande basis i enlighet med kommunfullmäktiges policy för intern kontroll samt att nämnderna i övrigt genomför den interna kontrollen utifrån gällande policy och riktlinje.
- Vidareutveckla arbetet med att finna riskområden till riskanalysen i syfte att få fram underlag till kontrollmoment som är av hög relevans att granska i planen för intern kontroll.
- Förtydliga vilka åtgärder som nämnderna vidtagit utifrån de avvikelser som framkommer i den interna kontrollen.

Revisorerna önskar svar med anledning av genomförd granskning före den 25 mars 2020


Margot Malmqvist

Revisionens ordförande

Granskning av intern styrning och kontroll

Osby kommun

OSBY KOMMUN
Kommunstyrelsen

2020 -01- 21
KS/2020:31 *007*
Diarienumr. Ärendetyp

Carl-Gustaf Folkesson, certifierad kommunal revisor

Cornelia Pethrus, revisionskonsult



Innehållsförteckning

1.	Inledning	3
2.	Styrdokument	5
3.	Iakttagelser och bedömningar	8
3.1.	Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt	8
3.2.	En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns	10
3.3.	Internkontrollplanen har upprättats utifrån risk- och väsentlighetsanalysen	13
3.4.	Rapportering av kontroller sker löpande	16
3.5.	Adekvata åtgärder vidtas utifrån rapporterade brister	18
4.	Revisionell bedömning	26
4.1.	Rekommendationer	27

Sammanfattning

Efter genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi den revisionella bedömningen att nämnderna och styrelsen inte helt säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Nedan följer en tabell med bedömningar för respektive kontrollmål och nämnd:

	Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt	Dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys	Upprättad internkontrollplan	Rapportering	Upprättat åtgärder vid brister
Nämnder och styrelse					
Kommunstyrelsen	-				
Hälsa- och välfärdsnämnden	-				
Barn- och utbildningsnämnden	-				
Samhällsbyggnadsnämnden	-				
Miljö- och byggnämnden	-				

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten rekommenderar vi kommunstyrelsen att vidareutveckla kommunstyrelsens samlade bedömning av nämndernas och bolagens interna kontroll i samband med att den interna kontrollen avrapporteras i slutet av året. Av bedömningen bör exempelvis framgå hur väl kommunstyrelsen anser att nämnderna har genomfört årets interna kontroll samt vilka beslut om åtgärder som kommunstyrelsen avser att fatta i syfte att stärka den interna kontrollen inför kommande år.

I övrigt rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnder att:

- Genomföra den interna kontrollen på löpande basis i enlighet med kommunfullmäktiges policy för intern kontroll samt att nämnderna i övrigt genomför den interna kontrollen utifrån gällande policy och riktlinje.
- Vidareutveckla arbetet med att finna riskområden till riskanalysen i syfte att få fram underlag till kontrollmoment som är viktiga att granska i planen för intern kontroll.
- Förtydliga vilka åtgärder som nämnderna vidtagit utifrån de avvikelser som framkommer i den interna kontrollen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att de av fullmäktige fastställda målen uppfylls. Intern kontroll är därmed ett verktyg av väsentlig betydelse för såväl politiker som förvaltningsledning och omfattar alla system och rutiner/processer som syftar till att styra ekonomin och verksamheten.

Kommunstyrelsens har det övergripande ansvaret för intern kontroll. Nämndernas ansvar i arbetet med intern kontroll framgår av Kommunallagen 6 kap 6 §: *"Nämnderna skall, var och en inom sitt område, se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt"*.

En av revisionens uppgifter enligt kommunallagen 12 kap 1 § är att *"pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig."* Med begreppet "tillräcklig" avses en bedömning i förhållande till COSO-modellens fem kontrollkomponenter: kontrollmiljö, riskanalys, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt tillsyn.

Revisorerna har i sin analys av väsentlighet och risk identifierat behov att granska om den interna kontrollen är tillräcklig.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om kommunens nämnder samt kommunstyrelsen har en tillräcklig intern kontroll. Följande fråga revisionsfråga ska besvaras:

- Säkerställer kommunstyrelsen och nämnderna en tillräcklig intern styrning och kontroll?

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterierna för denna granskning har hämtats ur följande:

- Kommunfullmäktiges reglemente för intern kontroll
- Kommunallagen 6 kap 6 §

1.4. Kontrollmål

- Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt
- En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns
- Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk- och väsentlighetsanalysen
- Rapportering av kontroller sker löpande
- Adekvata åtgärder vidtas utifrån rapporterade brister

1.5. Avgränsning

Granskningen omfattar kommunstyrelsen och samtliga nämnder.

1.6. Metod

Granskningen har skett genom analys av dokumenterade riskanalyser, internkontrollplaner, uppföljningar, åtgärdsplaner samt genomläsning av protokoll.

Intervjuer har genomförts med kommundirektör samt kommunalråd och oppositionsråd.

Vidare har vi genomfört en enkät avseende den intern styrning och kontroll. Enkäten har skickats ut till förtroendevalda i nämnder och kommunstyrelsen samt till samtliga chefer. Svarsfrekvensen uppgick till 71 procent.

Rapporten har varit föremål för sakgranskning av de intervjuade.

2. Styrdokument

2.1. Policy Intern styrning och kontroll och Riktlinjer Intern styrning och kontroll

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av Osby kommuns policy för intern styrning och kontroll samt riktlinjer för intern styrning och kontroll. Policyn antogs av kommunfullmäktige 2018-09-03. Riktlinjen antogs av kommunstyrelsen 2018-08-22.

Av policyn framgår det att kommunfullmäktige har det övergripande ansvaret och ska besluta i ärenden av principiell beskaffenhet och av större vikt. Leder och samordnar förvaltning av kommunens angelägenheter samt har uppsikt över kommunens verksamhet (KL 6 kap 1 §). I riktlinjen och policyn framgår att kommunstyrelsen har ansvar för att en organisation kring intern kontroll upprättas inom kommunen, att det finns en intern kontroll samt att denna utvecklas från kommunens kontrollbehov. Kommunstyrelsen ansvarar för att vid behov föreslå kommunfullmäktige nödvändiga uppdateringar, samt för att anta riktlinjer för tillämpning av denna policy.

Vidare framgår av policyn att respektive nämnd ska inom varje område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och policys som fullmäktige har beslutat samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (KL 6 kap 6 §).

Bolagsstyrelser ska inom respektive bolag se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och policys som har beslutats samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (KL 6 kap 6 §).

Förvaltnings- och bolagschefer ansvarar för att se till att nämnden eller bolagsstyrelsen löpande under året får information om hur internkontrollen fungerar. Brister i internkontrollen ska snarast rapporteras till nämnden eller bolagsstyrelsen. Förvaltnings- och bolagschefen ansvarar för att arbetssättet för att uppnå god internkontroll är väl etablerat i den egna verksamheten.

Nämnden/bolagsstyrelsen ska årligen upprätta en plan för att på en rimlig nivå säkerställa:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten.
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter och riktlinjer m.m.

Den interna styrningen och kontrollen syftar även till att ta fram förslag till förbättringar av verksamheten.

Nämnden/bolagsstyrelsen ska som grund för sin styrning årligen genomföra och aktualitetspröva en risk- och väsentlighetsanalys för verksamheten. Risk- och väsentlighetsanalysen ska uppmärksamma och hantera de risker som kan leda till väsentliga brister i verksamheten eller som hindrar organisationen från att fullgöra givna uppdrag och nå uppsatta mål. En väl genomförd risk- och väsentlighetsanalys ska tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten. Riskerna ska bedömas utifrån sannolikhet och konsekvens. Såväl

påverkbara som inte påverkbara faktorer som kan inverka på verksamheten ska ingå i analysen

Vid behov ska åtgärder sättas in för att eliminera riskerna eller, om detta inte är lämpligt, minimera den negativa effekten om de inträffar. Åtgärder för att upptäcka risker ska planeras och genomföras kontinuerligt som en grund för ständiga förbättringar. Nämnden/bolagsstyrelsen ska informeras om allvarliga brister och vilken åtgärd som föreslås med anledning av dessa.

Kommunstyrelsen ska inför varje verksamhetsår anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. En risk- och väsentlighetsanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som följd av påverkbara eller opåverkbara risker, och som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. Med utgångspunkt i denna upprättas en internkontrollplan. Den interna kontrollplanen ska innehålla:

- Vilka kontrollområden (rutin/system) som ska följas upp.
- Vilka kontrollmoment som ska göras.
- Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen.
- När rapportering ska ske och till vem.
- Metod.
- Genomförd risk- och väsentlighetsanalys.

Nämnd/bolagsstyrelse har en skyldighet att styra och löpande följa upp den interna kontrollen inom dess verksamhetsområden.

Nämnd/styrelse ska i samband med verksamhetsberättelsens inlämnande rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till kommunstyrelsen. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till kommunstyrelsen.

Kommunstyrelsen ska löpande följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen. Kommunstyrelsen ska med utgångspunkt från uppföljningsrapporter utvärdera kommunens samlade system för intern kontroll. Kommunstyrelsen ska, i de fall behov av förbättringar uppstår, vidta nödvändiga åtgärder. Rapportering ska årligen ske till kommunfullmäktige och kommunens revisorer. Detta görs i anslutning till årsredovisningen. Åtgärder återrapporteras och följs upp i samband med delårsbokslutet per 31 augusti.

Nedan framgår årshjulet avseende intern kontroll vilket är hämtat från riktlinjen för intern kontroll:

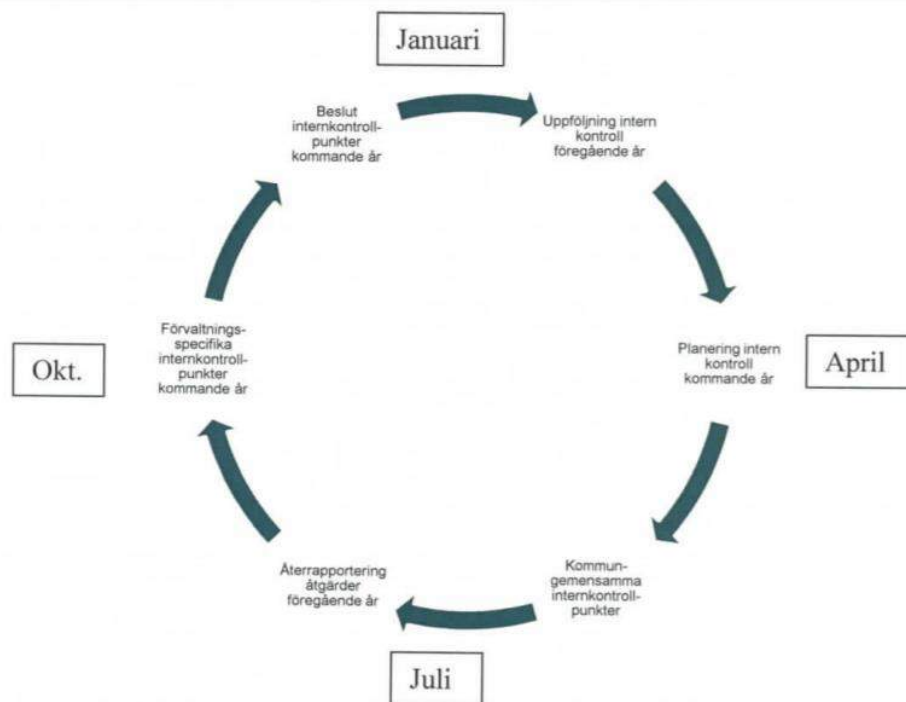


Bild 1: Årshjul intern kontroll.

Genomförandet av den interna kontrollen är uppdelat på fyra olika moment i årshjulet:

Risk och väsentlighetsanalys: Kommunstyrelsen ska årligen ta fram 2 - 3 kommungemensamma kontrollpunkter som alla förvaltningar följer upp. Dessa tas fram och beslutas tillsammans med nämndmål och budgetramar i juni. Därefter tas en risk- och väsentlighetsanalys fram i förvaltningens ledning, verksamheter, bolag och nämnder.

Kontrollåtgärder: De risker som bedömts som allvarligast och/eller mest angelägna att arbeta med, tas fram av nämnder/bolagsstyrelser och sammanställs i en intern kontrollplan för beslut i kommunstyrelsen. Intern kontrollplanen består av de mest övergripande riskerna det vill säga de som framkommit i riskanalyserna genomförda i nämnderna, förvaltningarna och bolagen samt de kommungemensamma internkontrollpunkterna.

Uppföljning: Löpande kontroll av kontrollaktiviteterna under året och därefter uppföljning av de utförda kontrollerna samt uppföljning av åtgärder i samband med årsbokslutet. Resultatet från uppföljningen rapporteras till förvaltningens ledning och verksamheter samt respektive nämnd och bolagsstyrelse.

Rapportering till kommunstyrelsen: Det sista delmomentet innebär att rapporten kring uppföljning av antagen intern kontrollplan upprättas och överlämnas till kommunstyrelsen tillsammans med årsredovisningen.

Vidare anges att de åtgärder som rapporterats i samband med uppföljningen av intern kontrollplanen återrapporteras i kommunstyrelsen i samband med delårsbokslutet för att se om åtgärderna gett något positivt resultat under årets första månader.

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt

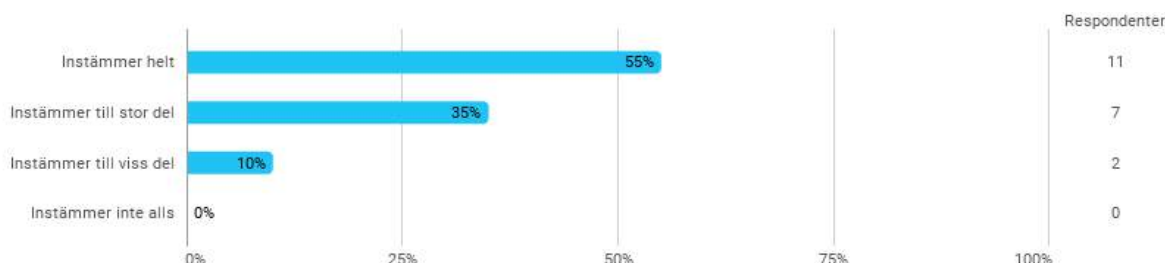
3.1.1. Iakttagelser

Av policy och riktlinjen vilka har beskrivits i föregående avsnitt framgår syftet och arbets-sättet avseende den interna kontrollen. Dessa styrdokument togs fram under år 2018. Dock anges vid intervjuer att implementering av till exempel tidsplanerna som framgår i styrdokumentet inte har genomförts i alla delar ännu. Implementering har inte hunnit färdigställas helt till år 2019 och enligt intervju anges att tidsplanerna inte heller kommer att kunna följas helt för år 2020. Orsaken till detta uppges vara personalomsättning kopplat till arbetet med utveckling och implementering av policy och riktlinjen.

Av intervjuer med kommunstyrelsens presidium och kommundirektör framgår vikten av att se arbetet med den interna kontrollen som ett *förebyggande arbete* och ett sätt att upptäcka fel och brister. Vidare framgår att den interna kontrollen ska bygga på satta mål, lagar, riktlinjer, policys och strategier. Arbetet med intern kontroll har i Osby de senaste åtta åren förändrats och har gått från att vara en väldigt omfattande intern kontroll till en intern kontroll som numera anges vara grepp och hanterbar. Dock uppges av de intervjuade att det finns behov av att ytterligare utveckla arbetet med den interna kontrollen, exempelvis vad gäller riskanalyser.

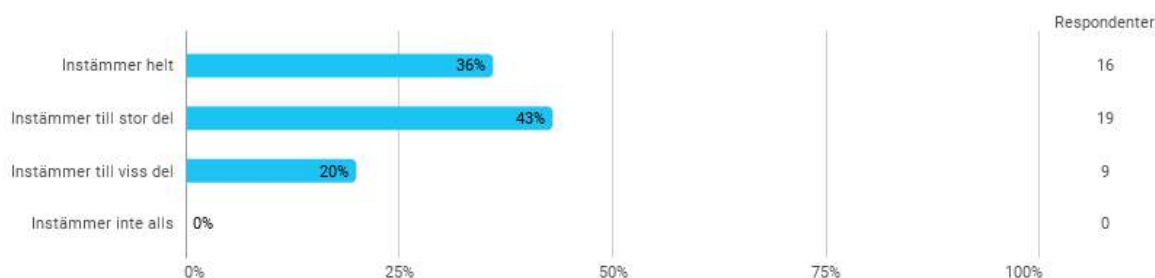
Av enkäten framgår att 90 procent av de förtroendevalda upplever att de har *en god kunskap om vad syftet med intern kontroll är*. Se tabell 1 nedan.

Tabell 1:



Av tabell 2 nedan framgår att 79 procent av cheferna upplever att de har *en god kunskap om vad syftet med intern kontroll är*. Se tabell 2 nedan.

Tabell 2:



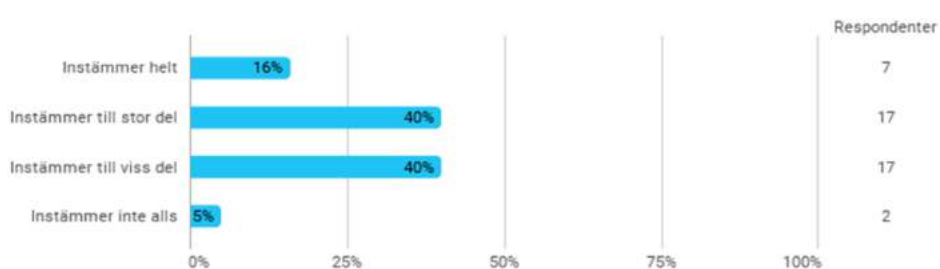
I fritextsvaren till tabell 1 och 2 lämnades bland annat följande kommentarer:

"Nuvarande internkontroll har inte riktigt den funktionen ännu. Uppfattar att den är i ett uppbyggnadsskede"

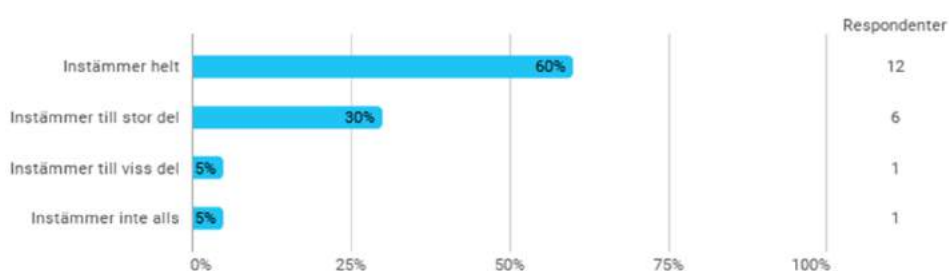
"Är ett mycket bra underlag för förbättringsarbete"

Vidare ställde vi följande fråga till respondenterna: *Jag anser att den interna kontrollen bidrar till att utveckla min organisation.* Av tabell 3 och 4 nedan framgår att de förtroendevalda instämmer helt eller stor del i högre utsträckning än chefer. 90 procent av svarande förtroendevalda instämmer helt eller till stor del medan 56 procent av svarande chefer instämmer helt eller till stor del.

Tabell 3: Chefer

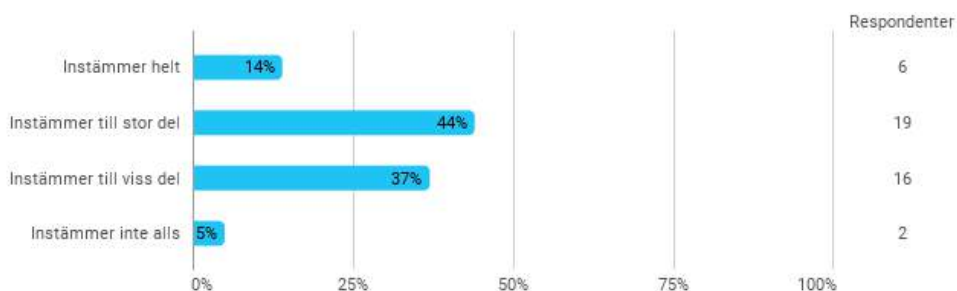


Tabell 4: Förtroendevalda



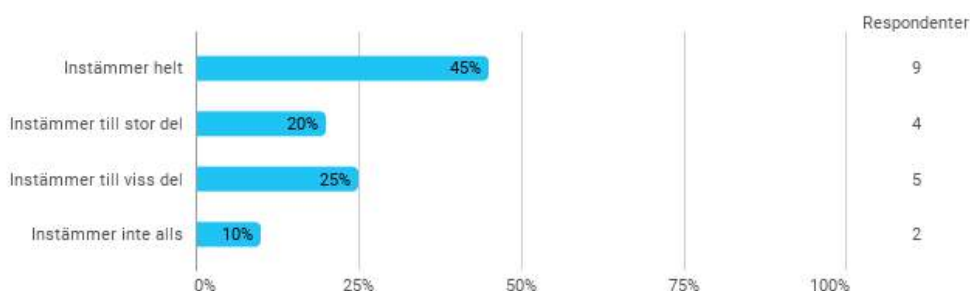
Avseende frågan om *jag upplever att det bedrivs ett aktivt arbete med den interna kontrollen inom min organisation* framgår att chefer till 58 procent instämmer helt eller till stor del. 37 % av svarande chefer instämmer till viss del. Se tabell 5 nedan.

Tabell 5:



Av de förtroendevalda var det 65 procent som instämde helt eller till stor del i frågan om *jag upplever att det bedrivs ett aktivt arbete med den interna kontrollen inom min organisation*. 25 procent av svarande förtroendevalda instämde till viss del. Se tabell 6 nedan.

Tabell 6:



3.1.2. Bedömning

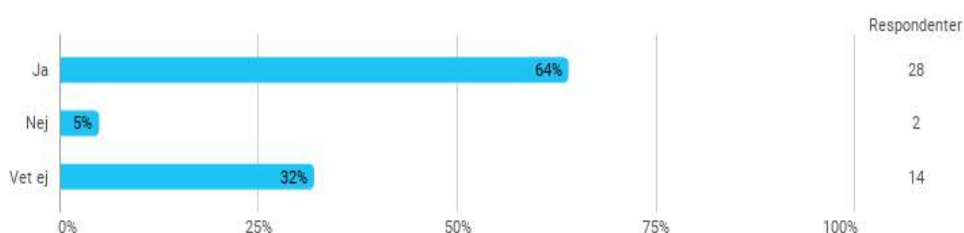
Vi bedömer att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Vi grundar vår bedömning på att det finns en policy och en riktlinje avseende intern styrning och kontroll. Vi noterar dock att beslut om dessa fattades år 2018 men att implementering av alla delar av policy och riktlinje inte har genomförts. Vidare konstaterar vi att respondenterna i enkäten till övervägande del instämmer helt eller till stor del i påståendena om kunskap, om syfte med intern kontroll, den interna kontrollens bidrag till utveckling av organisationen samt om det bedrivs ett aktivt arbete med intern kontroll.

3.2. En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns

3.2.1. Iakttagelser

Av svaren i enkäten framgår att 64 procent av cheferna anser att *det inom deras organisation används riskanalyser som underlag för den interna kontrollen*. Se tabell 7 nedan.

Tabell 7:



Av fritextsvaren från chefer framgår bland annat följande kommentarer:

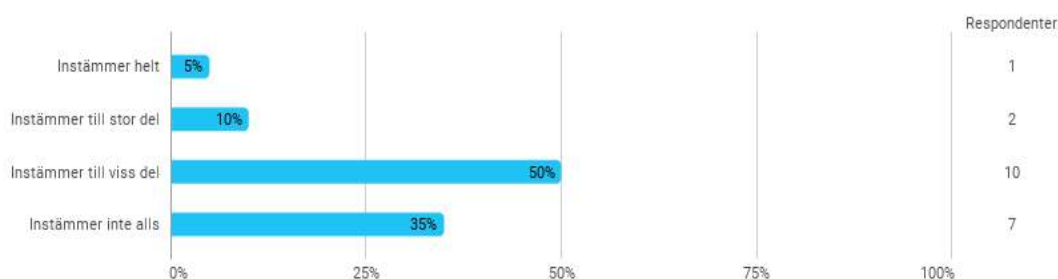
"Inte till alla kontrollområden men till en del"

"Till viss del. En del verksamheter behöver bli bättre"

Vidare framgår av enkäten att de förtroendevalda till mindre del är med i framtagandet av riskanalysen. Se tabell 8 nedan. Ett fritextssvar har lämnat där respondenten framhåller följande:

"Riskanalysen görs på tjänstemannanivå men som förtroendevald har jag alltid möjlighet att påverka, föreslå andra områden eller göra tillägg".

Tabell 8:



Kommunstyrelsen:

Det framgår att kommunstyrelseförvaltningen efter genomförd risk- och konsekvensanalys upprättat förslag till intern kontrollplan. I kommunstyrelsens antagna internkontrollplan för år 2019 har det specificerats en riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens. Utifrån denna riskbedömning anges sedan om kontrollmomentet leder till förslag till kontroll eller ej. Av kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 framgår sammanlagt 37 olika kontrollmoment där 27 stycken av dessa lett till att kontrollmoment ska genomföras.

Av intervjuer med kommunstyrelsens presidium framgår att de förtroendevalda inte är involverade i framtagandet av risker och internkontrollplan utan att det är först när den föreslagna planen tas upp i KSAU som den kommer till kännedom för politiken. Dock framhålls att det vid det tillfället finns möjlighet att göra justeringar i den föreslagna planen.

Hälsa- och välfärdsnämnden:

Det framgår att förvaltningens ledningsgrupp tagit fram en bruttolista med risker innehållande en del riktlinjer och processer som bedömdes vara angelägna som punkt i årets internkontroll. Detta resulterade i sju punkter, efter detta genomfördes en sannolikhets- och konsekvensbedömning för att fastställa vilka punkter som är mest angelägna att arbeta med. Punkterna som har ett riskvärde på 9 eller mer blir de punkter som ingår i den interna kontrollen, vilket resulterade i fyra stycken punkter. Vi kan konstatera att vi ej tagit del av någon separat riskanalys men att alla risker anges i bruttolistan med de föreslagna internkontrollpunkterna.

Barn- och utbildningsnämnden:

Vi har inte tagit del av en dokumenterad riskanalys. Vi kan inte heller utläsa av protokoll att nämnden tagit del av en riskanalys i samband med beslut avseende intern kontrollplan för 2019 - 2020. Dock framgår att åtta stycken kontrollmoment tagits fram utifrån en riskbedömning i kontrollplanen.

Miljö- och byggnämnden:

Vi har inte tagit del av en dokumenterad riskanalys. Vi kan inte heller utläsa av protokoll att nämnden tagit del av en riskanalys i samband med beslut avseende interna kontrollplan 2019. Dock framgår att fem stycken kontrollmoment tagits fram utifrån en riskbedömning i kontrollplanen.

Samhällsbyggnadsnämnden:

Vi har inte tagit del av en dokumenterad riskanalys. Vi kan inte heller utläsa av protokoll att nämnden tagit del av en riskanalys i samband med beslut avseende interna kontrollplan 2019 - 2020. Dock framgår att tolv stycken kontrollmoment tagits fram utifrån en riskbedömning.

3.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet *delvis är uppfyllt* avseende hälsa- och välfärdsnämnden och kommunstyrelsen. Bedömningen grundar vi på det för hälsa- och välfärdsnämnden finns en bruttorisklista för år 2019 där alla framtagna risker framgår samt föreslagna internkontrollpunkter. Dock anges alla risker i internkontrollplanen oavsett om det ska genomföras ett kontrollmoment avseende risken eller ej. Avseende kommunstyrelsen så har det för år 2019 specificerats en riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens. Utifrån denna riskbedömning anges sedan om kontrollmomentet leder till förslag till kontroll eller ej. Av kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 framgår sammanlagt 37 olika kontrollmoment där 27 stycken av dessa lett till att kontrollmoment ska ske.

Vidare noterar vi att det i riktlinjen framgår att risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras. Då hälsa- och välfärdsnämnden och kommunstyrelsen är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom respektive verksamheter anser vi att det är angeläget att nämnden är involverad i framtagandet av riskanalys.

Avseende, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *ej är uppfyllt*. Vi grundar vår bedömning på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Vidare noterar vi att det i riktlinjen framgår att risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras. Då samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden och barn- och utbildningsnämnden är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom respektive verksamheter anser vi att det är angeläget att nämnden är involverad i framtagandet av riskanalys framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.

3.3. Internkontrollplanen har upprättats utifrån risk- och väsentlighetsanalysen

3.3.1. Iakttagelser

Kommunstyrelsen:

Kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 antogs på kommunstyrelsens sammanträde 2019-04-24 § 88. Kommunstyrelsen beslutade om följande rutin/system inom kommunstyrelsens olika enheter:

Ekonomienheten:

- Momsredovisning
- Kundreskontra
- Leverantörsreskontra
- Systemförvaltning
- Finansverksamheter/stiftelser
- Controller/verksamhetsstöd

Hr-enheten:

- Sjukfrånvaro
- Anställningskontrakt – Intermittent
- Arvodesunderlag

Kanslienheten:

- Resebidrag
- Motioner
- Medborgarförslag

IT- och utvecklingsenheten:

- Hantering datorkonton
- Virus och skadlig programkod
- Återläsning av säkerhetskopiering
- Kommunikation, säkra att lagar och förordningar följs
- Kontaktcenter

Räddningstjänsten:

- Risk- och sårbarhetsanalys
- Myndighetsutövning
- Utbildning av kommunal personal
- Utbildning av skolungdom
- Utbildning och övning av räddningstjänstpersonal
- Utvärdering och lärande
- Kompetensförsörjning
- Samverkan och samarbete

Tillväxtenheten:

- Ansökning projektbidrag tillväxt
- Rapport projektbidrag

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, om kontroll ska genomföras, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod

och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår tidsram och motivering till kontrollmomenten.

Av riktlinjen framgår att kommunstyrelsen årligen ska ta fram 2 - 3 kommungemensamma kontrollpunkter som alla förvaltningar följer upp. Dessa tas fram och beslutas tillsammans med nämndmål och budgetramar i juni. Därefter tas en risk- och väsentlighetsanalys fram i förvaltningens ledning, verksamheter, bolag och nämnder. Vi kan konstatera att detta inte har skett sedan riktlinjen beslutades då inga kommunövergripande kontrollpunkter finns.

Hälsa- och välfärdsnämnden:

Hälsa- och välfärdsnämnden internkontrollplan för år 2019 antogs vid sammanträde 2019-04-17 § 57. Hälsa- och välfärdsnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment skulle ske:

- Riktlinjer trygg hemgång
- Avvikande händelser
- Förändrad delegationsordning
- Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, om kontroll ska genomföras, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår motivering till kontrollmomenten.

Barn- och utbildningsnämnden:

Barn- och utbildningsnämndens internkontrollplan för år 2019 antogs vid sammanträde 2019-02-19 § 26. Barn och utbildningsnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment ska ske:

- Utredningstid barn och familj
- Utdrag ur belastningsregister för ej tillsvidareanställd personal
- Arkivering/gallring
- Hantering av personuppgifter
- Rutiner för synpunkter och klagomål
- Elever rätt till utbildning och särskilt stöd
- Studie- och yrkesvägledning
- Ensamarbete

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, om kontroll ska genomföras, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår tidsram och motivering till kontrollmomenten.

Miljö- och byggnämnden:

Miljö- och byggnämndens internkontrollplan för år 2019 antogs vid sammanträde 2019-01-31 § 15. Miljö- och byggnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment ska ske:

- Rättssäkerhet
- Delegationsanmälan och rapportering
- Antal överklagade ärenden bygg
- Ledtid bygglovsärenden
- Ledtid avloppsärenden

Planen innehåller riskbedömning av sannolikhet och konsekvens, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras.

Nämnden har antagit samma kontrollmoment för år 2019 som fanns år 2018, förutom avseende ett kontrollmoment (ledtid avloppsärenden) trots att inga av dessa inte uppvisade några brister i samband med uppföljningen för år 2018. Förutom för kontrollmomentet avseende ledtid bygglovsärenden så har inte nämnden gjort någon förhöjd riskbedömning från år 2018 till år 2019 avseende följande kontrollmoment: Antal överklagade ärenden bygg, rättssäkerhet samt delegationsanmälan och rapportering

Samhällsbyggnadsnämnden:

Samhällsbyggnadsnämndens internkontrollplan för år 2019 - 2020 antogs vid sammanträde 2019-09-19 § 92. Samhällsbyggnadsnämnden beslutade om följande rutin/system där kontrollmoment ska ske:

- Besiktning lekplatser
- Funktionskontroll av badplatser
- Hyresdebitering
- Inköp gällande fastighet
- Upphandling - byggentreprenad
- Avrop mot ramavtal entreprenörer gällande fastighet
- Fakturering VA-avgifter
- Specialkost
- Beställningsrutiner
- Vikarieanskaffning samt overtidsuttag
- Kontanthantering
- Verkställande av beslut från kommunfullmäktige

Planen innehåller riskbedömning, uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Vidare framgår tidsram.

3.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt* avseende hälsa- och välfärdsnämnden. Vår bedömning grundar vi på att det finns en upprättad interkontrollplan som är antagen av nämnden. Vidare konstaterar vi att en bruttolista finns upprättad med alla framtagna risker samt med föreslagna internkontrollpunkter.

Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Vi grundar bedömningen på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av nämnden. Avseende kommunstyrelsen konstaterar vi att det i internkontrollplanen finns en rad olika risker där riskbedömning skett, utifrån riskbedömningen har sedan vissa risker valts ut till kontrollmoment. Vi noterar dock att vi inte tagit del av en separat dokumenterad riskanalys. Vidare konstaterar vi att kommunstyrelsen ej har tagit fram gemensamma kontrollpunkter för år 2019 eller år 2020.

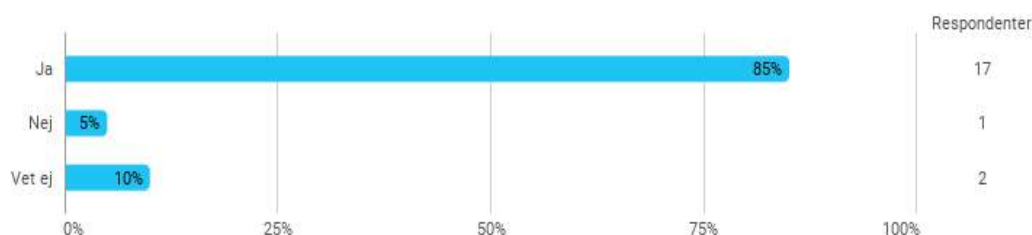
När det gäller samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden och barn- och utbildningsnämnden har vi inte heller tagit del av en dokumenteras riskanalys. Vi noterar att miljö- och byggnämnden antagit samma kontrollmoment för år 2019 som för år 2018, förutom avseende ett kontrollmoment (ledtid avloppsärenden). Detta trots att inga av dessa kontrollmoment uppvisade några brister i samband med uppföljningen för år 2018. Riskbedömningen har dock höjts från år 2018 till år 2019 avseende leddid bygglovsärenden från nivå sex till nio. Avseende övriga kontrollmoment har ingen förändring av risknivån skett.

3.4. Rapportering av kontroller sker löpande

3.4.1. Iakttagelser

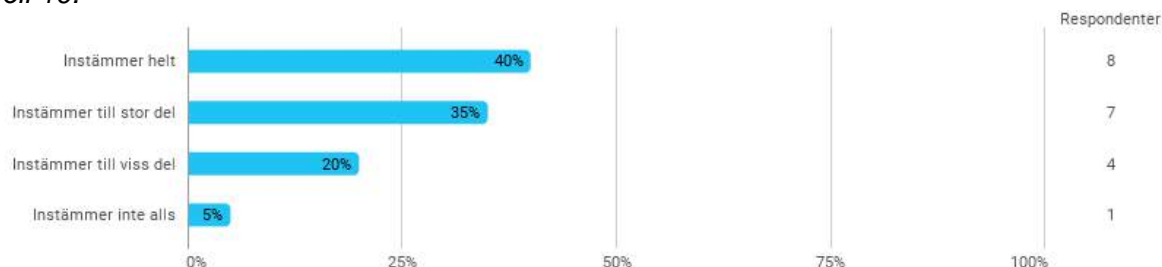
Av enkäten framgår att 85 procent av de förtroendevalda anser att *de får återkoppling på vad som framkommit i den interna kontrollen inom sin organisation*. Se tabell 9 nedan.

Tabell 9:



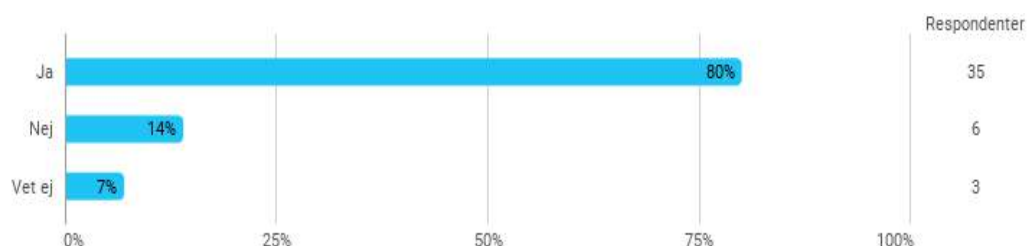
Vidare instämmer 75 procent av de förtroendevalda helt eller till stor del i att den rapportering som de får avseende intern kontroll är lätt att förstå. Se tabell 10 nedan.

Tabell 10:



Avseende chefer så instämmer 80 procent av de svarande i att *de får återkoppling på vad som kommit fram i den interna kontrollen inom sin organisation*. Se tabell 11 nedan.

Tabell 11.



Av riktlinjen framgår att löpande kontroll av kontrollaktiviteterna ska sker under året och därefter uppföljning av de utförda kontrollerna samt uppföljning av åtgärder i samband med årsbokslutet. Resultatet från uppföljningen rapporteras till förvaltningens ledning och verksamheter samt respektive nämnd och bolagsstyrelse. Vidare framgår att det sista delmomentet innebär att rapporten kring uppföljning av antagen intern kontrollplan upprättas och överlämnas till kommunstyrelsen tillsammans med årsredovisningen. Vidare anges att de åtgärder som rapporterats i samband med uppföljningen av intern kontrollplanen återrapporteras i kommunstyrelsen i samband med delårsbokslutet för att se om åtgärderna gett något positivt resultat under årets första månader.

Rapportering av genomförd kontrollplan avseende år 2018:

Avseende uppföljning av den interna kontrollen avseende år 2018 noterar vi att den politiska organisationen förändrades år 2019 vilket medför att uppföljningen avseende den interna kontrollen för år 2018 såg annorlunda ut jämfört med nuläget.

Kommunstyrelsen:

Kommunstyrelsen har beslutat om en tillfredsställande intern kontroll 2019-03-27 § 73 med utgångspunkt från nämndernas och bolagens uppföljningsrapporter avseende år 2018. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Hälsa- och välfärdsnämnden (tidigare vård- och omsorgsnämnden fram till 2018-12-31):

Hälsa och välfärdsnämnden har vid sammanträde 2019-02-21 § 38 beslutat att godkänna redovisningen av intern kontroll avseende Vård och omsorg 2018. Det anges att för merparten av områdena i planen visar kontrollen positivt resultat. För några av kontrollpunkterna är resultaten negativa. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Barn- och utbildningsnämnden (tidigare barn- och skolnämnden fram till 2018-12-31):

Barn- och skolnämnden beslutade att godkänna uppföljningen av den interna kontrollplanen samt ge kontrollansvariga i uppdrag att följa upp de planerade åtgärderna vid sammanträde 2018-12-11 § 84. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Miljö- och byggnämnden (tidigare tillsyns- och tillståndsnämnden fram till 2018-12-31):

Tillsyns- och tillståndsnämnden beslutade vid sammanträde 2018-12-12 § 109. Under kontrollmål 3.5 redovisas resultatet och vidtagna åtgärder.

Samhällsbyggnadsnämnden (ny nämnd sedan 2019):

Ny nämnd sedan 2019, uppföljning av intern kontrollplan för 2018 ej aktuellt.

Uppföljning år 2019:

För år 2019 har det fram till granskningstillfället skett uppföljning i delår 2019 avseende intern kontroll vid *barn- och utbildningsnämndens* sammanträde 2019-08-20. Barn- och utbildningsnämnden beslutade att uppföljningen godkänns samt att kontrollansvariga får i uppdrag att genomföra planerade åtgärder. Sammanställning av åtgärder framgår av kontrollmål 3.5. Utöver rapporteringen vid delår kan vi inte se att det sker någon löpande rapportering avseende den interna kontrollen avseende barn- och utbildningsnämnden.

Gällande övriga nämnder samt kommunstyrelsen kan vi inte utläsa att det har skett någon uppföljning under år 2019.

Av intervjuer framgår att den löpande rapporteringen ska ske i form av rapportering vid delårsbokslut men av ovanstående framgår att det enbart är barn- och utbildningsnämnden som genomfört denna uppföljning i samband med delårsbokslutet. I intervju anges att vissa kontrollmoment är av värde att följa upp två eller flera gånger per år medan andra kontrollmoment endast behöver följas upp en gång per år.

3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt* avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden får rapportering av genomförda kontroller i samband med årsredovisning men också i samband med delår 2019. Vi noterar dock att enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar vilket inte har skett.

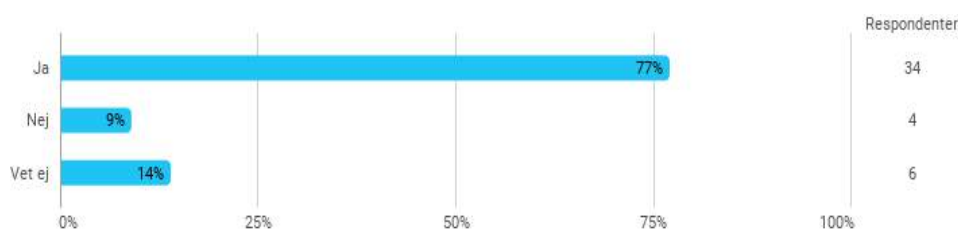
Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Detta gör vi mot bakgrunden att rapportering av genomförda kontroller sker en gång årligen till styrelse eller nämnder. Avseende samhällsbyggnadsnämnden så fanns ej den aktuella nämnden 2018, därav finns ingen uppföljning för det året. Vidare noterar vi att ingen uppföljning har skett i samband med delår 2019. Enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare anger policyn att kommunstyrelsen löpande ska följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen vilket inte har skett.

3.5. Adekvata åtgärder vidtas utifrån rapporterade brister

3.5.1. Iakttagelser

Av enkäten framgår att 77 procent av cheferna vet *vilken funktion de kan vända sig till om de upptäcker att det finns brister i den interna kontrollen*. Se tabell 12 nedan.

Tabell 12:



Kommunstyrelsen:

För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Internkontrollplanen för kommunstyrelsens egen verksamhet för år 2018 har återrapporterats till kommunstyrelsen vid sammanträdet 2019-03-27 § 73. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller avseende år 2018.

Tabell 13: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Försäkringar	Kontrollera rätt försäkringar samt att alla objekt och verksamheter omfattas	Processen fungerar med bra resultat för att säkerställa att kommunen har sina verksamheter och objekt rätt försäkrade. Kontroll gjordes i oktober 2018 inför 2019..	Pågående utveckling av underlag och rutiner för att underlätta inrapportering av uppgifter.
Leverantörsbetalningar	Kontrollera så att det betalas ut till rätt leverantör	Totalt har 48 fakturor kontrollerats. Kontrollen visar att i två fall har utbetalning skett till annat giro än det som leverantören uppgett på fakturan. I båda fallen tillhör dock det giro dit utbetalning gjorts rätt leverantör.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollmomentets utfall.
Löneutbetalningar	Kontrollera att lönepersonal har rätt lön	Inga avvikelser av nettolöneutbetalningar gjordes som indikerar några felaktigheter.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollmomentets utfall.
Personalförsörjning	Risk med stor personalomsättning inom bristyrken	Uppföljningen visar på att 122 medarbetare valde att lämna sin anställning genom egen begäran jämfört med 105 personer 2018.	Slutföra framtagandet av kompetensförsörjningsplanen samt implementera denna. Arbeta än mer målinriktat med att vara attraktiv arbetsgivare. Erbjud kompetensutveckling inom bristyrken.
Sjukfrånvaro	Risk för ökad sjukfrånvaro	Den totala sjukfrånvaron har minskat från 5,5% år 2017 till 4,9 % år 2018. Sjukfrånvaron bland kvinnor är 5,5 % och bland män 2,9 %. Andel sjukfrånvaro på 60 dagar eller mer har sjunkit från 41,2% till 31,9%.	Vidare arbete med att utbilda/informera chefer och arbetsgrupper. Nyttja företagshälsovården i ett än mer förebyggande syfte.
Utbildning för kommunal personal i HLR och brandskydd	Utbildningar planeras, genomförs och följs upp enligt riktlinjer	Anmälningssfrekvensen från kommunens förvaltningar är låg. Det anges att det är svårt för verksamheterna att hålla koll på sina utbildningsplaner och därmed veta när medarbetarna ska gå de olika utbildningarna.	Ett eventuellt införskaffande av ett digitalt system för uppföljning kommer förhoppningsvis att underlätta och öka antalet utbildade medarbetare.
Utbildning och information till skolelever i åk 2,5,8	Utbildningar planeras, genomförs och följs upp enligt riktlinjer	Resultatet av kontrollerna framgår ej. Detta mål är läsårsbaserat och kommer att uppfyllas enligt plan.	Inga åtgärder beskrivs.

Källa: Kommunstyrelsens uppföljning av intern kontroll

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt och utvärdering av nämndernas interna kontroll

Av riktlinjen framgår att nämnderna/bolagsstyrelser ska sammanställa de allvarigaste och mest angelägna riskerna, dessa ska sedan sammanställas i en intern kontrollplan för beslut i kommunstyrelsen. Vi kan inte utläsa av protokoll att nämnderna och bolagens interna kontrollplaner för år 2019 har beslutats av kommunstyrelsen.

Uppföljning av 2018 års internkontrollplaner för styrelsen, samtliga nämnder och helägda bolag rapporterades till kommunstyrelsen 2019-03-27 § 37. Kommunstyrelsen beslutade, med utgångspunkt från uppföljningsrapporterna, att Osby kommun hade en tillfredsställande intern kontroll för år 2018.

Vid uppföljningen av kommunens samlade internkontrollarbete har kommunledningsförvaltningen dragit slutsatsen att några större avvikelser ej har konstaterats i de genomförda kontrollerna.

Noteras kan att den interna kontrollen för år 2018 har bedrivits utifrån kommunens reglemente för intern kontroll, antaget av kommunfullmäktige 1999-03-22 § 27. Som tidigare nämnt antog fullmäktige en ny policy under 2018 som gäller från 2019 och framåt.

Nämnderna:

Hälsa- och välfärdsnämnden (tidigare vård- och omsorgsnämnden fram till 2018-12-31): För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Hälsa och välfärdsnämnden har vid sammanträde 2019-02-21 § 38 beslutat att godkänna redovisningen av intern kontroll avseende Vård och omsorg 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 14: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Handläggning och verkställighet av SoL-beslut	Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten	Biståndsbeslut innehåller numera konkreta mål som är uppföljningsbara och mätbara. Det som behöver utvecklas är förankring av målen i hemtjänstgrupperna samt uppföljning i team.	Utbildning av enhetscheferna kommer att utföras under hösten för att uppföljning av målen ska förbättras.
Dokumentation inom verkställighet	Säkerställa att genomförandeplaner görs enligt rutin i hemtjänst, Säbo och FN samt att kvaliteten är god.	Säbo och FN har uppnått målet att upprätta genomförandeplaner inom tre veckor. Hemtjänsten når inte detta mål. Kvaliteten på genomförandeplaner inom samtliga verksamheter kan förbättras.	Förvaltningen behöver definiera och implementera vad god kvalitet i genomförandeplanerna innebär. Enhetscheferna har fått utbildning under hösten för att få en samsyn kring hur kvaliteten kan förbättras. Mallar kring hur dokumentation ska utföras har skapats och finns tillgängligt för all personal.
Rutin vid anställning	Säkerställa att personal lämnar utdrag från belastningsregistret vid anställning och att det finns väl fungerande rutiner för detta.	Idag begärs utdrag ur belastningsregistret av enhetscheferna. I nytt material inför anställning finns frågan med i processen	Nya rutiner för anställning och introduktion har skapats. Dessa ska implementeras.
Rutin för gallring och arkivering	Säkerställa att det finns väl fungerande rutiner för arkivering och gallring som följer gällande lagstiftning samt att dessa rutiner följs.	Dokumenthanteringsplan finns.	En arkivbeskrivning har upprättats, tydligare rutiner för gallring och arkivering har skapats.
Rutin kontering	Ta fram rutin för att säkerställa korrekt kontering av	Processen fungerar men kan förbättras	I samarbete med personalavdelningen ta fram rutin

	löner		
GDPR	Säkerställa att personuppgifter behandlas enligt den nya dataskyddsförordningen.	Klassificeringssystem klassa har utförts	GDPR-ansvar har informerat ledningsgrupp. Kontroller har utförts enligt rutin
Brandskydd	Brandskyddsrutin	Brandskyddsinspektioner har utförts på alla enheter. Rutiner är godkända av brandskyddsinspektör.	Fortsatt arbete med automatiska dörrstängare är pågående på säbo.

Källa: Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av intern kontroll

Barn- och utbildningsnämnden (tidigare barn- och skolnämnden fram till 2018-12-31):

Barn- och skolnämnden beslutade att godkänna uppföljningen av den interna kontrollplanen vid sammanträde 2018-12-11 § 84. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 15: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Arkivering/gallring	Arkivering/gallring	Information om arkivering och gallring har skett i verksamheterna i samband med införandet av Dataskyddsförordningen. Medarbetare har börjat gallra runt sin arbetsplats i pärmar, mappar, datorer osv. Det finns fortfarande mycket som behöver gallras bort/arkiveras. Gallring i Diariesystemet Lex sker löpande. Arkivering sker enligt dokumenthanteringsplan.	Systemförvaltare för respektive IT-system är utsedda. Systemförvaltarens uppdrag är att gallra/arkivera i respektive system. Utbildningsinsatser behövs för att öka förståelsen kring arkivering och gallring samt säkerställa att gällande lagar kring arkivering och gallring följs av enskild medarbetare.
Rutin för barn/elever med skyddad identitet	Rutin för barn/elever med skyddad identitet	Rutinen finns och är känd i alla verksamheter samt övriga berörda.	Revidering bör ligga i årshjul, oktober
Hantering av personuppgifter	Hantering av personuppgifter.	Verksamheterna har blivit informerade om Dataskyddsförordningen (GDPR) under året. Det finns fortfarande handlingar, som innehåller personuppgifter som inte har laglig grund eller som finns med i registerförteckningen.	Informationsinsatser måste pågå löpande för att säkerställa att lagen följs. Årshjul på respektive enhets APT bör införas där bl a rutiner/information kring personuppgiftsbehandling och registerförteckning finns med.
Riktade stadsbidrag	Säkerställa att det finns rutiner	Rutiner för riktade stadsbidrag är framtagna, beslutade, implementerade och följs	Klar
Ny organisation inom elevhälsan	Säkerställ att plan efterlevs	Samordningstjänsten försvann i samband med personalförändringar juni 2017, vilket gjort att samordningsuppdraget hamnat på områdeschefer för förskola och grundskola. Detta har påverkat processbeskrivningen i form av brist på uppföljning och utveckling. Övergripande barn- och elevhälsa arbetade under vt-18 med framtagande av Barnrättssystem vilket är ett pågående arbete. Central barn- och elevhälsas ärendegång är väl fungerande. Nätverket specialpedagogik fungerar enligt gällande	Från och med 1/1 2019 kommer gymnasiet att inkluderas inom central barn- och elevhälsa. Ny processbeskrivning arbetas fram och under ht-18 genomförs en övergripande kartläggning och utvärdering som kommer ligga till grund för nytt organisationsförslag. Fortbildning inom arbetet med barn och elever i behov av särskilt stöd kommer genomföras för förskolechefer och rektorer. Specialpedagogiska skolmyndigheten har fått uppdraget och ansvarar för denna fortbildning.

		processbeskrivning. Lokalt barnstödsteam på förskolan fungerar enligt gällande processbeskrivning. Lokalt elevhälsoteam inom grundskolan fungerar, men samverkan mellan dem och central elevhälsa behöver utvecklas.	
Vikarieanskaffning förskola och grundskola	Säkerställa att rutin följs	Rutiner finns för att säkra att vikarien alltid har ett giltigt utdrag från belastningsregistret.	Utveckla rekryteringsprocessen. Integration med vårt lönesystem. Genomföra enkätundersökningar för både vikarier och verksamheterna.
Utdrag ur belastningsregister för ej tillsvidareanställd personal	Kontrollera rutinen	Enligt stickprovskontroller finns det utdrag på enheten, men inte hos HR centralt	Skapa rutin för hantering av utdrag ur belastningsregister
Resor och skolskjuts för barn och elever	Skolskjutsreglemente	Det finns väl dokumenterade rutiner för skolskjuts och resor för elever som följs. Skolskjutsreglementet är reviderat under året och är beslutat av Barn- och skolnämnden, gäller från 2017-07-01.	Klart
Utredningstid barn och familj	BBIC utredningsprocess	Av 58 pågående utredningar aktuellt datum var 21 utredningar försenade. Det innebär att 36% av utredningarna inte har slutförts inom lagstadgad tid.	Vid kontroll visar det sig att utredningarna är genomförda men att de inte är färdigskrivna. Därför kommer obligatoriska skrivdagar att införas. Under kommande 6 månader kommer kontroller att genomföras en gång/månad. Utredningar som inte slutförs inom fyra månader ska registreras som avvikelser i verksamhetens kvalitet från och med 2018-12-01.
Tid för förhandsbedömningar	Rutin för aktualisering och förhandsbedömning	Under perioden 2018-01-01 - 2018-06-30 har 232 aktualiseringar gjorts på Barn- och familjeenheten. 24% av aktualiseringarna slutfördes ej inom lagstadgad tid.	Beslut om utredning eller ej ska fattas inom 14 dagar även om den aktuella familjen ej går att nå. 1:e socialsekreterare ansvarar för att detta genomförs. Aktuell aktualiseringslista ska gås igenom med handläggargruppen var 14:e dag.
Utdrag ut belastnings och misstankeregistret för tillsvidareanställd personal inom barn- och familjeenheten	Årshjul	Samtlig personal på Barn- och familjeenheten har ombetts lämna in utdrag ur belastnings- och misstankeregister under oktober 2017. Vid kontroll saknas utdrag från tre personer.	Personal som inte lämnat utdrag ur belastningsregistret har ombetts lämna snarast. Nya utdrag ska lämnas i oktober 2019. Detta tillförs enhetens årshjul.

Källa: Barn- och skolnämndens uppföljning av intern kontroll

Det har skett uppföljning delår 2019 avseende intern kontroll vid barn- och utbildningsnämndens sammanträde 2019-08-20. Barn- och utbildningsnämnden beslutar att uppföljningen godkänns samt att kontrollansvariga får i uppdrag att genomföra planerade åtgärder. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 15: Genomförda kontroller delår 2019

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Utredningstid barn och familj	Att säkerställa att utredningstider inom barn och familjs verksamhet följer gällande lagstiftning samt att det finns fungerande rutiner som säkerställer detta	Under första halvåret 2019 har utredningstiderna kontrollerats månadsvis. Sammantaget har ca 30 - 40% av utredningarna inte slutförts inom lagstadgad tid.	Rutiner för genomläsning av utredningar har ändrats för att förhindra onödiga dröjsmål. Fortsatt arbete med att effektivisera utredningsprocessen pågår i dialog med socialsekreterarna. Handlingsplaner kommer att upprättas med de handläggare som har hög andel försenade utredningar.
Utdrag ur belastningsregister för ej tillsvidareanställd personal	Att säkerställa att personal som inte är tillsvidareanställd och inte är anställd via Vikariebanken lämnar utdrag från belastningsregistret årligen och att det finns väl fungerande rutiner för detta	Enligt stickprovskontroller finns det utdrag på en del enheter, men inte alla. Visstidsanställdas belastningsutdrag förnyas inte alltid efter ett år.	Rutin för att förnya belastningsutdrag för visstidsanställda efter ett år.
Arkivering/gallring	Att säkerställa att det finns väl fungerande rutiner för arkivering och gallring som följer gällande lagstiftning samt att dessa rutiner följs	Sydarkivera genomförde i juni en tillsyn och de anser att barn- och utbildningsförvaltningen har god kännedom och kontroll över sin informationshantering. Informationshanteringsplanerna och arkivbeskrivningarna är uppdaterade.	Fortsätta arbetet med att informera och medvetandegöra alla medarbetare i förvaltningen.
Hantering av personuppgifter	Att säkerställa att personuppgifter behandlas enligt den nya dataskyddsförordningen	Barn- och utbildningsnämnden beslutade 21/5 Riktlinjer för personuppgiftsbehandling och förvaltningschefen har beslutat gällande rutiner.	Fortsatt information och implementering av riktlinjer och rutiner i hela förvaltningen.
Rutiner för synpunkter och klagomål	Att säkerställa att varje enhet har rutiner för synpunkts- och klagomålshantering	Det finns fungerande rutiner för varje enhet gällande synpunkts- och klagomålshantering. På varje enhets hemsida finns hänvisning till kommunens synpunkter och felanmälan.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollmomentets utfall.
Elevers rätt till utbildning och särskilt stöd	Att säkerställa att det finns rutiner kring pedagogisk utredning och dokumentation	Fullständig kontroll genomförd av centrala elevhälsoteamet som visade att drygt hälften av dokumentationen har brister i både pedagogisk utredning och åtgärdsprogram.	Centrala elevhälsan har genomfört utbildning av grundskolans speciallärare och specialpedagoger. Kommunen har ett tvåårigt avtal med SPSM där ökad tillgänglighet i lärmiljön och arbetet med pedagogisk utredning och åtgärdsprogram ingår. Fortsatt uppföljning kommer att komplettera den genomförda kontrollen genom stickprov där varje grundskoleenhet skickar vart femte åtgärdsprogram med pedagogisk utredning till Centrala elevhälsoteamet för kontroll. Detta sker den 31 maj och 30 november, vilket förhoppningsvis kommer att underlätta och öka antalet utbildade medarbetare.
Studie- och yrkesvägledning	Att skapa gemensamma rutiner för studie-	Eftersom det är ett pågående arbete finns ännu inget märkbart resultat.	Arbetet pågår sedan vt-19 och beräknas vara klart under ht-19.

	och yrkesvägledning inom grundskola och gymnasie/vux		
Ensamarbete	Risکانalys på hela kultur och fritid	Frågan kontrolleras regelbundet i samband med skyddsronder och diskuteras på APT. Ensamarbete förekommer på grund av att verksamheten kräver öppethållande under morgontid och kvällstid och för att personal saknas till exempel på biblioteksfilialer.	Regelbunden kontroll, samt se över att det finns personlarm till medarbetare.

Källa: Barn- och utbildningsnämnden Intern kontroll rapportering 2019

Miljö- och byggnämnden (tidigare tillsyns- och tillståndsnämnden fram till 2018-12-31): För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Tillsyns- och tillståndsnämnden beslutade vid sammanträde 2018-12-12 § 109 om uppföljning av intern kontroll 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 16: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Rättssäkerhet	Att beslut är korrekta	Inga resultat anges förutom att dokumenterad processbeskrivning finns, samt att processen fungerar enligt processbeskrivningen. Processen anges ej behöva utvecklas.	Inga åtgärder beskrivs.
Delegationsanmälan och rapportering	Att delegationsordningen följs, miljö	Inga resultat anges förutom att dokumenterad processbeskrivning finns, samt att processen fungerar enligt processbeskrivningen. Processen anges ej behöva utvecklas.	Inga åtgärder beskrivs.
Delegationsanmälan och rapportering	Att delegationsordningen följs, bygg	Inga resultat anges förutom att dokumenterad processbeskrivning finns, samt att processen fungerar enligt processbeskrivningen. Processen anges ej behöva utvecklas.	Inga åtgärder beskrivs.
Överklagade ärenden och utgång i högre instans	Antal överklagade ärenden bygg	Fyra överklagade ärenden, inget avgjort i högre instans	Inga åtgärder beskrivs.
Tid från komplett ärende till beslut	Ledtid bygglovsärenden	Ledtid är 18 dagar i genomsnitt på stickproven	Inga åtgärder beskrivs.

Källa: Tillsyns- och tillståndsnämndens uppföljning av intern kontroll

Samhällsbyggnadsnämnden (ny nämnd sedan 2019):

Mot bakgrund av att det är en ny nämnd från år 2019 så har ingen uppföljning skett av kontrollplan för år 2018. För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller utifrån plan för intern kontroll.

3.5.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är *uppfyllt* avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden i samband med rapportering av genomförda kontroller för år 2018 och vid delår 2019 tar del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska fortlöpa framåt.

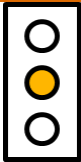
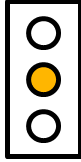
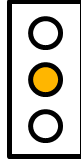
Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet *delvis är uppfyllt*. Vår bedömning gör vi mot bakgrund av att kommunstyrelsen och nämnderna (förutom samhällsbyggnadsnämnden) i samband med rapportering av genomförda kontroller år 2018 tagit del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska ske framöver. Avseende miljö- och byggnämnden redovisas inga åtgärder då resultatet av kontrollmomenten anger bland annat att processerna ej behöver utvecklas. Vi noterar att inga åtgärder har redovisats avseende år 2019 för kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden. Vi menar att det är av stor vikt att den interna kontrollen följs upp löpande, vilket även framgår av policyn för intern kontroll. Genom en löpande uppföljning ges förutsättningar för att kunna vidta adekvata åtgärder i rätt tid och på så sätt minimera eventuella konsekvenser.

4. Revisionell bedömning

Granskningens revisionsfråga har varit: *Säkerställer nämnderna och styrelsen att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig?*

Efter genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi den revisionella bedömningen att nämnderna och styrelsen *inte helt säkerställer* att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

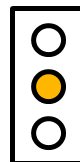
Bedömningen görs mot bakgrund av utfallet av nedanstående kontrollmål:

Kontrollmål	Bedömning	
Syftet och innehållet avseende intern styrning och kontroll är tydligt	Delvis uppfyllt Vi grundar vår bedömning på att det finns en policy och en riktlinje avseende intern styrning och kontroll. Vi noterar dock att trots att det togs beslut avseende dessa under 2018 så har implementering av alla delar av policy och riktlinje ej genomförts. Vidare konstaterar vi att respondenterna i enkäten övervägande instämmer helt eller till stor del avseende frågor om kunskap om syfte med intern kontroll, den interna kontrollens bidrag till utveckling av organisationen samt om det bedrivs ett aktivt arbete med intern kontroll.	
En dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys finns	Delvis uppfyllt Vi bedömer att kontrollmålet delvis är uppfyllt avseende hälsa- och välfärdsnämnden och kommunstyrelsen. Bedömningen grundar vi på att vi tagit del av framtagna risker där vissa av dem sedan har lett till kontrollpunkter i den interna kontrollplanen. Avseende, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet ej är uppfyllt. Vi grundar bedömningen på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Vidare noterar vi att det i riktlinjen framgår att risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras. Då nämnderna och styrelsen är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom respektive verksamheter anser vi att det är angeläget att nämnden eller styrelsen är involverad i framtagandet av riskanalys framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.	
Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys	Delvis uppfyllt Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt avseende hälsa- och välfärdsnämnden. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad interkontrollplan som är antagen av nämnden. Vidare konstaterar vi att en bruttolista finns upprättad med alla framtagna risker samt med föreslagna internkontrollpunkter. Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt barn- och utbildningsnämnden bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Vi grundar bedömningen på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen. Dock har vi inte tagit del av en separat dokumenterad riskanalys. Vidare konstaterar vi att kommunstyrelsen ej har tagit fram gemensamma kontrollpunkter för år 2019 eller år 2020.	

Rapportering av kontroller sker löpande

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden får rapportering av genomförda kontroller i samband med årsredovisning men också i samband med delår 2019. Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Detta gör vi mot bakgrunden att rapportering av genomförda kontroller sker en gång årligen till styrelse eller nämnder. Vidare noterar vi att ingen uppföljning har skett i samband med delår 2019. Enligt policyn och riktlinjen för intern styrning och kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare anger policyn att kommunstyrelsen löpande ska följa upp hur arbetet med intern styrning och kontroll bedrivs i kommunkoncernen.



Adekvata åtgärder vidtas utifrån identifierade brister

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt avseende barn- och utbildningsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden i samband med rapportering av genomförda kontroller för år 2018 och vid delår 2019 tar del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska fortlöpa framåt. Avseende kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Detta gör vi mot bakgrunden att styrelsen och nämnderna (ej samhällsbyggnadsnämnden) i samband med rapportering av genomförda kontroller år 2018 tar del av vilka åtgärder som ska genomföras vid upptäckta brister i den interna kontrollen. En beskrivning av vidtagna åtgärder redovisas samt till delar hur arbetet med åtgärder ska fortlöpa framåt. Vi noterar att inga åtgärder har redovisats avseende år 2019 för kommunstyrelsen, samhällsbyggnadsnämnden, miljö- och byggnämnden samt hälsa- och välfärdsnämnden. Vi menar att det är av vikt att den interna kontrollen följs upp löpande, vilket anges i policyn. Genom en löpande uppföljning kan åtgärder också vidtas under årets gång.



4.1. Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten rekommenderar vi kommunstyrelsen att vidareutveckla kommunstyrelsens samlade bedömning av nämndernas och bolagens interna kontroll i samband med att den interna kontrollen avrapporteras i slutet av året. Av bedömningen bör exempelvis framgå hur väl kommunstyrelsen anser att nämnderna har genomfört årets interna kontroll samt vilka beslut om åtgärder som kommunstyrelsen avser att fatta i syfte att stärka den interna kontrollen inför kommande år.

I övrigt rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnder att:

- Genomföra den interna kontrollen på löpande basis i enlighet med kommunfullmäktiges policy för intern kontroll samt att nämnderna i övrigt genomför den interna kontrollen utifrån gällande policy och riktlinje.
- Vidareutveckla arbetet med att finna riskområden till riskanalysen i syfte att få fram underlag till kontrollmoment som är viktiga att granska i planen för intern kontroll.
- Förtydliga vilka åtgärder som nämnderna vidtagit utifrån de avvikelser som framkommer i den interna kontrollen.

2020-01-20

Lena Salomon

Uppdragsledare

Carl-Gustaf Folkeson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Osby kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-10-07. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

12

Kommunstyrelseförvaltningen
Kenneth Lindhe
0479528233
kenneth.lindhe@osby.se

Intern kontroll 2019

Dnr HVN/2019:127 040

Hälsa- och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa- och välfärdsnämnden beslutar att:

- Godkänna redovisningen av den interna kontrollen.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet bedöms inte beröra barn.

Sammanfattning av ärendet

Under 2019 omfattade den interna kontrollen fyra områden:

- Riktlinjer trygg hemgång.
- Avvikande händelser.
- Förändrad delegationsordning.
- Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten.

För området ”Avvikande händelser” visar kontrollen på brister, som kräver fortsatta åtgärder. För övriga områden är resultatet positivt och de rutiner som undersökts fungerar enligt de processbeskrivningar som finns.

Beslutsunderlag

Stratsysrapport ”Intern kontroll rapportering 2019”

”Flödesschema bistånd-rehab med verkställighet”

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Verksamhetscontroller

Beslutet skickas till

Intern kontroll rapportering 2019

Hälsa och välfärdsnämnden

Innehållsförteckning

Intern kontroll 2019, rapportering av åtgärder från föregående år	3
Kontrollrapport.....	3

Bilagor

Bilaga 1: Flödesschema bistånd-rehab med verkställigheten

Intern kontroll 2019, rapportering av åtgärder från föregående år

Plan

Rutin/system	Kontrollmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Riskbedömning	Ansvarig	Frekvens	Metod	Rapportering till	Klar
Riktlinjer trygg hemgång	Säkerställa att riktlinjer efterlevs	3	3	9	Områdeschef och MAS	Varannan månad	Casestudion	Förvaltningschef	
Avvikande händelser	Kvalitetssäkra processen	3	4	12	Verksamhetsutvecklare, MAS	2 ggr/år	Sammantällda inkomna händelser	Förvaltningschef	
Förändrad delegationsordning	Säkerställa att medarbetare har kunskap om och följer antagen delegationsordning	3	4	12	Områdeschefer	1 gng/år	Information till chefer	Förvaltningschef	
Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten	Säkerställa att uppföljning av individuella mål görs enligt rutin	3	3	9	Områdeschef	2 ggr/år	Stickprov 25 %	Förvaltningschef	

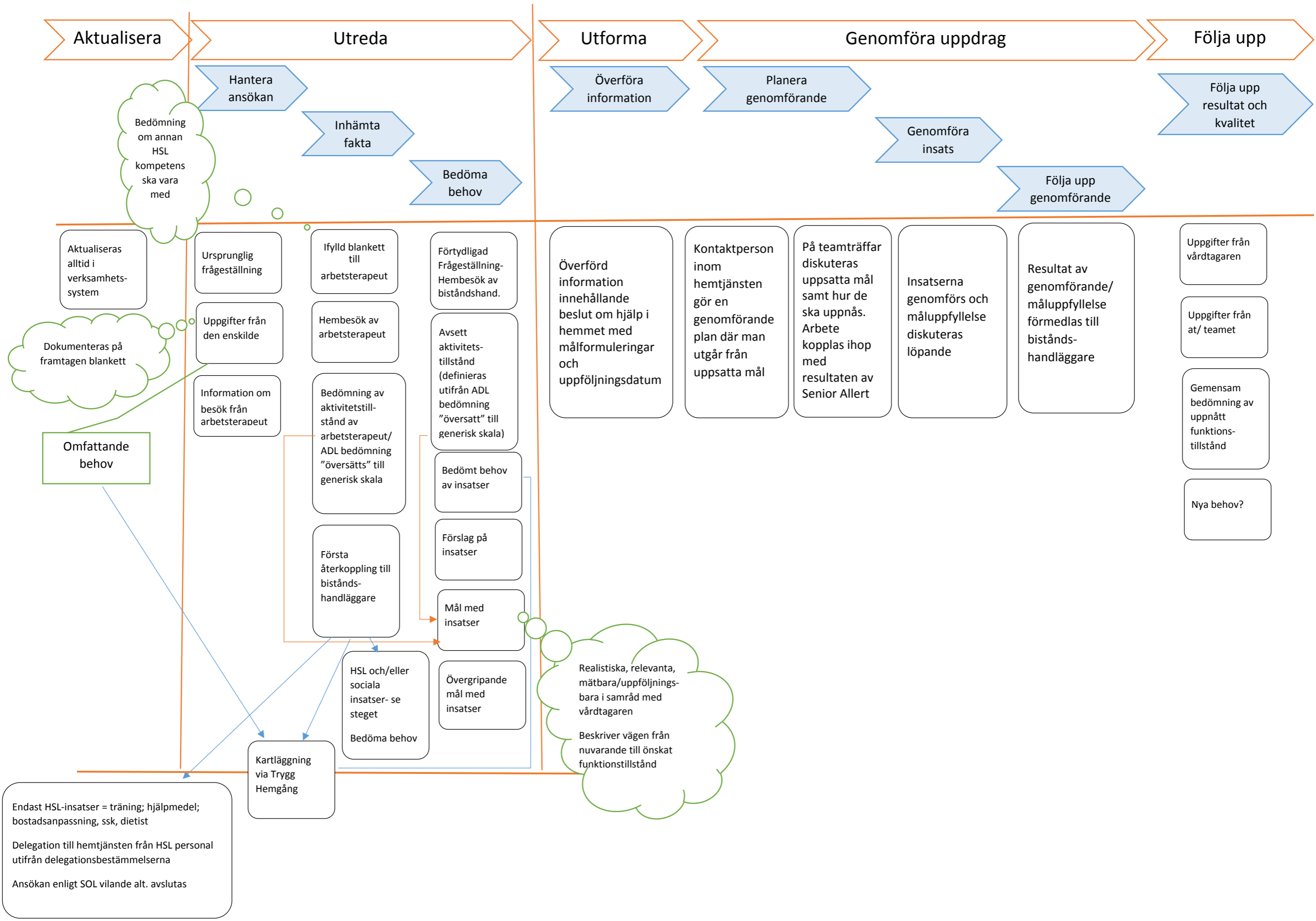
Kontrollrapport

Kontrollmoment: Säkerställa att riktlinjer gällande Trygg hemgång efterlevs	
Enhet:	Äldreomsorg
Process (rutin/system):	Trygg hemgång
Kontroll utförd (datum):	20191217
Kontrollansvarig:	Områdeschefer
Kontroll av process	
Dokumenterad processbeskrivning finns	Ja
Processen fungerar enligt processbeskrivningen	Ja
Processen fungerar utan processbeskrivning	
Processen behöver utvecklas	Ja
Resultat:	
Riktlinjer är väl kända och efterlevs i verksamheterna. Antalet personer som kommer hem från sjukhuset och får insats trygg hemgång ökar stadigt.	
Åtgärder:	
utveckling av denna processen är ständigt pågående; delvis beroende på omvärldens krav och delvis beroende på att vi lär oss och känner oss tryggare i processen.	

Kontrollmoment: Kvalitetssäkra processen avvikande händelse	
Enhet:	Hälsa och välfärd
Process (rutin/system):	Avvikande händelse
Kontroll utförd (datum):	190729, 200206
Kontrollansvarig:	Emma Frostensson, Lina Bengtsson
Kontroll av process	
Dokumenterad processbeskrivning finns	Ja
Processen fungerar enligt processbeskrivningen	Nej
Processen fungerar utan processbeskrivning	Nej
Processen behöver utvecklas	Ja
Resultat:	
Genomgång gjordes 190729 av inkomna avvikande händelser. Det konstaterades att avvikande händelser registrerades mer i vissa verksamheter än i andra. Åtgärd som vidtogs var att alla chefer informerades om resultatet och ombads att efter sommaren ha en information på APT kring rutiner för avvikande händelser. Särskild vikt skulle läggas i de verksamheter där inga eller väldigt få avvikande händelser registrerats. Under 2019 har totalt 13 lex Sara rapporter gjorts, alla inom äldreomsorg och LSS, ingen av dem har lett till en anmälan till IVO. Ingen lex Maria är gjord under 2019. Fortfarande ser vi ett mönster i att vissa verksamheter registrerar betydligt färre avvikande händelser än andra och i just dessa verksamheter krävs än mer intensiv informationsspridning.	
Åtgärder:	
Fortsatta informationsåtgärder bland personal för att säkerställa att avvikande händelser registreras. Information om avvikande händelser finns i förvaltningens årshjul och ska hanteras på minst ett APT om året. Riskbedömning och egenkontroll finns avseende processerna för avvikande händelser och risker, lex Sarah och synpunkter och klagomål.	

Kontrollmoment: Uppföljning av individuella mål i hemtjänsten	
Enhet:	Hemtjänsten
Process (rutin/system):	IBIC; delprocess genomförande av beslutade insatser
Kontroll utförd (datum):	20191216
Kontrollansvarig:	Mensur Numanspahic
Kontroll av process	
Dokumenterad processbeskrivning finns	Ja
Processen fungerar enligt processbeskrivningen	Ja
Processen fungerar utan processbeskrivning	
Processen behöver utvecklas	Ja
Resultat:	
Vid biståndsbeslut ska individuella mål med beviljade insatser sättas upp tillsammans med den enskilde. Dessa mål ska hemtjänsten arbeta efter. Uppföljningen visar att processen har kommit igång men inte i den omfattning som är önskvärd. Under 2019 har dialogen förts med berörda enhetschefer och rutinen har anpassats till respektive grupps teamarbete.	
Åtgärder:	
Enhetscheferna ska gå utbildning i IBIC (en enhetschef har gjort det under 2019) för att kunna knyta in målarbete till IBIC-processen. Se även bifogat flödesschema.	

Kontrollmoment: Delegationsordning är känd och efterlevs i verksamheterna	
Enhet:	Hälsa och välfärdsförvaltningen
Process (rutin/system):	Delegationsordning
Kontroll utförd (datum):	20191217
Kontrollansvarig:	Områdeschefer
Kontroll av process	
Dokumenterad processbeskrivning finns	Ja
Processen fungerar enligt processbeskrivningen	Ja
Processen fungerar utan processbeskrivning	
Processen behöver utvecklas	Ja
Resultat:	
Berörda medarbetare känner väl till delegationsordning och använder den aktivt i sitt arbete.	
Åtgärder:	
Delegationsordning ändras utifrån ändringar i lagar, förordningar samt ändringar i organisationen.	



13

Hälsa- och välfärd
Helena Ståhl
0479-528408
helena.stahl@osby.se

Intern kontrollplan 2020

Dnr HVN/2020:5 040

Hälsa- och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa- och välfärdsnämnden beslutar godkänna förvaltningens förslag till Intern kontrollplan 2020.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet kan indirekt beröra barn då internkontrollområdena som föreslås kan beröra barn med LSS-insatser.

Sammanfattning av ärendet

Nämnden ska årligen besluta om en intern kontrollplan som bygger på dokumenterade riskanalyser i form av en bruttolista. I riskanalysen har förvaltningen identifierat risker samt värderat dem utifrån sannolikhet och konsekvens. Därefter har förvaltningen tagit ställning till på vilket sätt riskerna ska hanteras: de kan bedömas tas hand om inom ramen för befintligt arbete/kontroller eller tas upp i internkontrollplanen med föreslagna åtgärder eller granskningar. Förvaltningen har tagit fram ett förslag på intern kontrollplan för 2020 som innehåller fyra granskningar och två direktåtgärder:

Granskning

Basal hygien
Följsamhet till ramavtal för upphandlad vård och handledning
Avvikelsehantering
Genomförandeplan SoL

Direktåtgärder

Posthantering och diarieföring
Arkivhantering

Beslutsunderlag

Barnkonsekvensanalys daterad 2020-02-12

Tjänsteskrivelse Intern kontrollplan 2020-02-11

Förvaltningens förslag till internkontrollplan med riskanalys 2020

Helena Ståhl

Förvaltningschef för hälsa och välfärd

Beslutet skickas till

Barnkonsekvensanalys

Intern kontroll 2020

Dnr HVN/2020:5 040

Vilka barn berör ärendet och hur?

Direkt påverkan på barn som har rätt till LSS-insatser , indirekt påverkan på barn vars vårdnadshavare har rätt till SoL-insatser

Har berörda barns eget perspektiv beaktats?

Ja, beskriv metod

Beskriv resultatet

Nej, barns erfarenheter har inte inhämtats, motivera.

Generell bedömning att internkontroll är till nytta för berörda barn

Vilket beslut vore bäst för barnet?

Att anta kontrollplanen

Beskriv eventuella intressekonflikter, prioriteringar och avvägningar. Om barnets bästa inte är avgörande faktor i beslutet, hur kan barn kompenseras?

Ej aktuellt

FÖRDJUPAD KONSEKVENSBEDÖMNING

Finns stöd för beslutet i forskning och beprövad erfarenhet?

Ja, beskriv

Nej, motivera

Ej aktuellt

Intern kontroll plan 2020

Hälsa och välfärdsnämnden

Intern kontrollplan 2020

Rutin/system	Kontrollmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Risk-bedömning	Förslag till kontroll	Ansvarig	Frekvens	Metod	Rapportering till	Klar	Motivering
Basala hygien rutiner	Följsamheten till basala hygien inom hemtjänst	3	4	12	Ja	Områdechef/MAS	2 ggr/år Juni 2020 Januari 2021	Metod för egen kontroll ska tas fram. Punkt-prevalens-mätning och egenkontroll	Förvaltningsledning Nämnd		Risk för smitta pga att rutiner inte följs
Rutiner för upp handlad vård och handledning	Följsamhet till rutiner för ramavtal inom området upphandlad vård och handledning	3	3	9	Ja	Områdeschefer	2 ggr/år Juni 2020 Januari 2021	Total granskning av placeringar gjorda under 2020	Förvaltningsledning Nämnd		Risk för att handläggare och chefer köper vård och handledning utanför ramavtal
Rutin för posthantering och diarieföring	Följsamhet till rutiner för post, sms och e-post	3	3	9	Ja	OC	1 g/år Juni 2020	Öka kompetens Ta fram och implementera rutin	Förvaltningsledning Nämnd		Risk för bristande posthantering och diarieföring av brev, e-post och sms
Rutin för gåvor, mutor och jäv	Risk för olämpligt agerande i kontakter med den enskilde och externa leverantörer	1	4	4	Nej						Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms räcka
Informationsöverföring	Risk för brist i information mellan biståndshandläggare och utförare pga att rutin inte följs	2	3	6	Nej						Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms räcka
Rutin för delegering HSL	Följsamhet till rutin för delegering	2	3	6	Nej						Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms räcka
Rutin för läkemedels-hantering	Följsamhet till läkemedelsrutin	2	4	8	Nej						Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms

Rutin/system	Kontrollmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Risk-bedömning	Förslag till kontroll	Ansvarig	Frekvens	Metod	Rapportering till	Klar	Motivering
											räcka
Rutin för avvikelshantering	Följsamhet till rutin för avvikelser	3	3	9	Ja	OC	1 g/år Januari 2021	Information och utbildning, genomgång av avvikelser	Förvaltningsledning Nämnd		Risk för att avvikelser inte rapporteras
Rutin för trygghetslarm	Följsamhet till rutin för trygghetslarm	2	4	8	Nej						Befintliga åtgärder/ inbyggda kontroller bedöms räcka
Rutin för systematiskt brandskydd SBA	Följsamhet till rutiner och riktlinjer för SBA	2	4	8	Nej						Befintliga åtgärder / inbyggda åtgärder bedöms räcka
Rutin för arkivhantering	Följsamhet till rutin för arkivhantering	3	3	9	Ja	FC	1 g/år September 2020	Information och utbildning	Förvaltningsledning Nämnd		Risk för bristande arkivhantering pga otydliga rutiner eller brist på följsamhet
Återrapportering av delegationsbeslut	Följsamhet till rutiner	3	2	6	Nej						Befintliga åtgärder/ inbyggda kontroller bedöms räcka
Rutin för GDPR	Följsamhet till rutin för GDPR	3	2	6	Nej						Befintliga åtgärder/ inbyggda kontroller bedöms räcka
Genomförandeplan SoL	Följsamhet enligt rutin och kvaliteten i genomförandeplanen	4	3	12	Ja	OC	1g/år Januari 2021	Stickprovskontroll 10% av beslut om omvårdnadsinsats äldre än 1 månad	Förvaltningsledning Nämnd		Risk för att genomförandeplan inte upprättas för alla brukare/ att det inte finns mätbara mål och att dokumentationen är otillräcklig
Rutin för sekretess	Följsamhet till rutinen	2	4	8	Nej						Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms

Rutin/system	Kontrollmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Risk-bedömning	Förslag till kontroll	Ansvarig	Frekvens	Metod	Rapportering till	Klar	Motivering
											räcka
Rutin för IBIC utredningar	Följsamhet till rutinen	3	2	6	Nej						Befintliga åtgärder/ inbyggda kontroller bedöms räcka
Rutin för Trygg hemgång	Följsamhet till rutinen	2	3	6	Nej						Befintliga åtgärder/ rutiner bedöms räcka
Rutin för hantering av uppgifter för personer med skyddad identitet	Följsamhet till rutinen	2	4	8	Nej						Befintliga åtgärder/ inbyggda kontroller bedöms räcka

Nämndens granskningar

Basal hygien

Beskrivning av risk: Risk för smitta om basala rutiner inte följs vilket kan leda till stor påverkan för enskildes säkerhet och arbetsmiljön.

Enhet: Hemtjänst

Syfte med granskningen: Säkra efterlevnaden av rutiner för basal hygien

Omfattning/ avgränsning/ gransknings metod: Inom varje område och olika hemtjänstgrupper ska 10 medarbetare (totalt 20 personer) observeras enligt SKR:s punktprevalansmätning som innebär observationsstudier som genomförs avseende följsamhet till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler.

Metod för egenkontroll ska tas fram under första kvartalet. Egen kontroll ska därefter utföras 1 gång/månad. Ansvarig för egen kontroll är resp. enhetschef. Återrapportering sker till kommunens MAS och områdeschef.

Återrapportering till nämnd: Juni 2020 och januari 2021

Riskansvarig: Områdeschefer och enhetschefer

Bristande följsamhet till ramavtal för upphandlad vård och handledning

Beskrivning av risk: Risk för bristande följsamhet till ingångna ramavtal för upphandlad vård och handledning vilket kan leda till avtalsbrott och ökade kostnader för förvaltningen i form av vite.

Enhet: Samtliga enheter inom Hälsa-och välfärdsförvaltningen

Syfte med granskningen: Att säkerställa följsamhet till förvaltningens rutin att använda ramavtal vid tecknande av avtal för boende, vård och handledning

Omfattning/ avgränsning/ granskningsmetod: Granskning av alla placeringar och handledningsavtal gjorda under året. Område som ska kontrolleras är att rutinen för använda ramavtal används, att avtalen är upprättade enligt avtalsmallen och dokumenterade för att kunna göra nödvändig uppföljning.

Återrapportering till nämnd: Juni 2020 och januari 2021

Riskansvarig: Områdeschefer och enhetschefer

Avvikelsehantering

Beskrivning av risk: Risk för att avvikelser inte rapporteras på grund bristande kunskap om rutiner för avvikelser och/ eller prioriteringar.

Enhet: Samtliga enheter inom Hälsa-och välfärd

Syfte med granskningen: Fortsatt kvalitetssäkring av processen för att säkerställa att avvikelser hanteras enligt rutiner

Omfattning/ avgränsning/ granskningsmetod: Informationsinsatser på APT, genomgång av samtliga avvikelser under hösten

Återrapportering till nämnd: Januari 2021

Riskansvarig: Områdeschefer

Genomförandeplan SoL

Beskrivning av risk: Risk för att genomförandeplan inte upprättas för alla vårdtagare enligt rutin/ att det inte finns mätbara mål i planen/ att dokumentationen är otillräcklig på grund av bristande kunskap eller att rutinen inte följs, vilket kan leda till sämre måluppfyllelse och att insatserna inte går att utvärdera samt att enskilda inte får hjälp utifrån behov eller önskemål

Enhet: Hemtjänst Osby och Lönsboda

Syfte med granskningen: Syftet är att säkra följsamhet till befintlig lagstiftning och att säkra kvaliteten i vårdtagarens genomförandeplan. Identifiera gemensamma utvecklingsområden inför fortsatt utvecklingsarbete

Omfattning/ avgränsning/ granskningsmetod: Granskning utförs som stickprovskontroll på 10% av vårdtagare med hemtjänst som haft biståndsbeslut på omvårdnadsinsatser i mer än en månad. Justering kommer att ske med hänsyn till representativ fördelning avseende kön. Granskning kommer att utföras som kollegial granskning utifrån fastställda granskningsmanualer.

Åtterrapporering till nämnd: Januari 2021

Riskansvarig: Områdeschef

Nämndens direktåtgärder 2020

Rutin för posthantering och diarieföring inklusive sms och e-post

Beskrivning av risk: Risk för bristande hantering av inkommande handlingar i form av såväl fysisk post som e-post/sms pga ofullständiga rutiner eller brister av följsamhet till rutiner, vilket kan leda till att nämnden inte får kännedom om nya ärenden, att ärenden inte blir hanterade och att rättssäkerheten påverkas.

Enhet: Särskilt boende

Syfte med granskningen: Öka kompetensen kring hantering av post, sms samt e-post, säkerställa att rutinen följs

Omfattning/ avgränsning/ granskningsmetod: Ta fram rutin för hantering av posthantering och diarieföring. Samtliga chefer ska informera om de rutinerna på APT/ledningsmöte senast juni månad

Åtterrapporering till nämnd: September 2020

Arkivhantering

Beskrivning av risk: Risk för bristande arkivhantering på grund av otydliga rutiner eller brist på följsamhet till rutiner vilket kan leda till försämrade sökbarhet av allmänna handlingar och påverka rättssäkerheten

Enhet: Myndighetskontor IFO, biståndshandläggare ÄO och LSS

Syfte med granskningen: Öka kunskapen avseende arkivhantering och öka följsamheten till rutinerna.

Omfattning/ avgränsning/ granskningsmetod: Utbildnings- och informationsinsatser av arkivansvariga till enhetschefer, områdeschefer myndighetsutövare och enhetschef/områdeschefer med ansvar för myndighetsutövning ska genomföras under första halvåret.

Återrapportering till nämnd: September 2020

Riskansvarig: Enhetschef och områdeschefer med ansvar för myndighetsutövning

14

Kommunstyrelseförvaltningen
Kenneth Lindhe
0479528233
kenneth.lindhe@osby.se

Avskrivning skulder 2020

Dnr HVN/2020:25 700

Hälsa- och välfärdförvaltningen förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa och välfärdsnämnden beslutar att:

- Skulder enligt bilaga avskrivs

Barnkonsekvensanalys

Ärendet berör barn, konsekvensanalys gjord.

Sammanfattning av ärendet

Tvist med Halmstads kommun angående betalningen av fakturor för boendet på vårt elevhem LSS har förelegat. Halmstads kommun har vägrat betala för dygn vederbörande elev inte vistats på boendet. Detta trots att dygnskostnaden varit uträknad på sådant sätt att betalning borde skett. I samråd med kommunchef och jurister bestämdes att vår kommun inte skulle driva frågan utan skriva av dessa skulder.

För 2020 är våra principer för debitering ändrade varför detta problem inte förväntas uppstå.

Beslutsunderlag

Bilaga: ”Avskrivning fordringar Halmstads kommun”

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Verksamhetscontroller

Beslutet skickas till förvaltningschef Hälsa och välfärd

Avskrivning fordringar Halmstads kommun

Namn	Kundnr	Personnummer	Fakturanr	Belopp totalt
Halmstad kommun	5515	212000-1215	7010790	28 140,00 kr
Halmstad kommun	5515	212000-1215	7011402	25 326,00 kr
Halmstad kommun	5515	212000-1215	7011446	33 768,00 kr
Halmstad kommun	5515	212000-1215	7011547	28 140,00 kr
				115 374,00 kr

Barnkonsekvensanalys

Dnr HVN/2020:25 700

Vilka barn berör ärendet och hur?

Placerad ungdom på vårt elevboende.

Har berörda barns eget perspektiv beaktats?

Undvikit att ta strid för att undvika att barnets plats på boendet äventyras.

Resultatet är att barnet fortfarande bor och går i skolan som planerat.

Nej, barns erfarenheter har inte inhämtats, motivera.

Vilket beslut vore bäst för barnet?

Vår bedömning är att fattat beslut är det bästa.

Beskriv eventuella intressekonflikter, prioriteringar och avvägningar. Om barnets bästa inte är avgörande faktor i beslutet, hur kan barn kompenseras?

En ekonomisk förlust för kommunen kontra barnets behov av boende och skolgång.

FÖRDJUPAD KONSEKVENSBEDÖMNING

Finns stöd för beslutet i forskning och beprövad erfarenhet?

Ja, beskriv

Nej, motivera

15

Hälsa- och välfärd
Helena Ståhl
0479-528408
helena.stahl@osby.se

Val av ersättare i individutskottet för HVN 2020-2022

Dnr HVN/2019:9 006

Hälsa- och välfärdsförvaltningens förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa- och välfärdsnämnden beslutar utse _____ som personlig ersättare för ordinarie ledamot Agneta Malm i individutskottet för Hälsa- och välfärdsnämnden under 2020-2022.

Barnkonsekvensanalys

Ej aktuellt.

Sammanfattning av ärendet

Maria Reimer (S) har den 23/1 2020 lämnat in en anhållan om att bli entledigad från sitt uppdrag i hälsa- och välfärdsnämnden.

Maria Reimer har varit ersättare i individutskottet och ny ersättare behöver därför utses. Uppdraget som ersättare i individutskottet utses av hälsa-och välfärdsnämnden.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 20200219

Skrivelse från Maria Reimer daterad 200123

Helena Ståhl

Förvaltningschef för Hälsa och välfärd

Beslutet skickas till

2020-01-23

Här med anhåller jag om att bli entledigad från uppdraget som ledamot i Hälsa och välfärdsnämnden.

OSBY KOMMUN
Kommunstyrelsen

2020 -01- 27
KS/2020:6 006
Diariennr. Ärendetyp



Maria Reimer