

Årsrapport 2022

Vård- och omsorgsnämnden

Rapport från
stadsrevisionen



HELSINGBORG

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

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

Publikationerna finns på stadsrevisionens hemsida, helsingborg.se/stadsrevisionen. De kan också beställas från revisionskontoret, stadsrevisionen@helsingborg.se.



Sammanfattning

Revisorerna ska varje år pröva om verksamheten inom styrelsen och nämnderna sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen är tillräcklig.

De bedömningar som görs i rapporten har som mål att uppnå en rimlig grad av säkerhet om styrelsens verksamhet och redovisning i sin helhet inte innehåller några väsentliga felaktigheter. Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet men ingen garanti för att svagheter eller felaktigheter inte finns.

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån stadsrevisionens granskningar av verksamheten 2022. De avvikelser som noterats kommenteras i rapporten.

Verksamhet och ekonomi

Sammantaget bedöms att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Bedömningen grundar sig på att det verksamhetsmässiga resultatet till stor del är förenligt med kommunfullmäktiges uppdrag och inriktning för verksamheten samt att lagstiftning och andra föreskrifter efterlevts. Avvikelser finns för ett uppdrag som inte redovisats under året och för nämndens investeringsbudget vilken överskridits.

Intern kontroll

Den samlade bedömningen är att vård- och omsorgsnämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten har varit tillräcklig. Arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del i styrning och uppföljning. Vidare finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Räkenskaper

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



1. Årets granskning

Revisorerna ska varje år pröva om verksamheten inom nämnderna sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen är tillräcklig. I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionskontorets granskningar av vård- och omsorgsnämnden 2022.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionssed i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning av nämndens verksamhet. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 12.

I den årliga granskningen ingår att revisionen löpande följer verksamheten genom att ta del av grundläggande dokument och ärenden. Grundläggande dokument är bland annat plan för mål och ekonomi, reglemente, delegationsordningar, ekonomi- och verksamhetsrapportering, delårsrapport, verksamhetsberättelser, beslutsunderlag och protokoll. Under året har också särskilda möten hållits avseende ekonomi, måluppfyllelse och intern kontroll. Vidare genomför revisionen också en viss omvärldsbevakning kopplat till nämndens verksamhet.

De bedömningar som görs i rapporten av verksamhet och ekonomi, av intern kontroll samt av räkenskaper har som mål att uppnå en rimlig grad av säkerhet om nämndens verksamhet och redovisning i sin helhet inte innehåller några väsentliga felaktigheter. Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet men ingen garanti för att svagheter eller felaktigheter inte finns. Felaktigheter kan uppstå på grund av oegentligheter eller misstag. Risken för att inte upptäcka en väsentlig felaktighet till följd av oegentlighet är högre än felaktighet som beror på misstag. Detta eftersom oegentlighet kan innefatta agerande i maskopi, förfalskning, avsiktliga utelämnanden, felaktig information eller åsidosättande av intern kontroll.

Granskningsledare har varit Marie Jakobsson vid Helsingborgs stads revisionskontor.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

2. Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas en granskning av om nämndens resultat är förenligt med kommunfullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer, lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare redovisas om nämnden har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser samt haft en styrning och uppföljning mot mål och beslut.



2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Bedömningen av nämndens verksamhetsmässiga resultat grundas på revisionskontorets granskning av nämndens redovisning i årsbokslut, verksamhetsberättelser, delårsbokslut samt på övriga granskningar som genomförts under året.

Uppdrag och inriktning

Vård- och omsorgsnämnden har uppdraget att arbeta för att äldre och personer med funktionsnedsättning kan leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Nämnden har en inriktning som anger att i Helsingborg ska människor i alla åldrar kunna leva ett självständigt och aktivt liv med god livskvalitet. Invånarna ska erbjudas digital service och välfärdsteknik i framkant. En del av nämndens inriktning är även att de förebyggande insatserna ska öka.

Som ett viktigt verktyg i förvaltningens ledning och styrning av verksamheten följs ett antal nyckeltal och verksamhetsmått. Nyckeltal finns inom vårdboende, hemvård och hemsjukvård, LSS-verksamhet samt myndighet. Flertalet nyckeltal mäter kunders upplevelse av trygghet, nöjdhet, bemötande av personal och kunders möjlighet till inflytande. I tertialrapporterna för inriktning, mål och ekonomi redovisar nämnden resultatet av ett antal olika nyckeltal för uppföljning av sitt uppdrag och sin inriktning.

I enlighet med socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF 2011:9) har nämnden fått rapporter om vad som skett inom verksamhetens område för att verka för en god kvalitet under året i form av en kvalitetsberättelse. Efter tertial ett respektive tertial två har nämnden fått information om verksamhetens kvalitet i form av kvalitetsrapporter. I rapporterna framgår bland annat att incidentrapporteringen inom förvaltningen har ökat, men att det är en fortsatt underrapportering när det gäller incidenter i form av klagomål, avvikelser och lex Sarah-anmälningar.

Under året har ett antal förebyggande insatser startats upp.

Specifika uppdrag

Fullmäktige har inom ramen för mål och ekonomi beslutat om följande uppdrag för vård- och omsorgsnämnden under 2022:

Långsiktig kompetensförsörjning: En stor utmaning för nämnden framöver är kompetensförsörjningen, därav fick nämnden i uppdrag att ta fram en långsiktig kompetensförsörjningsplan att rapporteras till nämnden senast den 31 oktober 2022. Planen har redovisats för nämnden i november. De har även gett omsorgsdirektören i uppdrag att arbeta vidare med planen för att säkerställa att förvaltningen även långsiktigt ska klara kompetensförsörjningen.

Långsiktig försörjning av mat och måltider: Det har identifierats ett flertal utmaningar med matförsörjningen inom nämndens område, därav fick nämnden i uppdrag att senast den 31 oktober ta fram och redovisa en plan för långsiktig försörjning av mat och måltider på särskilt boende. Nämnden hade vid sitt sammanträde i augusti ett informationsärende om en utredning kring långsiktig försörjning av mat och måltider. Nämnden har dock inte redovisat någon plan för området ännu.



Lärdomar från Coronapandemin: Fullmäktige beslutade att näst intill samtliga nämnder, däribland vård- och omsorgsnämnden, skulle få i uppdrag att redovisa vilka utvecklingsåtgärder som genomförts eller planerats utifrån lärdomarna från pandemin. Fullmäktige beslutade att uppdraget skulle vara utfört och redovisat i nämnden eller bolagsstyrelsen senast den 30 april 2022. Förvaltningen redovisade uppdraget till nämnden den 28 april 2022 och nämnden beslutade i enlighet med fullmäktiges uppdrag att godkänna redovisningen.

Säkra innovationskulturen från H22: Fullmäktige beslutade att i princip samtliga nämnder, däribland vård- och omsorgsnämnden, skulle få i uppdrag att redovisa hur arbetssätt och strukturer för innovationsarbete fortlever och utvecklas efter H22 City Expo. Fullmäktige beslutade att uppdraget skulle vara utfört och redovisat i nämnden senast den 30 november 2022. Uppdraget har redovisats vid nämndens sammanträde den 24 november 2022.

Ej verkställda beslut

Om den enskilde inte får den beslutade insatsen inom viss tid måste nämnden rapportera det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och till kommunfullmäktige. Om verkställigheten dröjer för länge kan kommunen eller landstinget bli skyldig att betala en särskild avgift på mellan 10 tkr och 1 mnkr. Under året har nämnden rapportera sina ej verkställda beslut löpande till stadsrevisionen. Det framgår där att det finns olika skäl till att beslut ej verkställts. När det gäller bostad med särskild service anges skälet ofta till att bostad saknas. Av nämndens nyckeltal framgår att den genomsnittliga väntetiden för plats i gruppboende LSS under 2022 uppgick till 350 dagar, vilket är den lägsta siffran under de senaste fem åren. Enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska insatser enligt lagen verkställas omedelbart men att en bedömning över skälig tid får göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Under året har vård- och omsorgsnämnden fått betala en särskild avgift avseende ej verkställda beslut som uppgick till 230 tkr.

Mål

Kommunfullmäktige har för 2022 beslutat om två mål för vård- och omsorgsnämnden:

- Helsingborgarna ska 2022 vara mer nöjda än genomsnittet i riket med sin vård och omsorg
- Antalet demensplatser i vårdboende ska öka så att 25% av vårdboendepplatserna är demensplatser 2022

Det första målet bedöms utifrån den brukarundersökning som Socialstyrelsen gör varje år. Undersökningen består av åtta delområden och för att nämnden ska anse målet uppfyllt ska Helsingborgarna inom samtliga delområden vara mer nöjda än genomsnittet i riket. Under 2022 så var nöjdheten i Helsingborg högre än i riket avseende hemservice och vårdboende inom äldreomsorgen och avseende personlig assistans inom LSS. För hyresgästerna inom gruppboendestäder är nöjdheten i likhet med riket. Inom resterande områden (hemtjänst inom äldreomsorg samt boendestöd SOL, daglig verksamhet och servicebostad) är helsingborgarna mindre nöjda än genomsnittet för riket. Målet bedöms därför inte vara uppnått.



Under året har en kundnöjdhetsmätning genomförts på stadens vårdboenden. Fokus i denna var fördjupningar av de fem frågor som fått sämst resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning för respektive vårdboende. Resultatet ska ses som ett stöd till enhetscheferna i sitt förbättringsarbete. Målsättningen är att dessa kundnöjdhetsmätningar ska genomföras tre gånger årligen och att de kommer att införas inom övriga verksamheter under 2023.

Det andra målet har inte heller blivit uppfyllt. Utbyggnaden av demensplatser har dock ökat från 12,6 % under 2021 till 20 % vid slutet av 2022. Bristen på byggmaterial till följd av pandemin och kriget i Ukraina har bidragit till att målet inte kunnat nås helt. När ombyggnadsprogrammet som nämnden arbetar efter är färdigställt under 2023 kommer 28 % av vårdboendeplatserna i staden utgöras av demensplatser.

Nämnden har i sitt årsbokslut lämnat tillfredsställande information om uppkomna målavvikelser.

Basala hygienrutiner

Inom ramen för den grundläggande granskningen har en granskning genomförts avseende vård- och omsorgsnämndens arbete för att nå en följsamhet av med basala hygienrutiner. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden säkerställt att verksamheterna ska uppfylla att arbeta efter basala hygienrutiner. I granskningen konstaterar vi att nämnden delvis säkerställt detta arbete. Formellt så finns en process och rutiner framtagna i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift på området. Nämnden har vidtagit ett antal åtgärder för att förbättra följsamheten i organisationen. Mätningar under våren visar dock att Helsingborg fortfarande ligger lägre än genomsnittet för riket så nämnden behöver fortsätta fokusera på området och utveckla sitt arbete för att säkerställa att verksamheten följer de basala hygienrutinerna inom alla enheter. En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 1.

Lex Sarah

Under året har verksamheten gjort 273 lex Sarah-rapporteringar, varav 24 stycken betraktats så allvarliga att de efter utredning anmälts till IVO. En övergripande analys av egenkontrollerna under året visar att verksamheterna behöver arbeta mer med att systematiskt utbilda och informera sina medarbetare om lex Sarah.

Stadsrevisionen har under året inom ramen för den grundläggande granskningen gjort en granskning avseende hanteringen av lex Sarah. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämndens arbete för att säkerställa hanteringen av lex Sarah-rapportering följer lagstiftning. Granskningen visar att det finns framtagna processer och rutiner och att det finns struktur för hur medarbetarna ska informeras om dessa. Den största utmaningen är att sprida erfarenheter i organisationen, särskilt då det är brister som kan uppstå inom fler olika verksamhetsområden. Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten i allt väsentligt har en hantering av lex Sarah-rapporteringen som följer lagstiftningen. En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 2.



Stölder inom hemvård och vårdboende

Inom ramen för den grundläggande granskningen har en granskning gällande stölder inom nämndens verksamhet genomförts. Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att det finns rutiner för hur stölder hos kunder ska hanteras. I granskningen konstaterar vi rutinen är att stölder alltid ska anmälas enligt Lex Sarah. Under föregående år uppmärksammades att det inte var helt tydligt inom alla verksamhetsområden i förvaltningen hur stölder skulle hanteras. Förvaltningen har tydliggjort detta nu. Vår bedömning är att nämnden har säkerställt att det finns rutiner, men det då är av vikt att nämnden försäkras sig om att dessa är väl kända hos alla medarbetare. En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 3.

Läkemedelshantering

En uppföljning av tidigare förstudie rörande *Läkemedelshantering* har genomförts. Med utgångspunkt i förstudien från 2019 och uppföljningen av utförda åtgärder visar uppföljningsgranskningen att det inom de områden som stadsrevisionen hade iakttagit förbättringsområden också har genomförts åtgärder. En mer utförlig sammanfattning av uppföljningen redovisas i bilaga 4.

Vård i livets slutskede

En fördjupad granskning av nämndens arbete med vård i livets slutskede har genomförts. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet avseende vård i livets slutskede. Efter granskningens färdigställande så har nämnden antagit en strategisk plan för palliativ vård för perioden 2023-2035. Granskningen visar att nämnden delvis säkerställer att verksamheten avseende vård i livet slutskede bedrivs ändamålsenligt. Nämnden har beslutat att palliativ vård är ett prioriterat område under året, har antagit en strategisk plan och har en särskild organisation med detta fokus. Nämnden behöver dock fortsätta arbetet med att säkerställa att arbetssätt och rutiner når ut i hela organisationen. En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 5.

Trygghet

Inom ramen för den årliga granskningen har vi genomfört en granskning av hur stadens nämnder, däribland vård- och omsorgsnämnden, arbetar med trygghetsrelaterade frågor. Granskningen utgår från en av stadens fyra inriktningar som anger att Helsingborg ska upplevas som en trygg plats. Syftet med granskningen är att bedöma om nämnden arbetar med dessa frågor enligt stadens intentioner och fullmäktiges beslut.

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret att leda, utveckla och samordna stadens arbete med bland annat trygghet. Vård- och omsorgsnämnden har ansvar att arbeta med trygghetsskapande åtgärder, utifrån stadens inriktning, inom sitt verksamhetsområde. Arbetet är i huvudsak inriktat på dels säkerhet och trygghet för egen personal och brukare som befinner sig ute i staden. Dels på säkerhet och trygghet för att förhindra felaktiga utbetalningar inom exempelvis personlig assistans.

Den sammanfattande bedömningen är att trygghetsarbetet i staden bedrivs på såväl strategisk nivå som på operativ nivå och i nära samverkan med andra aktörer. Vår sammanfattande bedömning av nämndens trygghetsarbete är att det utförts inom de



anvisningar, mål och uppdrag som har givits nämnden. Vad gäller identifierade förbättringsområden vad gäller intern kommunikation har ett utvecklingsarbete påbörjats. En sammanfattning av rapporten avseende vård- och omsorgsnämndens del finns att ta del av i bilaga 6.

2.2 Ekonomiskt resultat

2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2022:

Tabell: Ekonomiskt utfall

Resultaträkning, tkr	Bokslut 2022	Internbudget 2022	Bokslut 2021
Kommunbidrag	2 224 613	2 224 613	2 100 302
Disposition av ackumulerat resultat	0	0	0
Intäkter	387 516	384 000	374 142
Summa intäkter	2 612 129	2 608 613	2 474 444
Kostnader	-2 523 425	-2 608 613	-2 397 055
Summa kostnader	-2 523 425	-2 608 613	-2 397 055
RESULTAT	88 704	0	77 389

Av ovanstående redovisning framgår att nämnden redovisar ett överskott om 88,7 mnkr i förhållande till nämndens budget för 2022. Resultatet beror på flera saker men påverkas främst av tre olika delar:

- Nämnden har fått ökade intäkter under 2022. Kommunbidraget har ökat väsentligt, bland annat har nämnden i mål och ekonomi 2022 fått ett tillskott på 36 mnkr för ökad grundbemanning och 22,5 mnkr i generell förstärkning. Samtidigt har nämnden även under 2022 erhållit stora statsbidrag som finns redovisade i årets resultat och som delvis kunnat användas till den ordinarie verksamheten.
- Volymerna avseende hemvård, hemsjukvård och hemservice ligger fortsatt ca 20 % lägre än före pandemin under 2019. Nämnden har budgeterat för att volymerna skulle öka igen under året.
- Budgeterade verksamhetssatsningar och utvecklingsprojekt har blivit försenade av olika anledningar.

Nämndens köp av externa platser har överskridit budget under 2022 med -42 mnkr. En förändring av budgeten för 2023 har gjorts för att bättre harmoniera med förväntade kostnader avseende externa platser. Nämndens utbyggnad av LSS-platser ligger efter plan och det behov som finns. Under året har även köp av externa platser inom äldreomsorgen ökat. Kostnaderna för inhyrd personal har ökat med 2 mnkr under året till en totalkostnad på 12 mnkr.

Vid delårsrapporten per sista augusti prognosticerade nämnden ett resultat på +105 mnkr.

Nämnden har i sitt årsbokslut lämnat information om uppkomna budgetavvikelser.

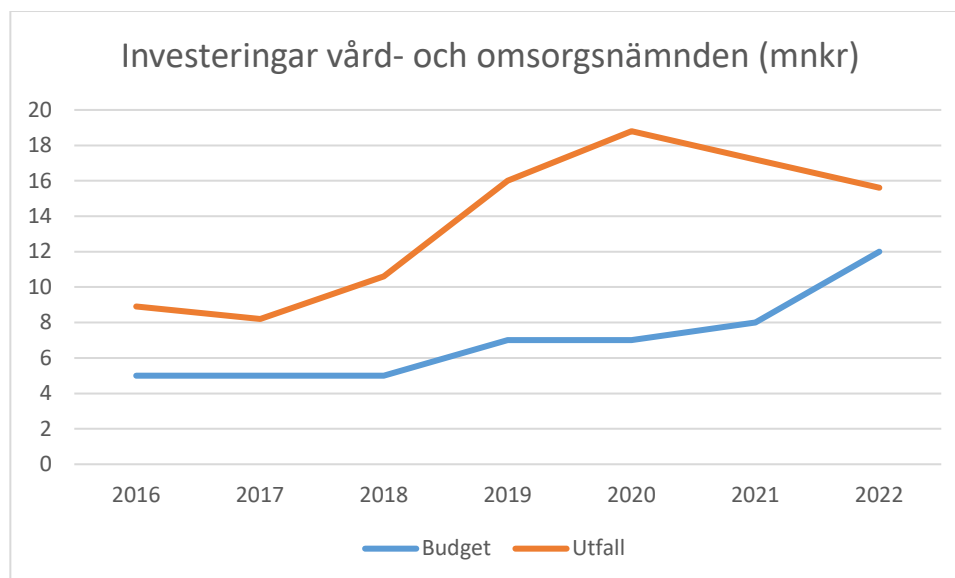
2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2022:

Investeringar, mnkr	Bokslut 2022	Budget 2022	Bokslut 2021
Utgifter	-15,6	-12	-17,2
Inkomster	0	0	0

Nämndens investeringsbudget uppgår till -12 mnkr. Utfallet för 2022 är 15,6 mnkr det vill säga ett budgetöverskridande med 3%. Nämndens investeringsutgifter består främst av investeringar i inventarier, bland annat i samband med att staden tagit över ett boende där det fanns stora investeringsbehov, men även utbyggnaden av digitala lösningar ingår här. Särskilt boende och LSS-boende står för drygt 8,5 mnkr medan hemvårdens investeringar uppgår till 3,2 mnkr.

En sammanställning av de senaste sju årens utfall jämfört med budget framgår av nedanstående diagram.



Utifrån denna sammanställning kan vi konstatera att budgeten inte fungerat som ett styrmedel när det gäller nämndens investeringar. Förvaltningen konstaterar själva också att de inte haft tillräcklig styrning när det gäller den stora massan av investeringar. I samband med internbudget 2023 antogs har förvaltningen fått nämndens uppdrag att återkomma med en mer detaljerad investeringsbudget.

2.3 Sammanfattande bedömning av verksamhet och ekonomi

Revisionen har i den årliga granskningen inte funnit något som visar att verksamheten inte har bedrivits i enlighet med det av fullmäktige beslutade uppdraget. Flera av de fördjupade granskningarna visar att det finns rutiner och riktlinjer upprättade för olika områden, men att det är en utmaning för nämnden att dessa också är kända och tillämpas ute på samtliga enheter i verksamheten. Nämnden har även i år överskridit den av fullmäktige beslutade investeringsbudgeten.

Nämndens årsbokslut bedöms i allt väsentligt ge en rättvisande bild av det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet. Nämnden har avrapporterat resultat av sina beslutade mål som inte uppnås i sin helhet. Nämnden har lämnat information om uppkomna mål- och verksamhetsavvikelser.

Stadsrevisionen bedömer att nämndens verksamhetsmässiga och ekonomiska resultat för 2022 är förenligt med de mål och den verksamhetsinriktning som fullmäktige fastställt. Nämnden har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Ett av kommunfullmäktiges uppdrag till nämnden har inte rapporterats under året i enlighet med beslutad tidplan. Avvikelse finns också för investeringsbudgeten som överskridits.



3. Intern kontroll

I detta avsnitt redovisas en granskning av nämndens interna kontroll. Av granskningen framgår bland annat i vilken utsträckning den interna kontrollen är en integrerad del i verksamhetens styrning och uppföljning. Vidare om det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. I samband med stadsrevisionens granskning av nämndens arbete med intern kontroll har åtta fördjupade granskningar och en uppföljning av tidigare förstudie genomförts.

Intern kontrollplan

Fullmäktige har antagit ett reglemente för intern kontroll som tydliggör de olika roller och ansvar som finns för detta arbete i staden, samt hur arbetet med intern kontroll ska följas upp. Det är nämnden som har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. Inom nämnden finns en utsedd intern kontrollsamordnare på avdelningen för kvalitet och utveckling som är den som driver arbetet. Nämnden har inte antagit några specifika regler eller anvisningar för den interna kontrollen utan arbetar efter de som finns framtagna för staden.

Vård- och omsorgsnämnden antog den interna kontrollplanen för 2022 den 23 november 2021. Den bestod av 27 granskningspunkter som avser 24 processer i verksamheten. Processerna fördelar sig under samtliga avsnitt; administration, ekonomi, personal och verksamhet.

Som grund när planen skulle tas fram finns en genomarbetad riskanalys. Varje processägare, det vill säga verksamhetschef eller avdelningschef, ansvarar för riskanalysen för sitt område. Riskanalyserna och ambitionsnivån för dem skiljer sig åt och kan involvera flera chefer och medarbetare inom området eller någon enstaka. Resultatet av dessa analyser har rapporterats till avdelningen för kvalitet och utveckling för sammanställning. Utkastet till den interna kontrollplanen har sedan tagits upp i förvaltningens ledningsgrupp för diskussion innan förslaget fördes upp till nämnden för dennes godkännande. En jämförelse av planerna för 2021, 2022 och 2023 visar att ett antal processer som bedömdes som försumbara 2021, även bedömdes som försumbara i 2022 års uppföljning och även finns med i 2023 års plan.

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollplanen rapporteras till vård- och omsorgsnämnden en gång per år. 2022 års resultat har rapporterats till nämnden den 16 februari 2023. Nämnden har i samband med denna åiterrapportering även fått information om vilka åtgärder som har planerats för de processer som har visat avvikelser. Det finns åtgärder bifogade för samtliga processer bedömda som kännbara, och för en del av de som bedöms lindriga. Nämnden godkände redovisningen av årsresultatet av uppföljningen av intern kontroll.

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollplanen visar att elva processer bedömts ha ett kännbart resultat. Av dessa fanns fem med som kännbara även i uppföljningen av den interna kontrollen 2021. Några av dessa avser att det har konstaterats brister inom ett par processer inom HR. För att öka fokus har en uppföljning av dessa gjorts under året och redovisats i nämndens kvalitetsrapporter. Trots detta kvarstår bristerna och processerna bedöms som kännbara även i årets uppföljning av interna kontrollplanen.



När det kommer till att vidta de åtgärder som det beslutas om så har IK-samordnaren en övergripande koll för dessa, men det är processägarnas ansvar att de åtgärder som beslutas om i uppföljningen faktiskt vidtas. Det är en utmaning att få alla att ta detta ansvar vilket resulterar i att bristerna för vissa rutiner återkommer år från år. Nämnden har inte under året följt upp att åtgärder avseende de brister som redovisades i 2021 års plan har vidtagits.

Därutöver kan vi se att rapportering av ekonomi görs till nämnden vid tertialboksluten samt att nämnden vid dessa tillfällen även har fått rapportering av uppföljning av nämndens mål. Vid dessa tillfällen får ledamöterna även en mer utförlig skriftlig rapport per verksamhetsområde.

Personlig assistans

Inom ramen för den årliga granskningen har en granskning genomförts avseende stadens verksamhet med personlig assistans. Granskningen visar att verksamheten till övervägande del bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Nämnden gör en löpande uppföljning och analys av kostnaderna och har inlett ett arbete för att förhindra felaktiga utbetalningar. De förbättringsområden som iakttagits är att säkerställa att uppföljningar görs på individnivå, tydliggöra rutinerna för då kunden har egenvård och att det sker en underrapportering när det kommer till kvalitetsindikatorer som klagomål och avvikelser.

Granskningen har sammanställts i en revisionsrapport som översänts till nämnden och som nämnden yttrat sig över vid sitt sammanträde den 29 september 2022. Nämnden svarar att de är medvetna om förbättringsområdena och beskriver i svaret åtgärder som ska eller har vidtagits. En sammanfattning av rapporten framgår av bilaga 7. Rapporten i sin helhet finns att ta del av på stadsrevisionens hemsida.

Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

En granskning har gjorts gemensamt med Region Skåne och ett antal andra skånska kommuner över effekterna av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Granskningen har genomförts av KomRedo AB på uppdrag av kommunernas och regionens revisorer. Företagets sammanfattande bedömning är att avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att parterna inte uppnår de mål och syften som anges i avtalet.

Granskningen har sammanställts i en revisionsrapport som översänts till nämnden och som nämnden yttrat sig över vid sitt sammanträde den 20 december 2022. Nämnden beskriver i sitt svar att de delar den sammanfattande bedömningen, att det finns en tydlig vårdssamverkansstruktur där samtliga bör ta del av granskningen för att tillsammans besluta om lämpliga åtgärder och att kommunen inte ensamma kan åtgärda brister som i grunden bygger på en god vårdssamverkan. En sammanfattning av rapporten framgår av bilaga 8. Rapporten i sin helhet finns att ta del av på stadsrevisionens hemsida.



Lönetillägg

Stadsrevisionen har under året inom ramen för den grundläggande granskningen gjort en granskning av hur lönetillägg hanteras inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde. Syftet med granskningen har varit att kontrollera om det finns ett skriftligt beslutsunderlag/avtal om lönetillägg samt att belopp och period överensstämmer med avtalade villkor. I granskningen framkommer att lönetillägg är sparsamt använt och främst tillämpas för stadsövergripande områden för lönetillägg som för ob vid facklig tid och deltagande i stadens krisorganisation POSOM. Vår bedömning är att vård och omsorgsnämnden i stort har fungerande rutiner när det kommer till att hantera lönetillägg i förvaltningen. En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 9.

Redovisningsprocesser

Inom ramen för den årliga granskningen har vi genomfört en granskning av ett antal olika redovisningsprocesser i syfte att bedöma om den interna kontrollen är tillräcklig. Processerna som har varit föremål för granskning är nämndens hantering av attestförteckning, upplägg av nya leverantörer i ekonomisystemet, behörigheter i ekonomisystemet samt bokföringsorder. Vår granskning av intern kontroll inom dessa redovisningsprocesser visar att vård- och omsorgsnämnden sammantaget har en tillräcklig intern kontroll inom dessa processer. I granskningen har vi noterat några avvikelser som nämnden kan utveckla för att förbättra sin interna kontroll ytterligare. Exempelvis har noterats att det inom vissa enheter finns en förbättringspotential när det gäller att bifoga underlag till bokföringsordrar. En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 10.

Inköp- och upphandling

Stadsrevisionen har under 2022 granskat arbetet med inköp och upphandling inom Helsingborgs stad. Granskningen har avsett kommunstyrelsen, stadsbyggnadsnämnden, fastighetsnämnden, miljönämnden, barn- och utbildningsnämnden, idrotts- och fritidsnämnden, vård- och omsorgsnämnden, socialnämnden, arbetsmarknadsnämnden och kulturnämnden. Granskningen har varit avgränsad till inköp som skett under perioden 2021-07-01 till 2022-06-30.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelse och nämnder har säkerställt ändamålsenliga rutiner för inköp och upphandling.

Den sammanfattande bedömningen i granskningen är att styrelsen och nämnderna delvis har säkerställt ändamålsenliga rutiner för inköp och upphandling. I granskningen har framkommit att det finns förbättringsområden i olika processer inom inköp och upphandling. Vi konstaterar i granskningen att inköp och upphandling inte alltid sker i enlighet med lagstiftning och stadens regler och det har framkommit ett antal områden som förvaltningarna behöver arbeta vidare med.

Granskningen har rapporterats i en slutlig rapport till kommunstyrelsen och finns att läsa i sin helhet på stadsrevisionens hemsida. I bilaga 11 finns en sammanfattning över vård- och omsorgsnämndens arbete med inköp och upphandling utifrån genomförd granskning.



3.1 Sammanfattande bedömning av intern kontroll

Stadsrevisionen bedömer att nämnden har en organisation med i stort tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel samt oegentligheter. Årets granskningar visar på att det inom vissa områden finns utrymme att stärka den interna kontrollen, exempelvis avseende avtalsuppföljning och inköpsrutiner.

Nämnden genomför årliga riskanalyser som fångar upp väsentliga risker samt hur de ska hanteras för att minimera risken för att verksamhetens mål inte uppnås. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande. Uppföljningen av kontrollerna har dokumenterats och åtgärder för att komma till rätta med brister har tagits fram. Det finns en utvecklingspotential för nämnden när det gäller att fokusera på att granska processer där riskerna är reella och istället lägga ett större fokus på att säkerställa att åtgärder vidtas för processer där bristerna bedöms kännbara.

Sammantaget bedöms den interna kontrollen vara tillräcklig.



4. Räenskaper

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

Granskningen av bokslutet har i huvudsak inriktats på:

- Verifiering och bedömning av upptagna balansposter
- Periodiseringskontroller
- Genomgång av inventarier/anläggningstillgångar
- Genomgång av årsbokslut inriktning, mål och ekonomi/årsanalys
- Bedömning av om upprättat bokslut överensstämmer med angivna riktlinjer, lagstiftning och god redovisningssed.

Inga särskilda iakttagelser av väsentlig karaktär har noterats vid granskning av räenskaperna 2022. Mindre avvikelser har hanterats direkt med förvaltningen

4.1 Sammanfattande bedömning av räenskaper

Sammantaget bedömer stadsrevisionen att räenskaperna, i allt väsentligt, ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat och ekonomisk ställning. Räenskaperna bedöms vidare vara upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.



BILAGA 1

Granskning av arbetet med basala hygienrutiner

Bakgrund

Följsamheten gentemot de basala hygienrutinerna inom vård och omsorg har aktualiserats under pandemin, då det kunnat få stora konsekvenser på de enheter där detta inte har fungerat. Stadsrevisionens andra revisorsgrupp har i sin riskanalys kommit fram till att området bör granskas.

Syfte och metod

Syftet är att bedöma om nämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete för att verksamheterna ska uppfylla att arbeta efter basala hygienrutiner.

Granskningen har genomförts via dokumentstudier och samtal med tjänstepersoner.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna hämtas från lagar och förfaranden, föreskrifter eller interna regelverk, policies och fullmäktigebeslut.

Revisionskriterierna för denna granskning är:

- Kommunallag (2017:725)
- SOSFS (2015:10) Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien i vård och omsorg

Granskningens resultat

Rutiner

Nämnden har inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete en nedtecknad rutin för "Basala hygienrutiner" som är baserad på Socialstyrelsens rutin för basal hygien i vård och omsorg. Rutinen delges samtliga anställda. Då vikarier anställs så ingår denna i det startpaket de får i samband med att de får sin introduktion på förvaltningen av enheten Bemanning och rekrytering.

Varje år ska samtliga anställda som arbetar med patientnära arbete genomgå Region Skånes utbildning "Basala hygienrutiner och vårdhygien" genom HBG Learns. Till utbildningen hör att ett kunskapstest ska genomföras och medarbetaren ska kunna uppvisa för sin chef att de fått alla rätt på testet. Därutöver ska medarbetaren även besvara ett antal kontrollfrågor som staden tagit fram i HBG Learns. Först därefter räknas utbildningen som genomförd och godkänd.

Hygienombud

På förvaltningen finns ett antal hygienombud som aktivt ska arbeta med hygienfrågor på den egna arbetsplatsen och stimulera personalen i hygienarbetet. Arbetet omfattar exempelvis att informera och utbilda medarbetare om de vårdhygieniska rutiner som gäller, rapportera avvikelser och förbättringsförslag samt att bistå enhetschefen i att organisera och genomföra hygienronder två gånger per år.



Inom förvaltningen ska det hållas nätverksträffar för alla hygienombud 2-4 gånger per år. Vid dessa träffar ska även två enhetschefer delta.

PPM-mätning

Varje år genomför SKR en punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. I den senaste som genomfördes våren 2022 så ingår 158 av landets 290 kommuner. Den genomförs som en observationsstudie under en bestämd tidpunkt inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetare får då i uppdrag att observera sina kollegor och sedan rapportera in resultatet.

Rutinen är att det är hygienombuden som genomför observationen. Mätningen avser alla verksamhetsområden inom nämnden. Inom förvaltningen har man uttalat att 10 % på en enhet ska observeras och är det som ska rapporteras in. Det finns en viss förbättringspotential här då alla enheter inte uppnår denna andel.

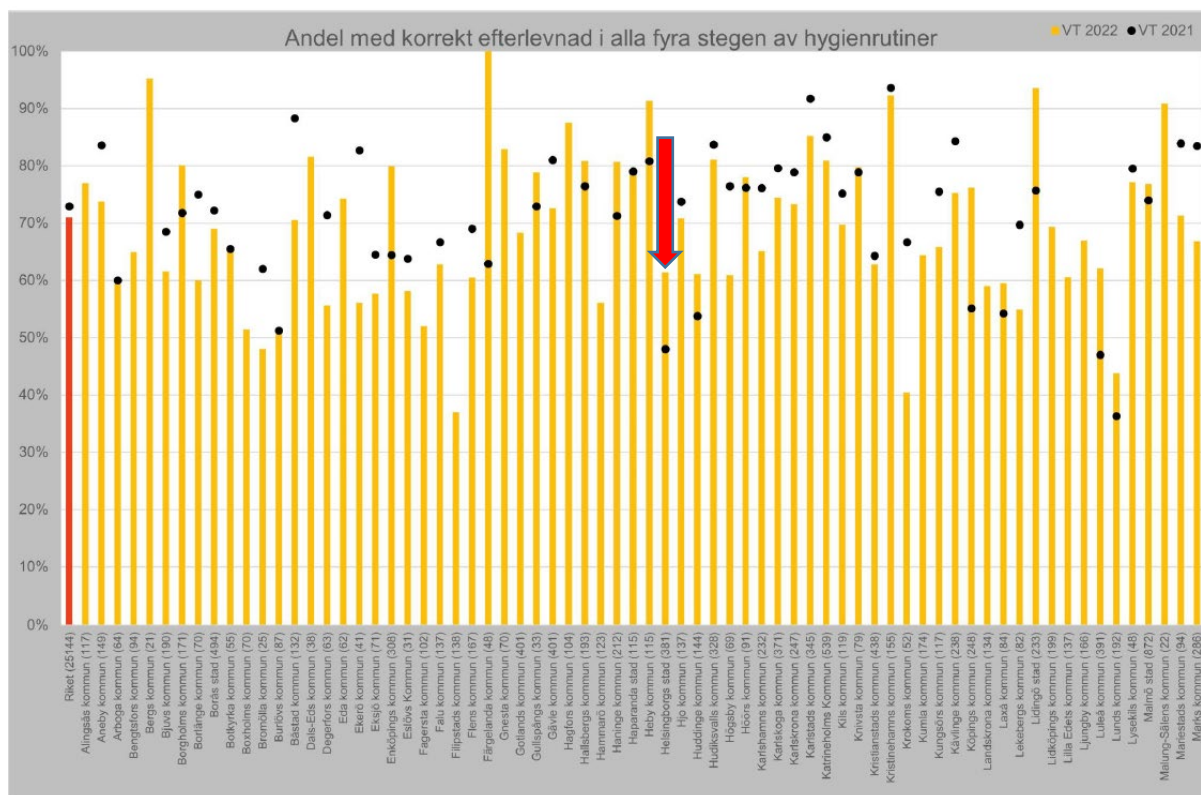
I mätningen observeras följsamhet av alla fyra steg för basala hygienrutiner:

- Andel som desinfekterat korrekt före patientnära arbete
- Andel som desinfekterat korrekt efter patientnära arbete
- Andel med korrekt användning av handskar
- Andel med korrekt användning av plastförkläde

Mätningen under våren 2022 visar att Helsingborg har förbättrat sitt resultat jämfört med 2021. Staden ligger dock fortfarande lägre än genomsnittet för riket. I likhet med i övriga riket är det område som oftast fallerar desinficera korrekt före patientnära arbete. Även användande av plastförkläde ligger lägre.



Tabell 1. PPM-mätning 2022 avseende basala hygienrutiner, Kommuner A-M



Fler åtgärder för att uppnå en bättre efterlevnad

I nämndens egen nulägeskarta inför 2022 framgår att ett av deras svagare resultat handlar om att de behöver bli bättre på att följa de basala hygienrutinerna.

Frågan om att förbättra arbetet för att upprätthålla så goda basala hygienrutiner som möjligt har enligt förvaltningen varit uppe för diskussion både i nämnden och i förvaltningens ledningsgrupp. Beslutet som är fattat om att fokusera området har dock fattats av verksamhetschefer utifrån lärdomar av pandemin.

Kvalitetsavdelningen följer upp området basala hygienrutiner via egenkontrollen och vid de större kvalitetsuppföljningar som görs på ett antal enheter årligen.

Det framgår att följsamheten varierar bland förvaltningens olika enheter. Till stor del avser bristerna vissa enheter, de som inte fungerade före pandemin fungerade inte heller under pandemin. Kvalitetsavdelningen gör extra uppföljningar på de enheter där det behövs. För avdelningen är det känt vilka enheter det brukar brista på. Det har funnits planer på att även göra oanmälda besök, men det har inte fungerat under pandemin. Nu finns planer på att detta kan vara ett sätt för att ytterligare lägga fokus på området.

Av granskningen framgår att kulturen på enheten och vad medarbetaren tycker är viktigt är centralt och något som förvaltningen hela tiden behöver jobba med för att kunna öka följsamheten av de basala hygienrutinerna.



Slutsats

Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete för att verksamheterna ska uppfylla att arbeta efter basala hygienrutiner.

Formellt så har nämnden en process och rutiner för de basala hygienrutinerna i enlighet med socialstyrelsens författning om basal hygien i vård och omsorg. Dessa gäller även för såväl hemtjänst i ordinärt boende som för vård och omsorg på särskilda boenden.

Nämnden har själva i sin nulägesanalys för 2022 uttalat att området är ett där nämnden har svaga resultat. Nämnden har även vidtagit åtgärder såsom att verksamhetschefer har tagit beslut om att införa hygienombud i hemvården, att alla verksamhetsområden ska delta i PPM-mätningen och en utökad digital utbildning för medarbetare. Kvalitetsavdelningen har med området i egenkontrollen och gör extra uppföljningar på enheter med konstaterade brister.

De mätningar som gjorts under våren och där Helsingborgs resultat jämförts med ett antal andra kommuner i landet visar dock att rutinerna inte alltid följs då resultatet för staden ligger lägre än genomsnittet för riket.

Nämnden behöver därför fortsätta fokusera på området och utveckla sitt arbete för att säkerställa så att verksamheten följer de basala hygienrutinerna inom alla enheter.



BILAGA 2

Granskning av Lex Sarah

Bakgrund

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Centrala skyldigheter i bestämmelserna om lex Sarah är rapporteringsskyldigheten, utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningsskyldigheten. De vanligaste anmälningarna som förekommer inom nämndens område handlar om sådana brister som att t.ex. felaktigt utförd insats, brister i bemötande, ekonomiska övergrepp eller att bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt har brutits.

Syfte

Syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämndens arbete för att säkerställa hanteringen av lex Sarah-rapportering följer lagstiftning.

Granskningens resultat

Antal rapporter och anmälningar

Under de senaste åren fördelar sig antalet rapporter och anmälningar enligt Lex Sarah i vård- och omsorgsförvaltningen enligt:

	2021	2022 220713 tom
Antal lex Sarah-rapporter, totalt	244	150
- Varav bedömts som allvarliga och anmälts till IVO	19	13

Rutiner och riktlinjer

I nämndens kvalitetsledningssystem – KUL – finns rutiner för Lex Sarah-rapporter. Dessa ligger på intranätet och personalen kan fylla i en rapport direkt online. Det gäller för alla som är anställda inom SoL och LSS-området.

I rutinen som är utformad utifrån processen framgår ansvarsfördelningen. Alla har en skyldighet att rapportera. Sedan väljer vårdgivaren vem som ska utreda. I dagsläget finns två Lex Sarah-utredare på avdelningen för kvalitet och utveckling som gör Lex Sarah-utredningarna. I rutinen framgår även vilket ansvar enhetschef och verksamhetschef har vid processens olika steg.

Det är sedan chefen för avdelningen för kvalitet och utveckling som beslutar om rapporteringarna är så allvarliga att de ska anmälas till IVO.

Det är inte alltid helt klart för medarbetarna när de ska rapportera en avvikelse och när det är fråga om en rapportering enligt lex Sarah. För att underlätta har förvaltningen



tagit fram en vägledning som försöker tydliggöra skillnaderna så att det inträffade hanteras på rätt ställe.

Introduktion och utbildning

Alla medarbetare får information om processen för lex Sarah-rapportering i samband med sin anställning. Vanligtvis direkt av bemanningsenheten där merparten av rekryteringen går igenom. Sedan ska alla chefer i förvaltningen enligt nämndens systematiska kvalitetsarbete, ha en genomgång av rutinen för lex Sarah för sina medarbetare två gånger om året.

En ny ordning håller på att införas när nya chefer anställs. Tidigare har det varit upp till de nyanställda att ta kontakt med kvalitetsavdelningen för stöd. Framåt kommer det att styras upp med olika delar som cheferna behöver veta inom en vecka, en månad etc efter att de anställts. Här ingår lex Sarah-hanteringen som en del.

Utredning av rapport om missförhållande

Avdelning för kvalitet och utveckling utreder rapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. De båda lex Sarah-utredarna har ansvaret för själva utredningen som dokumenteras i systemet LifeCare. I nämndens rutin för utredning framgår att även enhetschefer och verksamhetschefer har ansvar för olika delar under utredningens gång.

Enhetschefen har bland annat ansvaret för att underrätta den enskilde eller dess företrädare om det inträffade och även informera om vilka åtgärder som planeras eller redan vidtagits. Om det exempelvis vid utredning framgår något som tyder på brister i verksamhetens kvalitet ska en bedömning göras av vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Verksamhetsansvarig ansvarar för att ta fram åtgärder som sedan ska godkännas av avdelning för kvalitet och utveckling. Dessa åtgärder ska även de enligt rutinen dokumenteras i systemet Life Care.

Om missförhållandet eller risk för missförhållande bedöms vara av allvarlig karaktär ska händelsen anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Anmälningar till IVO

Om avdelningschefen för kvalitetsavdelningen utifrån utredningen bedömer att det finns risk för allvarligt missförhållande ska anmälan skickas in till IVO. Nämnden bör föranmäla händelsen till IVO så fort ställningstagande om allvarlighetsgraden har gjorts. Därefter har de två månader på sig att skicka in utredningen med åtgärder till IVO.

Nämndens samverkan med IVO inom vård och omsorg har inte varit konstruktiv under senare år, vilket bedöms vara personberoende.

Sedan en tid tillbaka så skickar nämnden alltid ett pressmeddelande när det är en rapport som bedöms så allvarlig att den anmäls till IVO. Detta förfarande med



transparens har underlättat och besparat verksamheten diverse samtal från olika parter.

Sprida erfarenheter inom organisationen

Förvaltningen menar att det är viktigt att sprida lex Sarah-rapporteringarna i organisationen, men det kan vara utmanande. Är det en brist som enbart avser ett verksamhetsområde går det relativt bra att hantera genom att verksamhetschefen lyfter det vid sin ledningsgrupp där alla enhetschefer deltar. Dessa har sedan ansvar för att sprida informationen inom sin enhet, vilket kan vara en utmaning i en stor organisation med omsättning på chefer.

När det är en uppmärksammas brist som kan finnas inom flera verksamhetsområden är det ännu svårare att nå ut med den. Ett exempel under året har varit sekretess. Inom förvaltningen har en tjänsteperson satt ihop ett utbildningspaket inom sekretess, och ambitionen är att det ska spelas in en utbildning som ska finnas i HBG Learns. Hittills (maj 2022) har det dock inte prioriterats att sätta ihop utbildningen vilket kräver en del resurser.

I nämndens kvalitetsrapport för tertial 1 så framgår att ett förbättringsområde som identifierats på fyra av de sex granskade enheterna inom ramen för nämndens kvalitetsgranskning är just incidentrapportering, vilket förutom lex Sarah även innefattar avvikelser och klagomål.

Anmälan till nämnd

Nämnden får för varje tertial en kvalitetsrapport som avser hela verksamheten. Inom ramen för denna rapporteras en sammanställning över inkomna klagomål, avvikelser och lex-Sarah-rapporter. Det framgår hur många det varit, hur många enheter som inte rapporterat något enligt lex Sarah och vilken form av brister som det handlar om. Det finns även redogjort för hur många rapporter som anmälts till IVO och inom vilka områden dessa brister varit.

Slutsats

Vår granskning visar på att det finns rutiner och processer för hanteringen av lex Sarah-rapportering. Den skriftliga processen inom ramen för nämndens kvalitetsledningssystem anger vilken roll som har ansvar för de olika delarna. Medarbetarna får information om lex Sarah-hanteringen inledningsvis vid sin anställning och löpande under året. Nämnden får information om antalet lex Sarah-rapporter och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa vid varje tertial. Det som ses som den största utmaningen är att sprida erfarenheter i organisationen för att säkerställa att identifierade brister inte uppstår igen. Svårigheten att få struktur är större när det är brister som kan uppstå inom flera/alla verksamhetsområden.

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten i allt väsentligt har en hantering av lex Sarah-rapporteringen som följer lagstiftningen.



BILAGA 3

Stölder inom hemvård och särskilt boende

Bakgrund

Det förekommer att stölder sker hos vård- och omsorgsnämndens kunder, bland annat har ett vårdboende varit särskilt drabbat där både kunder och personal drabbats av stölder. Stadsrevisionens andra revisorsgrupp har i sin riskanalys kommit fram till att området bör granskas.

Syfte

Syftet är att bedöma om nämnden har säkerställt att det finns rutiner för hur stölder hos kunder ska hanteras.

Granskningens resultat

Rutiner

Nämndens rutin när en kund utsatts för en stöld är att göra en Lex Sarah-anmälan. Denna rutin har varit tydlig inom hemvård och LSS-verksamhet. Det har dock funnits en uppfattning om att vårdboenden inte behövde rapportera stölder enligt Lex Sarah. I samband med att det skett ett antal stölder på ett vårdboende i staden har denna missuppfattning uppmärksamats under 2021, och informationen om rutinen har tydliggjorts i att den även gäller för vårdboenden. Denna brist lyftes även i nämndens kvalitetsrapport för tertial 2 2021.

Förvaltningen har publicerat en vägledning för att tydliggöra för vad som gäller för rapportering av avvikelser respektive Lex Sarah. Förvaltningen har valt att inte specifikt ange olika exempel på vad som kan vara orsak till en Lex Sarah-anmälan. Det framgår att den enskilde ska ha fått konsekvenser för sitt liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa av händelsen. Enligt socialstyrelsens handbok avseende Lex Sarah och dess tillämpning framgår under ekonomiska övergrepp att det viktiga är att om det finns skäl att misstänka någon i verksamheten ska händelsen utredas internt oavsett om en anmälan görs eller inte.

Förvaltningen ger information till medarbetarna om att misstänkta stölder ska Lex Sarah-anmälas vid olika tillfällen. Det kan ske på olika sätt som när förvaltningens Lex Sarah-utredare är ute och informerar på enheterna och att verksamhetscheferna informerar enhetscheferna på sina dialogmöten.

Stölden ska även polisanmälas. Det är den enskilde eller dess företrädare som polisanmäler eftersom det är de som utsatts. Resultatet blir sedan vanligtvis att polisen lägger ned dessa utredningar.

Nämnden har en rutin *"Rutin för hantering av fickpengar och pengar för mat och uppehåll samt hur vi ska hantera nycklar till värdeskåp"*. I denna framgår hur pengar ska förvaras, redovisas mm för de olika verksamheterna Bostad med särskild service & korttidsvistelse, Personlig assistans, Vårdboende & korttidsboende samt Hemservice.



Anmälningar

Det görs ett antal anmälningar årligen, dessa är dock ofta svåra att utreda. Problemet är att det är många som har tillgång till kundens hem, exempelvis personen själv, personal, anhöriga. Det som fungerar bättre att utreda är när det handlar om stöld av medicin som förvaras i låst skåp dit bara personalen har nyckel.

Inom vårdboendet där det uppdagats stölder vid ett antal tillfällen har staden arbetat tillsammans med kommunpolis och jurist för att försöka klara upp stölderna.

En uppskattning från förvaltningen är att mindre än 10 % av nämndens Lex Sarah-rapporteringar avser stölder.

Förebyggande arbete

Det sker inte någon dokumentation av tillhörigheter från stadens sida. Oavsett om det är ett ordinärt eller ett särskilt boende så är det den enskildes hem, och det därmed hanteras av den enskilde.

Det enda undantagsfallet är om en medarbetare i staden tar emot tillhörigheter då den enskilde varit på sjukhus och har lågt medvetande. Då ska medarbetaren dokumentera vad som mottagits.

Det händer att förvaltningens medarbetare kan avråda de äldre att bära alltför dyrbara smycken. En del tar dock risken eftersom de burit smyckena hela livet och vill fortsätta med det.

Slutsats

Syftet är att bedöma om nämnden har säkerställt att det finns rutiner för hur stölder hos kunder ska hanteras.

Nämnden har en rutin att stölder alltid ska Lex Sarah-anmälas. Under föregående år uppmärksammades att det inte var helt tydligt inom alla verksamhetsområden i förvaltningen hur stölder skulle hanteras. Förvaltningen har tydliggjort detta nu.

Nämnden har valt att inte uttrycka någonstans att stölder ska Lex Sarah-anmälas utan det görs utifrån kriterierna för Lex Sarah dvs att den enskilde ska ha fått konsekvenser för sitt liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa av händelsen. Det är därmed viktigt att det finns en tillräcklig god och strukturerad information och kommunikation kring Lex Sarah i förvaltningen så att alla medarbetare vet hur en stöld ska hanteras.

Vår bedömning är att nämnden har säkerställt att det finns rutiner, men det då är av vikt att nämnden försäkras sig om att dessa är väl kända hos alla medarbetare.



BILAGA 4

Uppföljning av tidigare förstudie avseende granskning av läkemedelshantering

Bakgrund

Stadsrevisionen följer löpande upp tidigare gjorda granskningar för att få en uppföljning om vilka åtgärder som nämnder och styrelser vidtagit där det funnits områden att utveckla. Inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde har en uppföljning gjorts av förstudien från år 2019 avseende läkemedelshantering.

Resultat i tidigare förstudie

I förstudien fanns ett antal områden som vård- och omsorgsnämnden behövde utveckla:

- *Det finns riktlinjer och rutiner för läkemedel. Extern kontroll visade att det vore gynnsamt med lokala anvisningar till de olika enheterna inom vård och omsorg.*
- *Det förekom att det fanns kvar gammal dokumentation i pärmen hos patienten, vilket kan utgöra en patientsäkerhetsrisk.*
- *Den interna egenkontrollen behövde förtydligas med rutinbeskrivningar och dokumentation.*
- *Egenkontrollerna dokumenterades inte på ett tillräckligt sätt vilket försvårade uppföljning och kontroll, och en risk att spårbarheten bakåt i tiden saknas av vad som genomförts och vilka resultat det gett.*
- *I patientsäkerhetsberättelsen saknades en beskrivning av resultatet av genomförda externa och interna kontroller av läkemedelshantering, vilket medförde att nämnden fick bristande underlag att identifiera åtgärder från? Har denna del utvecklats i patientsäkerhetsberättelsen?*

Resultat i uppföljningsgranskningen

Vi kan se att nämnden vidtagit åtgärder på ett antal områden. Det finns en lokal läkemedelsrutin, det ingår numera en specifik del avseende HSL i egenkontrollen vars resultat ska analyseras och användas för löpande åtgärder och långsiktigt förbättringsarbete. Införandet av teamarbete och klustermöten inom hemvården ska säkerställa att kundpärmarna används strukturerat mer frekvent och därmed hålls aktuella.

När det gäller den externa granskningen av läkemedelshantering som apotekarna gör så har resultaten av dessa stickprov tidigare inte sammanställts, analyserats och rapporterats på övergripande nivå. Det kommer att utvecklas till rapporteringen för 2022.

Det nämnden behöver fortsätta fokusera på är att säkerställa att verksamheten inom alla enheter känner till och även arbetar efter de riktlinjer, dokument och rutiner som finns.



BILAGA 5

Granskning av vård i livets slutskede

1. Bakgrund

I livets slutskede benämns den hälso- och sjukvård som bedrivs för palliativ. Det huvudsakliga målet för vården i detta skede är att lindra fysisk smärta och att ge psykologiskt och socialt stöd till vårdtagaren och dess närstående med syftet att patienten ska leva med största möjliga välbefinnande. Vårdtagaren och närstående ska även ges möjlighet att göra de prioriteringar som är viktiga och meningsfulla vid allvarlig sjukdom eller då tiden kvar i livet är begränsad.

Denna vård i livets slutskede ska kunna bedrivas på olika ställen. Avseende kommunens verksamhet omfattar det främst i hemmet eller på särskilt boende, men även inom LSS och andra kortare boendeformer. I vården ingår också omhändertagande av de personer som vårdtagaren definierat som sina närstående.

Utifrån genomförd riskanalys har de förtroendevalda revisorerna beslutat om att en granskning av hur vård i livets slutskede bedrivs inom kommunens ansvarsområde ska genomföras under 2022.

2. Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet avseende vård i livets slutskede. Syftet har brutits ned i följande revisionsfrågor:

- Har nämnden fastställt mål och kvalitetskrav för palliativ vård i livets slutskede?
- Har nämnden säkerställt en god styrning av den palliativa vården i livets slutskede?
- Följer nämnden upp kvaliteten på den palliativa vården i livets slutskede?

3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till den del av vård i livets slutskede som faller inom kommunens ansvarsområde och bedrivs inom kommunal vård och omsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

4. Revisionskriterier

Revisionskriterier för denna granskning är bland annat

- Kommunallag (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede
- Vård- och omsorgsnämndens reglemente

5. Genomfört arbete

Granskningen har innefattat bland annat dokumentstudier och intervjuer med tjänstepersoner på vård- och omsorgsförvaltningen.

6. Granskningens resultat

Har nämnden fastställt mål och kvalitetskrav för palliativ vård?

De viktigaste styrdokumentet för området är socialstyrelsens nationella riktlinje "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede". Den ska finnas tillgänglig på alla enheter.

Vård- och omsorgsförvaltningen har beslutat att palliativ vård är ett av två prioriterade kunskapsområden inom nämndens verksamhet under 2022. Det innebär att det finns en styrgrupp för att styra och samordna området. Styrgruppen har mandat att besluta om insatser som inte medför extra kostnader för den specifika verksamheten.

Strategisk plan för palliativ vård 2023-2035

Förvaltningen håller på att arbeta med en strategisk plan för palliativt arbete som ska upp i nämnden för beslut i december 2022. I denna finns en åtgärdslista där det klargörs vem som har vilket ansvar i processen, vilket vanligtvis är enhetschef eller verksamhetschef. Till detta har en checklista tagits fram som ska finnas lätt tillgänglig på alla enheter inom förvaltningen. Den ska fungera som en tydlig vägledning över när sköterskan ska larmas om att en vårdtagares hälsotillstånd förändras och livets slut närmar sig.

Planen är framtagen av en grupp som samordnats av strategisk sjuksköterska. Gruppen har bestått av fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och enhetschefer. Inför arbetet fick alla verksamhetschefer framföra sina tankar, och arbetet har också lyfts i ombudsgruppen med undersköterskor för att få med deras synpunkter och inspel.

Lokalt vårdprogram för palliativ vård

Inom förvaltningen finns ett lokalt vårdprogram för palliativ vård som är beslutat av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Programmet är ett led i strävan att förbättra vården och omsorgen från tidig till sen fas i palliativ vård. Det finns två angivna mål i det lokala vårdprogrammet:

- Att alla människor med sina unika behov boende i Helsingborg stad, ska få en god och värdig palliativ vård, och
- Palliativ vård av god kvalitet ska bedrivas inom hela den kommunala omsorgen oavsett var och tidpunkt på dygnet.

Detta dokument ska tas upp på enheternas ATP minst en gång om året. Det finns dock inte något sätt att kontrollera att det faktiskt görs.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras. Detta arbete ska dokumenteras. I dokumentet som beskriver nämndens systematiska kvalitetsarbete så anges att



vårdgivarna ska registrera i Palliativregistret hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet med registreringen är att förbättra vården i livets slutskede.

Har nämnden säkerställt en god styrning av den palliativa vården?

Organisation

Inom nämnden finns en specialistsjuksköterska som ansvarar för det strategiska arbetet inom kunskapsområdet palliativ vård. Det finns en dokumenterad uppdragsbeskrivning för funktionens olika ansvarsområden. Bland annat att driva frågor om palliativ vård, utveckla området och kvalitetssäkra omsorgen, fortsätta implementeringen av NVP (nationell vårdplan för palliativ vård) och regelbundet journalgranska och återkoppla till berörd personal. De dokument och riktlinjer som specialistsjuksköterskan skriver kvalitetssäkras av MAS.

Strategisk specialistsjuksköterska för palliativ vård har löpande möten med medarbetarna i mindre grupper. Det har visat sig som det bästa formatet så att alla har möjlighet att ställa frågor och patientfall kan tas upp för diskussion. Metoden kräver egentligen att medarbetarna genomgått viss kompetensutveckling och därmed har en grund att stå på inom palliativ vård. Vid mötena har det visat sig att så är det inte alltid. Det kan bero på stor personalomsättning, men det finns också ofta ett samband med att det inte varit ett stabilt och drivande ledarskap på enheten och/eller att ombudspersonen inte lyckats sprida informationen i sin verksamhet. Information har lyfts till verksamhetscheferna om denna problematik.

Sköterskan har vidare uppdrag och träffa alla nyanställda sjuksköterskor för att informera om riktlinjer, NVP och kommunens vårdplan för palliativ vård. Detta är en utmaning eftersom personalomsättningen är så hög. Hittills i år har träffar skett med ca 40 sjuksköterskor, en del av dessa har nu avslutat sin anställning igen. Det är ännu fler sjuksköterskor som anställts och det händer att enhetschefer inte alltid informerar om att en ny sjuksköterska anställts.



Kompetensutveckling palliativ vård

För att säkra en god palliativ vård har förvaltningen bestämt om en basutbildning på stadens plattform för digitala utbildningar HBG Learns som är 3,5 timme lång. Instruktionen är att den ska göras av alla, även av enhetschefer, den behöver dock inte genomföras varje år.

I granskningen framkommer att utbildningen inte görs av alla och att den görs oftare inom vårdboenden än inom hemsjukvården. En förklaring som nämns är att det är stor omsättning på chefer och då är detta ett område som riskerar att falla mellan stolarna.

Det förekommer även att när det hålls repetitionsutbildningar ute på enheterna så har vissa enhetschefer gjort dessa frivilliga för medarbetarna, vilket medför att alla inte kommer och får ta del av kompetensutvecklingen.

Nätverk för palliativ vård

Inom förvaltningen finns ett nätverk med syftet att öka förutsättningarna för att tydliggöra, förbättra och kvalitetssäkra en god och säker vård. Ombuden i nätverket ska vara trygga, intresserade och engagerade medarbetare som ska kunna ge stöd till sina kollegor i frågor som omvårdnad, bemötande och förhållningssätt.

Ombuden är undersköterskor med ökad kompetens i omvårdnad vid palliativ vård. Det finns ca 60 ombud som träffas i grupper om femton åt gången. Nätverket träffas fyra gånger per år och det finns en framtagen och dokumenterad uppdragsbeskrivning över vad det innebär att vara ombud.

Arbetet och spridande av kunskap fungerar olika bra på olika enheter. På vissa fungerar det ändamålsenligt och informationen når ut till medarbetarna. På andra tar inte ombuden för sig när de kommer ut i sin organisation, eller så tillåts de inte ta för sig för sin chef vilket resulterar i att medarbetarnas kunskaper inom området kan vara begränsade.

Kompetensgrupp för palliativ vård

Det finns även en kompetensgrupp för legitimerad personal som den strategiska sjuksköterskan för palliativ vård också samordnar. Gruppens syfte och mål är att synliggöra och åtgärda det som behöver förbättras, sprida nyheter inom kunskapsområdet och sträva efter en likvärdig vård för målgruppen i hela kommunen. I denna grupp ingår 20-22 personer med professioner som enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Dessa bedöms ha lättare att nå ut i verksamheten.

Riktlinjer

Nämnden har tagit fram en rad riktlinjer för stöd till personalen under den palliativa vården i livets slutskede, bland annat:

- Helsingborgs stads riktlinjer avseende NVP (nationell plan för palliativ vård) (Beslut: MAS och MAR)
- Riktlinjer för efterlevandesamtal (Beslut: MAS)
- Riktlinjer för palliativ vård och NVP (Beslut: MAS)



- Riktlinjer för användande av Abbey Pain Scale (Beslut MAS)
- Rutiner för munvård de sista dygnet i livet (Beslut: MAS)
- Rutiner för vak i livets slutskede (Beslut: MAS och MAR)
- Riktlinjer vid dödsfall (Beslut: MAS)
- Riktlinjer vid registrering i Palliativregistret (Beslut: MAS)
- Uppdragsbeskrivning strategisk sjuksköterska i palliativ vård (Beslut: verksamhetschefer i område 1 och 2)
- Uppdragsbeskrivning för ombud i nätverk för palliativ vård (Beslut: verksamhetschefer i område 1 och 2)
- Uppdragsbeskrivning kompetensgrupp palliativ vård (Beslut: verksamhetschefer i område 1 och 2)

Processen och arbetssättet för palliativ vård i livets slutskede

Region Skåne genom primärvården och dess läkare ansvarar för att ett brytpunktssamtal hålls när vårdtagaren närmar sig den sena fasen av palliativ vård. Det är då vårdens mål övergår från livsuppehållande behandling till lindring av vårdtagarens lidande. Samtalet dokumenteras sedan av läkaren i en egen anteckning som ska skickas till stadens verksamhetssystem ProCapita. Uppfattningen hos de intervjuade är att denna kommunikation fungerar väl, så att informationen från brytpunktssamtalen kommer stadens medarbetare till del. I denna information kan läkaren skriva bedömningar som att "ingen HLR, därför att..." eller "inte skickas till sjukhus, därför att..." utifrån vad som framkommit under brytpunktssamtalet. Under pandemin innebar detta arbete en särskild utmaning.

Den strategisk sjuksköterska för palliativ vård har en samverkan med vårdcentralerna i staden för att informera om det palliativa arbetssättet. Samverkan med vårdcentralerna i kommunen varierar och är till stor del personberoende. Det händer att sjuksköterskan i staden kan få ligga på om att de behöver hållas. Det kan bero på att läkare har svårt att frigöra tid från vårdcentralen för hembesök eller att en del läkare tycker det är svårt med dessa samtal. Rollerna mellan regionen och kommunen upplevs som tydliga.

NVP

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) har använts inom förvaltningen sedan 2016 och anses vara en stor hjälp för att få struktur i arbetet. Nästan alla vårdtagare i verksamheten har en NVP utom de som dör "den snabba döden". Inom nämndens verksamhet finns framtagna riktlinjer för hur arbetet med NVP ska ske under de olika delarna av vård i livets slutskede. Det finns även en framtagna lathund som beskriver mer konkret hur medarbetarna agerar och var dokumentation ska ske.

NVP sätts in efter att brytpunktssamtalet hållits. Den kan också vara förberedd om läkare och personal ser att det är nära förestående. Då kan en preNVP upprättas där läkaren har förberett brytpunktssamtal och dokument när läkaren ändå är på plats



inom kommunens verksamhet. Därefter kan den aktualiseras av primärvårdsläkaren eller en jourläkare. Närstående informeras alltid när en preNVP-plan upprättas.

När NVP sätts in innebär det att all dokumentation sker i denna pärm och man frångår då den vanliga pärmen och journalsystemet Procapita. Vården inriktas på:

- Symptomlindring
- Stöd till vak
- Stöd till närstående
- Trygghetsbesök av sjuksköterska minst var fjärde timme dygnet runt.

De allra flesta vill ha vak och vid livets slutskede ska alla kunna erbjudas vak. Det har dock inte alltid kunnat tillgodoses, till exempel om personal försökt lösa situationen inom den befintliga bemanningen. Vid dessa tillfällen ska en avvikelse göras som kan leda till en lex Sarah-anmälan. Rutinen är sedan att verksamheten ska ta upp det som hänt, genom att cheferna förväntas ta upp det på sina ATP för att förebygga att det händer igen. Det är dock inte någon som följer upp att så faktiskt sker. I hemvården finns inte denna risk eftersom där avlöser de som sitter vak varandra.

Smärtanalys görs av personalen tillsammans med vårdtagaren i tidig fas i palliativ vård. Syftet med detta är att ge ett bra underlag för att ordinera rätt behandling. Staden använder Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) för bedömning av nio vanliga symptom hos vårdtagare, och som kan genomföras när det kommer en ny vårdtagare och sedan göras löpande. Symptomen som bedöms är smärta, trötthet, illamående, depression, ångest, dåsighet, aptit, välbefinnande och andfåddhet

I den sista fasen av vård i livet slutskede när vårdtagaren inte orkar uttrycka sig via tal så används Abbey Pain Scale som symtomskattningsinstrument. I denna görs en bedömning av sjuksköterskan var fjärde timme och av undersköterskan efter injektion. För att försöka bedöma smärtan observeras här röstuttryck/ljud, ansiktsuttryck, förändrat kroppsspråk, förändrat beteende, fysiologiska förändringar och kroppsliga förändringar.

Efter dödsfallet

Sjuksköterskan åker alltid ut till vårdtagaren som avlidit. Nästa steg är att kontakta läkaren som är den som konstaterar dödsfallet. På vårdboenden kan läkaren under mån-fred på dagtid delegera till sjuksköterskan att göra detta. I övrigt har förvaltningen valt att inte några delar av den palliativa vården ska delegeras från läkaren till stadens personal.

Förvaltningen försöker vara noga med att erbjuda efterlevandesamtal och enligt riktlinjerna ska det alltid erbjudas. Det kan vara sjuksköterskan som håller det men lika gärna en undersköterska som de närstående haft den mesta kontakten med. Kan ske via telefon eller att de närstående bjuds till vårdboendet för kaffe och samtal. Samtalen dokumenteras inte, men det dokumenteras att samtalet erbjudits.



Följer nämnden upp kvaliteten på den palliativa vården?

Nämnden gör själv mätningar av kvalitetsindikatorer avseende palliativ vård. Ett urval av dessa för den senaste 12-månadersperioden framgår av tabellen nedan:

Kvalitetsindikatorer	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
SÄRSKILT BOENDE				
Dokumenterat brytpunktssamtal	84,1 %	98 %	212	252
Smärtskattats sista levnadsveckan	85,7 %	100 %	216	252
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	93,3 %	90 %	235	252
HEMSJUKVÅRD OCH KORTTIDSENHET				
Dokumenterat brytpunktssamtal	94,5 %	98 %	86	91
Smärtskattats sista levnadsveckan	70,3 %	100 %	64	91
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	89 %	90 %	81	91

Tabell 1 Kvalitetsindikatorer avseende palliativ vård av patienter som har Helsingborgs stad som utförare för perioden september 2021 till september 2022.

Journaluppföljning

När en vårdtagare avlidit skickas NVP-journalen till strategisk sjuksköterska för palliativ vård som sedan granskar denna. Detta gäller för nästa alla enheter i staden, bortsett från några få vårdboenden där ledning och personal varit stabil under en längre tid. Vid granskningen finns en mall att utgå ifrån, och utifrån denna görs markeringar för de delar som inte stämmer med mallen. Förbättringsområden kommuniceras därefter tillbaka till berörd personal.

Sjuksköterskans bedömning är att dokumentationen i NVP generellt blivit allt bättre med åren. Dock har språkförbistring identifieras som ett problem. Det förekommer ibland att det är svårt att förstå dokumentationen i NVP-pärmen när den går igenom efter dödsfallet.

Palliativregistret

Vid alla dödsfall i hemmet eller på särskilt boende ska dessa registreras Svenska palliativregistret. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede oberoende av diagnos och vem som utför vården. Detta omnämns i nämndens dokument för ett systematiskt kvalitetsarbete. Sjuksköterskan ska registrera in dödsfallet i registret tillsammans med eller efter samtal med personalen som varit och vårdat patienten under sista veckan. Vid vår intervju framkom att när samtal skett med undersköterskor så vittnar de om att de inte varit med och bidragit vid registreringen. Inte heller har chefen tagit upp statistiken och informerat om vilket de ska. Strategisk sjuksköterska för palliativ vård har lyft upp detta till verksamhetscheferna som ett område som behöver förbättras.

Ett problem som får avtryck på statistiken är att när strategisk sjuksköterska för palliativ vård/MAS inte informerats om att en ny sjuksköterska anställts av en enhetschef, har denna sjuksköterska inte tillgång till systemet för registrering ännu.

Patientsäkerhetsberättelse

Nämnden får i den årliga patientsäkerhetsberättelsen en rapport om hur den palliativa vården bedrivits. I den senaste patientsäkerhetsberättelsen som avser 2021 framkom att statistiken avseende kvalitetsindikatorer hade förbättrats något jämfört med föregående år men att åren är svåra att jämföra beroende av pandemin. Det rapporterades också identifierade förbättringsområden såsom strukturen för registrering i det palliativa registret, och att organisationen behöver förstärkas med ett stöd till personalen i form av handledning och reflektion.

Klagomål, avvikelser och Lex Sarah

Inom ramen för nämndens systematiska kvalitetsarbete görs uppföljningar som kan omfatta den palliativa vården. Det förekommer klagomål på verksamheten, men enligt våra intervjuer inte i någon större omfattning.

Under 2022 har inte någon lex Sarah anmälan gjorts som avser palliativ vård i livets slutskede.



7. Bedömningar och slutsats

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet avseende vård i livets slutskede.

Förvaltningen har beslutat att palliativ vård är ett av två prioriterade kunskapsområden inom sin verksamhet under 2022. I dagsläget har nämnden inte fastställt specifika mål och kvalitetskrav för palliativ vård. Under året har dock ett arbete pågått inom förvaltningen med att ta fram en strategisk plan som kommer omfatta dessa delar. Nämnden förväntas få ta ställning till planen vid sitt möte i december 2022.

Det finns mål i stadens lokala vårdprogram för palliativ vård som beslutats av förvaltningen. Programmet ska vara levande i verksamheten och tas upp på enheternas APT minst en gång per år. Det saknas dock uppföljning av om det också görs.

Nämnden har en organisation centralt för arbetet med palliativ vård, och därifrån nätverk ut i verksamheten för att sprida kunskap, nyheter och arbetssätt inom området. En rad riktlinjer har tagits fram för att underlätta för medarbetarna när de ska arbeta med vård i livets slutskede. Det har också tagits fram en särskild utbildning som ska genomföras av samtliga medarbetare inom äldreomsorgen för att säkra att vård i livet slutskede utförs med god kvalitet.

Granskningen visar dock att den höga personalomsättningen på bland annat sjuksköterskor medför svårigheter för den centrala organisationen att nå ut till alla nyanställda med information om arbetssätt och rutiner. Granskningen visar också att verksamhetschefer behöver säkerställa att enhetscheferna går stadens utbildning om palliativ vård och även att enhetscheferna i sin tur följer upp att deras anställda går den.

Verksamhetens genomgång av journaler och återrapportering av brister till berörd personal är en metod som verksamheten använder för att följa upp kvaliteten på den palliativa vården på ett ändamålsenligt sätt. Även registrering i Palliativregistret är ett sätt att följa upp kvaliteten. För att uppföljningarna ska vara ändamålsenliga är det viktigt att de också följer rutinerna.

Sammanfattningsvis är vår slutsats att vård- och omsorgsnämnden delvis säkerställer att verksamheten avseende vård i livet slutskede bedrivs ändamålsenligt. Nämnden har beslutat att palliativ vård är ett prioriterat område under året, håller på att ta fram en strategisk plan och har en särskild organisation med detta fokus. Nämnden behöver dock fortsätta arbetet med att säkerställa att arbetssätt och rutiner når ut i hela organisationen.



BILAGA 6

Trygghet

Bakgrund

Inom ramen för den årliga granskningen har vi genomfört en granskning av hur stadens nämnder, däribland vård- och omsorgsnämnden, arbetar med trygghetsrelaterade frågor. Granskningen utgår från en av stadens fyra inriktningar som anger att Helsingborg ska upplevas som en trygg plats.

Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om nämnden arbetar med dessa frågor enligt stadens intentioner och fullmäktiges beslut.

Granskningens resultat

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret att leda, utveckla och samordna stadens arbete med bland annat trygghet. Vård- och omsorgsnämnden har ansvar att arbeta med trygghetsskapande åtgärder, utifrån stadens inriktning, inom sitt verksamhetsområde. Arbetet är i huvudsak inriktat på dels säkerhet och trygghet för egen personal och brukare och dels på säkerhet och trygghet för att förhindra felaktiga utbetalningar. Nämnden har under året fått 500 tkr i extra medel från kommunfullmäktige. De avser området att stärka och utveckla arbetet inom myndighetssamverkan.

Personal och brukare

Medarbetare rör sig över hela staden och under hela dygnet, och har behov av att få löpande information om det sker eller skett trygghetsstörningar. Genomförda intervjuer visar att det finns utvecklingsbehov rörande information och kommunikation vid extraordinära händelser, både från staden centralt till förvaltningen och sedan hur information sprids inom den egna verksamheten. Ett arbete pågår för att förbättra detta.

Förvaltningen har under hösten tagit fram förslag på åtgärder för att informera brukare om risker och vad som kan göras för att undvika att utsättas för brottslighet. I september antog nämnden en särskild kommunikationsplan för detta.

Inom förvaltningen arbetar man också med kameror, larm och väktare som ibland kommer regelbundet och ibland vid behov. Samverkan sker också med polis vid behov. Det senare gäller till exempel när det förekommit narkotika försäljning vid ett av nämndens LSS-boende eller när ett vårdboende varit utsatta för upprepande stölder.

Förvaltningen har inte tillgång till något system där man kan rapportera händelser in till staden centralt.

Felaktiga utbetalningar

När det gäller arbetet för att förhindra felaktiga utbetalningar (FUT) inleddes det under början av 2022. Inom myndighetsavdelningen finns en enhet som har personella resurser avsatta för att på heltid arbeta med att utreda felaktiga utbetalningar. I



dagsläget finns två FUT-handläggare anställda som arbetar med att utreda då det uppstår frågetecken i samband med utbetalningarna avseende personlig assistans.

Tillsammans med digitaliseringsavdelningen på SLF håller förvaltningen också på med att bygga upp moduler som kan hantera och kontrollera en stor mängd data, vilket behövs för att kunna identifiera felaktiga utbetalningar.

Enheten gör både stickprov och utredningar. Under 2022 har femton polisanmälningar gjorts. För de anmälda leverantörerna har antingen utbetalningar stoppats, eller så har de återkrävts på pengar. Förvaltningen har också under 2022 inrättat en tipstjänst på stadens hemsida där medborgare kan gå in för att tipsa om felaktiga utbetalningar.

Vid nämndens möte i september framgick att enheten fram till dess uppmärksammat och återkrävt 3 mnkr och ytterligare 2,3 mnkr har stoppats i framtida utbetalningar.

Det finns en rutin i nämndens interna kontrollplan för 2022 inom området: "Personer får utbetalt pengar till något de inte har rätt till, vilket innebär att vi inte åtagit oss skyldigheten enligt 12§ LSS om att återkräva felaktiga utbetalningar och därför värvat om skattebetalarnas pengar." Vid årets uppföljning granskades två delar inom rutinen och bedömningen av resultatet blev lindring/försumbar och att det inte längre finns risk för att inte 12§ LSS tillämpas.

Samverkan

Vård och omsorgsförvaltningen är representerade i tjänsteberedningen inom *Tryggare Helsingborg*. I nuläget har förvaltningen inte några representanter i styrgruppen eller i EST (Effektivare samordning för ökad trygghet).

Enhetschefen för felaktiga utbetalningar är med i stadens Municipalsamverkan med statliga myndigheter och enheten samverkar med stadens inköpsenhet, Skatteverket, Försäkringskassan och polisen i olika forum.

Sammanfattande bedömning

Vår sammanfattande bedömning av nämndens trygghetsarbete är att det utförts inom de anvisningar, mål och uppdrag som har givits nämnden. Vad gäller identifierade förbättringsområden vad gäller intern kommunikation har ett utvecklingsarbete påbörjats.



BILAGA 7

Granskning av personlig assistans

Utifrån genomförd riskanalys har de förtroendevalda revisorerna beslutat om att en granskning av styrning, uppföljning och kontroll när det gäller personlig assistans ska genomföras under 2022.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig verksamhet avseende personlig assistans, samt har en tillräcklig styrning och uppföljning av verksamhet och ekonomi. Syftet är också att bedöma om den interna kontrollen avseende utbetalningar som rör personlig assistans är tillräcklig.

Syftet har brutits ned i följande revisionsfrågor:

- Bedrivs arbetet med utredning, beslut och uppföljning av personlig assistans på individnivå på ett ändamålsenligt sätt?
- Bedrivs utförandet av personlig assistans som sker i nämndens regi på ett ändamålsenligt sätt?
- Finns det tillräckliga rutiner och kontroller vid utbetalning som rör personlig assistans?
- Finns det en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av kostnaderna för personlig assistans?
- Finns det en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av verksamheten?

Sammanfattning

Vår sammanfattande bedömning är att verksamheten med personlig assistans till övervägande del bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

Förbättringsområden finns när det gäller arbetet med att utreda, besluta och följa upp personlig assistans. Nämnden behöver säkerställa att uppföljningar görs på individnivå. Det är viktigt att det finns tid och resurser avsatt för att följa upp individbesluten. Det är positivt att nämnden tagit med en rutin i sin interna kontrollplan för att följa detta område som de själva identifierat att det finns brister inom.

Avseende utförandet av personlig assistans är vår bedömning att det fungerar tillfredsställande. Inom området finns rutiner till hjälp för medarbetarna, medarbetarna kompetensutvecklas löpande och dokumentation och uppföljning följer i hög utsträckning nämndens riktlinjer. Ett område där det kan vara vissa oklarheter är dock när kunden har egenvård, och att det saknas riktlinjer för detta.

Nämnden har rutiner för hur utbetalning ska ske och vilka kontroller som ska göras i samband med detta. Att nämnden nyligen har inlett ett arbete för att förhindra felaktiga

utbetalningar genom att bland annat tillsatt FUT-utredare, inrättat en tipstjänst och lyft upp området i nämndens interna kontrollplan innebär att kontrollerna vid utbetalning har stärkts.

Granskningen visar att det sker en löpande uppföljning av kostnaderna för personlig assistans. Uppföljning görs varje månad främst på individnivå men även på totalnivå. Avseende totalen rapporteras utfallet för hela verksamhetsområdet som personlig assistans ingår i till nämnden varje tertiäl. Vi konstaterar att nämndens kostnader för personlig assistans har ökat med 17 % under perioden 2018-2021.

Granskningen visar att det inom personlig assistans sker en underrapportering när det kommer till kvalitetsindikatorer såsom klagomål och avvikelser. Det är viktigt att fånga upp dessa systematiskt för att kunna utveckla kvaliteten där det eventuellt finns brister. Vi ser att ansvariga i verksamheten är medvetna om detta och har åtgärder för att öka kunskapen hos sina medarbetare.



BILAGA 8

Granskning av Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

KomRedo AB har på uppdrag av kommunernas och regionens revisorer genomfört en granskning av *Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne (Avtalet)*. Syftet med den aktuella granskningen är att bedöma om Helsingborgs stad uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Ansvarig nämnd är Vård- och omsorgsnämnden.

Sammanfattning

Iakttagelser och bedömningar

Vår sammanfattande bedömning är att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att parterna inte uppnår de mål och syften som anges i Avtalet. Det finns en hög ambition i kommunen att leva upp till Avtalets målsättningar, men inom flera delar av Avtalet med dess bilagor bedöms efterlevnaden inte fungera helt tillfredsställande och bedöms därmed inte vara ändamålsenlig. KomRedo bedömer att Avtalet sammantaget inte efterlevs fullt ut och att Helsingborgs stad inte fullgjort sitt ansvar enligt Avtalet.

KomRedo's bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i flera avtal och överenskommelser (bilagor som ingår i huvudavtalet) har inte genomförts. Utifrån vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation är vår bedömning att avtalsefterlevnaden inte är tillfredsställande. Detta gäller främst områdena Gemensam vårdplanering, Habilitering, Personer med psykisk funktionsnedsättning, Egenvård samt Kostnadsansvar för förbruknings- och sjukvårdsartiklar. Enligt kommunen kan den begränsade efterlevnaden i stor utsträckning hänföras till regionens ansvarsområde.

KomRedo bedömer att brister i avtalsefterlevnaden kan leda till ökade kostnader för kommunen. Vår bedömning är att ansvars- och kostnadsfördelningen inte är ändamålsenlig.

KomRedo konstaterar att det tagit flera år för kommunen att ta fram en samverkansrutin och kommunen framhåller att parterna i liten utsträckning bidragit till en ändamålsenlig samverkan kring Avtalet. KomRedo's bedömning är utifrån konstaterade brister att samverkan inte fungerar tillfredsställande.

Det framgår också att kommunen hanterat endast ett specifikt beslut för att uppnå de mål och syften som anges i huvudavtalet, vilket avser inskrivning i hemsjukvården och vår bedömning är att det brister i vidtagna åtgärder avseende flera delar i Avtalet för att uppnå de mål och syften som anges i Avtalet.

KomRedo konstaterar också att effekterna för brukarna är svåra att mäta men att kommunen bedömer att positiva effekter finns. Vi konstaterar således att individanpassningen och ett mer personcentrerat arbetssätt är ett fokusområde inom



"God och nära vård" som nu håller på att implementeras. KomRedo bedömer att effekterna för brukarna och verksamheten inte är ändamålsenlig, utifrån brister i avtalsefterlevnad.

KomRedo's bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad inte har gjort en tillräcklig uppföljning av Avtalet. Uppföljningsansvaret som anges i Avtalet har inte genomförts.

Vi kan samtidigt konstatera genom bland annat minnesanteckningar från lokala och delregionala möten att Avtalet och dess olika delar noga följts på det lokala planet och i regionala samverkansorgan där aktuella problemområden har tagits upp för diskussion och förändringar har föreslagits.

Avseende utvecklingsområdena i Avtalet är KomRedo's bedömning att arbetet med utvecklingsområdena brister samt att målsättningarna med utvecklingsområdena inte nåtts i kommunen.

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, skriftliga svar och dokumentation såsom nämndprotokoll, minnesanteckningar och underlag från centrala, delregionala och lokala samverkansmöten, gjorda uppföljningar, patientsäkerhetsberättelser mm är KomRedo's rekommendation följande:

- att Vård- och omsorgsnämnden som ansvarig nämnd lyfter problematiken kring olika områden i Avtalet som redovisas i granskningen till lokala, delregionala och centrala samverkansorgan i syfte att åstadkomma att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad.
- att förutsättningar skapas för att åtgärder vidtas för att förbättra Avtalets efterlevnad. Därutöver behöver en systematisk uppföljning av Avtalet införas.



BILAGA 9

Granskning av lönetillägg

Bakgrund

En fördjupad granskning av hur nämnden hanterar lönetillägg har genomförts under året.

Syfte

Syfte är att kontrollera om det finns ett skriftligt beslutsunderlag/avtal om lönetillägg samt att belopp och period överensstämmer med avtalade villkor.

Granskningens resultat

Lönetillägg på vård- och omsorgsförvaltningen

I granskningen har ingått en analys av antal lönetillägg i beslutsstödet Qlik Sense. Nedan tabell visar hur många personer på vård- och omsorgsförvaltningen som har fått lönetillägg mellan 2018 och augusti 2022. Beloppsmässigt har lönetilläggen under granskad period 2022 befunnit sig inom intervallen 200-5925 kr där snittet är 1946 kr. På förvaltningen finns ungefär 2 700 månadsanställda.

Antal personer med lönetillägg	2018	2019	2020	2021	2022 (08.30)
	27	24	10	13	15

Rutiner och riktlinjer

Det finns inga stadsövergripande styrdokument för lönetillägg. Dock finns rutiner även om de inte är i skriftlig form. Enligt HR-avdelningen centralt på stadsledningsförvaltningen råder det restriktivitet kring lönetillägg och tillägget ska omfatta arbete som inte ingår i det ordinarie arbetet, det vill säga arbete eller ansvar utanför vad som avtalats individuellt i anställningsavtalet. Den centrala HR-avdelningen uppger även att lönetillägget ska vara av tillfällig natur och tidsbegränsat. När beslut om ett lönetillägg ska förlängas ska man vid beslut om lönetillägget ta i anspråk om det uppdrag som lönetillägget avser inte endast är av kort natur. I annat fall bör lönetillägget läggas permanent i lönen vilket innebär högre lön.

Vård- och omsorgsförvaltningen har inte några dokumenterade rutiner för lönetillägg. Förvaltningen har samma förhållningssätt till lönetillägg som den centrala HR-avdelningen har. I vår intervju framgår att förvaltningen själva i princip inte beslutar om några lönetillägg. Det framgår i vård- och omsorgsnämndens arbetsinstruktion att omsorgsdirektören har ansvar för lönesättning utanför löneöversyn som inte någon annan enligt instruktionen ansvarar för.

I vår intervju framgår att förhållningssättet och tillvägagångssättet är känt i förvaltningen. Det är en viss omsättning på chefer då det är en stor förvaltning, och det händer att nyare chefer inte vet rutinerna alltid och då tar kontakt med förvaltningens HR-avdelning om de har frågor om lönetillägg.



Uppföljning och kontroll av lönetillägg

De som finns redovisade under lönetillägg inom förvaltningen har det av tre anledningar.

- 1) Antingen för att de har fackligt uppdrag och det beviljas då från staden centralt (ca 10 medarbetare på förvaltningen).
- 2) Eller att medarbetarna ingår i POSOM, vilket ger ett lönetillägg på 1000kr vilket gäller för samtliga förvaltningar. Även detta lönetillägg hanteras från SLF centralt.
- 3) Den tredje anledningen då medarbetare förekommer i systemet under lönetillägg avser när någon haft en högre tjänst, exempelvis en chefstjänst och sedan går tillbaka till en annan tjänst med lägre lön. Då hanteras detta i systemet under lönetillägg, även om själva förfarandet sker enligt AB med ett års bibehållen lön och under de nästa 12 månaderna trappas lönen ned med en 12-del per månad.
- 4) Utöver dessa tre så finns det i dagsläget tre personer som är anställda under ett verksamhetsområde, där det finns ett lönetillägg på 200kr/månad som gavs då de fick ett utökat ansvar som planerare. Dessa kommer samtliga att tas bort i samband med lönerevisionen i april 2023 och då istället inkluderas i den normala lönehanteringen.

I granskningen har ingått stickprov av lönetillägg. Vi har inte kunnat få ut dokumentation för de stickprov vi efterfrågat eftersom förvaltningen inte har någon sådan utan den finns enligt uppgift centralt på stadens HR-avdelning på SLF. Istället har ett exempel visats på skrivningen som går från HR centralt i staden till förvaltningen när någon medarbetare har ett fackligt uppdrag, och därigenom lönetillägg avseende OB-tillägg. Av skrivningen framgår vem det berör, för vilken tid vederbörande kommer ha sitt fackliga uppdrag samt omfattningen på uppdraget. Staden har även en rutin för facklig tid som bifogas skrivningen och i den framgår hur dessa tillägg ska beräknas.

Slutsats

Vår bedömning är vård- och omsorgsnämnden i stort har fungerande rutiner när det kommer till att hantera lönetillägg i förvaltningen. Förvaltningen är restriktiva med lönetillägg och stickproven visar att det i princip enbart förekommer till följd av fackligt uppdrag eller deltagande i POSOM.



BILAGA 10

Granskning av redovisningsprocesser

Inledning

Av kommunallagen framgår att styrelser och nämnder ska ha kontroll över sin verksamhet. Det innebär att styrelse och nämnder själva ansvarar för att ha ändamålsenlig styrning och säkra rutiner. Intern kontroll är ett ledningsverktyg med betydelse för tjänstemannaledning, kommunstyrelsen samt nämnderna. Kontrollsystem ska säkerställa att beslut fattas på ett korrekt underlag. De ska också skydda mot medvetna eller omedvetna fel när det gäller hanteringen av kommunens tillgångar.

En av revisorernas uppgifter enligt kommunallagen 12 kap 1 § är bland annat att ”pröva om räkenskaperna är rättvisande och om den kontroll som görs inom nämnderna är tillräcklig”.

Granskningen har skett i enlighet med de granskningsplaner som är upprättade för stadens nämnder för 2022 som fastställts av revisorsgrupp 1 och 2.

Syfte, avgränsning och metod

Syftet är att bedöma om nämnden har en tillräcklig intern kontroll när det gäller ett antal utvalda områden.

Processerna som avses är attestförteckning, upplägg av nya leverantörer i ekonomisystemet, behörigheter i ekonomisystemet samt bokföringsorder. Granskningen har innefattat bland annat genomgång av dokument och rutiner, samtal med tjänstepersoner och stickprov.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

Revisionskriterierna för denna granskning är:

- Kommunallag (2017:725), 12 kap 1 §
- Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning (LKBR), 3 kap 7 och 9 §§
- Rådet för kommunal redovisning (RKR) R1
- Attestreglemente, beslutad av fullmäktige 17 december 1996, § 181 och reviderad den 24 april 2018, § 56

Granskningens resultat

Attestförteckning

I stadens attestreglemente framgår att nämnden har ansvar för att en aktuell förteckning över utsedda beslutsattestanter upprätthålls och finns tillgänglig. I attestförteckningen ska framgå vilka personer som har beslutsattesträtt och hur beslutsattesträtten är kopplad till kodplanen. Den som utser beslutsattestanter ska besluta om förteckningen och ändringen av denna. Inför varje kalenderår ska varje nämnd fatta ett särskilt beslut om detta. I reglementet framgår vidare att det är lämpligt att även utse nämndens ordförande till beslutsattestant.

I samband med granskningen under hösten 2022 fick vi del av vård- och omsorgsförvaltningens attestförteckning (Aktuell Helsingborgsstad organisationsstruktur Vård och omsorgsförvaltningen 20220928) uppdaterad 2022-09-28. Attestförteckningen innehåller namngivna attestanter för respektive ansvar och verksamhet. Det framgår av attestförteckningen att det är tf stadsdirektören som har attestansvar för omsorgsdirektörens omkostnader.

Enligt nämndens delegeringsordning så ska omsorgsdirektören varje kalenderår besluta om att utse beslutsattestanter och ersättare för dessa. Detta hade inte gjorts för 2022, men efter granskningen har nämnden haft uppe ärendet för beslut i januari 2023.

Granskningen visar att vård- och omsorgsnämndens interna kontroll inom området i stort är tillräcklig.

Nya leverantörer i ekonomisystemet

I staden finns en stadsgemensam rutin för upplägg av nya leverantörer i ekonomisystemet. Rutinen innebär att de flesta förvaltningar själva lägger upp nya leverantörer samt genomför förändringar i befintliga leverantörer. I de flesta fall går nya upplägg och förändringar i befintliga upplägg till stadsledningsförvaltningen för attest. De som går för attest är leverantörsgrupp 10, 20, 21 och 32. Denna rutin säkerställer att det alltid är två personer som hanterar nya upplägg och förändringar inom dessa leverantörsgrupper. I stadens attestreglemente framgår att huvudregeln är att ingen enskild person själv får hantera en transaktion i alla led utan det finns en så kallad två-hands-princip.

Övriga upplägg går inte för attest till stadsledningsförvaltningen. Ett exempel är upplägg av privatpersoner. Upplägg av privatpersoner kan vara relevant för att exempelvis betala ut ett utlägg som en i personalen har haft. Däremot hanteras utlägg som en leverantörsfaktura i den mån att två personer måste attestera posten i ekonomisystemet.

Kontroller utförs även av leverantörer när betalflen skickas till banken. Inyett signalerar vid olika situationer och meddelar respektive förvaltning om att en viss betalning behöver kontrolleras manuellt. Detta kan exempelvis vara när



organisationsnummer och bankgiro inte matchar. På utbetalning till privatpersoner signalerar Inyett om utbetalningen skulle överstiga 10 tkr.

Behörighet i ekonomisystemet

Stadsledningsförvaltningen har styrt så att en anställds behörighet enbart kan avse per förvaltning. Vid upplägg ska ett formulär fyllas i och aktuell förvaltning anges.

För att kunna komma in i ekonomisystemet krävs att vederbörande har ett inlogg i stadens användarmiljö. Om personen inte har detta, men har en behörighet i ekonomisystemet så är det som kan inträffa att personen får fakturor skickade till sig som inte kan hanteras. För vård- och omsorgsförvaltningen har vi tagit ca 15 stickprov, av dessa visade det sig att samtliga hade kvar sin anställning i staden.

Bokföringsorder/Huvudbokstransaktion

I lagen om kommunal bokföring och redovisning (LKBR) framgår i 3 kap 9 § att ett verifikationsnummer eller annat identifieringstecken ska ingå i en verifikation samt sådana övriga uppgifter som är nödvändiga för att sambandet mellan verifikationen och den bokförda ekonomiska händelsen utan svårighet ska kunna fastställas. Vidare tydliggörs i rådet för kommunal redovisnings rekommendation 1 (RKR R1) att en serie av verifikationsnummer ska vara obruten och föras i en följd utan att mellanliggande nummer eller tecken hoppas över.

En verifikation ska enligt 3 kap 9§ LKBR innehålla uppgifter om när den har sammanställts, när den ekonomiska händelsen har inträffat, vad den avser, vilket belopp den gäller och vilken motpart den berör. I förekommande fall ska verifikationen även innehålla en upplysning om handlingar eller andra uppgifter som legat till grund för den ekonomiska händelsen samt var dessa finns tillgängliga.

I RKR R1 framgår att flera ekonomiska händelser som dokumenteras genom en gemensam verifikation får bokföras och presenteras i en bokföringspost. Liknande ekonomiska händelser som är hänförliga till en och samma dag som dokumenteras genom flera verifikationer får bokföras och presenteras i sammandrag i en bokföringspost om det utan svårighet går att se vad som ingår i bokföringsposten.

I 3 kap 7 § LKBR framgår att om en bokförd post rättas, ska det anges när rättelsen har gjorts och vem som har gjort den. Om rättelsen görs genom en särskild rättelsepost, ska det samtidigt säkerställas att det vid en granskning av den rättade bokföringsposten utan svårighet går att få kännedom om rättelsen.

I vår granskning har vi kontrollerat nummerserien är obruten genom en stickprovskontroll av bokföringsorder mellan verifikationsnummer 18014265 och 180014665. Kontrollen visar inte på någon avvikelse. Vi har även kontrollerat om en bokföringsorder innehåller den information som krävs enligt ovan nämnd lagstiftning. Stickprov har gjorts på tretton bokföringsorder under våren 2022. Samtliga är attesterade i enlighet med attestreglementet och av två personer. Fyra bokföringsorder



saknar underlag som visar vad som bokats, vilket vi kommunicerat med förvaltningens ekonomichef. I övrigt inga avvikelser.

Sammanfattande bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden har en tillräcklig intern kontroll inom de granskade processerna. För några av processerna finns dock visst utrymme att förbättra den interna kontrollen ytterligare, vilket vi under året kommunicerat till förvaltningen.



BILAGA 11

Granskning inköp och upphandling

Inledning

En kommun ska vid inköp följa lagen om offentlig upphandling. I Helsingborgs stad ska nämnder och förvaltningar därutöver tillämpa stadens policy för upphandling med tillhörande riktlinjer. Syftet med offentliga upphandlingar är att ta tillvara konkurrensen på marknaden och främja en kostnadseffektiv användning av skattemedel.

Inom inköp och upphandling förekommer ett antal olika riskområden. Exempelvis finns risk för otillåten direktupphandling som i sin tur skulle kunna medföra att kommunen behöver betala skadestånd och upphandlingsskadeavgift. Inom inköpsprocessen finns även risker som kan kopplas till korruption. Korruption kan exempelvis resultera i att skattemedel missbrukas samt ett skadat förtroende hos invånarna. Till följd av de risker som finns inom inköp och upphandling har stadens revisorer beslutat att genomföra en granskning av stadens hantering av upphandlingsfrågor.

Denna granskning har genomförts för styrelsen samt flertalet av stadens nämnder, däribland vård- och omsorgsnämnden. Granskningen resulterade i en revisionsrapport som har tillsänts kommunstyrelsen för yttrande. Revisionsrapporten i sin helhet är publicerad på stadsrevisionens hemsida; helsingborg.se/stadsrevisionen. Denna bilaga är en sammanfattning avseende vård- och omsorgsnämnden.

Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelse och nämnder har säkerställt ändamålsenliga rutiner för inköp och upphandling.

Särskilda revisionsfrågor i granskningen:

- Sker inköp och upphandling i enlighet med lagstiftning och stadens regler?
- Är efterlevnaden och uppföljningen av avtal tillräcklig?

Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen har en inköpssamordnare utsedd av omsorgsdirektören. I dagsläget är det en medarbetare som genomför alla direktupphandlingar mellan 100-700 tkr, förvaltningen har dock sett att denna kapacitet behöver utökas. Cheferna på förvaltningen utser inköpsansvariga för varje enhet i förvaltningen. Vid vårt intervjutillfälle fanns 45 inköpsansvariga på förvaltningen. Dessa utser i sin tur avropare, och är även ansvariga för att anmäla avropare till inköpsenhetens beställarutbildning innan de börjar göra inköp.

Utöver de stadsövergripande styrdokumenterna har vård- och omsorgsförvaltningen en egen inköbspolicy. Den beskriver chefernas uppdrag och vad som gäller vid avrop, direktupphandling vid olika beloppsgränser och större upphandlingar. Avtalstrohet följs i beslutsstödet varje månad. Om inköpssamordnaren ser att något handlats utanför avtal så kontaktas ansvarig chef.



Förvaltningen anser i stort att de får ett bra stöd från den centrala inköpsenheten, vilket särskilt erfarits då stora upphandlingar gjorts av kärnverksamheten. Vid inköp av olika system har erfarenheterna varit blandade.

Nämnden hade en punkt inom området i sin interna kontrollplan 2021 som vid uppföljningen bedömdes som kännbar. Den avsåg om inköp över 100 tkr följt stadens och förvaltningens rutiner, och utfallet blev att det hade gjorts i 50 % av fallen. Även i årets plan finns en punkt inom inköpsområdet.

Stickproven av de större inköpen som nämnden gjort visar att några föranleder inte någon kommentar, men det finns också stickprov där tjänster över direktupphandlingsgränsen har direktupphandlats och där det saknas upphandlingshandlingar i diariet.

Direktupphandlingar över 100 tkr ska göras i Kommers enligt nämndens policy och inköp mellan 20-100 tkr ska dokumenteras så att det framgår att flera tillfrågats. Våra stickprov visar att för ett par direktupphandlingar finns dokumentation i enlighet med lagar och regler. Andra stickprov uppvisar brister såsom att inköp har fortsatt göras från en tidigare direktupphandlad leverantör där det ursprungliga avtalet gått ut eller att dokumentation saknas helt för inköp som överstiger gränsen för dokumentationskrav.

Utifrån syfte och revisionsfrågor i granskningen gör vi följande bedömning avseende vård- och omsorgsnämndens arbete med inköp och upphandling:

Vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att det finns ändamålsenliga rutiner för inköp och upphandling. Nämnden använder sig av den stadsövergripande policyn och riktlinjerna, och verksamheten har fått en dragning om dessa från inköpsenheten. Därutöver har nämnden en egen inköbspolicy för att förtydliga roller och ansvar i förvaltningen. Nämnden har även med en punkt i sin interna kontrollplan för 2022, i uppföljningen 2021 bedömdes resultatet kännbart.

När det kommer till efterlevnaden och uppföljningen av avtal är förvaltningens rutin att den som är avtalsansvarig för en tjänst eller en vara också är den som ansvarar för att följa upp avtalet. Nämnden har försökt sammanställa alla avtal i en excelfil för att få överblick och därmed inte riskera att uppföljningen faller mellan stolarna.

Vår bedömning är vidare att inköp och upphandling inte alltid sker i enlighet med lagstiftning och stadens regler. Stickproven visar att ett antal av inköpen inte skett i enlighet med lagstiftning och stadens regler. Det förekommer brister som att dokumentation saknas eller är bristfällig, direktupphandlingar över beloppsgränsen eller att inköp fortsatt att göras från en leverantör som det inte längre finns avtal med.



BILAGA 12

Bedömningsskala

Områdena intern kontroll, verksamhet och ekonomi bedöms enligt följande bedömningsskala:

Tillräcklig/ändamålsenlig/tillfredsställande:

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

Inte helt tillräcklig/ändamålsenlig/tillfredsställande:

Bedömningskriterierna bedöms inte vara helt uppfyllda. Det finns brister som behöver åtgärdas.

Inte tillräcklig/ändamålsenlig/tillfredsställande: Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas.

Räkenskaperna bedöms som i allt väsentligt rättvisande eller inte rättvisande.

