



**Hässelholms  
kommun**

## Kallelse till Omsorgsnämndens arbetsutskott

Tisdagen den 12 januari 2021, kl. 9:00

Kasern Johnsons sammanträdesrum majoren/Teams

I tur att justera: Christer Welinder (S)  
 Ersättare: Namn  
 Tid och plats för justering: Omsorgsförvaltningen 2021-01-14

### Föredragningslista

	Ärenden	
	Beslutsärenden	
1.	Granskningsrapport Intern kontroll 2020 <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjyskr Granskningsrapport Intern kontroll 2020</li> <li>• Bilaga 1 Granskningsrapport intern kontroll 2020.</li> </ul>	
2.	Intern kontrollplan 2021 <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjyskr Intern kontrollplan 2021</li> <li>• Bilaga 1 Intern kontrollplan 2021.</li> <li>• Bilaga 2 Omsorgsnämnden risk och väsentlighetskontroll intern kontroll 2021.</li> </ul>	
3.	Omvärlds- och verksamhetsanalys 2021 <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjyskr Omvärlds- och verksamhetsanalys 2021</li> <li>• Bilaga 1 Omvärldsanalys</li> <li>• Bilaga 2 Planeringsdokument HSL</li> <li>• Bilaga 3 Planeringsdokument äldreomsorgen</li> <li>• Bilaga 4 Planeringsdokument FSS</li> <li>• Bilaga 5 Planeringsdokument digitalisering</li> </ul>	
4.	Lokalbehovsplan	

	<i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjskr Lokalbehovsplan</li> <li>• Bilaga 1 Lokalbehovsplan</li> </ul>	
5.	Aktuellt i verksamheten <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuellt i verksamheten</li> </ul>	

Omsorgsnämndens arbetsutskott

Karin Axelsson (M)  
*Ordförande*

Irene Persson  
*Sekreterare*



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(3)

Datum

Diarienummer

2020-11-18

OF 2020/914

Handläggare  
Mats Rosengren  
Omsorgsförvaltningen

[mats.rosengren@hasselholm.se](mailto:mats.rosengren@hasselholm.se)

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens  
arbetsutskott

## Granskningsrapport Intern kontroll 2020

### Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår Omsorgsnämnden besluta enligt följande:  
Omsorgsnämnden beslutar att:

- Godkänna granskningsrapport för intern kontroll 2020
- Översända handlingarna till kommunstyrelsen och kommunens revision

### Sammanfattning

Föreligger granskningsrapport angående det interna kontrollarbetet 2020.

### Beskrivning av ärendet

Årets interna kontrollarbete har utgått från de av nämnden beslutade åtta granskningsområdena. Några av granskningsområdena har varit nya för året. Utfallet av årets interna kontrollarbete är att det har genomförts i begränsad omfattning i flera av de beslutade granskningsområdena. Orsaken till detta är pandemin som pågått och fortfarande pågår. Pandemin har påverkat det interna kontrollarbetet i två avseenden, det ena är att en del åtgärder inte kunnat genomföras, alternativt genomförts i mindre omfattning än tänkt på grund av smittskyddsskäl. Det andra är att arbetsbelastningen på grund av pandemin på organisationen har varit sådan att omprioriteringar har varit tvungna. Ett granskningsområde har dessutom inte genomförts på grund av att det inte varit tillämpligt. Resultatet som finns i bilagd rapport belyser utfallet av arbetet och de brister som upptäckts.

Uppföljning och intern kontroll inom omsorgsverksamheten regleras i flera lagar och riktlinjer.

I Kommunallagen (SFS 2017:725) finns det beskrivet att nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Vidare ska nämnderna se till att den

**Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen**

interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheterna bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. Kommunstyrelsen har ansvar för att regler för den interna kontrollen upprättas och uppdateras. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1986:762) samt lagen om stöd och service (SFS 1993:387), en gemensam föreskrift för dessa lagrum är Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Enligt föreskriften ska verksamheten systematiskt följa upp och utvärdera de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Föreskriften definierar detta som egenkontroll. Två andra begrepp som används i det systematiska förbättringsarbetet är riskanalys och utredning av avvikelser.

Med intern kontroll enligt kommunallagen menas de insatser som görs för att säkerställa att planering, genomförande, rapportering, uppföljning och utvärdering i hela den kommunala organisationen fungerar tillfredställande. De av kommunfullmäktige antagna reglerna för intern kontroll 2013-02-25 § 21 anger följande tre huvudmoment:

### **1. Risk och väsentlighetsanalys**

- Identifiering och beskrivning av risker
- Bedömning av riskens konsekvenser
- Uppdateras årligen och ligger till grund för vilka moment som ska tas med i den interna kontrollplanen

### **2. Plan för intern kontroll**

- Möjlighet att hantera risk med olika metoder

### **3. Granskningsrapport**

- Rapportering av den genomförda interna kontrollplanen]

Granskningsrapporten bildar underlag för risk- och väsentlighets analys för nästföljande år. Förvaltningens verksamhetsplan, verksamhetsförändringar samt under året rapporterade avvikelser utgör också underlag.

### **Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare**

Inga särskilda konsekvenser för verksamhetens brukare har identifierats

### **Barnperspektivet**

Inga särskilda konsekvenser för barn har identifierats

### **Miljökonsekvenser**

Inga särskilda miljökonsekvenser har identifierats

### **Facklig samverkan**

Förvaltningsövergripande samverkan 2021-01-18

### **Ekonomiska konsekvenser**

Inga särskilda ekonomiska konsekvenser har identifierats

### **Bilagor**

1. Granskningsrapport 2020

### **Sändlista:**

Kommunstyrelsen

Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Mats Rosengren  
Administrativ chef



Handläggare  
Avdelningschef Mats Rosengren  
Omsorgsförvaltningen

0451-26 88 57  
mats.rosengren@hassleholm.se

## Granskningsrapport av utförd intern kontroll 2020

### Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete 2020

Årets interna kontrollarbete har utgått från de av nämnden beslutade åtta granskningsområdena. Utfallet av årets interna kontrollarbete är att det till vissa delar har utförts i begränsad omfattning. En viktig orsak till att arbetet med intern kontroll delvis inte har kunnat genomföras som planerat är pandemin. De granskningsmoment som inkluderar att granskning behöver ske fysiskt på plats har inte kunnat genomföras som tänkt på grund av smittskyddsskäl. Mer detaljerad information finns under nedanstående avsnitt. Granskningsområde åtta har inte genomförts överhuvudtaget eftersom det inte varit tillämpligt under 2020.

Se nedan för vidare rapportering.

### 1 IT och Systemhaveri

**Kontrollmoment:** Antal avbrott som uppstår och dess omfattning inom omsorgen.

**Utförd av:** System & Teknik

**Datum för utförande:** 2020-10-09

**Metod:** *Händelsen rapporteras in som avvikelse när det inträffar.* Vid oplanerade driftstörningar ska dessa skrivas in i dokumentet "Driftstörningar" som alla på System och Teknik har tillgång till. Detta är en rutin som funnits sedan augusti 2017.

**Urval:** 2020-01-01- - 2020-09-30

**Frekvens:** 2 ggr/år. Redovisas 2 ggr/år men dokumenteras vid varje driftstörning.

**Resultat/avvikelser:** Tre avvikelser har inträffat under perioden

**Åtgärder:** Felanmälan görs till respektive leverantör

**Analys:** Avvikelserna beror på systemfel

### Omsorgsförvaltningen

**Tidplan:** Samtliga systemfel har varit åtgärdade inom några timmar

**Ansvarig för åtgärder:** Avdelningen för System och Teknik.

## 2 Kontanthantering (granskning av privata medel)

**Kontrollmoment:** Att hanteringen av privata medel följer fastställda riktlinjer och rutiner.

**Metod:** Granskningen av bokföringen för privata medel i gruppbestäder och särskilda boenden. Granska ca 25 brukare inom respektive Lagrum vid respektive granskningstillfälle.

Under 2020 har intern kontroll utförts digitalt med hjälp av personal som finns på plats. Detta har fungerat bra, men det är svårt gå djupare i kontrollen om behov för detta skulle finnas.

**Frekvens:** 2 ggr/år

På grund av besöksavrådan under våren genomfördes inte planerad granskning vid det tillfället. Hösten granskning genomfördes digitalt.

**Utförd av:** Ekonomiavdelningen

**Datum för utförande:** 201117 – 201203

**Resultat/avvikelser:**

### 201117 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Sjöbranten

Vi hade tillgång till två brukares kassabok och inköpskvitton, endast kort används och därför fick vi inte tillgång till kontanta medel. Privata medel förvaras i låsbart skåp. Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Brukare använder lösblad istället för vår kassabok enligt önskemål från förvaltaren. Dessa lösblad är uppbyggda på samma sätt som vår kassabok.
- Brukare saknar underskrift från kontaktman om att denne har tagit del av anvisningarna i kassaboken.
- Båda saknar signering från legal företrädare. Bokföring lämnas till legal företrädare två gånger om året för den ene brukaren och vid årets slut för den andre.

### 201124 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Gökropsgatan

Vi hade tillgång till sex brukares kontanta medel, kassabok och inköpskvitton. Privata medel förvaras i låsbart skåp och endast kontaktman har tillgång till nyckel.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Vid kontanta uttag från banken bokförs detta med röd penna och kvittot sätts in i en separat flik i pärmen med en separat serie av verifikationsnummer.
- Enligt riktlinjerna ska maximalt 2.000 kr förvaras i plånboken. En brukare har för tillfället 2.700 kr efter ett uttag nyligen. Troligen planeras ett större inköp inom det snaraste.
- Enligt riktlinjerna ska maximalt 2.000 kr förvaras i plånboken. En brukare har för tillfället 2.445 kr. Särskild händelse kan kopplas till ett högre belopp.
- En brukare saknar underskrift från kontaktman om att denne har tagit del av anvisningarna i kassaboken.
- I samtliga fall saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen.

#### **201125 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Torsgatan**

Vi hade tillgång till fyra brukares kontanta medel, kassabok, lösa blad för bokföring och inköpskvitton. Privata medel förvaras i låsbart skåp.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Torsgatan har upprättat ett eget system med 1.500 kr som finns inlåsta i ett skåp som endast två personer har tillgång till. Till dessa pengar används vår kassabok. För de pengar som används för löpande utgifter används lösa blad som är uppbyggda på samma sätt som vår kassabok. Detta belopp är inlåst i ett skåp som all personal har tillgång till.
- Vid tillfällen där det saknas kvitto på små belopp har ingen annan verifikation skrivits, beloppet är endast bokfört.
- En brukare har i den plånbok som endast två personal har tillgång 650 kr, men enligt saldot i kassaboken skulle det varit 850 kr. Nästa dag hör personalen av sig och berättar att de har gått igenom samtlig bokföring och upptäckt ett kvitto på 200 kr som inte var bokfört. Felet är rättat och saldot i kassaboken stämmer överens med det inlåsta beloppet.
- Flera brukare saknar underskrift från kontaktman om att denne har tagit del av anvisningarna i kassaboken.
- Samtliga saknar signering från legal företrädare och att denne har kontrollerat redovisningen.



**201127 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Österåsgatan 20**

Vi hade tillgång till tre brukares kontanta medel, kassabok och inköpskvitton. Privata medel förvaras i låsbart skåp som kontaktman och enhetschef har tillgång till. Vid frånvaro finns en utsedd ersättare som tillhör den ordinarie personalen.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Två brukare saknar underskrift från kontaktman om att denne har tagit del av anvisningarna i kassaboken.
- Enligt riktlinjerna ska maximalt 2.000 kr förvaras i plånboken. En brukare har för närvarande 2.804 kr på grund av särskild händelse.
- Signering från legal företrädare saknas i samtliga fall.

**201130, 201201 och 201203 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Österåsgatan 29**

Vi hade tillgång till tre brukares kontanta medel, kassabok och inköpskvitton. Privata medel förvaras i låsbart skåp som kontaktman och enhetschef har tillgång till.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Enligt riktlinjerna ska maximalt 2.000 kr förvaras i plånboken. En brukare har för tillfället 2.112 kr efter ett planerat klädinköp som på grund av pandemin inte har blivit av.
- Två brukare har även kort. Dessa kvitton numreras i samma verifikationsserie och bokförs i en egen kolumn i kassaboken. När det gäller den ene stämmer kontaktpersonen sen av dessa mot kontoutdrag som god man lämnar in.
- E.J saknar underskrift från kontaktman om att denne har tagit del av anvisningarna i kassaboken. Underskrift under tiden kontrollen utförs.
- Signering från legal företrädare saknas i samtliga fall. En brukares god man får en kopia av kassaboken varje månad som denne kontrollerar.

**201125 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Hemgården**

På Hemgården bor för närvarande endast en brukare som har hjälp av personalen med kontanthantering och av denna anledning kontrollerades endast denna brukare. Vi hade tillgång till kontanta medel, kassabok och kvitton.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Kvittona är uppmärkta med verifikationsnummer, men ligger lösa i ett kuvert tillsammans med pengarna.
- Inget nytt blad i kassaboken för ny månad. I detta fall handlar det endast om två inköp under året och är därför överskådligt ändå.
- Nuvarande kontaktman har inte skrivit på att denne har tagit del av anvisningarna. Kontaktman har bytts under året och tidigare kontaktman har skrivit på.
- Anhöriga har inte signerat att de har kontrollerat redovisningen.

Önskemål framförs om att det i kassaboken ska finnas datumangivelse för underskrift att man har tagit del av anvisningarna för att det tydligare ska framgå om kontaktman ändras under året.

### **201125 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Ehrenborg**

Vi kontrollerade fem av de boende på Ehrenborg och hade tillgång till kontanta medel, kassabok och kvitton. Alla privata medel förvaras inlåsta i värdeskåp i lägenheterna. Enhetschef och samordnare har tillgång till nyckel, som kvitteras ut om övrig behöver få tillgång till det.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- En brukare saknar kvitto på insättning från god man.
- En brukare har 1 krona mer i plånboken än det skulle vara enligt saldot i kassaboken.
- Verifikationer är numrerade, men ligger löst i ett kuvert.
- En brukare saknar underskrift om att kontaktman har tagit del av anvisningarna i kassaboken.
- I samtliga fall saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen.

### **201130 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Solgården**

Vi kontrollerade fem av de boende på Solgården och hade tillgång till kontanta medel, kassabok och kvitton. Alla privata medel förvaras inlåsta i värdeskåp i lägenheterna. Enhetschef och kontaktman har tillgång till nyckel.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- En brukare saknar signering från legal företrädare om att denne har kontrollerat redovisningen.
- En brukares anhöriga brukar kontrollera redovisningen samt signera kassaboken vid årets slut, men tar inte kvittona med sig.
- I samtliga fall saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen.

### **201202 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Skansenheimmet**

Vi kontrollerade fem av de boende på Skansenheimmet och hade tillgång till kontanta medel, kassabok och vissa kvitton, resterande fanns inlåsta i kassaskåpet i ett annat kuvert. Alla privata medel förvaras inlåsta i värdeskåp i lägenheterna. Enhetschef och kontaktman har tillgång till nyckel.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Flera brukare har uppmärkta kvitton som förvaras löst i ett kuvert. Verifikationsnummer fanns inte noterat i kassaboken
- En brukare saknar verifikationsnummer på kvittona som förvaras löst i ett kuvert.
- En brukare har 545 kr i plånboken men enligt saldot i kassaboken skulle det funnits 544 kr.
- Flera brukare saknar underskrift om att kontaktman har tagit del av anvisningarna i kassaboken.
- I samtliga fall saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen.

### **201203 utfördes intern kontroll av hanteringen av brukarnas privata medel på Ekegården**

Vi kontrollerade fem av de boende på Ekegården och hade tillgång till kontanta medel, kassabok och kvitton. Alla privata medel förvaras inlåsta i värdeskåp i lägenheterna. Enhetschef och kontaktman har tillgång till nyckel.

Bokföringen följde riktlinjerna, med undantag av några punkter.

- Två brukare saknar verifikation för insatta pengar
- Tre brukare saknar underskrift om att kontaktman har tagit del av anvisningarna i kassaboken

- I samtliga fall saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen.

**Åtgärder:** Verksamheten behöver se över rutinerna för hantering av privata medel. Riktlinjer bör ses över och förtydligas gällande vissa delar. Det finns ute i verksamheten frågor kring hur kvitton gällande kortbetalningar ska hanteras, detta bör tas med i riktlinjerna.

**Analys:** Granskning har under 2020 endast utförts en gång på grund av pandemin. Kontrollmomentet har utförts digitalt med hjälp av ordinarie personal, vilket har försvårat en djupare kontroll. Ett genomgående bekymmer under året är att legal företrädare inte har signerat att denne har kontrollerat redovisningen. Detta är en konsekvens av pandemin.

**Tidplan:** En gång på våren och en gång på hösten

**Ansvarig för åtgärder:** Ekonomigruppen

### 3 Följsamhet till avtal

**Kontrollmoment:** Att verksamheterna följer de avtal som finns vid inköp av livsmedel och förbrukningsartiklar

**Utförd av:** Ekonomigruppen

**Datum för utförande:** 1:a tillfället; 2020-06-26, Period 2019-10-01—2020-03-31. 2:a tillfället; 2020-11-12, Period 2020-04-01—2020-09-30.

**Metod:** Inköpsrapport ut Exitia (uppföljningsprogram Upphandlingsenheten). Därefter stickprovsvis kontroll av inköp via fakturor.

**Urval:** Samtliga inköp som Exitia känner av, dvs samtliga inköp inom rubricerad rubrik och period (livsmedel respektive förbrukningsartiklar).

**Frekvens:** 2 ggr/år.

**Resultat/avvikelser:**

**Livsmedel:** Totala inköp perioden okt 2019-mars 2020 uppgår till 4.508 tkr. Inköp utanför avtal enligt nedan uppgår till 2,5 % eller 116 tkr. Inköp utanför avtal enligt granskning 2018 uppgick till 1,6 % eller 157 tkr.

Totala inköp perioden apr 2020-seps 2020 uppgår till 5.494 tkr. Inköp utanför avtal uppgår till 1,0 % eller 57 tkr.

**Förbrukningsartiklar:** Inköp okt 2019-mars 2020 enligt avtal 2.559 tkr. Inköp utanför avtal uppgår till 9,3% eller 238 tkr. Inköp granskning 2018 utanför avtal 4,6% eller 625 tkr. Största poster utanför avtal Essity Hygien (digitala blöjor äldreomsorg) 69 tkr/2,7% samt Swema Trading (Luftrenare ordinärt boende) med 27 tkr /1,0%).

Totala inköp perioden apr 2020-seps 2020 uppgår till 7.466 tkr. Inköp utanför avtal uppgår till 51,9 % eller 3.874 tkr. Av dessa utanför avtal är inköp knutna till Covid-19 i tidigt skede, innan upphandling genomförts, med 3.713 tkr. Återstående inköp utanför avtal 161 tkr eller 2,2%.

**Sammanfattning:** Inköp livsmedel utanför avtal ligger på 1,0-1,5% av inköpsvolymen för granskningsperioden. I pengar 116 respektive 57 tkr. Vid föregående års granskning var motsvarande 1,6%.

Inköp förbrukningsartiklar, rensat för initiala Covid-19 inköp, har skett utanför avtal med 238 respektive 161 tkr (9% resp 2%). Granskning två visar god avtals-trohet. Mer detaljerad information saknas, för mer uppföljning krävs genomgång av faktura med på artikelnivå.

#### **Åtgärder:**

Inköp utanför avtal avseende livsmedel är mindre inköp till APT, kafeterian mm där motivet är kort framförhållning och att det saknas möjlighet att förvara livsmedel som krävs för beställning via avtal.

Inom förbrukningsmaterial har inköp från Lyreco framkommit vid årets båda granskningstillfällen, där inköp sker av artiklar med avtal likväl som av artiklar utanför avtal. För vidare analys krävs uppföljning ned på artikelnivå. Generellt kan sägas att avtalet med Lyreco borde utvidgas, eller tydligt informera om alternativa, upphandlade leverantörer för dessa artiklar.

#### **Analys:**

**Livsmedel: Granskningstillfälle 1;** Registrerade inköp enl Exitia 4.791 tkr, varav 400 tkr utanför avtal. Men då ingår inköp matkassar gruppbestäder med enligt bokföringen 575 tkr för okt-dec 2019 tkr. Eftersom Exitia styr på leverantör och inköp och inte bokföring måste matkassarna lyftas bort. Dessa bokförs balanskonto med ansvar inom FSS. FSS utanför avtal 101 tkr. Analys av inköp FSS visar nästan enbart kaffe inom avtal. Inköp utanför avtal reduceras med 101 tkr. I utanför avtal ingår även leverantör Peneton, där leverans av Orrefors-ljustakar medtagits i Exitias uppföljning (120 tkr), samt reglering via bank för felaktigt registrerad belopp kortterminal (64 tkr) Återstående utanför avtal 116 tkr eller 2,5%.

Av dessa 116 tkr svarar Matmarknad Hässleholm för 50 tkr, eller 1,1%, inköp APT, café, intern representation. Generellt sett inköp av livsmedel med kort varsel, eller där direktleverans inte är aktuellt från leverantör.

**Granskningstillfälle 2;** Registrerade inköp enligt Exitia 5.494 tkr, varav 57 tkr utanför avtal. Detta granskningstillfälle omfattar tiden efter införande av nytt ekonomisystem. Inköpt matkassar (konteras mot balanskonto) uppgår till 1.057 tkr under denna period. Slutsatsen är att dessa ingår numera inte i Exitias sammanställning, vilket är korrekt.

Specifikation av större leverantörer visar följande. Av inköpen utanför avtal står två leverantörer för 20 tkr (0,4%). Dessa är HGM Dryckesservice och Unilever Sverige. Tre leverantörer med avtal, där inlöp skett utanför avtal med 6 tkr (0,1%). Slutligen 18 ej specificerade leverantörer med inköp utanför avtal med 31 tkr (0,5%).

Slutsatsen är att avtalstroheten är hög.

**Förbrukningsmaterial: Granskningstillfälle 1;** Frånsett två största posterna ovan (Essity Hygien och Swema) avser Lyreco 23 tkr utanför avtal och 94 tkr enligt avtal. Kan anta att när beställning sker, beställs även artiklar utanför avtal. Men för mer detaljerad uppföljning krävs artiklar mm. Att slumpmässigt söka på fakturor går inte.

**Granskningstillfälle 2;** Registrerade inköpsvolym apr 2020—sep 2020 är 7.466 tkr. Inköp utanför avtal är 3.874 tkr, eller 51,9%. Inköp av artiklar med leverantörer avtal finns med, men inlöpta utanför avtal är 4 tkr (0,0%).

Av inköpen utanför avtal avser 3.440 tkr inköp munskydd från AB Gibson Lifestyle, 244 tkr inköp rengöringsmedel från Procurator AB samt inköp desinfektionsmedel 29 tkr från Svenska Rekal AB. Samtliga dessa inköp, 3.713 tkr, är knutna till uppkomna Covid-19pandemin, där de första inköpen skedde utan föregående upphandling.

Återstår 161 tkr utanför avtal, eller 2,2%. I likhet med förra granskningen förekommer inköp utanför avtal men med leverantör avtal finns med. Även denna granskning visar Lyreco med inköp utanför avtal 52 tkr och inköp med avtal 39 tkr.

**Ansvarig för åtgärderna: Ekonomigruppen**

## 4 Uppföljning av privata utförare

**Kontrollmoment:** Att kontrollera att förvaltningens uppföljningsåtgärder stämmer överens med det av Kommunfullmäktige beslutade program för uppföljning av privata utförare.

**Utförd av:** Administrativa avdelningen och Myndighetsenheten

**Datum för utförande:** Hösten 2020

**Metod:** Kontroll av hur uppföljningen av privata görs i förhållande till befintliga styrdokument. Vi behöver ha systematisk kvalitetskontroll gällande de privata utförarnas verksamhet och ekonomi, så att nämnden kan försäkras om att brukarna får en god vård och omsorg.

**Urval:** Kontroll av de uppföljningsåtgärder som finns.

**Frekvens:** 2 ggr/år

**Resultat/avvikelser:**

Omsorgsförvaltningens systematiska uppföljningsarbete av privata utförare har konstaterats inte vara tillräckligt omfattande för att motsvara de krav som specificeras i Hässleholms kommuns beslutade uppföljningsprogram för privata utförare. Detta konstaterades redan i föregående års granskning och ambitionen var inför 2020 att förbättra detta. Corona pandemins belastning på organisationen som helhet och den fortsatta vakanssituationen av verksamhetsutvecklare på förvaltningen har inneburit att inte tillräckligt med resurser har kunnat avsättas till att komma längre med arbetet under 2020 än vad som beskrivs i nedanstående analys.

**Åtgärder:**

Ett omtag av hela förvaltningens arbete med det systematiska kvalitetsledningsarbetet har inletts och kommer att fortsätta. Under första kvartalet 2021 kommer verksamhetsutvecklare befattningarna att vara fulltaliga och mer resurser kan då avsättas till att utveckla uppföljningen till tillräckligt bra standard. Ett arbete som då kommer att kunna intensifieras. Granskningspunkten föreslås finnas med även i 2021 års interna kontroll program med AC som ansvarig och utföras i samarbete med biträdande MC

**Analys:** Det arbete som har påbörjats under 2020 med att se över förvaltningens hela kvalitetsledningssystem och systematiska uppföljningsåtgärder kring såväl egen regi som av privata utförare behöver intensifieras och leda till ett förnyat och systematiskt upplägg. Möjligheterna att lyckas är väsentligt bättre i och med att kvalitets och utvecklingsgruppen är fullt bemannad för första gången på tre år. Dessutom är utvecklingsgruppen förstärkt med två systemadministratörer sedan sommaren 2020.

**Tidplan:** Våren 2020

**Ansvarig för åtgärderna:** Myndighetschef

## 5 Kompetensförsörjning

**Kontrollmoment:** Kontroll att kompetensgapet minskar på kort tid sett både till anställda och kompetensnivå.

**Utförd av:** HR Strateg

**Datum för utförande:** Hösten 2020

**Metod:** Sammanställning av EC:s GAP-analys en gång per år. Analysen omfattar åren 2021-2025. Cheferna identifierar och analyserar sitt kompetensgap på kort (1-2 år) och lång (3-5 år) sikt. Kompetensgapet uppkommer genom att jämföra den tillgängliga kompetensen med behovet av kompetens. Inför arbetet med att ta fram analyserna har verksamheterna utgått från följande förutsättningar: befolk-

ningsökning/demografi, förändrade behov, avveckling av verksamheter samt omvärldsfaktorer såsom exempelvis Hälso-och sjukvårdsavtalets påverkan på verksamheterna.

**Urval:** Kompetensanalysarbetet omfattar yrkeskategorierna undersköterska, vårdbiträde, stödassistent/stödbiträde, sjuksköterska, HSL-undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndshandläggare och personlig assistans. Sammanlagt har kompetensanalysarbetet omfattat 1 538 tjänster.

**Frekvens:** 1 gg/år

**Resultat/avvikelser:** Den genomförda analysen visar att Omsorgsförvaltningen har ett kompetensgap både kvantitativt, det vill säga ett ökat behov av antalet anställda, och kvalitativt, ett behov av att höja kompetensen från en kompetensnivå till en annan. Det kvantitativa gapet beräknas sammanlagt till en personalbrist om 274 medarbetare för de analyserade yrkesgrupperna år 2025. På kort sikt, det vill säga åren 2021-2022, beräknas det kvantitativa gapet till en personalbrist om 167 medarbetare. Det kvantitativa gapet beror på faktorer såsom förändrad demografi och omvärldsfaktorer som visar att kvantiteten behöver utökas såsom framtida verksamhetsförändringar och förändring av arbetssätt. Det kan konstateras att kompetensgapen har ökat jämfört med den analys som genomfördes under 2019 då det totala kompetensbehovet för åren 2020-2024 beräknades till en personalbrist om totalt 235 medarbetare. När det gäller det kvalitativa gapet för åren 2021-2025 handlar det om behov att förflytta kompetens från viss kompetens till god, hög och mycket hög kompetens.

Tabellen nedan visar en jämförelse mellan 2019 års kompetensanalys och 2020 års kompetensanalys avseende förvaltningens behov av att vara fler respektive färre medarbetare på sikt. Kompetensanalysen för 2020 visar exempelvis att förvaltningen på kort sikt (1-2 år) saknar 109 undersköterskor och på lång sikt (3-5 år) saknar förvaltningen 158 undersköterskor. Det är en ökning med 27 respektive 13 undersköterskor jämfört med den analys som genomfördes år 2019. Generellt visar analysen att det behövs fler antal anställda på sikt än vad som idag finns tillgängligt. Vårdbiträde är ett undantag där analysen visar att förvaltningen på sikt har ett överskott utifrån nuvarande organisering. Även personlig assistans visar ett överskott, när det gäller behovet av undersköterskekompetens. Överskottet beror alltså inte på att antalet medarbetare är för många utan på grund av att det på sikt finns behov av andra kompetenser framför undersköterskekompetens för att möta brukarnas behov.

Kompetensgapen har ökat jämfört med 2019 års analys för följande yrkesgrupper; undersköterska, vårdbiträde, stödassistent, sjuksköterska, HSL-undersköterska, arbetsterapeut. De största gapen finns i grupperna undersköterska, stödassistent och sjuksköterska.

	Kompetensgap 2019		Kompetensgap 2020		Förändring
Jämförelse av kompetensgap	Kort sikt 2019	Lång sikt 2019	Kort sikt 2020	Lång sikt 2020	Gapanalys kort/lång sikt



Undersköterska	-82	-145	-109	-158	+27/+13
Vårdbiträde	+27	+68	+40	+60	+13/-8
Stödassistent/stödbiträde	-23	-45	-19	-59	-4/+14
Sjuksköterska	-12	-27	-27	-37	+15/+10
HSL-undersköterska	-5	-10	-6	-11	+1/+1
Arbetsterapeut	-1	-2	-2	-3	+1/+1
Fysioterapeut	-3	-4	-2	-4	-1/+0
Biståndshandläggare	-2	-2	-2	-2	-
Personlig assistans	-4	+0	+0	+44	-4/-44

**Åtgärder:** På kort sikt behöver prioriteras åtgärder i form av olika utbildningsaktiviteter för att möta behovet av en mer avancerad sjukvård, både i den enskildes hem men även på särskilda boenden. Det finns även behov av att vidareutveckla introduktionsprogram, erbjuda karriärvägar och möjlighet till heltidsanställning. Det framkommer även i chefernas analyser att det finns behov av specialistundersköterskor inom demens och psykiatri samt en samlokalisering mellan enheter/verksamheter inom ett geografiskt område för en effektiv resursanvändning.

**Analys:** Kompetensanalysen visar att verksamheterna generellt sätt har för få medarbetare i de berörda yrkeskategorierna för att kunna tillgodose förvaltningens framtida behov. Ökande krav i verksamheterna och komplexiteten i uppdragen i kombination med att erfarna medarbetare slutar gör att kompetensen kan behöva höjas. Det framkommer främst ett behov av ökade kunskaper inom demens och psykiatri.

Analysen visar också att det finns behov av andra yrkesgrupper såsom exempelvis specialistundersköterskor och stödfunktioner alternativt en annan organisering i syfte att minska kompetensgapen. I verksamheterna finns också ett fortsatt behov av att utveckla användandet av digitala tjänster och arbetssätt.

**Tidplan:** Fortsatt arbete med aktiviteter som syftar till att minska kompetensgapen. Fokus på utbildningsaktiviteter och introduktion.

**Ansvarig för åtgärder:** Avdelningschef/verksamhetschef

## 6. Kontroll arbetsmiljö

**Kontrollmoment:** Kontroll att verksamheten följer upp och gör riskbedömningar av arbetsmoment i omsorgstagares bostäder.

**Utförd av:** EC Marita Rosén har utfört kontrollen av ordinärt boende. Enhetscheferna för FSS har utfört kontroll gällande deras verksamhet sammanställningen är gjord av verksamhetsutvecklare.

**Metod:** Enhetschefer kontrollansvariga, sker som egenkontroll två gånger per år.

**Urval:** 4 av 12 område inom Ordinärt boende vardera 20 brukare har kontrollerats per område. 17 av 35 bostäder inom FSS redovisar uppgifter om att riskbedömningar är genomförda för brukare i samband med revidering av genomförandeplan. Utöver dessa redovisar boendestödet att 66 riskbedömningar är genomförda och för SFB redovisas 3 genomförda riskbedömningar.

**Frekvens:** 2 ggr/år

**Resultat/avvikelser:** 28 riskbedömningar gjorda av 80 utvalda och 0 uppdateringar av de 28. I september var det 192 brukare med boende inom FSS och i de 17 redovisade bostäderna inom FSS var det totala antalet brukare 106 och av dessa var det 104 riskbedömningar gjorda. De två riskbedömningarna som inte var gjorda berodde på att brukarna inte bodde i sin lägenhet vid tillfället då mätningarna gjordes. Boendestödet hade vid tillfället då kontrollen gjordes 76 brukare.

**Åtgärder:** Gällande ordinärt boende var utfallet dåligt, mycket relaterat till pandemin, hitta andra sätt än enl rutin för att utföra riskbedömning på ett smittsäkert sätt och att få information om rätt blankett som ska fyllas i just i ordinära boendet. Nysatsning via påminnelse och information om vikten av egenkontrollen för att få ett bättre resultat av utförda och uppdaterade riskbedömningar enl rutin. Enhetscheferna inom FSS har själva skapat ett Exceldokument där de redovisar antal genomförandeplaner enligt rutin samt antal genomförda riskbedömningar för brukare.

**Analys:** Pga pandemin har rutinen fallit bort i våras och svårigheter att utföra nu i höst. Relaterat till barriärvård och tidsbrist pga bemanningsproblem. Informationsbrist till nyanställda Enhetschefer och påminnelse inte skickats ut i dessa överbelastade tider. Informationsmiss inom ordinärt boende då deltagare har valts bort utan att blivit informerade och att ny invald varit dåligt insatt pga informationsmissen. Även inom FSS var riskbedömningarna inte redovisat för samtliga brukare.

**Tidplan: 2021**

**Ansvarig för åtgärderna:** Enhetschefer.

## 7. Kontroll av verksamhetsrutiner

**Kontrollmoment:** Kontroll och systematisk genomgång av verksamhetens befintliga rutiner för att säkerställa att varje rutin som finns är gällande för att utesluta att det finns rutiner som är felaktiga, inaktuella eller saknas. Värdera befintliga dokument avseende verksamhetsrutiner utifrån om dessa ska finnas kvar och i så fall om de är korrekta.

**Utförd av:** Pågående arbete som utförs av Verksamhetsutvecklarna

**Datum för utförande:** 2020

**Metod:** Genomgång av samtliga rutiner med senaste datum för uppdatering/fastställande före 2015-12-31.

**Urval:** Inleder med genomgång av rutiner gällande Verkställighet FSS och Verkställighet förvaltningsövergripande.

**Frekvens:** Löpande.

**Resultat/avvikelser:** Det har konstaterats att befintligt system för hur rutiner systematiskt organiseras inte är optimalt. Det har även konstaterats att det förekommer inaktuella rutiner.

**Åtgärder:** Genomgång av felaktigheter/inaktuella med berörda och ansvariga för rutinen.

**Analys:** Ett projekt behöver startas för att åtgärda identifierade brister

**Tidplan:** 2021

**Ansvarig för åtgärderna:** AC och VC

## 8. Kontroll av LOV-aktörer

**Kontrollmoment:** Kontroll att verksamhetsuppföljningar görs på LOV-utförare.

**Utförd av:** Ej utförd.

**Datum för utförande:** Ej utförd under 2020 eftersom ingen LOV entreprenad föreligger.

**Metod:** Verksamhetsutvecklare och MAS gör besök hos extern utförare i enlighet med förfrågningsunderlaget.

Omsorgsförvaltningen

Mats Rosengren  
Administrativ chef



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

Diarienummer

2020-12-29

OF 2020/1017

Handläggare  
Mats Rosengren  
Omsorgsförvaltningen

*mats.rosengren@hasselholm.se*

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens  
arbetsutskott

## Intern kontrollplan 2021

### Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslår Omsorgsnämnden besluta att:

- Anta förslagen intern kontrollplan för 2021
- Atna förslagen risk och väsentlighetsanalys avseende intern kontroll för 2021

### Sammanfattning

Kommunfullmäktige har den 24 november 2010 antagit ”Regler för intern kontroll i Hässelholms kommun”. Syfte och mål med den interna kontrollen är:

- Verksamhetens prestationer och kvalitet ska uppfylla de mål som fastställts
- Verksamheten ska bedrivas på ett kostnadseffektivt sätt
- Politiker och personal ska skyddas från oberättigade misstankar
- Fattade beslut ska verkställas och följas upp
- Kommunens räkenskaper ska vara rättvisande
- Kommunens tillgångar ska tryggas och förluster minimeras
- Lagar, förordningar, föreskrifter och avtal ska efterlevas

Inför 2021 kvarstår flera av de beslutade granskningsområdena från 2020 och några nya har tillkommit. Sammanlagt föreslås i den interna kontrollplanen för 2021 åtta granskningsområden.

Utöver den interna kontrollplanen finns även förslaget till beslut en risk och väsentlighetsanalys som inkluderar de åtta föreslagna interna kontrollpunkterna.

### Beskrivning av ärendet

#### Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen

En god intern kontroll syftar till att säkerställa en så god omsorg och omvårdnad som möjligt för brukare och vårdtagare.

#### **Barnperspektivet**

Inga särskilda konsekvenser kan identifieras för barn

#### **Miljökonsekvenser**

Inga särskilda miljökonsekvenser kan identifieras

#### **Facklig samverkan**

Förvaltningsövergripande samverkan 2021-01-18

#### **Ekonomiska konsekvenser**

Inga direkta ekonomiska konsekvenser kan identifieras. Dock innebär en korrekt utförd granskning i enlighet med de föreslagna interna kontrollpunkterna att en bättre kostnadskontroll blir möjlig och att merkostnader kan undvikas i möjligaste mån.

#### **Bilagor**

1. Intern kontrollplan 2021
2. Omsorgsnämnden, risk och väsentlighetsanalys

#### **Sändlista:**

Kommunstyrelsen

Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Mats Rosengren  
Administrativ chef

## Plan för Intern kontroll 2021

Nr	Rutin Vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?	Kontrollmoment Vad ska granskas?	Metod Hur kommer granskningen att göras?	Frekvens Hur ofta kommer granskningen att göras?	Ansvar Vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?	Rapportering Vem ska utförd granskning rapporteras till?	Risk Hur stor är risken att fel ska uppstå?	Väsentlighet Hur blir konsekvensen om fel uppstår?
1	IT och systemhaveri	Antal avbrott som uppstår och omfattningen på dem.	Händelsen rapporteras in som avvikelser när det inträffar i enlighet med beslutad rutin. Lyfter upp frågan om avvikelser rapporteras in vid driftstörning i egenkontrollen.	2ggr/år	AC adm	Omsorgsnämnden	4	3
2	Systematisk identifikation av tekniska brister	Att systematiskt kartlägga tekniska brister inom omsorgsförvaltningen.	Enskild medarbetare rapporterar i angivet system	Löpande	AC adm	Omsorgsnämnden	4	3
3	Hantering av privata medel	Att hantering av privata medel följer fastställda riktlinjer och rutiner	Granskning av bokföringen för privata medel i gruppboendestäder och särskilda boenden. Granska ca 25 brukare inom respektive lagrum.	2 gge/år	AC adm	Omsorgsnämnden	3	3
4	Följsamhet till avtal	att verksamheterna följer de avtal vid inköp som finns när det gäller livsmedel och förbrukningsartiklar	Kontroll av inköp via fakturor	2ggr/år	AC adm	Omsorgsnämnden	4	3
5	Uppföljning av privata utförare	Kontroll av hur uppföljningen av privata utförare görs i förhållande till befintliga styrdokument. Vi behöver ha systematisk kvalitetskontroll gällande de privata utförarnas verksamhet och ekonomi så att nämnden kan försäkras om att brukarna får en god vård och omsorg.	Genom att granska de avtal som finns och följa upp de befintliga styrdokument i arbetsgruppen. Att integrera omsorgsnämndens granskning med kommungemensamma direktiv.	2ggr/år	AC adm	Omsorgsnämnden	4	3
6	Kompetensförsörjning	Kontroll att kompetensgapet minskar på kort tid sätt både till både anställda och kompetensnivå.	Görs genom sammanställning av EC:s GAP analys en gång per år.	1 ggr/år	AC adm	Omsorgsnämnden	3	3
7	Kontroll arbetsmiljö	Kontroll att verksamheten följer upp och gör riskbedömningar av arbetsmoment i omsorgstagares bostäder.	EC kontrollansvariga, görs genom egenkontroll 2 ggr/år	2 ggr/år	VC	Omsorgsnämnden	3	3
8	Kontroll av verksamhetsrutiner	Kontroll och systematisk genomgång av verksamhetens befintliga rutiner för att säkerställa att varje rutin som finns är gällande för att utesluta att det finns rutiner som är felaktiga, inaktuella eller saknas.	Verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer utvecklar lämpligt tillvägagångssätt för att kartlägga och utreda befintliga rutiner.	Löpande	VC	Omsorgsnämnden	4	3



**Tydligt uppdrag att:**

- ansvara för kontrollen
- säkerställa verktyg/metod
- rapportera resultatet av kontrollen inkl vilken metod som använts.



**Kompletterar med:**

- Ev åtgärder
- Ev tidplan
- rapportera i en mall. (Irene tar fram)



Tar emot rapport från ansvarig  
Vet vilka som är utförare  
Håller koll på tidplaner  
Skickar vid behov påminnelser  
Lagrar inkomna rapporter



Granskningsrapport till nämnden  
Risk- och väsentlighetsanalys  
Ny kontrollplan för år 2  
Arbetsgrupp med utförare och administratör



Handläggare  
Avdelningschef Mats Rosengren  
Omsorgsförvaltningen

0451-26 88 57  
mats.rosengren@hasselholm.se

Omsorgsnämnden/omsorgsnämndens  
arbetsutskott

## Omsorgsnämnden, risk- och väsentlighetsanalys 2021

### Matris för risk- och väsentlighetsanalys

Konsekvens					
4 – Allvarlig	4	8	12	16	
3 - Kännbar	3	6	9	12	
2 - Lindrig	2	4	6	8	
1 - Försumbar	1	2	3	4	
	1 – Osannolik	2 – Mindre sannolik	3 - Möjlig	4 - Sannolik	<b>Sannolik</b>

#### Konsekvensen om ett fel uppstår är:

- |               |   |
|---------------|---|
| 1 – Försumbar | är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen.  |
| 2 – Lindrig   | uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen. |
| 3 – Kännbar   | uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen. |
| 4 – Allvarlig | är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.       |

#### Sannolikheten att ett fel ska uppstå är:

- |                     |  |
|---------------------|--|
| 1 – Osannolik       | risken är praktiskt taget obefintlig för att fel ska uppstå. |
| 2 – Mindre sannolik | risken är mycket liten för att fel ska uppstå.               |
| 3 – Möjlig          | det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå.             |
| 4 – Sannolik        | det är mycket troligt att fel ska uppstå.                    |

De olika komponenterna multipliceras med varandra och texten enligt ovan beskriver utgångsläget för en specifik rutin.

- |      |  |
|------|--|
| 1-3: | Inget agerande krävs. Vi accepterar riskerna.  |
| 4-8: | Rutinen/processen bör hållas under uppsikt. Eventuellt delar vi riskerna med annan part (exempelvis försäkringslösning.) |

### Omsorgsförvaltningen



- 9-12: Rutinen/processen bör åtminstone tas med i kommande intern kontrollplan. Eventuellt behöver nya regelverk och/eller utbildning av personalen. Vi reducerar riskerna.
- 13-16: Direkt åtgärd krävs! Vi försöker minimera riskerna

## 1. IT- System och teknik

Verksamheterna styrs av olika IT system. Olika verksamheter använder olika system inklusive kameratillsyn. Avbrott i systemen kan leda till att överföring mellan system kan ge felaktiga kundavgifter. I samband med avbrott i tekniken har brukare/patient glömts bort och inte fått sina beviljade insatser. Om det enbart är oerfaren personal ökar risken för att fel ska begås och brukare/patient glömmas bort. Punkten var ny som internkontrollmål för år 2020. Anledningen till att gruppen anser denna vara av vikt, och även finnas med för internkontrollmålen för 2021 är de många avbrotten i tekniken det senaste året.

Metod: Vid samtliga avbrott gällande verksamhetssystemen som omsorgsförvaltningen har systemansvaret för dokumenteras datum för avbrottet, när systemen åter är i drift, samt i de fall det varit möjligt även vad som orsakade avbrottet. En sammanställning av denna information redovisas därefter två gånger per år.

Risk: *Sannolik*  
 Väsentlighet: *Kännbar*  
 Totalt: *12 poäng*

**Motivering:** Risken med att systemen ligger nere kan skapa en otrygghet för personal och brukare/patient, vid långvariga driftstopp kan det även innebära risker att komma åt viktig information gällande vårdtagarna.

---

## 2. Systematisk identifikation av tekniska brister

Utöver avbrott i systemen förekommer andra tekniska brister som påverkar personalens arbete. Det kan innefatta störningar som påverkar samtlig personal i verksamheten eller ett fåtal av personalen exempelvis genom att det är problem med vissa telefoner osv. Denna punkt är ny för 2021. Det är angeläget att även fånga upp dessa avbrott, eftersom det kan medföra omfattande påverkan på personalens dagliga arbete.

Metod: Enskild medarbetare rapporterar i angivet system.

Risk: *Sannolik*  
 Väsentlighet: *Kännbar*  
 Totalt: *12 poäng*

**Motivering:** Risken för att det förekommer tekniska störningar kan orsaka att personalen känner frustration över att systemen inte fungerar tillfredställande, samt att många små driftstopp och brister kan få till följd att personalen inte

känner tilltro till system. Vilket ytterst påverkar brukar och patientsäkerhet och kvalitet.

---

### 3. Hantering privata medel

Det finns kontanthantering där gode män/förvaltare och anhöriga lämnar kontanter till kontaktpersoner/ personal att hantera pengar åt brukaren. Det finns framtagna rutiner och riktlinjer för hanteringen av privata medel. Stöldrisken är stor och ett par ärende har inträffat senaste året där inte rutinerna har följts.

Metod: Fysisk granskning på plats.

Risk: *Möjlig*

Väsentlighet: *Kännbar*

Totalt: *9 poäng*

**Motivering.** Risk att förtroende för organisationen påverkas negativt vid eventuell stöld. De som redan är beroende av oss riskerar att tappa tilliten för oss. Arbetsmiljön för arbetsgruppen blir ansträngd och besvärande då de alla känner sig misstänkta vid en eventuell stöld.

---

### 4. Följsamhet till avtal.

Kontroll av att verksamheterna följer de avtal vid inköp som finns när det gäller livsmedel och förbrukningsartiklar så som hygienartiklar inom omsorgen under 2021.

Metod: Granskning görs med hjälp av centrala upphandlingsenheten

Risk: *Sannolik*

Väsentlighet: *Kännbar*

Totalt: *12 poäng*

**Motivering:** Inköp skall ske enligt de upphandlade avtal som finns. Livsmedel och förbrukningsartiklar köps in till många verksamheter vilket gör att det finns en risk att det beställs utanför avtal. Risk för avtalsbrott finns om det inte kontrolleras. Bedömningen är därför att området finns kvar som ett internt kontrollområde i den interna kontrollplanen för 2021.

---

### 5. Uppföljning av privata utförare

Kontroll av att och hur uppföljning av privata utförare görs i förhållande till av Kommunfullmäktige beslutade styrdokument.

Metod: Arbetet integreras med arbetet med att utveckla förvaltningens kvalitetsledningssystem.

Risk: *Sannolik*  
 Väsentlighet: *Kännbar*  
 Totalt: *12 poäng*

**Motivering:** Vi köper en stor andel verksamhet från privata utförare till brukare både yngre och äldre. Finns en brukar och patientrisk gällande köp av verksamhet från privat utförare.

Vi behöver ha systematisk kvalitetskontroll gällande de privata utförarnas verksamhet och ekonomi, så att nämnden kan försäkras om att brukarna får en god vård och omsorg

Bedömningen är att internkontrollområdet kvarstår i den interna kontrollplanen för 2021.

---

## 6. Kompetensförsörjning

Att rekrytera rätt personal med rätt kompetens är betydligt svårare idag inom omsorgsförvaltningen. Det gäller både till fasta tjänster men också till vikariat. Kraven är idag högre pga. att det finns andra behov samt då arbetsuppgifterna är mer avancerade vilket kräver en högre kompetens och fler antal anställda. Hur arbetar vi aktivt med rekrytering, referenstagning, utbildning, samt behålla personal. Att vara en attraktiv arbetsgivare med kompetensutveckling, bra introduktion för alla anställda. Socialstyrelsen förtydligar att vi bör ha mer utbildad personal, för att säkerställa omsorgen.

Kontroll av att kompetensgapet minskar på kort tid sätt till både anställda och kompetensnivå.

Metod: Görs genom sammanställning av enhetschefers GAP analys en gång per år.

Risk: *Sannolik*  
 Väsentlighet: *Allvarlig*  
 Totalt: *16 poäng*

**Motivering:** Visst arbete pågår inom kompetensförsörjnings området, med heltid som möjlighet, önskad sysselsättningsgrad. introduktion och utbildning samt samarbetet med vård o omsorgscollege. Det bedöms att det är svårt att få personal med rätt kompetens. Även svårt att få personal att stanna en längre tid. Hur ska vi få unga att välja omvårdnadsutbildningarna?

För att säkerställa att vi arbetar med att få fram strategier för framtida behov av personal med rätt kompetens finns området med i interna kontrollplanen för 2021.

---

## 7. Kontroll arbetsmiljö

Kontroll att verksamheten följer upp och gör riskbedömningar av arbetsmoment i omsorgstagares bostäder.

Metod: Enhetschefer kontrollansvariga, sker som egenkontroll två gånger per år. Göra stickprov på visst antal (10 st) på varje område särskilt boende, ordinärt boende och FSS

Risk: *möjlig*

Väsentlighet: *kännbar*

Totalt: *9 poäng*

**Motivering:** Det görs ett stort antal arbetsmoment som kan vara skadliga för både omsorgstagare och medarbetare om inte riskbedömningar görs på rätt sätt och följs upp.

---

## 8. Kontroll av verksamhetsrutiner

Kontroll och systematisk genomgång av verksamhetens befintliga rutiner för att säkerställa att varje rutin som finns är gällande för att utesluta att det finns rutiner som är felaktiga, inaktuella eller saknas.

Metod: Verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer utvecklar lämpligt tillvägagångssätt för att kartlägga och utreda befintliga rutiner. Arbetet utförs löpande under året.

Risk: *Sannolik*

Väsentlighet: *Allvarligt*

Totalt: *12 poäng*

**Motivering:** Att det finns aktuella och ändamålsenliga rutiner för verksamhetens arbete kan vara avgörande för att rätt arbete utförs med rätt kvalitet. Det finns även risk för att det finns felaktiga, gamla eller motsägelsefulla rutiner. Det innebär en verksamhetsrisk.

Omsorgsförvaltningen

Mats Rosengren

*Avdelningschef*



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

Diarienummer

2020-11-04

OF 2020/893

Handläggare  
Eva Liljekvist-Borg  
Omsorgsförvaltningen

[eva.liljekvist-borg@hasselholm.se](mailto:eva.liljekvist-borg@hasselholm.se)

Omsorgsnämnden/omsorgsnämndens  
arbetsutskott

## Omvärlds- och verksamhetsanalys 2021

### Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår Omsorgsnämnden:

-att fatta beslut om att anta föreslagen omvärlds och verksamhetsanalys 2021 med tillhörande bilagor.

### Sammanfattning

Bifogat finns förslag till omvärlds och verksamhetsanalys 2021 med tillhörande planeringsbilagor. Omvärlds och verksamhetsanalysen är ett av Omsorgsnämndens huvudsakliga planeringsinstrument. Syftet med huvuddokumentet är att det så långt möjligt ska kunna ligga till grund för nämndens framtidsplanering.

Bilagda planeringsbilagor är tänkta att tjäna som detaljerad understödande information om nuläget.

Eftersom det inte längre finns ett äskande förfarande inför kommunens samlade budgetprocess har syftet med att tjäna som underlag för Omsorgsnämndens äskande försvunnit för omvärlds och verksamhetsanalysen. Å andra sidan är planerings och analysbehovet större än någonsin eftersom verksamheten behöver planeras i en snabbt föränderlig omvärld med ständigt förändrade behov av Omsorgsnämndens insatser.

De största utmaningar Omsorgsnämnden står inför under året kan sammanfattats som följande utvecklingsområden;

- Ökad sysselsättningsgrad, förändrade arbetsschema, attraktivare arbeten
- Effektiv, flexibel organisation med hög kompetensförsörjning
- Ökad användning av teknologi
- Effektiv, långsiktig lokalplanering

**Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen**

Nästkommande omvärlds och verksamhetsanalys planeras att färdigställas under hösten 2021.

## **Beskrivning av ärendet**

### **Facklig samverkan**

Redovisas på FÖS den 18 januari

### **Bilagor**

- 1.Omvärldsanalys
2. Planeringsdokument HSL
3. Planeringsdokument äldreomsorg
4. Planeringsdokument FSS
5. Planeringsdokument digitalisering

### **Sändlista:**

Kommunstyrelsen

Omsorgsförvaltningen

Eva Liljekvist-Borg  
Tf förvaltningschef



**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

Diarienummer

2020-12-30

OF 2020/1019

Handläggare  
Mats Rosengren  
Omsorgsförvaltningen

*mats.rosengren@hasselholm.se*

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens  
arbetsutskott

## Lokalbehovsplan 2022

### Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden besluta

- att anta föreslagen Lokalbehovsplan för 2022
- att via Hässelholms kommuns lokalstrategiska grupp sända den vidare till Kommunstyrelsen

### Sammanfattning

Hässelholms kommunfullmäktige har fastställt riktlinjer för hur arbetet med kommunens lokalplanering ska genomföras. Ett led i det arbetet är att nämnderna är ombedda att inför varje budgetprocess ta fram ett underlag för de lokalfrågor som är nödvändiga.

Lokalfrågor som är av sådan karaktär att de bedöms som tillräckligt stora och gemensamt strategiska för kommunen ska innan de når Kommunstyrelsen och budgetberedningen processas genom Hässelholms kommuns lokalstrategiska grupp. Andra lokalfrågor av mindre art processas nämnderna direkt till Tekniska nämnden.

I bilagd lokalbehovsplan finns specificerat de lokalbehov som Omsorgsnämnden har beslutat som mest nödvändiga inför budget 2022. Dessa objekt bedöms vara av sådan karaktär storleksmässigt och strategiskt att de behöver processas genom den lokalstrategiska gruppen innan vidare behandling. Dessa objekt är markerade med prioritering nr 1 och är rödmarkerade i bilagd bilaga.

Utöver ovan nämnda objekt finns även några objekt av mindre karaktär som är nödvändiga att åtgärda på kortare sikt och som inte bedöms vara av sådan strategisk karaktär att de behöver processas genom den strategiska gruppen utan där kommunikation kan ske direkt till Tekniska förvaltningen. Även dessa objekt är markerade med prioritering 1 men är satta under år 2021 för sitt genomförande.

**Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen**

## **Beskrivning av ärendet**

### **Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare**

Förbättrade och ändamålsenliga lokaler gynnar verksamhetens brukare

### **Barnperspektivet**

Inga särskilda barnperspektiv har identifierats

### **Miljökonsekvenser**

Nya lokaler innebär vanligtvis en ökad hållbarhet för miljön

### **Facklig samverkan**

Förvaltningsövergripande samverkan 2021-01-18

### **Ekonomiska konsekvenser**

Inga särskilda ekonomiska konsekvenser har ännu konstaterats men kommer att framgå i den vidare kommungemensamma processen. En tydlig målsättning med den kommungemensamma lokalförsörjningsprocessen är att uppnå en bättre samlad lokalekonomi.

## **Bilagor**

1. Lokalbehovsplan 2022

### **Sändlista:**

Lokalstrategiska gruppen  
Kommunstyrelsen  
Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Mats Rosengren  
Administrativ chef





**Hässelholms  
kommun**

TJÄNSTESKRIVELSE

1(2)

Datum

Diarienummer

2020-12-30

OF 2020/1019

Handläggare  
Mats Rosengren  
Omsorgsförvaltningen

[mats.rosengren@hasselholm.se](mailto:mats.rosengren@hasselholm.se)

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens  
arbetsutskott

## Lokalbehovsplan 2022

### Förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden besluta

- att anta föreslagen Lokalbehovsplan för 2022
- att via Hässelholms kommuns lokalstrategiska grupp sända den vidare till Kommunstyrelsen

### Sammanfattning

Hässelholms kommunfullmäktige har fastställt riktlinjer för hur arbetet med kommunens lokalplanering ska genomföras. Ett led i det arbetet är att nämnderna är ombedda att inför varje budgetprocess ta fram ett underlag för de lokalfrågor som är nödvändiga.

Lokalfrågor som är av sådan karaktär att de bedöms som tillräckligt stora och gemensamt strategiska för kommunen ska innan de når Kommunstyrelsen och budgetberedningen processas genom Hässelholms kommuns lokalstrategiska grupp. Andra lokalfrågor av mindre art processas nämnderna direkt till Tekniska nämnden.

I bilagd lokalbehovsplan finns specificerat de lokalbehov som Omsorgsnämnden har beslutat som mest nödvändiga inför budget 2022. Dessa objekt bedöms vara av sådan karaktär storleksmässigt och strategiskt att de behöver processas genom den lokalstrategiska gruppen innan vidare behandling. Dessa objekt är markerade med prioritering nr 1 och är rödmarkerade i bilagd bilaga.

Utöver ovan nämnda objekt finns även några objekt av mindre karaktär som är nödvändiga att åtgärda på kortare sikt och som inte bedöms vara av sådan strategisk karaktär att de behöver processas genom den strategiska gruppen utan där kommunikation kan ske direkt till Tekniska förvaltningen. Även dessa objekt är markerade med prioritering 1 men är satta under år 2021 för sitt genomförande.

**Hässelholms kommun / Omsorgsförvaltningen**

## **Beskrivning av ärendet**

### **Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare**

Förbättrade och ändamålsenliga lokaler gynnar verksamhetens brukare

### **Barnperspektivet**

Inga särskilda barnperspektiv har identifierats

### **Miljökonsekvenser**

Nya lokaler innebär vanligtvis en ökad hållbarhet för miljön

### **Facklig samverkan**

Förvaltningsövergripande samverkan 2021-01-18

### **Ekonomiska konsekvenser**

Inga särskilda ekonomiska konsekvenser har ännu konstaterats men kommer att framgå i den vidare kommungemensamma processen. En tydlig målsättning med den kommungemensamma lokalförsörjningsprocessen är att uppnå en bättre samlad lokalekonomi.

## **Bilagor**

1. Lokalbehovsplan 2022

### **Sändlista:**

Lokalstrategiska gruppen  
Kommunstyrelsen  
Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Mats Rosengren  
Administrativ chef