

Årsrapport 2021

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 styrelsers 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 2021. 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. Avvikelse finns 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 2021.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen samt god revisionsred 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 7.

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.

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 verksamhetsmåttn. Nyckeltal finns inom vårdboende, hemvård och hemsjukvård, LSS-verksamhet samt myndighet. Flertalet nyckeltal mäter kundens upplevelse av trygghet, nöjdhet, bemötande av personal och kundens 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.

Nämndens verksamhet har även under 2021 påverkats av pandemin i samhället. En del utvecklingsarbete har kunnat komma igång även om en del fortsatt har fått skjutas upp.

IVO

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 2021 uppgick till 449 dagar. 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 två särskilda avgifter avseende ej verkställda beslut. Det sammanlagda beloppet för dessa är 325 tkr.

Mål

Kommunfullmäktige har för 2021 beslutat om ett mål för vård- och omsorgsnämnden:

- Helsingborgarna ska 2021 vara mer nöjda än genomsnittet i riket med sin vård och omsorg

Målet bedöms utifrån den brukarundersökning som Socialstyrelsen normalt gör varje år. Under 2021 har denna dock inte gjorts avseende äldreomsorg. Nämnden har därför inte kunnat få något svar avseende de tre områdena vårdboende, hemvård och hemservice som avser äldreomsorgen. Inom funktionshinderområdet så genomfördes undersökningen som planerat så för de fem områdena här finns det ett utfall. För



verksamheterna Daglig verksamhet och Personlig assistans så är helsingborgarna mer nöjda än genomsnittet i riket. För verksamheterna boendestöd SoL, Gruppbostad och Servicebostad är dock kundnöjdheten något lägre än genomsnittet. Detta innebär att målet inte uppfylls.

Omsorgsdirektören har gett ett uppdrag till verksamhetscheferna att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer ur ett kundperspektiv. Dels för att inte vara beroende av Socialstyrelsen, dels för att kunna mäta kundnöjdheten vid fler tillfällen under året. Målsättningen är att detta ska kunna användas från 2022.

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

2.2 Ekonomiskt resultat

2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2021:

Tabell: Ekonomiskt utfall

Resultaträkning, tkr	Bokslut 2021	Internbudget 2021	Bokslut 2020
Kommunbidrag	2 100 302	2 100 302	1 999 506
Disposition av ackumulerat resultat	0	0	4 563
Intäkter	374 142	308 000	384 347
Summa intäkter	2 474 444	2 408 302	2 388 416
Utdelningskrav	0	0	0
Kostnader	-2 397 055	-2 408 302	-2 395 043
Summa kostnader	-2 397 055	-2 408 302	-2 395 043
RESULTAT	77 389	0	-6 627

Av ovanstående redovisning framgår att nämnden redovisar ett överskott om 77,4 mnkr i förhållande till nämndens budget för 2021. Resultatet beror på flera saker men påverkas främst av tre olika delar:

- Nämnden har fått väsentligt ökade intäkter under 2021. Kommunbidraget har ökat väsentligt, bland annat har nämnden i mål och ekonomi 2021 fått ett tillskott på 75 mnkr för strukturell obalans. Samtidigt har nämnden erhållit 85 mnkr i 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 verksamhetsinsatser och utvecklingsprojekt har blivit försenade av olika anledningar, bland annat pandemin.

Nämndens köp av externa platser är dock fortfarande ett ekonomiskt problem, och framförallt de externa placeringarna inom LSS. Nämndens utbyggnad av LSS-platser ligger efter plan och det behov som finns.

Vid delårsrapporten per sista augusti prognosticerade nämnden ett resultat på +27 mnkr.

Nämnden har i sitt årsbokslut lämnat information om uppkomna budgetavvikelser.

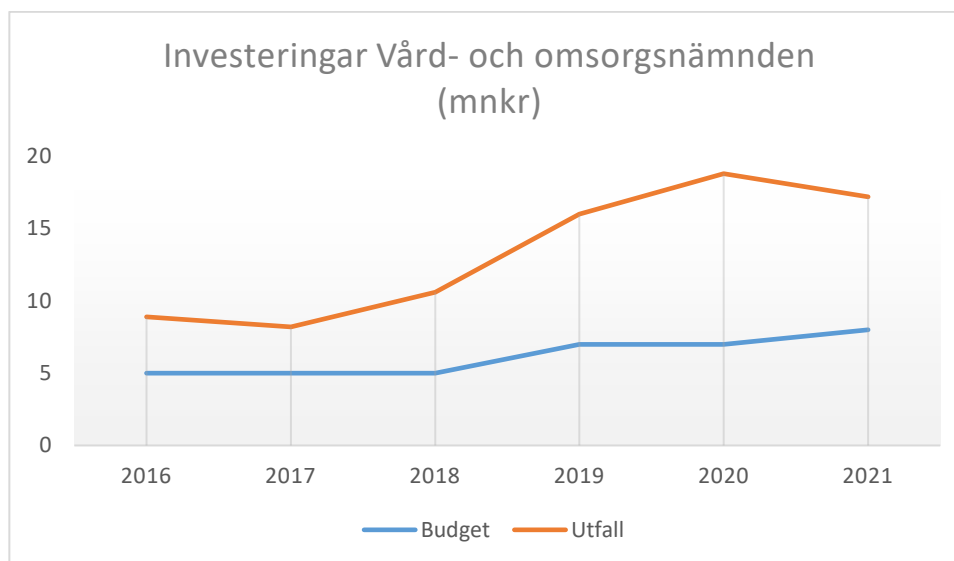
2.2.2 Investeringsverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2020:

Investeringar, mnkr	Bokslut 2021	Budget 2021	Bokslut 2020
Utgifter	-17,2	-8	-18,8
Inkomster	0	0	0

Nämndens investeringsbudget uppgår till -8 mnkr. Utfallet för 2021 är drygt 17 mnkr det vill säga ett budgetöverskridande med 115 %. Nämndens investeringsutgifter består delvis av den sista delen av utbyggnaden av WiFi-nätverken men även av större investeringar i inventarier, bland annat i samband med att staden tagit över driften av tre vårdboenden under 2020 och ett under 2021.

En sammanställning av de senaste sex 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. Budgetöverskridandena har som regel legat mellan 60 % till över 100 %. Totalt har nämnden under perioden ianspråktagit mer än 40 mnkr vilka fullmäktige inte lämnat budget för och som ökat stadens skuldsättning med motsvarande belopp.

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. Undantag finns för den av fullmäktige beslutade investeringsbudgeten vilken nämnden kraftigt överskridit.

Nämndens årsbokslut bedöms i allt väsentligt ge en rättvisande bild av det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet. Under året har måluppfyllelsen för äldreomsorgsdelen av verksamheten inte kunnat mätas. Nämnden har avrapporterat resultat av sitt 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 2021 är förenligt med de mål och den verksamhetsinriktning som fullmäktige fastställt. Nämnden har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Avvikelse finns för investeringsbudgeten som överskridits.



2. 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 fyra fördjupade granskningar och två uppföljningar av tidigare granskningar 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 2021 den 23 mars 2021. Den bestod av 22 granskningspunkter som avser 20 processer i verksamheten. Processerna finns fördelade under avsnitten 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 verksamhetsområde. 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.

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollplanen rapporteras till vård- och omsorgsnämnden en gång per år. 2021 års resultat har rapporterats till nämnden den 17 februari 2022. Nämnden har i samband med denna återrapportering även fått information om vilka åtgärder som har planerats för de processer som har visat avvikelser. Nämnden godkände redovisningen av årsresultatet av uppföljningen av intern kontroll.

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollplanen visar att sju processer bedömts ha ett kännbart resultat. Av dessa fanns fem med som kännbara även i uppföljningen av den interna kontrollen 2020. Pandemin hänvisas som till orsaken till att åtgärder inte satts in i den omfattning som krävts för att förbättra utfallet. Då det har konstaterats brister inom ett par processer inom HR har beslut tagits om att dessa ska lyftas in i nämndens kvalitetsrapport som redovisas i juni månad.

För den punkt som bedömdes som allvarlig i föregående års plan, om riskanalyser har genomförts för hyresgäster som flyttat in på vårdboenden, har åtgärder satts in och den



bedöms i årets uppföljning som lindrig. Resultatet av granskningen av övriga processer har antingen bedömts som lindriga eller försumbara.

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.

Rehabilitering och arbetsanpassning

Inom ramen för den årliga granskningen har en granskning genomförts avseende vård- och omsorgsnämndens arbete med rehabilitering och arbetsanpassning. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden säkerställt att de tar sitt arbetsgivaransvar för arbetsanpassning och rehabilitering. I granskningen konstaterar vi att nämnden delvis säkerställer sitt arbetsgivaransvar inom området. Utvecklingsområden som identifierats för nämnden är att säkerställa att alla chefer har ett aktivt arbete med sina rehabiliteringsärenden och att fördjupa analyserna av statistiken av sjukfrånvaron för att kunna sätta in åtgärder för att minska denna.

En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 1.

Hemvård

Stadsrevisionen har under året gjort en fördjupad granskning inom verksamhetsområdet hemvård. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden säkerställt en kontinuerlig uppföljning av att brukaren erhåller den hemvård som har beviljats. I granskningen konstaterar vi att nämnden till övervägande del säkerställer en kontinuerlig uppföljning av att brukarna får den hemvård de beviljats. Nämnden behöver dock fortsätta arbetet med att säkerställa att de olika insatserna inom det systematiska kvalitetsarbetet når ut i hela organisationen.

En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 2.

Beredskap vid oplanerade avbrott i trygghetslarm

En fördjupad granskning av nämndens beredskap vid oplanerade avbrott i trygghetslarm har genomförts. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden säkerställt att det finns en tillräcklig beredskap för hantering av oplanerade avbrott. Granskningen visar att nämnden tecknat avtal med en leverantör där beredskapen vid avbrott regleras. Nämnden har manuella rutiner om avbrott skulle inträffa. Utifrån vår granskning gör vi bedömningen att vård- och omsorgsnämnden säkerställt att det finns en tillräcklig beredskap för hantering av oplanerade avbrott genom avtalet som skrivits med leverantören. Vi vill betona att för att säkra en god kvalitet är det viktigt att förvaltningen följer upp att leverantören uppfyller de krav som ställts i avtalet.

En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 3.

Brandskyddsarbete

Inom ramen för den årliga granskningen har en granskning gällande brandskyddsarbete genomförts. Syftet med granskningen har varit att följa upp om vård- och omsorgsnämnden tillsammans med fastighetsnämnden tydliggjort och dokumenterat ansvarsfördelning och roller avseende brandskyddsarbete samt hur



resultatet i räddningstjänstens tillsyn har sett ut de senaste åren. I granskningen konstaterar vi att ansvarsfördelning och roller är dokumenterade och tydliggjorda. Vi noterar att räddningstjänstens tillsyn från 2018 och 2019 visar att "brandskyddet inte var skäligt" eller att det fanns brister som behövde åtgärdas i åtta av tretton fall.

En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 4.

Samverkan vid nybyggnation

En uppföljning av tidigare granskning rörande *Samverkan vid nybyggnation* har genomförts. Med utgångspunkt i yttrandet från vård- och omsorgsnämnden 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 granskningen redovisas i bilaga 5.

Avtalshandtering

En uppföljning av tidigare granskning rörande *Avtalshandtering* har genomförts. Med utgångspunkt i yttrandet från vård- och omsorgsnämnden 2020 och uppföljningen av utförda åtgärder visar uppföljningsgranskningen att det inom de områden som stadsrevisionen hade iakttagit förbättringsområden också har genomförts åtgärder. Årets uppföljning inom ramen för den interna kontrollplanen visar dock att detta är ett område som förvaltningen fortfarande behöver arbeta med för att utveckla.

En mer utförlig sammanfattning av granskningen redovisas i bilaga 6.

3.1 Sammanfattande bedömning av intern kontroll

Stadsrevisionen bedömer att nämnden har en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och att förhindra avsiktliga och oavsiktliga fel samt oegentligheter. Det finns riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. 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.

Sammantaget bedöms den interna kontrollen vara tillräcklig.



3. Räkenskaper

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

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 räkenskaperna 2021. Mindre avvikelser har hanterats direkt med förvaltningen

4.1 Sammanfattande bedömning av räkenskaper

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



BILAGA 1

Granskning av arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning

Bakgrund

En fördjupad granskning har genomförts vad gäller vård- och omsorgsnämndens arbete med rehabilitering och arbetsanpassning.

Syfte

Syftet med granskning har varit att bedöma om nämnden säkerställt att de tar sitt arbetsgivaransvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Granskningen innehöll två revisionsfrågor. Dels om det finns något system för att följa upp personer så att de får åtgärder enligt arbetsanpassning och rehabilitering, och dels om det ske en uppföljning av verksamheten med rehabilitering och arbetsanpassning.

Granskningens resultat

Granskningen visar att det finns ett system med rutiner och systemstöd för uppföljning av personer så att de får åtgärder enligt arbetsanpassning och rehabilitering. I hela staden används rutinerna inom Rehab-trappan och systemstödet Adato för dokumentation av ärenden. Granskningen visar också att förvaltningen, som har många chefer där en del har många medarbetare att ansvara för, inte alltid har ett aktivt arbete med rehabilitering av sina anställda. Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att säkerställa att ansvariga chefer arbetar aktivt med sina rehabiliteringsärenden.

Vidare görs det inte någon särskild uppföljning av arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning. Inom ramen för samverkan och det systematiska arbetsmiljöarbetet görs uppföljning av sjukfrånvaron. Uppföljning och redovisning till nämnden sker företrädesvis genom statistik över sjukfrånvaro, arbetsskador, hot och våld mm. Granskningen visar att det är mer ett konstaterande av vad sjukfrånvaron uppgår till än analyser över vad den beror på. Ett förbättringsområde för nämnden är en fördjupad analys av dessa resultat, för att kunna sätta in åtgärder för att minska sjukfrånvaron samt därefter uppföljning av vidtagna åtgärder.

Sammanfattande bedömning

Utifrån granskningens resultat är stadsrevisionens sammanfattande bedömning att vård- och omsorgsnämnden delvis säkerställer att de tar sitt arbetsgivaransvar för arbetsanpassning och rehabilitering.



BILAGA 2

Granskning av hemvård

Bakgrund

En fördjupad granskning har genomförts avseende verksamheten hemvård inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Syfte

Syftet med granskning har varit att bedöma om nämnden säkerställt en kontinuerlig uppföljning av att brukaren erhåller den hemvård som har beviljats.

Granskningens resultat

Granskningen visar att verksamheten omfattas av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden har beslutat om systemet, avdelningen för kvalitet och utveckling har ansvaret för att hålla ihop arbetet med det och ute i verksamheterna arbetar medarbetarna med de olika insatserna i systemet. Det finns en struktur från förvaltningen, sedan är det centralt att förvaltningen arbetar med säkerställandet av att allt sker som det ska för att det systematiska kvalitetsarbetet ska fungera ändamålsenligt. Det systematiska kvalitetsarbetet innehåller ett antal olika insatser. Det är viktigt att det finns en samsyn, struktur och god kommunikation från centrala förvaltningen via verksamhetsnivå ut till enheterna så att alla förstår innebörden av de olika insatserna.

Granskningen visar att brister som kommer till verksamhetens kännedom genom de olika insatserna i kvalitetsledningssystemet vanligtvis hanteras löpande och åtgärder vidtages omgående gentemot kund. Det sker dock inte någon systematisk övergripande analys för att se mönster i delar som avvikelser och klagomål. Nämnden har beslutat att alla enheter ska ta fram åtgärdsplaner utifrån deras resultat i den senaste brukarundersökningen. Åtgärdsplaner ska även tas fram vid kvalitetsuppföljningar. Hur kunderna upplever kvaliteten på den hemvård de erhåller beror till stor del på de förväntningar de har. Det är därför viktigt att nämndens olika instanser har en samsyn och kommunicerar vad kunderna har beviljats och har rätt till på ett likartat sätt.

Inom ramen för nämndens interna kontrollplan finns rutiner för att säkra att de olika insatserna inom kvalitetsledningssystemet utförs. De olika processerna finns även beskrivna och lättillgängliga för medarbetarna på förvaltningens intranät. Kvalitetsarbetet är beroende av att medarbetarna har IT-system där det är enkelt att göra rätt. I dagsläget uppfattas det inte alltid så, men förvaltningen vidtar åtgärder för att säkra upp en god dokumentation med exempelvis dokumentationsombud och kollegialgranskningar. Det är vidare en brist att myndigheten inte kan få en övergripande bild i det nya IT-systemet för att försäkra sig om att alla kunder följs upp årligen. Vi noterar att det finns ca fyrahundra kunder där det inte skett någon uppföljning från myndighetens sida av biståndsbesluten under de senaste två åren vilket inte är i enlighet med rutinen att uppföljning ska ske minst en gång per år.



BILAGA 2

Sammanfattande bedömning

Sammanfattningsvis är vår slutsats att vård- och omsorgsnämnden till övervägande del säkerställer en kontinuerlig uppföljning av att brukarna får den hemvård de beviljats. Nämnden behöver dock fortsätta arbetet med att säkerställa att de olika insatserna inom det systematiska kvalitetsarbetet når ut i hela organisationen.



BILAGA 3

Granskning av beredskap vid oplanerade avbrott i trygghetslarm

Bakgrund

En fördjupad granskning har genomförts vad gäller vård- och omsorgsnämndens beredskap vid oplanerade avbrott i trygghetslarm. I Helsingborg finns ungefär 3500 medborgare som har trygghetslarm installerat.

Syfte

Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden säkerställt att det finns en tillräcklig beredskap för hantering av oplanerade avbrott.

Granskningens resultat

Granskningen visar att nämnden har tecknat avtal med leverantören Careium (fd Doro Care) för hanteringen av stadens trygghetslarm. Avtalet innehåller ett antal kvalitetskrav inom olika områden som leverantören ska uppfylla. Bland annat ska larmmottagning vara tillgänglig 99,7% av tiden och leverantören ska ha larmsatt övervakning av hela larmkedjan. Genom avtalet med leverantören har nämnden säkerställt att det ska finnas ett signalsystem som varnar vid driftavbrott. Nämnden har även en rutin för hur hemvården ska agera om det skulle uppstå driftavbrott för trygghetslarmen.

Genom avtalet är det leverantörens ansvar att utföra tester av larmen. Enligt avtalet ska leverantören även föra en tydlig dokumentation av händelser och ärenden och samtliga larm ska loggas och sparas i minst sex månader. Leverantören ansvarar även för testning för de backup-batterier som finns i larmen, samt byten av dessa vid behov. Förvaltningen har hittills inte begärt ut någon dokumentation av testlarm, även om de har rätt till det.

Verksamheten med trygghetslarm har inte varit föremål för klagomål i någon större omfattning, och det har inte varit några andra större avvikelser avseende driftssäkerheten som kommit förvaltningen till kännedom. Nämnden har under avtalstiden inte gjort löpande avtalsuppföljningar av olika skäl. Dock har en plan nu tagits fram över att dessa ska ske kontinuerligt framöver.

Sammanfattande bedömning

Utifrån vår granskning gör vi bedömningen att vård- och omsorgsnämnden säkerställt att det finns en tillräcklig beredskap för hantering av oplanerade avbrott genom avtalet som skrivits med leverantören. Vi vill betona att för att säkra en god kvalitet är det viktigt att förvaltningen följer upp att leverantören uppfyller de krav som ställts i avtalet.



BILAGA 4

Granskning av brandskyddsarbete

Bakgrund

En fördjupad granskning av brandskyddsarbete har genomförts under året.

Syfte

Syftet med granskningen har varit att följa upp om fastighetsnämnden och vård- och omsorgsnämnden tydliggjort och dokumenterat ansvarsfördelning och roller avseende brandskyddsarbete samt hur resultatet i räddningstjänstens tillsyn har sett ut de senaste åren.

Granskningens resultat

Ansvar och roller är reglerat i ett dokument över ansvarsfördelning för det systematiska brandskyddsarbetet mellan fastighetsförvaltningen och hyresgästen. Detta bifogas hyresavtalet. Dokumentet är senast uppdaterat 2012 men är enligt fastighetsförvaltningen aktuellt. Häri framgår vad som ingår i fastighetsförvaltningens ansvarsområde och vad som är hyresgästens ansvarsområde, i detta fall vård- och omsorgsförvaltningen. Hyresgästen ska utse en brandskyddsansvarig som ska delta vid tillsyn och sköta kontakten med räddningstjänsten då det rör verksamheten som påverkar brandskyddet. Fastighetsförvaltningen ansvarar för att räddningsvägarna är rätt utförda men hyresgästen ansvarar för att räddningsvägarna är framkomliga och att systematiska kontroller sker. Fastighetsförvaltningen ansvarar tillsammans med hyresgästen i samverkan för att det systematiska brandskyddsarbetet följs upp.

Räddningstjänsten gör tillsyn av det systematiska brandskyddsarbetet på stadens vårdboenden. Detta sker i intervall om ett, två eller tre år beroende på hur bra deras systematiska brandskyddsarbete fungerar samt vilka behov som finns av uppföljning av tekniska system. Normalt sker kontroll av samtliga vårdboenden inom en treårsperiod, men på grund av pandemin har detta inte varit möjligt.

Som en del i granskningen har tillsynsrapporter från kontroller av flera av stadens vårdboenden begärts in från räddningstjänsten. Vi har tagit del av tretton rapporter. Flertalet av tillsyner genomfördes 2018 och 2019.

På fem av vårdboendena bedömdes brandskyddet ha mindre omfattande eller inga brister. Det kan till exempel röra sig om att personalen inte har genomgått grundläggande brandskyddsutbildning eller att dokumentation saknas för detta.

För ett vårdboende fanns det brister i brandskyddet som behövde åtgärdas av nyttjanderättshavare eller fastighetsägare. Ärendet är avslutat från räddningstjänstens sida.

I sju fall har slutsatsen varit att brandskyddet inte är skäligt. I ett av dessa fall pågick ärendet fortfarande under hösten 2021. Övriga ärenden har efter åtgärdande från stadens sida avslutats. I tre fall har vårdboendet fått ett föreläggande om åtgärd. De brister som har noterats vid tillsynerna är bland annat att utrymningsövning inte



BILAGA 4

genomförts det senaste året eller att dokumentation av genomgången utrymningsövning saknas men också att nödvändiga instruktioner och rutiner saknas för det systematiska brandskyddet. Därtill även att utrymningsvägar behöver åtgärdas. Det har varit åtgärder som både vård- och omsorgsförvaltningen och fastighetsförvaltningen har ålagts att utföra.

I en enkät avseende synpunkter på verksamhetens lokaler, som genomförts inom vård- och omsorgsförvaltningen under hösten 2021, ställdes en särskild fråga om enhetscheferna anser att verksamhetens systematiska brandskyddsarbete är uppdaterat. Samtliga enhetschefer som besvarat enkäten svarade ja på denna fråga.

Sammanfattande bedömning

I granskningen kan vi konstatera att ansvarsfördelning och roller är dokumenterade och tydliggjorda.

När det gäller räddningstjänstens tillsyn noterar vi att resultatet i åtta av tretton fall var att brandskyddet inte var skäligen eller att det fanns brister som behövde åtgärdas. Även om förvaltningarna åtgärdat bristerna på tolv av tretton vårdboenden efter att tillsynerna har genomförts är det inte tillfredsställande med så mycket brister. Då enhetscheferna inom vård- och omsorgsförvaltningen anser att det systematiska brandskyddsarbetet är uppdaterat (hösten 2021) bör resultatet i tillsynerna framöver visa ett bättre resultat.



BILAGA 5

Uppföljning av tidigare granskning av samverkan vid nybyggnation

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 stadsrevisionens granskning från år 2019, Granskning av samverkan vid nybyggnation.

Resultat i tidigare granskning

Granskningen syfte var att bedöma om det fanns en fungerande samverkan mellan vård- och omsorgsnämnden och fastighetsnämnden vid nybyggnation av LSS-boende. Granskningen visade att samverkan inte varit fullt ut effektiv och ändamålsenlig.

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

- Vård- och omsorgsnämnden bör se till att en tydligare struktur med tillräcklig kompetens och erfarenhet tillskapas för samverkan med fastighetsnämnden och stadens mark- och exploateringsverksamhet vid planering och verkställande av nybyggnadsprojekt.
- Vård- och omsorgsnämnden bör se till att de instrument som förvaltningen tillämpar vid prognostisering och planering av LSS-gruppboende utvecklas för att bättre beakta målgruppens behov.
- Vård- och omsorgsnämnden bör se till att brukare involveras i högre grad i det arbete som görs för att bedöma målgruppens behov vid planering av nya bostäder.
- Vård- och omsorgsnämnden behöver utveckla den ekonomiska uppföljningen av nybyggnadsprojekt och vidta insatser för att minimera kostsamma ombyggnader och sena ändringar i byggplanerna.
- Vård- och omsorgsnämnden och fastighetsnämnden har ett gemensamt ansvar att etablera en systematisk processuppföljning av nybyggnation av LSS-boenden som även beaktar nytta och kostnadseffektivitet.

Resultat i uppföljningsgranskningen

Skriftlig fråga har ställts till omsorgsdirektören som har samordnat ett svar avseende vilka åtgärder som vidtagits från den tidigare granskningens slutsatser.

Av uppföljningen framgår att förvaltningen inrättat en fastighetsgrupp som består av kompetenser kopplat till de olika faserna i lokalförsljningen. Denna grupp har löpande avstämningar med fastighetsförvaltningen både avseende renoveringar och omflyttningar samt avseende mer strategiska frågor kring byggnationer. Förvaltningen



BILAGA 5

har också anställt en projektledare för nybyggnationer som ingår i fastighetsgruppen och som har i uppdrag att hålla samman och leda förvaltningens arbete i samarbete med andra aktörer. I enlighet med svaret från 2019 har ett boendeteam inrättats för att kvalitetssäkra matchningsprocessen mellan kundens behov och ledig plats i boende.

Med utgångspunkt i yttrandet från vård- och omsorgsnämnden över granskningen från 2019 och uppföljningen av utförda åtgärder visar uppföljningsgranskningen att det inom de områden som stadsrevisionen hade iakttagit förbättringsområden också har genomförts åtgärder.



BILAGA 6

Uppföljning av tidigare granskning av avtalsförvaltning

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 stadsrevisionens granskning från år 2019, Granskning av avtalsförvaltning.

Resultat i tidigare granskning

Granskningen syfte var att bedöma om nämnden har säkerställt en ändamålsenlig avtalsförvaltning.

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

- Roller och ansvar är tydligt definierade i inköspolicyn och policyn finns tillgängliga för alla medarbetare på intranätet. Vi vill dock uppmana förvaltningen att se till att berörda medarbetare har kännedom om policyn.
- Det finns en otydlighet på förvaltningen på vilket sätt inköpsavtal ska följas upp. Förvaltningen har själv konstaterat behovet av att utveckla uppföljningsarbetet och har startat ett arbete för att tydliggöra sin process. Vi rekommenderar förvaltningen att fortsätta detta arbete för att hitta en ändamålsenlig rutin.
- Det finns vissa avvikelser, så som att det inte finns en fullständig avtalsförteckning samt att dokumenterad uppföljning av avtalsvillkor inte alltid har utförts. Vi kan konstatera att det här finns utrymme för en förbättrad intern kontroll.

Resultat i uppföljningsgranskningen

Skriftlig fråga har ställts till omsorgsdirektören som har samordnat ett svar avseende vilka åtgärder som vidtagits från den tidigare granskningens slutsatser.

Av uppföljningen framgår bland annat att avtal samlas ihop och dokumenteras i diariesystem, att förvaltningen använder stadens beslutsstöd för att följa avtalstrohet, vissa delar har centraliserats på förvaltningen och att avtalsansvariga fått ett tydligare ansvar. Med utgångspunkt i yttrandet från vård- och omsorgsnämnden 2020 och uppföljningen av utförda åtgärder visar uppföljningsgranskningen att det inom de områden som stadsrevisionen hade iakttagit förbättringsområden inom också har genomförts åtgärder. Årets uppföljning inom ramen för den interna kontrollplanen visar dock att detta är ett område som förvaltningen fortfarande behöver arbeta med för att utveckla.



BILAGA 7

Bedömningskala

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

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.

