

Socialnämndens Arbetsutskott

Sammanträdesdatum  
2023-05-03

Socialnämndens Arbetsutskott kallas till sammanträde för handläggning av nedan upptagna ärenden:

Tid: onsdag 3 maj 2023. kl 09:00

Plats: Förvaltningsbyggnaden

**INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>Punkt</b>	<b>Rubrik</b>	<b>Ärendnr</b>	<b>Föredragande</b>
1	<b>Enskilda ärenden</b>		
2	<b>Upphörande av hemvårdsbidrag</b>	2023/16	2 - 3
3	<b>Granskning av styrelsens och nämndernas attestrutiner</b>	2023/17	4 - 15
4	<b>Grundläggande granskning av socialnämnden</b>	2023/18	16 - 21
5	<b>Rapport från IVO</b>		22 - 37
6	<b>Information från förvaltningen</b>		

Anders Wälivaara (KD)  
OrdförandeAnnika Jakobsson  
Sekreterare

Stöd- och omsorgsförvaltningen  
Peter Juntti, socialchef

Addressat: Socialnämnden

## Upphörande av hemvårdsbidrag

### Förslag till beslut

Stöd- och omsorgsförvaltningen föreslår Socialnämnden att:  
besluta om att hemvårdsbidraget upphör från och med 2023-06-30.

### Beslutsunderlag

Stöd- och omsorgsförvaltningen har följt upp tidigare fattat beslut gällande hemvårdsbidrag. Stöd- och omsorgsförvaltningens bedömning är att hemvårdsbidraget bör upphöra.

### Ärendets beredning

Hemvårdsbidraget infördes inledningsvis som ett alternativ till andra service- och omvårdnadsinsatser under perioden 2020-05-01 -- 2020-08-31 i ett försök att begränsa smittspridningen under pågående coronapandemi. Tanken var att hemvårdsbidraget skulle reducera antalet besök hos befintliga hemtjänstkunder.

2020-12-03 följdes ovan nämnda beslut gällande hemvårdsbidrag upp. Vid uppföljningen konstaterades att endast ett fåtal personer nyttjat möjligheten till hemvårdsbidrag och cirka 60 tkr uppskattades ha betalats ut till och med 2020-12-31. I de fall där bidraget tillämpats bedömdes det ha underlättat för hemtjänstpersonalen.

Nämnden beslutade 2020-12-03 att hemvårdsbidraget införs tills vidare och att uppföljning görs en gång per år. Därefter har inte någon uppföljning i ärendet gjorts.

För januari-mars 2023 har totalt 133,2 tkr betalats ut i hemvårdsbidrag, vilket ger ett snitt på 44,4 tkr/månad. Omräknat till helår skulle kostnaden, med oförändrade insatser, bli 532,8 tkr.

Hemvårdsbidrag prövas och beviljas enligt kap 4 § 2 Socialtjänstlagen (SoL), som anger att socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § SoL om det finns skäl för det. Hemvårdsbidraget är således inte en lagstyrd insats utan det är upp till varje kommun att besluta om huruvida bidraget skall erbjudas eller inte.

Med anledning av att Covid-19 inte längre klassas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom bedöms behovet av hemvårdsbidraget inte längre vara

detsamma som vid tidigare fattade beslut. Därtill har också heltidsresan införts inom äldreomsorgen fr.o.m. november 2021, vilket gett en utökning av antalet årsarbetare inom hela äldreomsorgen.

### **Ärendets beskrivning**

Ärendet har beretts av äldresamordnare Carina Kemppainen tillsammans med kvalitetsutvecklare Annica Lahti. Uppgifter gällande aktuella ärenden har inhämtats från biståndsenheten och uppgifter gällande ekonomi har inhämtats från ekonomisystemet samt från avgiftshandläggare.

### **Förvaltningens ståndpunkt**

Förvaltningen föreslår socialnämnden att besluta om att hemvårdsbidraget upphör från och med 2023-06-30. De kunder som beviljats hemvårdsbidrag har rätt att erhålla ersättningen så länge biståndsbeslutet gäller alternativt tills behovet upphör om detta inträffar tidigare.

### **Konsekvenser**

Förvaltningens bedömning gällande konsekvenser är att beslutet om hemvårdsbidragets upphörande kan komma att ge ett ökat behov av andra insatser. Omfattningen av ett sådant ökat behov bedöms dock inte medföra några svårigheter utan bedöms möjligt att tillgodose med befintliga resurser.

Med anledning av nämndens ökade kostnader samt svåra ekonomiska läget bedöms beslutet som nödvändigt sett ur ett ekonomiskt perspektiv då detta avser en frivillig insats/verksamhet.



Tjänsteställe, handläggare

**Revisorerna**

*För kännedom:  
Kommunfullmäktiges presidium  
Partiernas gruppledare*

**Kommunstyrelsen  
Socialnämnden ✓  
Barn- och utbildningsnämnden  
Miljö- och byggnämnden**

## Granskning av styrelsens och nämndernas attestrutin

I egenskap av förtroendevalda revisorer i Övertorneå kommun har vi genomfört en granskning av styrelsens och nämndernas attestrutin. Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen och nämnderna har en ändamålsenlig attestrutin med en tillräcklig intern kontroll.

Vi har i vårt arbete biträttats av sakkunniga från PwC.

Den **sammanfattande bedömningen** efter genomförd granskning är att kommunstyrelsen och nämnderna **inte** har en ändamålsenlig attestrutin och att den interna kontrollen på området **inte** är tillräcklig.

Utifrån de iakttagelser och bedömningar vi har gjort i denna granskning lämnar vi följande rekommendationer till kommunstyrelsen och nämnderna:

- Säkerställ att det av kommunfullmäktige beslutade attestreglementet efterlevs fullt ut för samtliga ekonomiska transaktioner och vad gäller de kontroller som ska genomföras.
- Säkerställ att det årligen, samt vid förändringar, beslutas om vem som är beslutsattestant och ersättare genom att aktualisera och vid behov revidera attestförteckningen i enlighet med gällande delegationsordningar.
- Se över socialnämndens fakturahanteringsprocess med målsättningen att alla leverantörsfakturor ska följa samma flöde direkt in i kommunens ekonomisystem.

Vi emotser svar på vår granskning, och vilka åtgärder styrelsen samt respektive nämnd avser att vidta, till senast 2023-08-30.

För revisorerna i Övertorneå kommun

  
Roland Hedlund, ordf

  
Kent Alanentalo

**Bilaga:** Revisionsrapport "Granskning av styrelsens och nämndernas attestrutin", PwC mars 2023

Postadress	Telefon	Telefax	Bankgiro
Kommunalkontoret 957 85 ÖVERTORNEÅ	0927-72 000	0927-774 04	758-1218

# Granskning av styrelsens och nämndernas attestrutin

Övertorneå kommun

Mars 2023

*Fredrik Birkeland, certifierad kommunal revisor*

*Matthew Matti, projektmedarbetare*

*Erik Jansen, certifierad kommunal revisor*





Revisionsrapport

# Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Övertorneå kommun har PwC fått i uppdrag att granska styrelsens och nämndernas attestrutin. Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen och nämnderna har en ändamålsenlig attestrutin med en tillräcklig intern kontroll.

Den sammanfattande bedömningen efter genomförd granskning är att kommunstyrelsen och nämnderna **inte** har en ändamålsenlig attestrutin och att den interna kontrollen på området **inte** är tillräcklig.

Den sammanfattande bedömningen gör vi utifrån bedömningar av revisionsfrågorna som redovisas löpande i rapporten. Nedan ses den översiktliga bedömningen av varje revisionsfråga.

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns en upprättad och aktuell attestordning?	Nej	
2. Efterlevs reglerna kring attest?	Nej	

## Rekommendationer

Utifrån de iakttagelser och bedömningar vi har gjort i denna granskning lämnar vi följande rekommendationer till kommunstyrelsen och nämnderna:

- Säkerställ att det av kommunfullmäktige beslutade attestreglementet efterlevs fullt ut för samtliga ekonomiska transaktioner och vad gäller de kontroller som ska genomföras.
- Säkerställ att det årligen, samt vid förändringar, beslutas om vem som är beslutsattestant och ersättare genom att aktualisera och vid behov revidera attestförteckningen i enlighet med gällande delegationsordningar.
- Se över socialnämndens fakturahanteringsprocess med målsättningen att alla leverantörsfakturor ska följa samma flöde direkt in i kommunens ekonomisystem.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och revisionsfrågor	3
1.3 Revisionskriterier	3
1.4 Avgränsning	3
1.5 Metod	3
<b>2. Granskningsresultat</b>	<b>4</b>
Revisionsfråga 1: Finns en upprättad och aktuell attestordning?	4
Revisionsfråga 2: Efterlevs reglerna kring attest?	7
<b>3. Revisionell bedömning och rekommendationer</b>	<b>9</b>
3.1 Revisionell bedömning	9
3.2 Rekommendationer	9

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Kommunens revisorer har utifrån sin riskanalys bedömt det angeläget att göra en granskning av styrelsens och nämndernas attestrutin. Den kommunala verksamheten hanterar ett stort antal fakturor varje månad. Brister i attestrutinen kan ge såväl ekonomiska som förtroendeskadliga skador. Det är därför viktigt med en ändamålsenlig process med en tillräcklig intern kontroll.

Revisionsobjekt i denna granskning är kommunstyrelsen, socialnämnden, barn- och utbildningsnämnden samt samhällsbyggnadsnämnden.

## 1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen och nämnderna har en ändamålsenlig attestrutin samt ifall den interna kontrollen inom området är tillräcklig.

För att besvara syftet med granskningen har följande revisionsfrågor formulerats:

1. Finns en upprättad och aktuell attestordning?
2. Efterlevs reglerna kring attest?

## 1.3 Revisionskriterier

Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Kommunallagen 6:6
- Kommuninterna styrdokument relevanta för granskningen, t.ex. attestreglemente, attestordning och attestrutin.

## 1.4 Avgränsning

Granskningen avser styrelsen och nämnderna och avgränsas i tid till år 2022.

## 1.5 Metod

Granskningen har genomförts genom kartläggning av rutiner. Kartläggningen har genomförts genom dokumentstudier samt intervju med tf ekonomichef.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av följande dokument:

- Attestreglemente (odaterad), antagen av KF 2022-04-25, § 33
- Attestförteckning, kommundirektör, daterad 2022-12-08
- Attestförteckning, socialchef, daterad 2022-12-07
- Attestförteckning 2020-06-01 samt 2022-06-16 (osignerade)
- Delegationsordning (fastställd av KS 2022-05-30, § 90)
- Internkontrollplan 2022, antagen av kommunstyrelsen 2022-01-13

Vidare genomfördes en stickprovsgranskning av 20 fakturor, fördelat på fem fakturor per förvaltning som hanterats under år 2022. I stickprovskontrollen kontrolleras att attest har skett av behörig och i linje med gällande regelverk/ attestreglemente.

Rapporten har varit föremål för sakgranskning av tf ekonomichef.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Erik Jansen, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwCs checklistor för kvalitetssäkring.

## 2. Granskningsresultat

I följande avsnitt redovisas de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort kopplat till respektive revisionsfråga.

### Revisionsfråga 1: Finns en upprättad och aktuell attestordning?

#### 2.1.1 Iakttagelser

##### Attestreglemente och tillämpningsanvisningar

Kommunfullmäktige har fastställt ett attestreglemente för Övertorneå kommun 2022-04-25. Enligt uppgift i intervju fanns innan dess inget fastställt attestreglemente. Tidigare gavs muntlig information till nya chefer, som nu har dokumenterats och fastställts i ett formellt attestreglemente.

Av det nu gällande attestreglementet framgår att syftet är att trygga kommunens tillgångar. Attestreglementet gäller för Övertorneå kommuns samtliga ekonomiska transaktioner, inklusive interna transaktioner, medelsförvaltning samt medel som kommunen ålagts eller åtagit sig att förvalta. Det framgår att huvudregeln är att ingen enskild person själv får hantera en transaktion i alla led, utan att den sk. tvåhandsprincipen ska gälla för samtliga ekonomiska transaktioner. Attestreglementet gäller för samtliga av kommunens nämnder och förvaltningar.

Vidare framgår det att en attest innebär att attestanten har genomfört de kontroller som den ansvarar för att utföra, utan att finna anledning till någon märkning. Det framgår även av reglementet att ersättare får endast attestera vid ordinarie attestants frånvaro.

I attestreglementet tydliggörs ansvarsfördelning. Bland annat anges att kommunstyrelsen ansvarar för att, vid behov, utfärda kommungemensamma anvisningar till detta reglemente. Kommunstyrelsen ansvarar också för övergripande uppföljning och utvärdering av reglemente och dess eventuella anvisningar. Vid behov ska kommunstyrelsen ta initiativ till förändring av attestreglementet samt i förekommande fall dess anvisningar. Kommunens nämnder ansvarar inom sina respektive verksamhetsområden för den interna kontrollen och ansvarar för att bestämmelserna i attestreglementet följs och att tillämpliga attestmoment utförs. Kommunens ekonomichef ansvarar för att upprätta anvisningar för hur behörighetsattestanter och dess ersättare ska förtecknas och vilket innehåll förteckningarna ska ha. Enligt ekonomichef finns det dock inga ersättare, utan om ansvarig beslutsattestant är frånvarande så är det överordnad chef, upp till kommundirektören och därefter kommunstyrelsen som kan beslutsattestera. Det framgår dock inte av attestreglemente eller attestförteckningen att turordningen är sådan. Vidare finns inga särskilda anvisningar, utan det kompletterande materialet till attestreglementet är attestförteckningen.

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av attestförteckningar, en som är signerad av kommundirektör och en som är signerad av socialchef (2022-12-08 respektive 2022-12-07). Av attestförteckningarna framgår vem som är behörig beslutsattestant, för vilka ansvarsområden samt vilka beloppsgränser som gäller. Det framgår dock inte vem som är ersättare. Vi har även tagit del av förteckning av beslutsattestanter för samhällsbyggnadsnämnden daterad 2021-12-09 och som uppges gälla tillsvidare (fastställd av nämnden 2021-21-09 § 71). Vi har inte tagit del av upprättad och aktuell attestförteckning för barn- och utbildningsnämnden.

Enligt kommunstyrelsens delegationsordning är det dock kommundirektören som har rätt att besluta om attestordning (attestförteckningen). Socialchef har ingen sådan delegerad rätt enligt kommunstyrelsens eller socialnämndens delegationsordning.

Vi har även tagit del av attestförteckning daterad 2022-06-16, som dock inte är signerad av kommundirektören. Dessförinnan fanns en attestförteckning daterad 2020-06-01 som inte är signerad eller där det framgår vem som fastställt den. Vi noterar att namnteckningar och signaturer för angivna attestanter saknas i denna attestförteckning. I den sistnämnda attestförteckningen anges vem som är ersättare till ordinarie beslutsattestant.

Vidare framgår i attestreglementet att förvaltningscheferna ansvarar för att attestanter är informerade om attestreglementet, dess eventuella anvisningar samt innebörden i uppdraget.

Attesterna indelas enligt följande:

- Beslutsattest
- Mottagnings- och granskningsattest

Av attestreglementet framgår att beslutsattest innebär en bekräftelse av att beslut och regelverk följs samt att anslag finns för ändamålet. Attesten bekräftar att verifikationen uppfyller krav enligt god redovisningssed, samt kontroll av att betalning sker vid rätt tidpunkt och att bokföring sker i rätt tid och i rätt period samt på rätt konto. Beslutsattest innebär även kontroll av att jäv enligt attestreglementet inte föreligger, att beställning har skett av behörig person och att gransknings-/mottagningsattest har skett av lämplig person.

Vidare framgår att mottagnings- granskningsattest innefattar kontroll av att vara eller tjänst har mottagits, att den är av rätt kvantitet och kvalitet, håller överenskommet pris, är inköpt enligt kommunens riktlinjer för inköp samt att konteringen är korrekt. För utbetalning av bidrag innebär det kontroll mot eventuell bidragsansökan eller motsvarande samt mot bidragsregler. Mottagnings- och granskningsattestanten ska även kontrollera att bokföring sker vid rätt tidpunkt och i rätt period, att föreslaget betaldatum är rätt samt att belopp, kontering och moms är korrekt. Samtliga attestanter ansvarar för att

- Tillämpa attestreglementet, och dess eventuella anvisningar
- Sätta sig in i uppdragets omfattning, ansvar och innebörd vid upptäckt av brister rapportera dessa till närmsta chef.

Slutligen framgår att periodiskt återkommande ekonomiska händelser, såsom hyror, el, vatten med mera som baseras på långsiktiga avtal, får engångsattesteras i elektroniskt arbetsflöde. Enligt uppgift finns automatiska attester på mobilabonnemang i dagsläget.

Vidare ser vi att det inte finns någon kontrollpunkt kopplat till attest eller efterlevnad av attestreglementet kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2022. Enligt uppgift i intervju med tf ekonomichef har inte heller några särskilda kontroller, stickprov eller liknande av attester eller behörigheter genomförts under år 2022.

#### Jäv

I attestreglementet framgår att den som utför kontrollen inte får kontrollera in- och utbetalningar till sig själv eller närstående, samt utgifter av personnära karaktär. Personliga utgifter i tjänsten för till exempel resor, hotell, representation eller dylikt får inte beslutsattesters av attestberättigad om personen deltagit i aktiviteten, utan då ska överordnad attesteras. Attest av kommundirektörens personliga utgifter i tjänsten ska attesteras av ordförande i kommunstyrelsen. Det framgår att ett utdrag på utgifter som härrör från sådana inköp

sammanställs för kontroll av styrelsens ordförande eller vice ordförande fyra gånger per år. Kommundirektören attesterar förvaltningschefernas personliga utgifter i tjänsten. Vi har inom ramen för granskningen inte fått ta del av något sådant underlag eller material som kan visa att en sådan kontroll har genomförts.

#### **Vårdfakturor inom socialtjänsten**

I intervjuer framkommer att inte alla fakturor hanteras genom kommunens ekonomisystem i det ordinarie attestflödet. Vårdfakturor, exempelvis placeringar inom socialtjänsten, hanteras i socialtjänstens verksamhetssystem (Procapita) och inte i kommunens ekonomisystem. Dessa fakturor hanteras genom att de skrivs ut och beslutsattesteras manuellt genom signering på attestlista och sedan sparas fysiskt i pärm. Vi har tagit del av en kortfattad rutin som upprättades 2022-10-27 där det framgår att administratör genomför betalning via Procapita och signerar betalningsdatum på vårdfakturan. Vårdfakturor, som ofta omfattas av sekretess, sorteras in i en fysisk pärm i arkivet. Ansvarig chef signerar utbetalningar i dokumentlista som tilldelas av administratör.

Hanteringen innebär att det i ekonomisystemet saknas underlag till verifikationerna och de kostnader som betalas på särskilt konto genom fil från socialförvaltningens verksamhetssystem och som sedan läses in genom bankens återrapporteringsfil. Fakturorna finns enbart i socialförvaltningens verksamhetssystem. Det finns ingen systemintegration mellan ekonomi- och verksamhetssystemet i den meningen att man kan se samtliga fakturor i ekonomisystemet. Däremot är det möjligt att härleda utifrån objekt-ID:n som används vid bokföringen. Vidare ser vi också att denna hantering av fysiska fakturor medför ett merarbete, både kopplat till den dagliga hanteringen men även vid upprättandet av räkenskapsammandraget till SCB.

#### **2.1.2 Bedömning**

##### ***Finns en upprättad och aktuell attestordning?***

**Nej.**

Vi kan se att det finns ett av kommunfullmäktige fastställt attestreglemente där roller och ansvar framgår (2022-04-25). Innan detta attestreglemente fastställdes fanns inget fastställt attestreglemente, utan information delgavs chefer muntligen. Av det nu gällande attestreglementet anges att det finns regler kring jäv med tillhörande definition. Det framgår att en kontroll ska genomföras kvartalsvis kopplat till jäv och personliga utgifter i tjänsten. Vi kan dock inte se att någon sådan kontroll genomförts under år 2022.

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av attestförteckningar, en som är signerad av kommundirektör och en som är signerad av socialchef (2022-12-08 respektive 2022-12-07). Enligt kommunstyrelsens delegationsordning är det dock kommundirektören som har rätt att besluta om attestordning (attestförteckningen). Socialchef har ingen sådan delegerad rätt enligt kommunstyrelsens eller socialnämndens delegationsordning. Av de nuvarande attestförteckningarna framgår vem som är behörig beslutsattestant, för vilka ansvarsområden samt vilka beloppsgränser som gäller. Det framgår dock inte vem som är ersättare. Vi har även tagit del av attestförteckning daterad 2022-06-16, som dock inte är signerad av kommundirektören. Dessförinnan fanns en attestförteckning för kommunstyrelsen daterad 2020-06-01 som inte är signerad eller där det framgår vem som fastställt den. Vi noterar att namnteckningar och signaturer för angivna attestanter saknas i denna attestförteckning. I den sistnämnda attestförteckningen anges vem som är ersättare till ordinarie beslutsattestant. Vi har även tagit del av förteckning av beslutsattestanter för samhällsbyggnadsnämnden daterad

2021-12-09 och som uppges gälla tillsvidare (fastställd av nämnden 2021-21-09 § 71). Vi har inte tagit del av upprättad och aktuell attestförteckning för barn- och utbildningsnämnden.

Vi noterar också att ingen kontrollpunkt kopplat till attest eller efterlevnad av attestreglementet återfinns i kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2022. Enligt uppgift i intervju med tf ekonomichef har inte heller några särskilda kontroller, stickprov eller liknande av attester eller behörigheter genomförts under år 2022.

Vi konstaterar också att socialtjänsten har en sidoordnad fakturahanteringsprocess där vårdfakturor hanteras genom verksamhetssystem istället för att gå in i ekonomisystemets ordinarie attestflöde. Det är troligen möjligt att finna en mer effektiv, säker och digitaliserad fakturahanteringsprocess än nuvarande process genom att alla fakturor går genom ekonomisystemet och det ordinarie attestflödet. Till exempel kan besluts-ID:n eller liknande används på fakturorna.

## Revisionsfråga 2: Efterlevs reglerna kring attest?

### 2.3.1 Iakttagelser

#### Stickprov av fakturor som hanterats i ekonomisystemet

Inom ramen för granskningen har vi genomfört 20 stycken stickprov på hanterade leverantörsfakturor inom på kontogrupp 56\* och kontogrupp 7\*. I stickprovet valdes fem fakturor per förvaltning och nämnd ut. Stickprovet har avsett fakturor som redovisningsmässigt tillhör år 2022.

I stickprovet kontrollerades efterlevnaden av reglerna kring attest genom att granska:

- Att rätt beslutsattestant attesterat fakturan i enlighet med nämndens attestförteckning.
- Att tvåhandsprincipen har tillämpats, det vill säga, att både kontering och beslutsattest har skett samt att det skett av två olika personer.

Resultatet från stickprovskontrollen sammanfattas i tabellen nedan. Flera avvikelser har noterats i stickprovskontrollen.

Tabell 1. Resultat från stickprovskontroll av fakturor i ekonomisystem.

Kontroll	Resultat	Kommentar
Rätt beslutsattestant	2 av 20	För 2 av 20 stickprovskontrollerade fakturor/ transaktioner ser vi att rätt beslutsattestant beslutsattesterat fakturan utifrån gällande attestförteckning. Således ser vi avvikelser i 18 av 20 stickprovstestade fakturor. Vi kan dock se att beslutsattestanterna i flera fall (9 fakturor) finns med i tidigare attestförteckningar, men det är otydligt vem som fastställt dessa och/ eller om de är aktuella vid tidpunkten för beslutsattesten.
Tvåhandsprincipen tillämpad	20 av 20	Ja, för samtliga stickprov noterar vi att tvåhandsprincipen använts.

### Vårdfakturor inom socialtjänsten

I intervjuer framkom att vissa vårdfakturor hanteras och betalas genom verksamhetssystemet Procapita och inte direkt i ekonomisystemet. Vi har därför inom ramen för granskningen genomfört ett kompletterande stickprov på 10 stycken fakturor/ transaktioner som hanteras genom verksamhetssystemet.

Resultatet från stickprovskontrollen sammanfattas i tabellen nedan. Flera avvikelser har noterats i stickprovskontrollen.

Tabell 2. Resultat från stickprovskontroll av fakturor i verksamhetssystem inom socialtjänsten.

Kontroll	Resultat	Kommentar
Rätt beslutsattestant	0 av 10 (varav 5 stickprov inte kan bedömas).	Av 10 stickprov ser vi att attestlista saknas alternativt att attestlista inte är signerad av ansvarig chef/ beslutsattestant för 5 av 10 stickprov.  För resterande 5 stickprov noterar vi att en signering finns på attestlista, men att varken namnförtydligande eller datum för beslutsattest finns. Vi har inte heller kunnat ta del av något underlag för att verifiera att det är rätt beslutsattestant, varför vi för dessa fem stickprov inte kan göra någon bedömning av huruvida det är rätt beslutsattestant.
Tvåhandsprincipen tillämpad	0 av 10	Vi kan inte se att tvåhandsprincipen tillämpats. Endast en beslutsattest finns, i de fall beslutsattest överhuvudtaget finns. Administratör gör dock signering på fakturan när den ska/ är betald, vilket finns på samtliga tio stickprovskontrollerade fakturor/ transaktioner.

### 2.3.2 Bedömning

#### Efterlevs reglerna kring attest?

Nej.

Vår granskning påvisar att det finns flera avvikelser i de stickprovskontroller vi genomfört. Detta gäller såväl fakturor som hanteras genom attestflödet i ekonomisystemet som fakturor som hanterats genom verksamhetssystemet.

Avvikelserna gäller rätt beslutsattestant, det vill säga att beslutsattestant inte finns med i upprättad attestförteckning alternativt att beslutsattest saknas (sistnämnda gäller fakturor hanterade i verksamhetssystem). Det framgår också i attestreglemente att en kontroll ska genomföras kvartalsvis kopplat till jäv och personliga utgifter i tjänsten. Vi kan dock inte se att någon sådan kontroll genomförts under år 2022.



# 3. Revisionell bedömning och rekommendationer

## 3.1 Revisionell bedömning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Övertorneå kommun har PwC fått i uppdrag att granska styrelsens och nämndernas attestrutin. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen och nämnderna har en ändamålsenlig attestrutin med en tillräcklig intern kontroll.

Den sammanfattande bedömningen efter genomförd granskning är att kommunstyrelsen och nämnderna **inte** har en ändamålsenlig attestrutin och att den interna kontrollen på området **inte** är tillräcklig

Den revisionella bedömningen grundar sig på iakttagelser och bedömningar utifrån nedanstående revisionsfrågor. Bedömning för respektive revisionsfråga redovisas löpande i rapporten under respektive avsnitt.

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns en upprättad och aktuell attestordning?	Nej	
2. Efterlevs reglerna kring attest?	Nej	

## 3.2 Rekommendationer

Utifrån de iakttagelser och bedömningar vi har gjort i denna granskning lämnar vi följande rekommendationer till kommunstyrelsen och nämnderna:

- Säkerställ att det av kommunfullmäktige beslutade attestreglementet efterlevs fullt ut för samtliga ekonomiska transaktioner och vad gäller de kontroller som ska genomföras.
- Säkerställ att det årligen, samt vid förändringar, beslutas om vem som är beslutsattestant och ersättare genom att aktualisera och vid behov revidera attestförteckningen i enlighet med gällande delegationsordningar.
- Se över socialnämndens fakturahanteringsprocess med målsättningen att alla leverantörsfakturor ska följa samma flöde direkt in i kommunens ekonomisystem.

04-11  
2023-03-08



Erik Jansen

Certifierad kommunal revisor  
Uppdragsledare

Fredrik Birkeland

Certifierad kommunal revisor  
Projektledare

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Övertorneå kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2:a juni 2022. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



Tjänsteställe, handläggare

**Revisorerna**

**För kännedom**

Kommunstyrelsen  
Kommunfullmäktiges presidium  
Kommunfullmäktige  
Partiernas gruppledare

**Socialnämnden**

## Grundläggande granskning av socialnämnden

I egenskap av revisorer i Övertorneå kommun har vi genomfört den årliga grundläggande granskningen av socialnämnden. Granskningens syfte har varit att ge revisorerna ett underlag till uttalande i revisionsberättelse. Följande övergripande revisionsfråga har besvarats:

- Har nämndens förvaltning skett på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll?

I granskningen har vi biträttats av sakkunniga från PwC.

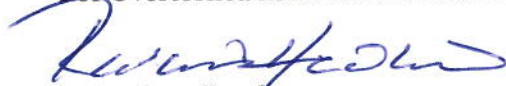
Vår sammanfattande revisionella bedömning är att:

- Nämndens förvaltning har fullgjorts på ett ändamålsenligt sätt under år 2022.
- Nämndens förvaltning har inte skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2022. Resultat mot driftbudget: - 8 933 tkr. Vi noterar särskilt att underskottet främst beror på ett återbetalningskrav till Försäkringskassan gällande ett personligt assistansärende för perioden 2017-2021 samt ökade kostnader för tvångsplaceringar enligt LVU.
- Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under 2022.

Mot bakgrund av granskningsresultatet lämnar vi följande rekommendationer:

- Nämnden bör se på strukturella verksamhetsförändringar för att långsiktigt nå en budget i balans.
- Analysera hur dialogen med uppdragsgivaren kan utvecklas i syfte att säkerställa att det finns klara direktiv i fråga om hur nämnden skall agera/rapportera de ekonomiska effekterna som uppstår i relation till nämndens ekonomi vid behov av placeringar av barn och unga enligt LVU och LVM.

För Övertorneå kommuns revisorer

  
Roland Hedlund  
Ordförande

  
Kent Alanentalo

Bilaga: Grundläggande granskning av socialnämnden 2022, PwC, mars 2023

# Grundläggande granskning Socialnämnden

Övertorneå kommun

Mars 2023



Erik Jansen, certifierad  
kommunal revisor  
Jonathan Melkko  
Johanna Larsson

# Inledning

## Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser och nämnder. Kommunstyrelsen och nämnderna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget måste respektive organ bygga upp system och rutiner för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa rutiner tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med den översiktliga granskningen är att ge kommunens revisorer ett underlag till uttalande i revisionsberättelse. Följande övergripande revisionsfråga ska besvaras:

*Har socialnämndens förvaltning skett på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll?*

Granskningen omfattar följande granskningsområden:

1. Styrning, kontroll och åtgärder.
2. Måluppfyllelse för verksamheten.
3. Måluppfyllelse för ekonomin
4. Dialog med verkställande organ

Nr 1 utgör underlag för att pröva om den interna kontrollen är tillräcklig. Övriga områden bildar underlag för att bedöma om förvaltningen sker på ett ändamålsenligt (2) och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt (3).

Revisionskriterier i granskningen utgörs främst av kommunallagen 6:6 och följsamhet till fullmäktiges uppdrag i form av mål och budget 2022.

## Metod och avgränsning

Den översiktliga granskningen har skett genom dokumentanalys. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2022. I övrigt se "syfte och revisionsfrågor".

Respektive granskningsområde bedöms med hjälp av signalsystem: grön (tillräckligt), gult (delvis) och röd (otillräckligt).

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor		Bedömning	Noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden har 2021-12-06 § 112 antagit verksamhetsplan.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Nämnden har 2021-12-06 § 112 antagit budget för 2022. Budgetram för 2022 uppgår till 147 666 tkr.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Utifrån fullmäktiges kommunövergripande mål har nämnden upprättat fem prioriterade utvecklingsområden.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Budget i balans är att anse som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Målen (prioriterade utvecklingsområdena) innehåller aktiviteter som i sin tur är nedbrutna till mätbara mått/indikatorer.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	Nämnden har 2022-06-30 § 69 beslutat att återrapportering gällande ekonomi, måluppfyllelse och nyckeltal lämnas till nämnden i samband med prognos för april, prognos för augusti och årsredovisningen.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Grön	Rapportering av ekonomi fokuserar på resultat. Delårsrapport per augusti fokuserar på resultat och måluppfyllelse.

# Granskningsiakttagelser

Revisionsfrågor	Bedömning	Noteringar
<p>4. Rapportering och åtgärder</p> <p>c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?</p> <p>d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?</p>	Grön	<p>I delårsrapport återfinns analys och aktiviteter som genomförs för att nå målpåfyllelse.</p> <p>I nämndens årsredovisning redovisas en god målpåfyllelse, se fråga 5a.</p>
	Gul	<p>Nämnden har uppdragit förvaltningen att arbeta för att få en budget i balans vid samtliga budgetuppföljningar under året.</p> <p>Vid delårsrapport per augusti prognostiserades budgetunderskott. Underskottet har fördubblats för helåret jämfört med prognos i delårsrapport.</p>
<p>5. Målpåfyllelse</p> <p>a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?</p> <p>b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?</p>	Grön	<p>I nämndens årsredovisning för 2022 redovisas att fyra mål är uppnådda och ett mål är delvis uppnått.</p>
	Röd	<p>Årets resultat visar på underskott om: - 8 933 tkr.</p> <p>Underskottet beror främst på ett återbetalningskrav till Försäkringkassan gällande ett personligt assistansärende för perioden 2017-2021 samt ökade kostnader för tvångsplaceringar enligt LVU.</p>

# Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet Baseras på revisionsfråga 5a	Grön	Nämndens förvaltning har fullgjorts på ett ändamålsenligt sätt under år 2022. Har uppnått 4 av 5 verksamhetsmål.
Ekonomiskt tillfredsställande Baseras på revisionsfråga 5b	Röd	Nämndens förvaltning har inte skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2022. Resultat mot driftbudget: - 8 933 tk.  Vi noterar särskilt att underskottet främst beror på ett återbetalningskrav till Försäkringskassan gällande ett personligt assistansärende för perioden 2017-2021 samt ökade kostnader för tvångsplaceringar enligt LVU.
Intern kontroll Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-d	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under 2022.

## Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till nämnden:

- Nämnden bör se på strukturella verksamhetsförändringar för att långsiktigt nå en budget i balans.
- Analysera hur dialogen med uppdragsgivaren kan utvecklas i syfte att säkerställa att det finns klara direktiv i fråga om hur nämnden skall agera/rapportera de ekonomiska effekterna som uppstår i relation till nämndens ekonomi vid behov av placeringar av barn och unga enligt LVU och LVM.

## Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

### Praktisk information

Detta formulär går att spara under tiden ni jobbar med det och det går även att skicka länken vidare till en kollega om fler ska fylla i. Efter att formuläret skickats in går det inte längre att göra några förändringar.

Om ni vill skicka in något utöver det som redovisas i formuläret kan ni skicka handlingarna till IVO via [registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se) eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: [tillsyn.mitt@ivo.se](mailto:tillsyn.mitt@ivo.se)

### Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de person/ers som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar för att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. [Så här behandlar IVO personuppgifter.](#)

---

#### 1. IVO:s diarienummer i beslutet

**Obligatorisk.**

Ex. 3.5.1-XXXXX/2022

---

#### 2. Vårdgivarens/kommunens diarienummer

---

#### 3. Namn och funktion på uppgiftslämnare

**Obligatorisk.**

Om flera rapporterat skriv namn och funktion på samtliga

---

#### 4. Datum för inrapportering

2023-04-25



---

#### 5. Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

##### **Obligatorisk.**

*Ni kommer endast kunna redovisa uppgifter gällande de brister som ni kryssar i här. I slutet får ni möjlighet att redovisa övriga brister som ni kan ha identifierat.*

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

---

## Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.

\* Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.

\* Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.

---

### 6. Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag
- 

### 7. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

77% av baspersonalen har undersköterskeutbildning.

Tre undersköterskor utbildas till specialistundersköterskor, i syfte att höja kompetensen och kvalitén på vården inom Säbo.

All personal utan formell kompetens kan söka utbildning på arbetstid (50%) via Äldreomsorgslyftet.

Baspersonalen går utbildning via Kompetensguiden. En anpassad webbutbildning för vård och omsorg.

Enhetschefen kan följa personalens utbildning.

Baspersonal har fått utbildning i vitala parametrar och tar dem innan kontakt med sjuksköterska. detta för att baspersonalen ska kunna ge en så utförlig rapport som möjligt om patientens tillstånd.

Tillgång till läkare finns fysiskt, mån-fre dagtid. Övrig tid finns jouren på Kalix sjukhus, kvällar, helger och nätter.

Sjuksköterskorna kan alltid ta en bil ur bilpolen och göra ett fysiskt besök hos patienten för bedömning.

Personaltätheten bland sjuksköterskor har ökats på joutider; kväll och helg så att ensamarbete för

sjuksköterskor sker i mycken liten omfattning. ex kvällstid är det ensamarbete 1,5 timmar innan natten kommer..

Undersköterska blir en yrkes-skyddad titel i år. Validering av vårdbiträden har påbörjats.

Baspersonal har tillgång till sjuksköterska dygnet runt, alla årets dagar.

---

## 8. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

De tre spec-uskorna blir klara till sommar 2023.

Utbildning via Äldreomsorgslyftet sker kontinuerligt. 1 uska påbörjar palliativ specialistutb hösten-23.

Utbildning via Kompetenscentrum utförs kontinuerligt och följs upp av enhetschef kontinuerligt.

Baspersonal har fått utbildning i att ta Vitala parametrar innan kontakt med jourssk. detta från år 2022. Ny personal får utbildning kontinuerligt.

Validering av vårdbiträden till undersköterska kommer att fortgå, när möjlighet finns.

---

## 9. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Effekten följs upp kontinuerligt av enhetschef.

---

## 10. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Idag har vi inga mätinstrument för ex hur baspersonal tar till sig kunskapen från Kunskapsguiden. Vi behöver upprätta en rutin och plan för uppföljning av utbildning.

---

## 11. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Planerade åtgärder är på genomförande nu.

---

## 12. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Här saknas en skriven rutin på vilket sätt vi ska följa upp effekten av planerade åtgärder.

---

## Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.

---

### 13. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

All personal och även nyanställda vikarier får tillgång till Vismas Kompetensguide där det finns ett batteri av utbildningar. Tanken är kontinuerlig utbildning för tv anställda. För vikarier finns ett eget program med ett antal kurser som de bör gå igenom innan sommarens arbete påbörjas. Detta via socialstyrelsen och Ersta Sköndal. Kommunen undersöker om det finns utbildningsinsatser i ex vårdsvenska. Sjuksköterskekompetens finns att tillgå dygnet runt, varje dag på året, ett telefonnummer som är avsedd endast för personal. Om problem uppstår i kommunikationen mellan baspersonal och patient, kallar baspersonalen alltid på sjuksköterskan. All baspersonal inom kommunen ska lära sig rapportera enligt SBAR för att trygga informationsöverföringen. Tillgång till läkare finns mån-fre dagtid på hälsocentralen i Övertorneå och annan tid via jouren på Kalix sjukhus.

---

### 14. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Personalen går 3 utbildningar /månaden via Kompetensguiden och enhetscheferna kan följa personalen, så att utbildningarna görs. Under våren 2023 har utbildning getts till all personal i Meiänkieli. Detta för att många patienter talar finska eller meänkieli. Material till SBAR är införskaffat. Leg personal är utbildad inom SBAR av MAS. En uska som också är utbildad inom SBAR. Hon har fått i uppgift att börja utbilda baspersonalen.

---

### 15. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Genomförda utbildningar i Kompetensguiden följs upp varje månad av enhetschef. Vad effekten blir av utförda utbildningar är förhoppningsvis bättre vård. I dagsläget har vi inget instrument att mäta förbättrad kunskap med. Vi kan följa Senior alert och där söka statistik om förbättring av munhälsa och mindre trycksår.

---

### 16. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Undersökning om ev utbildning i vårdsvenska pågår, men inget formellt beslut har tagits än. SBAR utbildning för baspersonal införs när personalresurser tillåter.

---

**17. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

se fråga 16.

---

**18. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

se fråga 16.

---

## Brist: Dokumentationens sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

\* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

---

### 19. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

I utbildningen från Kunskapsguiden ingår utbildning i dokumentation.

Det finns någon baspersonal som inte kan eller som inte dokumenterar. De kan ha svårt för systemet eller förstår inte konsekvensen av utebliven dokumentation.

Genomförandeplaner finns senast 3 v efter att en boende flyttat in på Säbo. Oas på boendena menar att vårdplaner finns men att de inte finns att läsa i strukturerad form då dokumentationssystemet inte tillåter det. Sökordet "vårdplan" finns inte. Förhoppningsvis kan nya verksamhetssystemet tydliggöra vårdplanerna.

---

### 20. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Utbildningarna förs kontinuerligt (3 utb/mån) under året.

Enhetscheferna bör lyfta fram vikten av dokumentation på varje APT, samt stötta den personal som inte kan dokumentera.

Nytt verksamhetssystem som kan tydliggöra vårdplaner installeras hösten 2024.

---

### 21. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Påminnelse om dokumentation på APT bör införas omgående.

Vi förväntar se en förbättring/ökning av dokumentationen över tid.

---

### 22. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

se svar ovan.

---

### 23. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Påminnelse om dokumentation på APT bör införas snarast.

Nya verksamhetssystemets införande hösten 2024.

---

24. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

---

## Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.

---

### 25. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Övertorneå kommun brottas med samma utmaning som många kommuner. Det finns inte tillräckligt med personal samt att personal väljer andra mer välbetalda yrken, som gruvarbetet. Det pågår marknadsföring inom sociala medier för att locka personal. utbildning på arbetstid (50%). Alla som gått omvårdnadsprogrammet har varit lovat fast arbete efter avslutad utbildning, med föga resultat. Kommunen annonserar efter fd pensionerade undersköterskor, men intresset är lågt.

Sjuksköterskor finns det bra av. I dag har vi inga vakanser och är istället något överanställda. Läkare finns att tillgå dygnet runt alla årets dagar. Fysisk läkarkontakt finns dagligen mån-fre.

Kommunen har kört projekt likt "Hej hemby" för att locka människor att flytta till kommunen. Detta också i ett led att få fler personal till vård och omsorg.

---

### 26. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Arbetet med att rekrytera personal till vård och omsorg pågår ständigt.

---

### 27. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Det är svårt att göra en plan då vi inte ser någon större ansökan till arbetet inom vård och omsorg.

---

### 28. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

När vi inte har tillräckligt med personal är det svårt att redovisa åtgärder som planeras.

---

### 29. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

se svar ovan.

---

---

30. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

se svar ovan.

---

## Brist: Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.

*Delegering:*

\* IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt.

*Läkemedelsgenomgång:*

\* IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

---

### 31. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Delegation av hantering av läkemedel till baspersonal följer given rutin. Om rutinen följs av leg personal borgar rutinen för hög patientsäkerhet.

Digitala läkemedels skåp är installerat på tre enheter. Dessa har endast personal med delegation tillgång till. Digitala läkemedelsskåp medför även spårbarhet. På Särkivaaragården påbörjas installation efter påsk-23 vilket även inkluderar larmsystem.

31/3-23 togs Tenilos nya signeringssystem i bruk (tidigare Kontrollera). Personal signerar läkemedel och andra insatser (sociala) på den digitala skärmen. Nytt i systemet är att det även finns delegationer registrerade i systemet och de är tidsbegränsade. Systemet signalerar när en delegation håller på att gå ut och en person utan delegation kan inte signera läkemedel.

Läkemedelsgenomgångar utförs enligt rutin när en person flyttar in på ett boende och sedemera efter behov. Detta vid rond (1 ggr/mån) eller på förekommen anledning. Dock saknas dokumentationssystemet rubriken "Läkemedelsgenomgång". Läkemedelsgenomgångar dokumenteras under rubrik "Läkarmedverkan". Vi hoppas på tydlighet i vårt nästa verksamhetssystem.

Ett nytt verksamhetssystem planeras tas i bruk hösten 2024, vilket kommer att bidra till ökad patientsäkerhet.

---

### 32. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Hösten 2024 införs ett nytt verksamhetssystem, tillika dokumentationssystem. där hoppas vi finna rubriken "Läkemedelsgenomgång" för att också åtgärden ska bli synligt dokumenterat.

---

### 33. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Det utvärderas när nya verksamhetssystemet är i gång, innan år 2024 slut.

---

---

**34. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

---

**35. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

---

**36. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

---

## Brist: Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* Patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.

\* Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.

---

### 37. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Vi arbetar ständigt med att förbättra och utveckla den palliativa vården. Region östra har fått en palliativ läkare som kontinuerligt möter hälsocentralens läkare, sjuksköterskor från kommun och region, samt baspersonal, i syfte att förbättra den palliativa vården.

I utvecklingen av den palliativa vården förs samtal med läkare inom regionen, om att hålla brytpunktssamtal med den palliativa patienten och dess anhöriga i god tid innan patienten avlider..

Brytpunktssamtal hålls, men inte i den utsträckning vi önskar. Sedan finns inte rubriken "Brytpunktssamtal" i vårt dokumentations system, varför det kan bli missvisande. Brytpunktssamtal skrivs in i löpande text under rubrik "Vård i livets slut" eller "Läkarmedverkan".

En dsk går en vidareutbildning inom palliativ vård på arbetstid, i syfte att leda kommunens palliativa arbete tillsammans med resursläkaren och palliativa teamen.

Utbildning inom palliativ vård för baspersonal är planerad.

Personella resurser tilldelas den palliativa patienten.

Anhöriga ges möjlighet att vara dygnet runt hos den döende. Det finns övernattningsmöjligheter och anhöriga bjuds på mat.

---

### 38. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Palliativa läkaren möter personal 1 gång/månaden. Hittills i år har 4 träffar hållits.

Baspersonalen får utbildning i palliativ vård i maj-2023.

En tanke med en egen palliativ läkare till region östra är att hon ska kunna stötta våra egna läkare i att utveckla den palliativa vården.

Ett utvecklingsområde är att hålla brytpunktssamtal med palliativa patienten och dess anhöriga.

---

### 39. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Alla väntade dödsfall registreras i Palliativa registret. Vi förväntar se en förbättring av registrerade hållna brytpunktssamtal. Vi hoppas att det nya verksamhetssystemet ska ha sökord som speglar verksamheten.

---

**40. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

Vi behöver upprätta en plan och beskrivning hur de palliativa teamen ska arbeta inom kommunen, tillsammans med palliativ ssk och läkare.

Den palliativa ssk blir klar i januari 2024. Då bör en plan på teamens sammansättning och prioriteringar finnas färdig.

---

**41. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

Det är svårt att säga när pga personalbristen, men så snart som möjligt när vi har utbildad personal på plats, januari 2024..

---

**42. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

Den planen får palliativa teamet upprätta utifrån personalsituationen då.

---

## Övriga identifierade brister

---

43. Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?

**Obligatorisk.**

*Övriga brister som inte redovisats tidigare i formuläret*

Ja

Nej

---

## Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Tryck därefter på "Skicka nu". Efter att ni skickat in formuläret kommer ni att få ett mail som bekräftar att svaren skickats in med en pdf-kopia på era svar.

**Observera** att uppgifterna inte kommer gå att justera efter att formuläret skickats in.