

Tid och plats: tisdagen den 28 januari 2020
 kl. 18:30
 Sjöborummet

Berit Lundström
Ordförande

Gunilla Lynghed
Sekreterare

Ärenden Enligt bifogad ärendeförteckning

Ledamot som är förhindrad att närvara vid sammanträde skall anmäla detta till Gunilla Lynghed gunilla.lynghed@sjobo.se, 0416-27234 eller Hanna Malm hanna.malm@sjobo.se, 0416-27249, som kallar ersättare.

Gruppmöten

A kl. 18.00 Sessionssalen

S/V kl 18:00 Vollsjörummet

SD kl 18.00 Bjärsjölagårdsrummet

KD kl 18.00 Referensbiblioteket

Föredragningslista Vård- och omsorgsnämnden

Ärende- nummer	Ärendemening	Dnr
Nämndsärende		
1	Fastställande av föredragningslista von jan 2020	3
2	Vård- och omsorgsnämndens protokoll från sammanträde 2019-12-19	4
3	Personligt ombud ansökan om statsbidrag 2020 samt redovisning statsbidrag 2019	5 - 16
4	Personligt ombud verksamhetsberättelse 2019 verksamhetsplan 2020	17 - 22
5	Uppdaterad delegationsordning vård- och omsorgsnämnden fr o m 1 februari 2020	23 - 50
6	Revisorernas granskning av intern kontroll	51 - 79
7	Uppföljning intern kontrollplan 2019	80 - 85
8	Intern kontrollplan 2020	86 - 93
9	Åtterrapportering statsbidrag för förstärkning av äldreomsorgen 2019	94 - 100
10	Rapportering systematiskt arbetsmiljöarbete vård- och omsorgsförvaltningen 2019	101 - 103
11	Inbjudan till samråd Orebackens camping	104 - 135
12	Skrivelser von januari 2020	136
13	Skrivelse -Beslut KF 2019-12-16 Policy för mat och måltider	137
14	Information Von januari 2020	138
Sekretess		
15	Beslut Lex Sarah Björkbacken 191111	
16	Lex Sarah anmälan Korttidsvården Valsgatan	
17	Arbetsutskottets protokoll december 2019	
18	Anmälan om delegationsbeslut von januari 2020	
19	Urvalsärende bostadsanpassningsbidrag Von januari 2020	
20	Urvalsärende SoL Von januari 2020	
21	Urvalsärende LSS Von januari 2020	

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-20

Dnr

2020/27

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och
omsorgsförvaltningen

Fastställande av föredragningslista von jan 2020

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Sammanfattning av ärendet

Fastställande av föredragningslista

Val av protokolljusterare

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och omsorgsförvaltningen
0416-27234

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2020-01-20

Dnr
2020/28
Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och
omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsnämndens protokoll från sammanträde 2019-12-19

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner protokoll från sammanträde 2019-12-19

Beslutsparagrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2019-12-19 valdes Bodil Persson och Maria Larsson att justera protokollet.

P g a akut sjukdom har protokollet inte kunnat justeras och vård- och omsorgsnämnden behöver därför godkänna protokollet

Beslutsunderlag

Protokoll vård- och omsorgsnämnden 2019-12-19 ej sekretess

Protokoll vård- och omsorgsnämnden 2019-12-19 sekretess

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och omsorgsförvaltningen
0416-27234

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Dnr
2020-01-10	2020/4
	Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Personligt ombud ansökan om statsbidrag 2020 samt redovisning statsbidrag 2019

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner ansökan om statsbidrag för 2 tjänster som personligt ombud 2019, varav 1 tjänst delas av Sjöbo-Tomelilla-Simrishamn genom samverkansavtal.

Sammanfattning av ärendet

Enligt socialstyrelsens föreskrifter om statsbidrag till personligt ombud skall ansökan om bidrag lämnas till länsstyrelsen senast 1 mars bidragsåret. Bidraget uppgår till ca 300 tkr per heltidstjänst och Sjöbo har sedan länge ansökt om, och fått bidrag för 1 tjänst. Dessutom har Sjöbo, Tomelilla och Simrishamn via samarbetsavtal delat på 1 tjänst som personligt ombud och fr o m 2018 svarar Sjöbo för anställning och rekvisering av bidrag till denna, och ansökan avser därför 2 tjänster som personligt ombud.

I samband med beslut om beviljat bidrag för 2019, 600 360 kr, meddelades att kommunen senast den 15 januari 2020 skall redovisa till länsstyrelsen hur beviljade medel använts, via blankett som Länsstyrelsen tillhandahåller.

Beslutsunderlag

Ansökningsblankett personligt ombud Sjöbo kommun 2020.
Redovisning av beviljat bidrag 2019.

Beslutet skickas till

Länsstyrelsen, personligt ombud

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef



Ifylld och underskriven blankett skickas till följande adress:

skane@lansstyrelsen.se
Länsstyrelsen Skåne
Enheten för social hållbarhet
Therese Olin
205 15 Malmö

Ansökan om statsbidrag för verksamhet med Personliga ombud

Uppgifter i ansökan avser de kriterier och förutsättningar för statsbidrag till verksamheter med personliga ombud som anges i SFS 2013:522. Länsstyrelsen beslutar och betalar ut statsbidrag till en kommun utifrån bestämmelserna i SFS 2013:522 §§ 2-6 och 8.

En kommun svarar inom ramen för socialtjänsten för verksamheten med personligt ombud. Blanketten innehåller ett antal frågor om hur verksamheten ska organiseras och vilka förutsättningar som ombudet/ombuden kommer att få i sitt arbete. Länsstyrelsen förutsätter att uppgifter, som lämnas i ansökan, diskuterats med aktuella samverkansparter.

Statsbidragets omfattning

Statsbidraget har föregående år utgått med 300 180 kr per år för en heltidstjänst. Beloppet justeras av Socialstyrelsen utifrån hur många ansökningar som inkommit.

Ange med två decimaler. Om ni t.ex. ansöker om att anställa en på heltid (40 timmar i veckan) och en på halvtid (20 timmar i veckan,) anger ni 1,50, om ni t.ex. ansöker om medel för två som jobbar heltid och en som jobbar 25 procent ange 2,25. Ej förbrukade medel kan komma att återkrävas.

Sökande kommun

Kommunens namn: Sjöbo kommun	
Förvaltning: Vård och omsorgsförvaltningen	
Postadress: Sjöbo kommun 27580 Sjöbo	
Tfn: 0416-27180	E-post: Eva.gustafsson@sjobo.se
Organisationsnummer: 212000-1090	Plus eller bankgiro Bg 662-7574
Ansökan avser år:	2020
Antal årsanställningar (heltid, ange i årsarbeten)	2,00
Referens på utbetalningen: 120001	
Nämnd som beslutat om ansökan: Vård och omsorgsnämnden	
Ansökan avser även verksamhet i följande kommun/kommuner Tomelilla och Simrishamn	

Kontaktperson

Befattning: Förvaltningschef	
Namn: Eva Gustafsson	
Postadress: Sjöbo kommun 27580 Sjöbo	
Tfn: 0416-27180	E-post: Eva.gustafsson@sjobo.se

Driftsform/driftsformer och utförare

Uppgift om vilken eller vilka driftsformer som verksamheten bedrivs i. Om verksamheten är ny uppge när kommunen beräknar att verksamheten kan påbörjas. (SFS 2013:522 8 § punkt 3.)

Kommunal regi

Samverkan kring verksamheten

Uppgift om vilka myndigheter och organisationer som ska samverka kring verksamheten med personligt ombud. (SFS 2013:522 5 § och 8 § punkt 4)

Vilka myndigheter och organisationer ingår i ledningsgruppen? Försäkringskassan Arbetsförmedling Region Skåne. Privata vårdgivare Brukarorganisationer .Bisam Samverkan mellan Sjöbo, Tomelilla och Simrishamns kommuner
Vilka andra myndigheter och organisationer samverkar ni med?

Plan för verksamhetens organisation

Beskrivning om hur kommunen planerar att personliga ombuden ska arbeta med målgruppen, hur prioriteringar inom målgruppen kommer att ske och hur ombudens verksamhet ska planeras och dokumenteras. (SFS 2013:522 8 § punkt 5.)

Personligt ombud bedriver uppsökande verksamhet samt bistår personer som har behov av kontakter med myndigheter att hitta rätt. Personligt ombud har också ett informationsuppdrag kring sin verksamhet mera allmänt och har skapat informationsmaterial. Personligt ombud har ledningsgruppen som ett forum för informationsutbyte men också för att arbeta med identifierade systemfel och brister. Förutom ledningsgruppen träffas förvaltningschefer och personliga ombud för att diskutera aktuella frågor, systemfel, samverkan, gränsdragningar och i förekommande fall prioriteringar.
--

Planer för arbetets utformning

Beskrivning hur kommunen planerar att stödja personliga ombud i arbetet i fråga om exempelvis utbildning/kompetensutveckling och handledning. (SFS 2013:522 punkt 6.)

Personligt ombud har regelbunden handledning och deltar i utbildningar inom området

Uppföljning

Beskrivning av hur kommunen planerar att följa upp hur verksamheten med personligt ombud har utvecklats. (SFS 2013:522 8 § punkt 7.)

I den årliga rapporteringen som diskuteras i möte mellan personligt ombud och förvaltningschef identifieras förändringar i utvecklingen av arbetet samt eventuella förändringar av målgrupper och vad detta innebär för behov av kompetensutveckling, nya samverkanspartners mm

Ort och datum Sjöbo 200129	
Behörig företrädare för verksamheten	Namnförtydligande och befattning Eva Gustafsson förvaltningschef / Berit Lundström ordförande vård och omsorgsnämnden



Länsstyrelsen
Skåne

REDOVISNING

Statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud

Sänds in till
Länsstyrelsen Skåne
skane@lansstyrelsen.se

Statsbidrag avseende år 2019

Kontaktuppgifter till den kommun som beviljats statsbidraget

Kommun Sjöbo Kommun		
Utdelningsadress Gamla Torg	Postnummer 275 80	Postort Sjöbo
Kontaktperson Eva Gustafsson	Avdelning/Enhet Vård och omsorgsförvaltningen	
Nämnd Vård- och omsorgsnämnden	Telefon (inkl. riktnummer) 0416-271 80	E-postadress eva.gustafsson@sjobo.se

Den eller de kommuner, förutom redovisande kommun, som redovisningen omfattar

Kommun/Kommuner

Sjöbo kommun

1. Personliga ombud

Totalt antal ombudstjänster i kommunen:

Ange antal tjänster med 2 decimaler¹: 1,33

	Antal kvinnor	Antal män
Ange antalet personliga ombud	1	1

Utbildning

	Ja	Nej
Ombuden har erbjudits utbildning.	X	
Om ja, ange vilken/vilka utbildningar. Hot och Våld		
Om nej, ange varför.		

Handledning

	Ja	Nej
Ombuden har erbjudits handledning.	X	
Om ja, ange vilken slags handledning. Lösningfokuserad handledning		
Om nej, ange varför.		

¹ Anges med två decimaler. För ett ombud på heltid (40 timmar i veckan) och ett på halvtid (20 timmar i veckan) anges 1,50. För två ombud på heltid och ett på deltid (10 timmar i veckan) anges 2,25

2. Klienter

Ange antal klienter som fått stöd av personligt ombud. Varje person (klient) som har fått stöd av personligt ombud ska redovisas endast en gång per år.

	Kvinnor	män
Totalt antal klienter	16	14
därav mellan 18 och 29 år	6	6
därav mellan 30 och 49 år	7	6
därav mellan 50 och 64 år	1	2
därav 65 år och över	2	

Antal nya klienter	13	11
därav mellan 18 och 29 år	5	6
därav mellan 30 och 49 år	7	3
därav mellan 50 och 64 år		2
därav 65 år och över	1	

Antal avslutade klienter	14	9
därav mellan 18 och 29 år	6	3
därav mellan 30 och 49 år	5	2
därav mellan 50 och 64 år	1	4
därav 65 år och över	2	

Klienter med hemmavarande barn

	kvinnor	män
Antal klienter som, helt eller delvis, har hemmavarande barn under 18 år ² vilka är kända för verksamheten.	3	1

² Inkluderar även barn till maka/make/reg. partner/sambo som är hemmavarande hos klienten.

3. Kontakt med verksamheten

Ange orsaken/orsakerna till att nya klienter tar kontakt med verksamheten. Ange antalet orsaker.
Flera orsaker kan anges per person.

Kontaktorsak	Kvinnor	Män
Ekonomi	X	X
Bostad	X	
Sysselsättning		
Struktur i vardagen	X	X
Bryta isolering	X	X
Relationsfrågor	X	
Existentiella frågor	X	X
Stöd i kontakten med myndighet	X	X
Stöd i kontakten med sjukvården	X	X
Annan orsak		
Om annan orsak, ange vilken.		

Tendenser till förändring av orsaker till kontakt

Ser ni några tendenser till förändring vad gäller orsaken till att klienter tar kontakt med personligt ombud? I så fall, på vilket sätt?

Avslag på ansökan av sjukersättning/sjukpenning, hjälp att begära omprövning/överklaga. Vidare att ansöka om försörjningsstöd hos kommunen

Tendenser till förändring av vilka grupper som tar kontakt

Ser ni några tendenser till förändring vad gäller vilka grupper inom målgruppen som tar kontakt och söker stöd av personligt ombud? I så fall, på vilket sätt?

Yngre målgrupp med Neuropsykiatri och samsjuklighet

4. Tillgång till personligt ombud

	Ja	Nej
Bedömningsriktlinjer eller prioriteringsordning finns för tillgång till personligt ombud.	X	
Om ja, ange dessa. Fördelning av ärende med hjälp av chef vid kö.		
Om nej, ange varför.		

5. Organisation, ledning och samverkan

Ange vem som är utförare av verksamheten med personligt ombud i er kommun

	Ja	Nej
Kommun	X	
Förening		
Stiftelse		
Aktiebolag		
Annan utförare		
Om annan utförare än kommunen, ange organisationens namn		

Ange vilka myndigheter som ingår i ledningsgruppen

	Ja	Nej
Kommun/kommuner	X	
Arbetsförmedlingen	X	
Försäkringskassan	X	
Landstingets primärvård	X	
Landstingets psykiatri	X	

Ange vilka organisationer som ingår i ledningsgruppen

	Ja	Nej	Om ja, ange vilken/vilka
Patientorganisationer			
Brukarorganisationer	X		RSMH, IFS
Anhörigorganisationer			
Annan organisation			

Om ledningsgruppen inte har någon representant från kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan, ange varför.

Kommunen arbetar för att få representanter för dessa huvudmän att delta i ledningsgruppen, ange hur.

6. Tillgång till samhällsservice

	Ja	Nej
Rutiner har upprättats för hur uppmärksammade brister ska hanteras i verksamheten.	X	

Sammanfatta uppmärksammade brister i fråga om den enskildes möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.

- Avsaknad av rutiner för klagomålshantering gällande gode män/förvaltare.
- Långa väntetider för att få komma till psykiatrins öppenvårdsmottagningar.
- Brist på samverkan mellan IFO och Vård och Omsorg.
- Kränkande bemötande ifrån viktiga personer i klientens nätverk. Pågående ärende.
- Fortsatt svårt att få ta del av de förmåner som ingår i socialförsäkringen (Försäkringskassan) med hänvisning till bristfälliga läkarintyg och de striktare krav som följer med deras arbete. Pågående ärende.

Ge exempel på åtgärder som har vidtagits för att komma tillrätta med de brister som har identifierats under året.

-Överförmyndarenheten har tagit del av rapporten och kommer att se över sina rutiner.

Återkoppling kommer att ske till Personliga ombud

- psykiatrins öppenvårdsmottagningar (Pågående ärende).

- samverkan mellan IFO och Vård och Omsorg (Samtal med berörda chefer).

- Kränkande bemötande ifrån viktiga personer i klientens nätverk. (Pågående ärende).

- Fortsatt svårt att få ta del av de förmåner som ingår i socialförsäkringen (Försäkringskassan) med hänvisning till bristfälliga läkarintyg och de striktare krav som följer med deras arbete. (Pågående ärende).

7. Ekonomi

Beviljat statsbidrag

Beviljat statsbidrag, kr	Årsanställningar, ange antal ombudstjänster i kommunen. Anges med två decimaler, t.ex. två halvtider = 1,00
600 360 kr	2,00

Förbrukat statsbidrag

Förbrukat statsbidrag, kr	Årsanställningar på heltid/deltid exkl. tjänstledighet Anges med två decimaler, t.ex. två halvtider = 1,00
600 360 kr	2,00

Om verksamheten har haft färre årsanställningar på heltid eller deltid än vad som beviljats, ange varför.

8. Övrigt

Synpunkter och övriga reflektioner på verksamheten

9. Underskrift av behörig företrädare för kommunen

Datum 20200110	
Namnteckning	Namnförtydligande Eva Gustafsson
Titel Förvaltningschef	Tjänsteställe Vård och omsorgsförvaltningen Sjöbo Kommun
Telefon (inkl. riktnummer) 0416-271 80	E-postadress eva.gustafsson@sjobo.se
Detta dokument har beslutats digitalt och saknar därmed underskrift	

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Dnr
2020-01-10	2020/5
	Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Personligt ombud verksamhetsberättelse 2019 verksamhetsplan 2020

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner verksamhetsberättelse och verksamhetsplan och lägger dessa till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Föreligger verksamhetsberättelse n avseende 2019 års verksamhet i Sjöbo kommun samt gemensam verksamhetsplan gällande Personliga ombud i Simrishamn/Sjöbo/Tomelilla kommuner år 2020.

Beslutsunderlag

Verksamhetsberättelse personligt ombud 2019

Ekonomisk redovisning personligt ombud 2018.

Verksamhetsplan gällande Personliga ombud i Simrishamn/Sjöbo/Tomelilla kommuner år 2020.

Beslutet skickas till

Personligt ombud, Länsstyrelsen

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef

Verksamhetsberättelse Personligt Ombud i Sjöbo kommun 2019

Verksamhetsberättelsen bygger på 30 klienter och ca 200 samtal från andra medborgare samt personal som efterfrågat vägledning och stöd. Ett femtontal uppsök har genomförts under året. 2019 har som tidigare år innehållit både positiva och negativa inslag och förändringar. De viktigaste frågorna har i huvudsak rört sig om omorganisationen inom Arbetsförmedlingen, svårigheter att få ersättning ifrån Försäkringskassan, bostadsproblem samt långa köer inom psykiatri.

Personligt ombuds uppdrag

Personliga ombuden (PO) är en fristående verksamhet som har två viktiga uppdrag. Det ena innebär att vi arbetar på uppdrag av klienten för att bevaka dennes rättigheter. Stödet riktar sig till personer från 18 år och uppåt som har psykiska funktionsnedsättningar med betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom olika livsområden. De ska även ha behov av långvariga kontakter med socialtjänst, primärvård, den specialiserade psykiatri eller andra myndigheter.

Det andra uppdraget innebär att vi ska identifiera och rapportera de brister i serviceutbudet som gör att klientens behov inte blir tillgodosedda. Sammanställda brister rapporterar vi till chefer och ledningsgrupp samt till andra berörda myndigheter.

En av de personliga ombudens styrkor ligger i att vi har tid att skapa relationer, som är grunden för klientarbetet. Tillsammans gör vi en kartläggning som blir den handlingsplan vi arbetar utifrån. Vi arbetar långsiktigt och stödjer klienten i att skapa goda relationer med olika myndigheter.

Vi arbetar också uppsökande vilket innebär att vi åker runt och informerar om vilka vi är. Vi försöker också få kontakt med dem som är allra mest utsatta och ensamma. Under året har vi haft tillgång till en jurist som bekostas av IFS (Intresseföreningen för schizofreni och liknande psykoser).

Liksom tidigare år så har ombuden under 2019, vid behov, arbetat och hjälpt varandra över kommungränserna. Att arbeta tillsammans ökar klienternas möjlighet att få hjälp och minskar den kö som kan uppstå när behovet av stöd är stort.

Enligt Regeringen skall verksamheten för Personligt ombud bedrivas i samarbete med andra huvudmän.

Ombuden för Tomelilla/Sjöbo/Simrishamn har under 2019 haft en gemensam ledningsgrupp. Detta eftersom kommunerna ligger nära varandra geografiskt och på så sätt redan har ett naturligt samarbete.

I ledningsgruppen ingår: förvaltningschefer, öppenvård psykiatri, Personliga ombud, IFS (Intresseföreningen för schizofreni och liknande psykoser), RSMH (Riksförbundet för social/mental hälsa), BISAM (Brukarinflytandesamordnare), Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt Primärvården.

Ledningsgruppen har träffats tre gånger under 2019. Ledningsgruppens roll och sammansättning är avgörande för att skapa goda förutsättningar för arbetet som personligt ombud. Arbetet i ledningsgruppen har varit mycket givande och utvecklande.

Systembrister och skrivelser som vi rapporterat under året:

- Svårigheter att framföra synpunkter/klagomål hos Överförmyndarenheten samt att få återkoppling på dessa. Överförmyndarenheten har tagit del av rapporten och kommer att se över sina rutiner. Återkoppling sker till Personliga ombud.
- Lång väntan på utredning, lång väntan mellan utredning och läkarkontakt för insättning av medicin hos öppenvård psykiatri. Inget stöd under denna tid. Ystad har skickat svar om nya rutiner från 20200101. En del har erbjudits samtalsstöd i väntan på första läkartid.
- Fortsatt svårt att ta del av de förmåner som ingår i socialförsäkringen (Försäkringskassan) med hänvisning till bristfälliga läkarintyg och striktare krav som följer med deras arbete. Pågående arbete med Försäkringskassan samt sjukskrivande läkare.
- Lyft frågan till Försäkringskassan om hur deras serviceskyldighet gällande behovet av stöd vid överklagningar ser ut. Svaret vi fått ta del av är att de endast har en informationsskyldighet.
- Receptionernas utformning inom Socialtjänsten utgör en sekretessproblematik.

Handledning.

Under året har ombuden haft extern lösningsfokuserad handledning två timmar var tredje vecka. Däremellan har ombuden träffats vid behov för intern handledning och planering.

Arbetsmiljön

Arbetet som personligt ombud är ett fristående ensamarbete och våra möten sker där klienterna önskar. För att underlätta och säkerställa kvalitén i vårt arbete så har vi fortsatt att hjälpa varandra över kommungränserna. I den uppsökande verksamheten arbetar vi alltid två ombud tillsammans. Under 2019 har efterfrågan av stöd ifrån Personliga ombud varit stor. Uppdragen har varit komplexa, tidskrävande samt att det i många fall rör hela familjer.

Under året har Personliga ombuden deltagit i följande aktiviteter:

- Nätverksmöten för personliga ombud i Skåne.
- Ypos konferens i Malmö med Personliga ombud.
- Utbildning, Hantera hot och våld.
- Föreläsningen där Arbetsförmedling/Försäkringskassan informerade om nuläget i organisationerna och deras samverkan.
- Ombuden har utbildat blivande väktare i suicidprevention (Första hjälpen i psykisk hälsa).
- Informerat privata samt myndighetsaktörer om vår verksamhet.
- Besökt Freezonen i Ystad och fått information om deras verksamhet.
- Halvdagsutbildning med Näkkve Balldin gällande bemötande av personer med neuropsykiatriska diagnoser.
- Informerat Gode män och medlemmar ifrån RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) gällande ansökning av fonder/stipendier.

Iakttagelser 2019:

- Arbetsförmedlingens nedrustning har påverkat målgruppen som är i stort behov av ett nära individuellt stöd. Avsaknaden av personligt stöd innebär att fler vänder sig till kommunala verksamheter.
- Digitaliseringen har för en del försvårat tillgängligheten och möjligheten att göra ansökningar, rapportera, göra ändringar m.m. Detta på grund av att man ej har de tekniska hjälpmedel som krävs samt att man har ett behov av personligt stöd.
- Under den senare delen av 2019 så har vi uppmärksammat en ökning av den yngre målgruppen med neuropsykiatriska diagnoser.
- De klienter vi möter påtalar att de har svårt att göra sina röster hörda samt att de har svårt att få hjälp utifrån sina förutsättningar.
- Återkommande är klienternas upplevelse av brist på ett gott bemötande och kunskap om psykisk ohälsa hos olika myndigheter.
- Fortsatta svårigheter att få ersättning ifrån Försäkringskassan gör att fler vänder sig till kommunen för sin försörjning.

Det finns många goda hjälpare inom samtliga myndigheter där ett gott bemötande och god kunskap om psykisk ohälsa gör stor skillnad för våra klienter. Dessa möten stärker klienterna både i tron på sig själva och på samhället och är viktiga för återhämtningen.

Sjöbo 8 januari 2019


Stefan Wendel


Susie Svensson

Verksamhetsplan gällande Personliga ombud i Simrishamn/Sjöbo/Tomelilla kommuner år 2020

- Kompetenshöjning via utbildning.
- Samtliga ombud har behov av att gå utbildning gällande "Våld i nära relationer"
- Nya ombudet Mikael Cadier vill gå introduktionsutbildningen för Personligt ombud.
- Vi kommer att:
- Delta i de utbildningstillfällen som är relevanta för vår yrkesroll.
- Delta i nätverksmöten för PO i Skåne en gång på våren och en gång på hösten samt vid den årliga nationella konferensen som anordnas av YPOS, Yrkesföreningen för personliga ombud Sverige.
- Avsätta ett tillfälle i månaden för genomgång och rapportering av brister.
- Träffas en gång i veckan för ärendehantering/ intern handledning. Utöver detta en planeringsdag/teamdag per termin.
- Fortsatt hjälpa varandra över kommungränserna. Detta för att verksamheterna ska kunna fungera så optimalt som möjligt.
- Regelbundet avsätta tid för uppsökande verksamhet i alla kommunerna-
- Fortsätta med extern handledning för Nåkkve Balldin var tredje vecka.

Simrishamn den 11 december 2019



Mikael Cadier



Susie Svensson



Stefan Vendel



Anna Halonen

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-10

Dnr

2020/10

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed

Administrativ chef vård och
omsorgsförvaltningen

Uppdaterad delegationsordning vård- och omsorgsnämnden fr o m 1 februari 2019

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden fastställer uppdaterad Delegationsordning avseende vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde, att gälla fr o m 2020-02-01
2. Fleråriga avtal och andra övergripande handlingar inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde undertecknas av ordförande Berit Lundström, med vice ordförande Lena Blennow-Andersson som ersättare och kontrasigneras av förvaltningschef Eva Gustafsson, med verksamhetschef Christin Andersson som ersättare.
3. Beslut om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden, Lex Sarah, fattas av förvaltningschef Eva Gustafsson, med verksamhetschef Christin Andersson som ersättare.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om delegationsordning att gälla inom nämndens verksamhetsområde. Nu gällande delegationsordning är från 1 juli 2017 och behöver aktualiseras.

Enligt Kommunfullmäktiges reglemente för vård- och omsorgsnämnden § 18, skall avtal, andra handlingar och skrivelser som beslutas av vård- och omsorgsnämnden undertecknas av ordföranden eller vid förfall för denna av vice ordförande och kontrasigneras av anställd som nämnden bestämmer.

Beslutsunderlag

Förslag till uppdaterad delegationsordning för vård och omsorgsnämndens verksamhetsområde

Beslutet skickas till

Chefer inom vård och omsorg, Biståndshandläggare/LSS-handläggare, Handläggare bostadsanpassningsbidrag, Avgiftshandläggare

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed

Administrativ chef vård och omsorgsförvaltningen

0416-27234



Delegationsordning

för

vård- och omsorgsnämndens
verksamhetsområde

FÖRSLAG
fr o m 2020-02-01

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Delegering allmänt.....	3
Beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), 1.....	5
Beslut enligt socialtjänstförordning, god man/förvaltare), 2.....	9
Beslut enligt lagen om stöd och service till Vissa funktionshindrade (LSS), 3	9
Beslut enligt Hälso- och sjukvårdslag samt Patientsäkerhetslagen, 4	15
Beslut enligt Lag om bostadsanpassningsbidrag, 5	15
Beslut enligt Offentlighets- och sekretesslag, 6.....	16
Överklaganden, yttranden mm, 7	17
Personaladministrativa ärenden, 8	22
Upphandling, 9.....	24
Övrigt, 10	24
Ersättare vid förfall för ordinarie delegat.....	26
Undertecknande av handlingar.....	27

Delegering – allmänt

Att delegera innebär att flytta över beslutanderätt. Delegering kan ske både från fullmäktige till nämnd och från nämnd till utskott, förtroendevalda och anställda. Den som fått beslutanderätt från en nämnd brukar kallas delegat.

När en nämnd delegerar sin beslutanderätt träder delegaten helt i nämndens ställe. Delegationsbeslut är juridiskt sett ett nämndsbeslut. Detta betyder bl a att delegatens beslut kan överklagas på samma sätt som nämndens och besluten kan inte ändras av nämnden. Däremot kan nämnden när som helst återkalla eller ändra på ett givet delegeringsuppdrag.

En delegat kan avstå från sin rätt att besluta och istället hänskjuta ärendet till nämnden i sin helhet.

Nämndernas delegeringsrätt

Kommunallagens bestämmelser begränsar till viss del nämndernas rätt att delegera. Sålunda får inte beslut som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet delegeras. Begränsning finns även för vissa yttranden, myndighetsutövning mot enskilda av principiell beskaffenhet samt vissa ärendetyper i olika specialförfattningar.

Nämnden avgör själv inom ramen för sin beslutanderätt, vad som ska delegeras och till vem. I syfte att kontrollera eller begränsa ett delegeringsuppdrag kan nämnden ställa upp villkor. Det kan vara ekonomiska begränsningar, krav på tjänstemannaföredragning eller samråd med någon annan innan beslut fattas. Uppdraget kan också begränsas till att endast avse positiva beslut.

En nämnd kan delegera beslutanderätten till utskott, ledamot eller ersättare i nämnden eller till anställd i kommunen. Delegering till anställd tillsammans med förtroendevald, s k blandad delegering är inte tillåten. Det är inte heller tillåtet att delegera till flera anställda i grupp eller till anställd hos en annan kommun eller hos ett kommunalt bolag.

Vidaredelegering tillåts enbart från förvaltningschef till annan anställd och kan förekomma enbart om nämnden tillåtit detta.

Beslutanderätt eller ren verkställighet

Ett delegeringsuppdrag ska föra över en rätt till delegaten att fatta självständiga beslut. Beslut av rent förberedande eller rent verkställande art faller utanför den självständiga beslutanderätten och ska därmed inte delegeras.

Gränsdragningen mellan beslut som kräver delegering och ren verkställighet kan ibland vara svår att göra. Bedömningen är bl a

beroende av beslutets innehåll och rättsverkan samt från om det finns utrymme för egna överväganden. Exempel på rent verkställande åtgärder är avgiftsdebitering enligt fastställd taxa, beviljande av rättigheter som följer direkt av författning eller kollektivavtal samt MBL-förhandlingar. Med högre grad av målstyrning ökar området för verkställighetsärenden.

Överklagande av delegeringsbeslut

Samtliga delegeringsbeslut ska dokumenteras skriftligt. Uppgift om hur ärendet kan överklagas ska alltid anges på beslutet. Tiden för överklagandet är tre veckor och räknas antingen

- från det att parten fått del av beslutet (förvaltningsbesvär) eller
- från det datum då protokollet från det sammanträde, där delegationsbeslutet anmälts, anslagits på kommunens anslagstavla (kommunalbesvär).

Anmälan av delegeringsbeslut

Alla beslut som har fattats med stöd av delegering ska anmälas till nämnden nästföljande sammanträde på följande sätt:

- Beslut av förtroendevalda

Arbetsutskottets beslut: protokollet översänds till nästkommande nämndssammanträde. Enskilda ärenden endast till ledamöter.

Ordförandebeslut: delegeringslistor över beslut, med beslutsdatum från kalendermånaden före sammanträdet, skriv ut och föreligger vid nämndens sammanträde.

- Tjänstemannabeslut

Personalärenden: beslutsunderlagen numreras och finns tillgängliga i pärm vid nämndens sammanträde och på vård- och omsorgsförvaltningen.

Övriga ärenden: delegeringslistor över beslut med beslutsdatum från kalendermånaden före sammanträdet, finns tillgängliga i pärm vid nämndens sammanträde och på vård- och omsorgsförvaltningen.

Vid varje nämndssammanträde redovisas minst två urvalsärende från vård- och omsorgsförvaltningen

DELEGERINGSFÖRTECKNING				
Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	OMSORG OM ÄLDRE OCH FUNKTIONSHINDRADE SAMT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD (Ang överklagande, yttranden m m se avsnitt 10)			
1	Socialtjänstlagen, SoL			
1.1	Beslut om att inleda utredning	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Beslut om att inleda utredning behöver inte anmälas separat till nämnden
	Beslut om att utredning inte ska inledas, att utredning inte ska föranleda någon åtgärd eller att inledd utredning ska läggas ned	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
1.2	Beslut om bistånd i form av hemtjänst	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
	Beslut om bistånd i form av hemtjänst, insatsen tillsyn för LSS-personkrets	4 kap 1 § SoL	LSS-handläggare	

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
1.3	Beslut om bistånd i form av särskild boendeform - för äldre och funktionshindrade - särskilt boende för LSS personkrets	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare	
1.4	Ansökan om särskilt boende från boende i annan kommun	4 kap 1 § SoL	Arbetsutskott	
1.5	Beslut om bistånd i form av avlastningsplats/växelvård/korttidsboende mm	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
1.6	Beslut om bistånd i form av plats i dagverksamhet (t ex för dementa/social stimulans)	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
1.7	Beslut om bistånd i form av daglig sysselsättning för psykiskt funktionshindrade	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare, LSS-handläggare	
1.8	Beslut om - bistånd till avlösarservice - bifall till ansökan om bistånd till ledsagarservice enligt fastställda riktlinjer (upp till 15 timmar/månad) - bifall till ansökan om bistånd till ledsagarservice utöver fastställda riktlinjer (över 15 timmar per månad)	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare Biståndshandläggare Arbetsutskott	
1.9	Anvisning av lägenhet till Kärnans, Ängsgårdens och Solkullens servicelägenheter.		Biståndshandläggare	
1.10	Beslut om bistånd i form av - kontaktperson - boendestöd för LSS personkrets - boendestöd för psykiskt funktionshindrade	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS handläggare Biståndshandläggare	Beslut om arvode i enlighet med Sveriges kommuner och landstings (SKL) riktlinjer betraktas som verkställighet.

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	- boendestöd för dementa personer - vård genom anhörig/närstående i hemmet		Biståndshandläggare Arbetsutskott	
1.11	Beslut om avgift	8 kap 2 § SoL	Assistent avgifter	
1.12	Jämkning av avgift för hemtjänst, service och omvårdnad samt boende p g a	8 kap 2 § SoL		
	- Dubbla boendekostnad månad 1 - Dubbla boendekostnad månad 2-3		Assistent, avgifter	Enligt riktlinjer
	- Dubbla boendekostnad månad 2-3 - Låg betalningsförmåga		Administrativ chef Administrativ chef	Enligt riktlinjer Enligt riktlinjer
	- Jämkning utöver riktlinjer		Arbetsutskott	
1.13	Beslut om anstånd med avgift upp till 2 månader	4 kap 2 § SoL	Assistent, avgifter	
1.14	Beslut om amorteringsplan	4 kap 2 § SoL	Administrativ chef	Enligt kommunens riktlinjer för kravhantering
1.15	Beslut om nedskrivning av eller befrielse från skuld avseende debiterad avgift inom äldre- och handikappområdet	4 kap 2 § SoL	Arbetsutskott	

DELEGERINGSFÖRTECKNING				
Nr	Ärende	Lagrums	Delegat	Anmärkning
1.16	Beslut om köp av boende i annan kommun eller hos annan vårdgivare	4 kap 1 § SoL	Arbetsutskott I brådskande ärende Förvaltningschef VO	3 OBS! Samordnad upphandling. Avtalsdatabas: www.upph.kfsk.se
2	Socialtjänstförordning, SoF	5 kap. 3 § SoF	Biståndshandläggare Verksamhetschefer Enhetschefer LSS-handläggare	
2.1	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man/ förvaltare			
2.2	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av förvaltare inte längre föreligger	5 kap. 3 § SoF	Biståndshandläggare Verksamhetschefer Enhetschefer LSS-handläggare	
3	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS			
3.1	Beslut om personkretstillhörighet	1 § LSS	Enhetschef myndighet	Beslut om personkrets- tillhörighet fattas inte särskilt utan är en del av beslut om insats enligt 9 § LSS. Beslut

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
3.2	Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistent. - Upp till 20 timmar/vecka - Över 20 timmar/vecka - Över 50 timmar per vecka	7§ och 9 § 2. LSS	LSS-handläggare Enhetschef myndighet Arbetsutskott	om personkretstillhörighet kan följaktligen inte heller överklagas särskilt.
3.3	Ledsagarservice - bifall till ansökan om bistånd till ledsagarservice upp till 25 timmar/månad - bifall till ansökan om bistånd till ledsagarservice över 25 timmar/månad	7 § och 9 § 3. LSS	LSS-handläggare Arbetsutskott	
3.4	Biträde av kontaktperson	7 § och 9 § 4. LSS	LSS-handläggare	
3.5	Avlösarservice i hemmet - inom kommunens verksamhet	7 § och 9 § 5. LSS	LSS-handläggare	

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	- annan		Arbetsutskott	
3.6	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet - inom kommunens verksamhet - annan	7 § och 9 § 6. LSS	LSS-handläggare Arbetsutskott	
3.7	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anknytning till skoldagen samt under lov - inom kommunens verksamhet - annan	7 § och 9 § 7. LSS	LSS-handläggare Arbetsutskott	
3.8	Beslut om boende i familjehem för barn och ungdomar	7 § och 9 § 8. LSS	Arbetsutskott	
3.9	Beslut om boende i bostad med särskild service för barn och ungdomar - inom kommunens boenden - inom boenden som drivs av annan	7 § och 9 § 8. LSS	LSS-handläggare Arbetsutskott	OBS! Samordnad upphandling. Avtalsdatabas: www.upph.kfsk.se
3.10	Beslut om boende för vuxna i bostad med särskild service etc.			

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	- inom kommunens boenden - inom boenden som drivs av annan	7 § och 9 § 9. LSS	LSS-handläggare Arbetsutskott	OBS! Samordnad upphandling. Avtalsdatabas: www.upph.kfsk.se
3.11	Beslut om daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig - inom kommunens verksamhet - annan	7 § och 9 § 10. LSS	LSS-handläggare Arbetsutskott	Personkrets 1 och 2 OBS! Samordnad upphandling. Avtalsdatabas: www.upph.kfsk.se
3.12	Beslut om att utbetala assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen	11 § LSS	LSS-handläggare	
3.13	Beslut om upphörande av insats enligt LSS		LSS-handläggare	
3.14	Beslut om återbetalningsskyldighet	12 § LSS	Arbetsutskott	

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
3.15	Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för person som - insats i form av boende - övriga insatser	16 § 2 st. LSS	LSS-handläggare efter samråd med enhetschef myndighet LSS-handläggare	
3.16	Beslut om att utreda behoven för enskild på tillfälligt besök i kommunen och besluta om insatser enligt LSS	16 § 3st. LSS	LSS-handläggare	
3.17	Beslut om avgift från föräldrar vars barn är under 18 år och får omvårdnad i ett annat hem än det egna	20 § LSS, 5 § LSS-förordningen, 6 kap 2-4 § SoF	LSS-handläggare	Beslutet är inte överklagbart.
3.18	Godkännande av familjehem/stödfamilj/korttidsvistelse i familjehem	6 kap 6 § SoL	Arbetsutskott	Ett beslut om att bereda en underårig vård i ett visst familjehem är att betrakta som ett medgivande enligt 6 kap 6 §. Utredning av familjehemmet ska alltid ske.

DELEGERINGSFÖRTECKNING

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmärkning
3.19	Beslut om ersättning till familjehem och kontaktperson (arvode och omkostnadsersättning) - enligt riktlinjer - övrigt		Arbetsutskott	Uppdraget skall regleras med avtal med familjehemmet Beslut om att följa Sveriges kommuner och landstings (SKL) riktlinjer har fattats av vård- och omsorgsnämnden. Uppräkning med basbeloppsförändring betraktas som verkställighet.
3.20	Anmälan till överförmyndare att person som omfattas av LSS är i behov av förmyndare, förvaltare eller god man	15 § 6. LSS	LSS-handläggare Enhetschef LSS Verksamhetschef	
3.21	Anmälan till överförmyndare att förmyndare, förvaltare eller god man inte längre behövs	15 § 6. LSS	LSS-handläggare Enhetschef LSS Verksamhetschef	

4	Hälso- och sjukvårdslag/ Patientsäkerhetslag	Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)		
4.1	Beslut om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada	3 kap 5 § Patientsäkerhetslage n (SFS 2010:659)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Vårdgivaren ansvarar för att Lex Mariaanmälningar görs.
4.2	Hälso- och sjukvårdslag Avtal med annan kommun om tillfälliga hälso- och sjukvårdsinsatser	HSL 15 kap 1§	Enhetschef hemsjukvård/rehab	
5	Lag om bostadsanpassningsbidrag			
5.1	Beslut om bostadsanpassningsbidrag m m - under 50 000 kr förslag höjt belopp - däröver	5-20 §§ Lag (2018:222) om bostadsanpassnings- bidrag	Handläggare bostads- anpassningsbidrag Arbetsutskott	
5.2	Beslut om återbetalning av erhållet bidrag	21 § Lag (2018:222) om bostadsanpassnings- bidrag	Arbetsutskott	

6	Offentlighets- och Sekretesslag , OSL (Ang överklagande, yttranden m m se avsnitt 10)			Beslut om att lämna ut handling fattas av den som har handlingen i sin vård om inte annat framgår av delegationsordningen
6.1	Beslut om avslag på begäran om utlämnande av allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	2 kap 14 § TF, 6:e kap OSL, HSL	Förvaltningschef VO Administrativ chef Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
6.2	Beslut att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte	12 kap 6 § SoL	Förvaltningschef VO	

7	Överklaganden, yttranden och anmälningar mm till domstol, åklagarmyndighet och andra myndigheter			
7.1	Beslut om att föra talan i ärenden eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol	10 kap 2 § SoL	Förvaltningschef VO	
7.2	Utseende av ombud att föra nämndens talan	10 kap 2 § SoL	Förvaltningschef VO	
7.3	Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i SoL-, LVU- och LVM-ärenden samt ärenden enligt Lagen om bostadsanpassningsbidrag där ursprungsbeslutet fattats av delegat	10 kap 1-2 §§ SoL, 3 kap 10 §, 6 kap 33 §, 34 § 3. KL och § 18 Lagen om bostadsanpassningsb idrag	Enhetschef myndighet Handläggare bostadsanpassning	Beslutet avser inte myndighetsutövning mot enskilda i ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt (jfr RÅ 1994 ref 67). Avser beslut fattade av biståndshandläggare/LSS- handläggare Avser beslut fattade av handläggare bostadsanpassningsbidrag

	- överklagande och begäran om inhibition		Förvaltningschef VO	
7.4	Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i LSS-ärende.	27 § LSS, 6 kap 33 § och 34 § 3. KL		
	- yttrande		Enhetschef myndighet	
	- överklagande och begäran om inhibition		Förvaltningschef VO	
7.5	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i SoL-ärenden och ärenden enligt lagen om bostadsanpassningsbidrag.	10 kap 1-2 §§ SoL, § 18 Lagen om bostadsanpassningsbidrag, 6 kap 36 § KL	Ordförande vård- och omsorgsnämnden	Ursprungsbeslutet fattat av nämnd eller utskott men brådska råder eller nämnd-/utskottssammanträdet kan inte avvaktas.
7.6	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i LSS-ärenden	27 § LSS, 6 kap 36 § KL	Ordförande vård- och omsorgsnämnden	Ursprungsbeslutet fattat av nämnd eller utskott men brådska råder eller nämnd-/utskottssammanträdet kan inte avvaktas.
7.7	Beslut huruvida omprövning ska ske samt omprövning av beslut	27 § FvL	Delegaten i ursprungsbeslutet	

7.8	Prövning av att överklagande skett i rätt tid och avvisning av överklagande som inkommit för sent	24 § 1st. FvL	Resp handläggare	
7.9	Avvisande av ombud - när beslut fattas av arbetsutskott - när beslut fattas av biståndshandläggare /LSS-handläggare - när beslut fattas av övriga enligt delegationsförteckning	9 § FvL	Arbetsutskott Enhetschef myndighet Förvaltningschef	
7.10	Uppgiftslämnande till smittskyddsläkare	6 kap 9 §, Smittskyddslagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
7.11	Anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen	2 kap Smittskyddslagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
7.12	Beslut om att ersätta enskild person kund/vårdtagare/brukare för egendomsskada vid myndighetsutövning som förorsakats av personal - upp till ett belopp av 1 000 kr	3 kap 2 § skadeståndslagen	Verksamhetschef Enhetschef hemsjukvård/rehab Enhetschef myndighet Administrativ chef Förvaltningschef	Inom respektive ansvarsområde

	- över 1 000 kr		Arbetsutskott	
7.13	Beslut om att ersätta personal för egendomsskada när Vårdtagare/Boende skadar personals tillhörigheter - upp till ett belopp av 1 000 kr - över 1 000 kr	3 kap 2 § skadeståndslagen	Verksamhetschef Enhetschef hemsjukvård/rehab Enhetschef myndighet Administrativ chef Förvaltningschef Förvaltningschef	Inom respektive ansvarsområde
7.14	Beslut om att ersätta personal för egendomsskada när personal i sin yrkesutövning skadar egna tillhörigheter	3 kap 2 § skadeståndslagen	Arbetsutskott	
7.15	Yttrande till tillsynsmyndighet	13 kap 2 § SoL	Delegeras ej	Tillsynsmyndighet är Inspektionen för vård- och omsorg, länsstyrelsen i resp län, JO och JK. I första hand bör nämnden avge yttrande på grund av ärendets principiella betydelse.

7.16	Anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg om missförhållanden i kommunens egen verksamhet.	SOSFS 2011:5 14 kap 3 § SoL	Förvaltningschef VO	Lex Sarah
7.17	Beslut om polisanmälan angående - brott mot den egna verksamheten - brott mot enskild kund/vårdtagare/brukare om det finns misstanke om att kommunens personal är inblandad	12 kap 10 § SoL och 10 kap 2§ OSL	Verksamhetschef Enhetschef hemsjukvård/rehab Enhetschef myndighet Administrativ chef Förvaltningschef	Inom respektive ansvarsområde
8	PERSONALADMINISTRATIVA ÄRENDEN			
8.1	Anställa Verksamhetschefer, MAS, Enhetschef hemsjukvård/rehab, enhetschef myndighet samt administrativ chef		Förvaltningschef VO	Presidiet skall ges möjlighet att närvara vid anställningsintervjun
8.2	Anställa enhetschefer		Verksamhetschef inom resp område	
8.3				

8.4	Anställa hälso- och sjukvårdspersonal/rehabpersonal Anställa handläggare SoL och LSS	Enhetschef hemsjukvård/ rehab Enhetschef myndighet	
8.5	Anställa övrig personal	Enhetschef/Verksamhets- chef för resp enhet <i>Enhetschef adm för central adm</i>	Delegationen gäller i första hand till enhetschef. I de fall Verksamhetschefen tillika är enhetschef gäller delegationen Verksamhetschef. Tidsbegränsad anställning/vik på kortare tid är en verkställighetsåtgärd
8.6	Bevilja tjänstledighet för enskild angelägenhet	Den delegat som tar anställningsbesluten.	Enligt gällande riktlinjer
8.7	Bevilja s k intern tjänstledighet upp till 12 mån	Den delegat som tar anställningsbesluten.	Enligt gällande riktlinjer
8.8	Beslut rörande innehav av bisyssla	Den delegat som tar anställningsbesluten	
8.9	Beslut om avstängning enligt AB	Förvaltningschef VO	

8.10	Beslut om omplacering inom egen förvaltning		Förvaltningschef VO	
8.11	Beslut om avsked		Förvaltningschef VO	
8.12	Beslut om disciplinär åtgärd enligt AB		Förvaltningschef VO	
9	Upphandling			
9.1	Beslut att inleda upphandling och infordra anbud	LOU	Förvaltningschef VO Arbetsutskottet	Upphandlingar upp till 600 000 kr/ år Upphandlingar över 600 000 kr/år
9.2	Beslut om vem som ska öppna anbud	LOU	Förvaltningschef VO	
9.3	Beslut om att förkasta anbud och avbryta upphandling då anbud ej uppfyller uppsatta krav	LOU	Förvaltningschef VO	
9.4	Anta anbud och fatta tilldelningsbeslut	LOU	Arbetsutskottet Ordförande i brådska- reärenden	Direktupphandling är verkställighet. Direktupphandlingsgräns 2020: 615 312 kr

				OBS Formkrav enligt riktlinjer för direktupphandling
9.5	Tilldelningsbeslut vid samordnad upphandling.	LOU	Verksamhetschef kost för livsmedel. Förvaltningschef VO för övrigt.	
10	Övrigt			
10.1	Beslut om deltagande i kurser och konferenser för nämndens ledamöter.		Avseende ledamot i nämndens presidium: Kommunstyrelsens ordförande. Avseende övriga ledamöter: Ordförande/vice ordförande	
10.2	Beslut i brådsakande ärenden där nämndens avgörande inte kan avvaktas	KL 6 kap 36 §	Ordförande vård- och omsorgsnämnden	
10.3	Brandskydd		Förvaltningschef VO	
10.4	Arbetsmiljö		Förvaltningschef VO	
10.5	MBL-förhandling	MBL	Enhetschef inom resp enhet	

10.6	Rätt att begära registrering i HSA-katalog av ny personpost, förändring eller avregistrering av personpost, begäran om beställning av SITHS kort eller Reservkort samt internkontroll av innehåll i HSA katalog
10.7	Rätt att underteckna avtal inom verksamhetsår inom budgetbelopp

Verksamhetschef inom resp verksamhetsområde Förvaltningschef förvaltningsövergripande	
Enhetschef inom resp enhet Förvaltningschef VO	
Budgetansvarig för respektive verksamhet	Avtalsvärde inom direktupphandlingsgräns,. Se upphandlingspolicy Övergripande avtal undertecknas av Ordförande i vård- och omsorgsnämnden och kontrasigneras av Förvaltningschef

Ersättare vid förfall för ordinarie delegat

1. Vid förfall för Verksamhetschef särskilt boende/LSS-boende tas beslutanderätten över av Verksamhetschef hemtjänst, socialpsykiatri, LSS
2. Vid förfall för Verksamhetschef hemtjänst, socialpsykiatri, LSS tas beslutanderätten över av Verksamhetschef särskilt boende/LSS-boende.
3. Vid förfall för enhetschef tas beslutanderätten över av resp Verksamhetschef,
4. Vid förfall för handläggare bostadsanpassningsbidrag tas beslutanderätten över av
särskilt utsedd personlig ersättare
5. Vid förfall för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tas beslutanderätten över av
enhetschef hemsjukvård/rehab
6. Vid förfall för administrativ chef tas beslutanderätten över av enhetschef administration
7. Vid förfall för enhetschef hemsjukvård/rehab tas beslutanderätten över av
Verksamhetschef hemtjänst, socialpsykiatri, LSS
8. Vid förfall för enhetschef myndighet tas beslutanderätten över av förvaltningschef VO
9. Vid förfall för förvaltningschef VO tas beslutanderätten över av Verksamhetschef särskilt boende/LSS-boende

Undertecknande av övergripande avtal, fleråriga avtal samt andra övergripande handlingar inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde

Enligt Kommunfullmäktiges reglemente för vård- och omsorgsnämnden §18, skall avtal, andra handlingar och skrivelser som beslutas av vård- och omsorgsnämnden undertecknas av ordföranden eller vid förfall för denna av vice ordförande och kontrasigneras av anställd som nämnden bestämmer.

Avtal och andra övergripande handlingar inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde skall undertecknas av ordförande, med vice ordförande som ersättare och kontrasigneras av förvaltningschef, med verksamhetschef särskilt boende/LSS-boende om ersättare.

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-10

Dnr

2020/9

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Revisorernas granskning av intern kontroll

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Sammanfattning av ärendet

Kommunens revisorer har genomfört granskning avseende kommunstyrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll

Beslutsunderlag

Granskning

Beslutet skickas till

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef



Revisionen

Kommunstyrelsen
 Familjenämnden
 Samhällsbyggnadsnämnden
 Vård- och omsorgsnämnden
 Tekniska nämnden

För kännedom:
 Kommunfullmäktige

Granskning av intern kontroll

Sjöbo kommuns revisorer, har utifrån en bedömning av väsentlighet och risk, beslutat att genomföra en granskning av nämndernas arbete med intern kontroll. Granskningens revisionsfråga har varit om nämnderna och kommunstyrelsen säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Efter genomförd revision och genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi bedömningen att *kommunstyrelsen, familjenämnden, samhällsbyggnadsnämnden samt omsorgsnämnden inte helt säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig. Tekniska nämnden säkerställer i allt väsentligt att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.* Vi gör följande bedömningar och rekommendationer utifrån granskningens kontrollmål:

- Enligt vår mening finns det ingen samsyn för hur internkontrollarbetet ska ske i kommunen. Alla nämnder hanterar riskanalys, internkontrollplan och uppföljning av denna på skilda sätt, vilket också försvårar kommunstyrelsens uppföljningsarbete. Vi ser positivt på det material som kommunstyrelsen tagit fram för att kunna skapa en mer gemensam bild av intern kontroll i kommunen.

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

- förslaget till nytt reglemente med tillhörande handlingar behandlas av kommunstyrelsen för att få en mer enhetlig struktur på arbetet med internkontroll
- samtliga av de granskade nämnderna och kommunstyrelsen säkerställer att risk- och väsentlighetsanalysen dokumenteras samt att förtroendevalda i nämnderna respektive kommunstyrelsen är delaktiga i processen
- de granskade nämnderna tar fram anvisningar för den interna kontrollen i enlighet med reglementet för intern kontroll. Vi rekommenderar även att kommunstyrelsen följer upp nämndernas arbete med att ta fram anvisningar

- nämnderna och kommunstyrelsen i sitt fortsatta arbete med intern kontroll tydliggör återkommande rapporteringstillfällen under verksamhetsåret.
- nämnderna och kommunstyrelsen tillser att rapportering sker senast i januari varje år i enlighet med reglementet
- kommunstyrelsen ser över möjligheten att införa kommunövergripande kontrollaktiviteter för att på så vis skapa förutsättningar för nämndsövergripande jämförelser av den interna kontrollen. Detta kan även sägas vara ett sätt att stärka kommunstyrelsens uppsikt över verksamheterna.
- kommunstyrelsen tillser att utbildning gällande intern kontroll genomförs för nämnderna och förvaltningarna för att tydliggöra den interna kontrollens syfte och funktion

Revisorerna önskar svar från kommunstyrelsen, familjenämnden samhällsbyggnadsnämnden, vård- och omsorgsnämnden samt tekniska nämnden senast 2020-01-31 gällande redovisade bedömningar och rekommendationer.

Gert Ask
Ordförande



Granskning av kommunstyrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll

Sjöbo kommun

Carl-Gustaf Folkesson, certifierad kommunal revisor

Emma Ekstén

Innehållsförteckning

1.	Inledning	4
1.1.	Bakgrund	4
1.2.	Syfte och Revisionsfråga	4
1.3.	Revisionskriterier	4
1.4.	Kontrollmål	4
1.5.	Avgränsning	4
1.6.	Metod	5
2.	Inledning	6
2.1.	Reglemente för intern kontroll	6
3.	Nämndernas arbete med intern kontroll	7
3.1.	Kommunstyrelsen	7
3.1.1.	Iakttagelser	7
3.1.2.	Bedömning	10
3.2.	Familjenämnden	11
3.2.1.	Iakttagelser	11
3.2.2.	Bedömning	12
3.3.	Samhällsbyggnadsnämnden	13
3.3.1.	Iakttagelser	13
3.3.2.	Bedömning	15
3.4.	Vård- och omsorgsnämnden	15
3.4.1.	Iakttagelser	15
3.4.2.	Bedömning	17
3.5.	Tekniska nämnden	18
3.5.1.	Iakttagelser	18
3.5.2.	Bedömning	19
4.	Revisionell bedömning	21
4.1.	Rekommendationer	22

Sammanfattning

Efter genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi den revisionella bedömningen att kommunstyrelsen, familjenämnden, samhällsbyggnadsnämnden samt vård- och omsorgsnämnden *inte helt* säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Vi bedömer vidare att tekniska nämnden *i allt väsentligt* säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Enligt vår mening finns det ingen samsyn för hur internkontrollarbetet ska ske i kommunen. Alla nämnder hanterar riskanalys, internkontrollplan och uppföljning av denna på skilda sätt, vilket också försvårar kommunstyrelsens uppföljningsarbete. Vi ser positivt på det material som kommunstyrelsen tagit fram för att kunna skapa en mer gemensam bild av intern kontroll i kommunen. Nedan redovisas en sammanfattning utifrån vår bedömning utifrån kontrollmål och sammanfattande revisionell bedömning.

	Dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys	Upprättad internkontrollplan	Rapportering	Upprättat åtgärder vid brister	Revisionell bedömning
Kommunstyrelsen					
Familjenämnden					
Samhällsbyggnadsnämnden					
Vård- och omsorgsnämnden					
Tekniska nämnden					

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten rekommenderar vi att:

- förslaget till nytt reglemente med tillhörande handlingar behandlas av kommunstyrelsen för att få en mer enhetlig struktur på arbetet med internkontroll
- samtliga av de granskade nämnderna och kommunstyrelsen säkerställer att risk- och väsentlighetsanalysen dokumenteras samt att förtroendevalda i nämnderna respektive kommunstyrelsen är delaktiga i processen

- de granskade nämnderna tar fram anvisningar för den interna kontrollen i enlighet med reglementet för intern kontroll. Vi rekommenderar även att kommunstyrelsen följer upp nämndernas arbete med att ta fram anvisningar
- nämnderna och kommunstyrelsen i sitt fortsatta arbete med intern kontroll tydliggör återkommande rapporteringstillfällen under verksamhetsåret.
- nämnderna och kommunstyrelsen tillser att rapportering sker senast i januari varje år i enlighet med reglementet
- kommunstyrelsen ser över möjligheten att införa kommunövergripande kontrollaktiviteter för att på så vis skapa förutsättningar för nämndsövergripande jämförelser av den interna kontrollen. Detta kan även sägas vara ett sätt att stärka kommunstyrelsens uppsikt över verksamheterna.
- kommunstyrelsen tillser att utbildning gällande intern kontroll genomförs för nämnderna och förvaltningarna för att tydliggöra den interna kontrollens syfte och funktion.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

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

Kommunstyrelsens har det övergripande ansvaret för intern kontroll. Nämndernas ansvar i arbetet med intern kontroll framgår av Kommunallagen 6 kap 6 §: *"Nämnderna skall, var och en inom sitt område, se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt"*. En av revisorernas uppgifter enligt kommunallagen 12 kap 1 § är att *"pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig."* Med begreppet "tillräcklig" avses en bedömning i förhållande till COSO-modellens fem kontrollkomponenter: kontrollmiljö, riskanalys, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt tillsyn.

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

1.2. Syfte och Revisionsfråga

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

- Säkerställer nämnderna och styrelsen att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig?

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterierna för denna granskning har hämtats ur följande:

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

1.4. Kontrollmål

- Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys
- Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalysen
- Rapportering av kontroller sker
- Åtgärder vidtas utifrån brister

1.5. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta samtliga nämnder och kommunstyrelsen.

1.6. Metod

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

Intervjuer har genomförts med respektive internkontrollansvarig för respektive förvaltning samt med kommunens redovisningschef som är övergripande ansvarig för internkontrollarbetet i kommunen.

Rapporten har varit föremål för sakgranskning av de intervjuade.

2. Inledning

2.1. Reglemente för intern kontroll

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av Sjöbo kommuns reglemente för intern kontroll. Reglementet fastställdes av kommunfullmäktige 2011-08-31.

Av reglementet framgår det att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns god intern kontroll. Kommunstyrelsen har också ansvar för att en organisation kring intern kontroll upprättas inom kommunen. Enligt reglementet ska förvaltningsövergripande regler och riktlinjer upprättas.

Respektive nämnd är ytterst ansvarig för den interna kontrollen inom de egna verksamhetsområdena. Nämnderna ska också se till att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Det framgår att det är förvaltningschefen som ansvarar för att lokala regler och anvisningar är utformade så att en god intern kontroll kan upprätthållas. I ansvaret ligger att vederbörande ska leda arbetet med att åstadkomma och upprätthålla en god intern kontroll. Reglerna ska antas av respektive nämnd. Förvaltningschefen är också skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.

Reglementet anger vidare att nämnderna ska anta en särskild plan för uppföljning för intern kontroll och att rapportering ska göras löpande till nämnderna. Nämnderna ska enligt reglementet senast i januari månad efterföljande år rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnden till kommunstyrelsen och rapportering ska samtidigt ske till kommunens revisorer.

I samband med återrapporteringen ska nämnderna göra en självskattning av den interna kontrollen genom att ge ett omdöme utifrån följande skala; svag, tillfredsställande, god eller mycket god.

I reglementet anges att kommunstyrelsen, med utgångspunkt från nämndernas uppföljningsrapporter, ska utvärdera kommunens samlade system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, föranstalta om sådana. Styrelsen ska också informera sig om hur den interna kontrollen fungerar i de kommunala företagen

3. Nämndernas arbete med intern kontroll

3.1. Kommunstyrelsen

3.1.1. Iakttagelser

Risikanalys

För år 2019 finns ingen dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys för kommunstyrelsen. Det framgår av intervju att det inte gjordes något riskanalysarbete inför framtagandet av internkontrollplan år 2019, förutom diskussioner på ledningsgruppsnivå. I kommunstyrelsens antagna internkontrollplan för år 2019 har det specificerats en riskbedömning avseende om risken är kännbar/sannolik eller lindrig/möjlig, men planen innehåller inte någon samlad riskanalys då någon sådan inte gjorts för år 2019.

Internkontrollplan

Kommunstyrelsens internkontrollplan för år 2019 fastställdes på kommunstyrelsens sammanträde 2019-03-13 § 37. Kommunstyrelsen beslutade om följande kontrollområden:

- Styrdokument-Ekonomi
- Hyreskontrakt
- Moms
- Inbetalningsverifikat
- Utbetalning av lön
- Kontroll av avtalstrohet inom inköpsområdet
- Inloggningskonton

Planen innehåller uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Det framgår också en riskbedömning för respektive kontrollområde.

Rapportering

Kommunstyrelsen får en föredragning om den egna verksamhetens uppföljning av internkontroll i samband med bokslutet. Det sker inte några löpande uppföljningar under verksamhetsåret och inte heller exempelvis i samband med delårsrapporten. Uppföljningen av den interna kontrollen för kommunstyrelsens egen verksamhet för år 2018 har rapporterats för kommunstyrelsen 2019-02-13 § 15.

Sammanfattning av genomförda kontroller för år 2019 och vidtagna åtgärder

För år 2019 har det fram till granskningstillfället inte skett någon sammanställning av genomförda kontroller. Internkontrollplanen för kommunstyrelsens egen verksamhet för år 2018 har återrapporterats till kommunstyrelsen vid sammanträdet 2019-02-13 § 15. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 1: Genomförda kontroller 2018

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Verksamhetsplaner	Kontrollera så att planerna uppfyller syftet och att åtgärderna fördelas till enheterna	Nämnderna uppvisar en stor följsamhet i förhållande till de uppdrag som fastställts i samband med den ekonomiska rapporteringen.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Uppföljning av beslut i samband med den ekonomiska rapporteringen	Kontroll så att åtgärder vidtas med anledning av besluten.	Nämnderna uppvisar en lägre följsamhet i kommunens styrmodell för verksamhetsplanering	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Moms	Kontroll så att momsredovisningen är korrekt	Hittade 4 billeasing- och 2 bostadsanpassningsfakturer där de lyft för mycket moms. Hittade 3 representationsfakturer där deltagarförteckning saknades och 1 representationsfaktura där syfte saknades.	Fakturorna har rättats. Det finns inga åtgärder beskrivna med anledning av att deltagarförteckning och syfte saknas. Inga åtgärder beskrivs för att motverka liknande brister framöver.
Utbetalning av lön LAS-dagar - Rätt överfört	Om utbetald lön överensstämmer med anställningsavtalet. Endast timanställda kommer att ses över. Detta på grund av att Vård och Omsorg som har de flesta antalet timanställda centraliserat hanteringen av timanställda till en. Vi har också som målsättning att alla övriga timanställda ska rapportera digitalt under 2018.	Upptäckta felutbetalningar p.g.a. registreringar på löneenheten Det saknas ett anställningsavtal på en person i urvalet.	Åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall.
Rutiner för registrering och avregistrering av stöldbärglig utrustning (IT)	Avstämning av registret	Uppdatering och förbättring av inventarieregistret för IT-utrustning har gjorts under 2018, och det är nu endast mindre brister i registret	Åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall.
Microsoft-licenser	Avstämning av antalet licenser	Antalet licenser har stämts av	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Utbetalningar av föreningsbidrag	Att rätt bidrag betalas ut i rätt tid och att belopp stämmer mot beslut	Resultatet av kontrollerna framgår ej	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Hantering av kommunens konst	Kontrollera att den fysiska placeringen av konst stämmer med konstregistret	Resultatet av kontrollerna framgår ej	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall

Källa: Kommunstyrelsens uppföljning av intern kontroll

Förvaltningen framhåller att under år 2019 har det genomförts kontroller enligt plan, men de ännu inte har rapporterats till kommunstyrelsen.

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt och utvärdering av nämndernas interna kontroll

Kommunstyrelsen samlar varje år in nämndernas internkontrollplaner och godkänner dessa (vilket skedde senast 2019-03-13 § 37). Kommunstyrelsen beslutar att godkänna planerna för intern kontroll i Sjöbo kommun år 2019 efter komplettering av kommunstyrelse, med undantag för familjenämnden som beslutade om sin internkontrollplan vid sammanträdet i mars. Familjenämndens plan för intern kontroll godkänns sedermera av kommunstyrelsen 2019-05-08 § 55.

Uppföljning av 2018 års internkontrollplaner för samtliga nämnder rapporterades till kommunstyrelsen 2019-03-13 § 35. Kommunstyrelsen beslutade att:

1. Godkänna uppföljningen av intern kontroll
2. Bedöma att den interna kontrollen för kommunstyrelsens verksamhet var tillfredställande för år 2018
3. Bedöma att den interna kontrollen i kommunen totalt sett var svag för år 2018

Vid uppföljningen av kommunens samlade internkontrollarbete har kommunledningsförvaltningen dragit slutsatsen att vissa brister och förbättringsområden har framkommit i kommunens interna kontrollsystem. En stor del av det interna kontrollarbetet sker i planering- och uppföljningsprocessen för styrmodellen. Enligt uppgift pågår ett utvecklingsarbete för att förtydliga det övergripande interna kontrollsystemet samt anpassa den interna kontrollen till styrmodellen.

I övrigt kan noteras att det inte bedrivs något sammanhållet internkontrollarbete i kommunen i nuläget. Det finns inte heller några förvaltningsövergripande anvisningar, förutom vad som anges i bokslutsanvisningarna avseende intern kontroll, eller regler i enlighet med gällande revisionsreglemente.

Av intervjuer framgår att det pågår ett utvecklingsarbete gällande intern kontroll inför år 2020 och till detta utvecklingsarbete har ett antal förslag till stödande dokument tagits fram. Det föreligger ett förslag till nytt reglemente för intern kontroll som ska ersätta det tidigare reglementet från år 2011. I det nya reglementet beskrivs syftet vara att säkerställa att kommunstyrelse, nämnder och bolagsstyrelser¹ upprätthåller en tillfredsställande intern kontroll, som innebär att med rimlig grad av säkerhet säkerställa att följande mål uppnås:

- a) Fastställda mål i budget och verksamhetsplan uppfylls
- b) Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- c) Rättvisande redovisning, tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- d) Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter och riktlinjer
- e) Skydd mot förluster eller förstörelse av tillgångar
- f) Eliminering eller upptäckt av allvariga fel
- g) Ge underlag för kontinuerliga förbättringar

Vidare framgår det av utkastet till reglementet att även de bolag som kommunen äger till minst 50 % också omfattas av reglementet (de kommunala bolagen omfattas inte av nuvarande reglemente).

I förslaget till nytt reglemente kan noteras att kommunstyrelsen, nämnder och bolagsstyrelser varje ska år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Planen ska därefter tillsammans med en risk- och väsentlighetsanalys överlämnas till kommunstyrelsen och kommunens revisorer för kännedom.

Förslaget till nytt reglemente har även kompletterats med riktlinjer. Dessa riktlinjer syftar till att förtydliga innehållet i reglementet och vara ett stöd i arbetet. Av dokumentet framgår att den interna kontrollen ska bygga på en helhetssyn avseende kommunens verksamhet och mål. Detta innebär att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning, uppföljning samt skydd av tillgångar. Inom dessa områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förbygger allvariga fel eller förluster. Riktlinjerna tydliggör bland annat också vad som gäller för riskanalyser, utformning av internkontrollplan, hur granskning ska genomföras samt hur arbetet ska följas upp och rapporteras.

¹ Bolagsstyrelserna finns med i utkastet för reglementet men det är ännu inte helt bestämt hur bolagen kommer att omfattas av det nya reglementet.

I utvecklingsarbetet har också en mall för riskbedömning tagits fram som ska användas av samtliga förvaltningar där de ska skriva in de risker nämnderna hittar i sina verksamheter. Riskerna ska och skatta och värderas utifrån hur sannolikt är det att det händer och vilka konsekvenser får det om det händer. Detta ger i sin tur en poäng som omvandlas till en risknivå. Utifrån risknivåerna väljs vilka områden som ska vara med i planen, vilka som behöver omedelbar åtgärd och vilka som kan anstå till kommande riskanalyser. Riskerna ska värderas enligt nedanstående matris:

Figur 1: Riskmatris

Konsekvens					
4 Allvarlig	4	8	12	16	
3 Kännbar	3	6	9	12	
2 Lindrig	2	4	6	8	
1 Försumbar	1	2	3	4	
	1 Osannolik	2 Mindre sannolik	3 Möjlig	4 Sannolik	Sannolikhet

Risk- och väsentlighetsbedömning:

1 – 3	Inget agerande krävs	Vi accepterar riskerna
4 – 8	Håll under uppsikt	Uppmärksamhet krävs
9 – 12	Reducera riskerna	Åtgärd krävs. Bör tas med i intern kontrollplan
16	Direkt åtgärd krävs	Minimera riskerna

Källa: Nytt förslag till riskinventering från kommunledningskontoret

Det finns även en processbeskrivning för intern kontroll som beskriver när de olika delarna i internkontrollprocessen ska genomföras. Vidare finns även en mall framtagen för rapportering av den interna kontrollen.

3.1.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet *”Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys”* ej är uppfyllt för kommunstyrelsens räkning. Bedömningen grundar vi på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Vi konstaterar dock att ett utvecklingsarbete har påbörjats när det gäller framtagandet av risk- och väsentlighetsanalys där riskinventeringar ska genomföras årligen och enhetligt över hela kommunen. Mot bakgrund av att kommunstyrelsen ytterst är ansvarig för den interna kontrollen vad gäller kommunstyrelsens egen verksamhet, anser vi att det är angeläget att kommunstyrelsen är involverad i framtagandet av riskanalysen. Vi anser att det är viktigt att kommunstyrelsen säkerställer att riskanalysen dokumenteras i enlighet med det nya förslaget.

Vi bedömer att kontrollmålet *”Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys”* delvis är uppfyllt för kommunstyrelsens räkning. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av kommunstyrelsen. Då det saknas en *dokumenterad* risk- och väsentlighetsanalysen, kan vi inte se i vilken utsträckning som internkontrollplanen upprättats utifrån denna.

Vi bedömer att kontrollmålet *”Rapportering av kontroller genomförs”* är delvis uppfyllt för kommunstyrelsens räkning. Bedömningen grundar vi på att kommunstyrelsen enbart får rapportering av genomförd intern kontroll i samband med bokslutet. Enligt reglementet för intern kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare ska också nämnderna senast i januari månad efterföljande år rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen, för kom-

munstyrelsens räkning sker det först i februari månad. Reglementet anger vidare att nämnderna ska anta en särskild plan för uppföljning av intern kontroll och att rapportering ska göras löpande till nämnderna, vilket inte sker i nuläget avseende kommunstyrelsen.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Åtgärder vidtas utifrån identifierade brister"* delvis är uppfyllt för kommunstyrelsens räkning. Bedömningen grundar vi på att kommunstyrelsen inte har beskrivit vilka åtgärder som vidtagits vid brister för samtliga kontrollområden samt att kommunstyrelsen inte heller tydligt beskrivit resultatet av kontrollerna vid uppföljningen.

Vi konstaterar även att kommunstyrelsen inte följer reglementet när det kommer till att nämnderna ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Vi har inte tagit del av några sådana anvisningar för kommunstyrelsens egen verksamhet. Vi ser dock positivt på det utvecklingsarbete som pågår, vilket kan ge nämnderna såväl som kommunstyrelsen förutsättningar att arbeta mer strukturerat med intern kontroll.

Vi anser att den återrapportering som skett till kommunstyrelsen när det gäller nämndernas samlade rapportering avseende intern kontroll för år 2018, delvis är tillräcklig. När det gäller utfall av nämndernas kontroller har dessa rapporterats till kommunstyrelsen. Dock konstaterar vi att kommunstyrelsens uppföljning hade kunnat genomföras på ett mer strukturerat vis om nämnderna hade arbetat likartat med den interna kontrollen.

3.2. Familjenämnden

3.2.1. Iakttagelser

Risikanalys

För år 2019 finns ingen dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys för familjenämndens räkning. Det framgår av intervju att det inte gjordes något riskanalysarbete inför framtagandet av internkontrollplan år 2019, varken på verksamhetsnivå eller ledningsgruppsnivå. I familjenämndens antagna internkontrollplan för år 2019 har det specificerats en riskbedömning avseende om risken är kännbar/mindre sannolik eller kännbar/möjlig, men planen innehåller inte någon samlad riskanalys då någon sådan inte gjorts för år 2019.

Internkontrollplan

Familjenämndens internkontrollplan för år 2019 fastställdes på nämndens sammanträde 2019-03-21 § 60. Nämnden beslutade om följande kontrollområden:

- Riktlinjer för handläggning i utredningar enligt SoL, LVU och LVM
- Riktlinjer för handläggning av ekonomiskt bistånd enligt SoL
- Rapportering av kränkande behandling till huvudman
- Delegeringsförteckning
- Elektronisk fakturahantering
- Klagomålshantering
- Upphandlingsavtal

Planen innehåller uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Det framgår också en riskbedömning för respektive kontrollområde.

Rapportering

Familjenämnden får en rapport om intern kontroll vid sammanträdet 2019-02-26 § 23. Till beslutsärendet finns, utöver en sammanställning av den interna kontrollen, även en rap-

port som redogör för utfall och åtgärder för de olika kontrollmomenten. Det sker inte några löpande uppföljningar under verksamhetsåret och inte heller i samband med delårsrapport.

Sammanfattning av genomförda kontroller för år 2018 och vidtagna åtgärder

Hittills under år 2019 finns inte någon sammanställning av genomförda kontroller. Internkontrollplanen för familjenämnden för år 2018 har återrapporterats till nämnden vid sammanträdet 2019-06-26 § 23. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 2: Genomförda kontroller 2018 familjenämnden

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Riktlinjer för handläggning i utredningar enligt SoL, LVU och LVM	Att regelverket för handläggning följs	Överskriden handläggningstid i två barnutredningar, saknas beslut i två vuxenärenden, ett LMV inte kunnat verkställas i tid, en placering HVB blivit ett glapp i biståndstid, ett LVM saknar beslut elektroniskt, ett LVM fel beslutsfattare registrerad.	Enhetens arbete med barnavårdsutredningar, tillfälliga personalförstärkningar samt samtal med berörda handläggare bedöms vara tillräckliga.
Riktlinjer för handläggning av ekonomiskt bistånd enligt SoL	Att regelverket för handläggning följs	Inga avvikelser	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Rapportering av kränkande behandling till huvudman	Att ärenden rapporterade läsåret 2017/2018 är avslutade vid kontroll i december	En avvikelse hittades	Rektor ansvarar för uppföljning.
Delegeringsförteckning	Efterlevnad	Inga avvikelser	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Elektronisk fakturahantering	Betald i rätt tid	Av 127 granskade fakturor var 8 för sent betalda.	Brister påtalade för attestanter. Krävs åtgärder för att förbättra hanteringen vid semesterledigheter.
Klagomålshantering	Att rutinen följs	Inga avvikelser har rapporterats, men det kan vara så att område förskola/skola har förbättringspotential gällande klagomålsregistrering av vissa telefonsamtal från vårdnadshavare	Ansvarig verksamhetschef följer upp rutinen.
Upphandlingsavtal	Efterlevnad	Fem transaktioner av 54 för inköp av skyddskläder/-skor har inte följt avtal. Mindre avvikelse från avtal gällande inköp av läromedel har skett, men merparten är avtalsenliga.	Informera om vikten av att följa avtal. Uppmaning att undersöka om upphandlade leverantörer kan ta in de läromedel som önskas.

Källa: Familjenämndens uppföljning av intern kontroll

Förvaltningen framhåller att de rutiner/system som har kontrollpunkter två respektive fyra gånger per år är kontrollerade en respektive tre gånger under år 2019. Övriga punkter kommer kontrolleras inför att de ska upp i nämnden i januari.

3.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet "Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys" ej är uppfyllt för familjenämndens räkning. Bedömningen grundar vi på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Vi ser det också som en brist att nämnden har antagit samma kontrollmoment för år 2019 som fanns år 2018 trots att flera av dessa inte uppvisade några brister i samband med uppföljningen. Då familjenämnden är ytterst ansvarig för den interna kontrollen anser vi att det är angeläget att nämnden är

involverad i framtagandet av riskanalys framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys"* delvis är uppfyllt för familjenämndens räkning. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av nämnden. Då risk- och väsentlighetsanalysen inte finns dokumenterad kan vi inte se i vilken utsträckning som internkontrollplanen har upprättats utifrån denna.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Rapportering av kontroller genomförs"* delvis är uppfyllt för familjenämndens räkning. Bedömningen grundar vi på att nämnden enbart får rapportering av genomförda kontroller en gång årligen. Enligt reglementet för intern kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare ska också nämnderna senast i januari månad efterföljande år rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen, för familjenämnden skedde detta först i februari månad. Reglementet anger vidare att nämnderna ska anta en särskild plan för uppföljning för intern kontroll och att rapportering ska göras löpande till nämnderna, vilket inte skett avseende familjenämnden.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Åtgärder vidtas utifrån identifierade brister"* delvis är uppfyllt för familjenämndens räkning. Bedömningen grundar vi på att nämnden har beskrivit vilka åtgärder som vidtagits då brister har framkommit, dock framgår det ej hur vidtagna åtgärder kommer att följas upp. Vidare kan vi inte se att nämnden erhållit löpande information gällande de brister som uppmärksammas inom ramen för den interna kontrollen. Vi konstaterar även att nämnden inte fattat något beslut om att vidta åtgärder vid redovisningen av den interna kontrollen. Nämnden fattade endast beslut om att den sammanfattande bedömningen, gällande att efterlevnaden av antagna riktlinjer/rutiner, var tillfredställande.

Vi konstaterar även att familjenämnden inte följer reglementet när det kommer till att nämnderna ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Vi kan inte se att det finns några sådana anvisningar för familjenämndens egen verksamhet.

3.3. Samhällsbyggnadsnämnden

3.3.1. Iakttagelser

Risikanalys

För år 2019 finns enligt uppgift ingen dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys för samhällsbyggnadsnämnden. I nämndens antagna internkontrollplan för år 2019 har det angetts en riskbedömning avseende om risken är mindre sannolik/allvarlig, kännbar/mindre sannolik eller möjlig/allvarlig. Planen innehåller inte någon samlad riskanalys då någon sådan inte har genomförts för år 2019.

Internkontrollplan

Samhällsbyggnadsnämndens internkontrollplan för år 2019 fastställdes på nämndens sammanträde 2019-02-12 § 19. Nämnden beslutade om följande kontrollområden:

- Debitering
- Handläggning av överklagade ärenden
- Domar i överklagade ärenden
- Tillgänglighet och bemötande (i två punkter med två olika kontrollmoment)

Planen innehåller uppgifter om kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroll, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Det framgår också en riskbedömning för respektive kontrollområde. Det finns även en kolumn för resultat av den interna kontrollen

Rapportering

Samhällsbyggnadsnämnden får en föredragning om verksamhetens uppföljning av internkontroll i samband med bokslutet. Det sker inte några löpande uppföljningar under verksamhetsåret. Av internkontrollplanen kan vi se att kontrollmomenten för tillgänglighet och bemötande ska följas upp i samband med delårsrapport 1 och 2. Vid delårsrapport 1 skedde inte någon specifik sammanställning av den interna kontrollen, men enligt uppgift redovisades resultatet av kundenkäten för miljö- och bygglovsenheten i samband med delårsrapport 2. Förvaltningen har implementerat ett nytt verksamhetssystem under året vilket tagit mycket tid och resurser från andra frågor som exempelvis den interna kontrollen.

Vid sammanträdet 2019-10-08 § 96 återfinns punkten *Intern kontroll 2019 - Uppföljning av 2 punkter om tillgänglighet* där resultatet av granskningen visar att det har rapporterats en brist i serviceåtagandet angående handläggningstider från miljöenheten, i övrigt har inga brister rapporterats. Nämnden beslutar att lägga redovisningen till handlingarna.

Uppföljning av den interna kontrollen för samhällsbyggnadsnämndens verksamhet för år 2018 har rapporterats för samhällsbyggnadsnämnden 2019-02-13 § 18.

Sammanfattning av genomförda kontroller för år 2018 och vidtagna åtgärder

Hittills under år 2019 finns inte någon sammanställning av genomförda kontroller utöver de två gällande tillgänglighet som nämns i föregående avsnitt. Internkontrollplanen för samhällsbyggnadsnämnden avseende år 2018 har återrapporterats till nämnden vid sammanträdet 2019-03-26 § 23. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 3: Genomförda kontroller 2018 samhällsbyggnadsnämnden

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Debitering	Debitering ska vara korrekt utförd	Mindre än 1 % fel	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Handläggning av överklagade ärenden	Korrekt handläggning vid överklagande	Miljö: 9 rätt (9) Bygg: 12 rätt (12) Strategi: 0 st	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Domar i överklagade ärenden	Utfall i överprövande instans vid överklagande	Miljö: 12 rätt, 1 delvis rätt (13) Bygg: 11 rätt, 3 fel (14) Strategi: 0	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Tillgänglighet och bemötande	Återkoppling till kund vid brist i åtagande	Miljö: 2 st Bygg: 4 st Strategi: 0 st	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Tillgänglighet och bemötande	Återkoppling av kund vid brist i åtagande	Miljö: 1 st Bygg: 3 st Strategi: 0 st	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Tillgänglighet och bemötande	Återkoppling av kund med förslag till utveckling av verksamheten	Miljö: 2 st Bygg: 7 st Strategi: 0 st	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall

Källa: Samhällsbyggnadsnämndens uppföljning av intern kontroll

Förvaltningen anger att kontrollerna under år 2019 hittills har genomförts enligt plan.

3.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet *"Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys"* ej är uppfyllt för samhällsbyggnadsnämnden. Bedömningen grundar vi på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019. Då samhällsbyggnadsnämnden är ytterst ansvarig för den interna kontrollen vad gäller nämndens verksamhet anser vi att det är av vikt att nämnden är involverad i framtagandet av riskanalysen framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys"* delvis är uppfyllt för samhällsbyggnadsnämnden. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av nämnden. Då risk- och väsentlighetsanalysen inte finns dokumenterad kan vi inte se hur internkontrollplanen upprättats utifrån denna.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Rapportering av kontroller genomförs"* är uppfyllt för samhällsbyggnadsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden får rapportering av samtliga genomförda kontroller en gång årligen samt, för två av kontrollerna, även i samband med delårsrapporterna. Enligt reglementet för intern kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar, vilket vi anser har skett. Dock följs inte reglementet i förhållande till att nämnderna senast i januari månad efterföljande år ska rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen, för samhällsbyggnadsnämnden skedde detta först i mars månad. Reglementet anger vidare att nämnderna ska anta en särskild plan för uppföljning för intern kontroll och att rapportering ska göras löpande till nämnden, vilket inte sker fullt ut för samhällsbyggnadsnämnden då det inte finns någon särskild plan för uppföljning.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Åtgärder vidtas utifrån identifierade brister"* ej är uppfyllt för samhällsbyggnadsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden inte har beskrivit vilka åtgärder som kan bli aktuella vid brister, varken till delårsrapporterna eller i den sammanställda rapporteringen för året. Vidare kan vi inte se att nämnden får löpande information gällande de brister som uppmärksammas inom ramen för den interna kontrollen. Vi konstaterar även att nämnden inte fattat något beslut om att vidta åtgärder vid redovisningen av den interna kontrollen, utan endast fattar beslut om att lägga redovisningen till handlingarna.

Vi konstaterar även att samhällsbyggnadsnämnden inte följer reglementet när det kommer till att nämnderna ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Vi kan inte se att några sådana anvisningar har antagits för samhällsbyggnadsnämndens verksamhet.

3.4. Vård- och omsorgsnämnden

3.4.1. Iakttagelser

Riskanalys

För år 2019 finns ingen dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys för vård- och omsorgsnämnden. Det framgår av intervju att enhetscheferna har gått igenom risker med verksamheterna i samband med arbetsplatsträffar. Enhetscheferna för sedan vidare riskområdena till verksamhetscheferna som i sin tur tar upp dessa i ledningsgruppen. Den slutliga riskbedömningen sker i ledningsgruppen i form av en matris utifrån riskbedöm-

ningarna. Vissa av kontrollpunkterna ligger med några år ifall det har framkommit brister, kontroller som inte påvisat några brister tas bort.

I vård- och omsorgsnämndens antagna internkontrollplan för år 2019 har det specificerats en riskbedömning avseende sannolikhet och konsekvens som mynnat ut i ett riskvärde. Den specifika risken för rutinen/processen förklaras också i planen.

Internkontrollplan

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för år 2019 fastställdes på nämndens sammanträde 2019-01-15 § 3. Nämnden beslutade om följande kontrollområden:

- Livsmedelshygien (i två punkter med två olika kontrollmoment)
- Utredningar LSS
- Genomförandeplan
- Journalanteckningar
- Kvalitetsregister (i tre punkter med tre olika kontrollmoment)
- Tena Identifi

Planen innehåller uppgifter om specifik risk med rutinen/processen, kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Det framgår också en riskbedömning för respektive kontrollområde. Det finns även en ruta för rapportering av den interna kontrollen.

Rapportering

Vård- och omsorgsnämnden får en rapport om intern kontroll vid sammanträdet 2019-01-15 § 2. Det sker inte några löpande uppföljningar under verksamhetsåret och inte heller i samband med delårsrapport.

Sammanfattning av genomförda kontroller för år 2018 och vidtagna åtgärder

Det har hittills för år 2019 inte upprättats någon sammanställning av genomförda kontroller. Internkontrollplanen vård- och omsorgsnämnden för år 2018 har återrapporterats till nämnden vid sammanträdet 2019-01-15 § 2. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer ett urval över genomförda kontroller:

Tabell 4: Urval genomförda kontroller 2018 vård- och omsorgsnämnden

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Basal vårdhygien	Kontroll av att rutin efterlevs samt PPM Basal vårdhygien (Punkt Prevalens Mätning).	Kontroll visar att egenkontroll genomförd i 74% av verksamheterna. Stickprov PPM visar att följsamhet till regelverket i alla steg ligger på 45% vilket är något högre än förra året.	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Livsmedelshygien	Kontroll av att egenkontrollen i köken utförs enligt plan.	Kontroll av livsmedelshygien genomförs av Miljö & Hälsa regelbundet i samtliga kök- godkänt resultat 1 gång om året sker stickprovskontroller av god livsmedelshygien och rengöring – inga avvikelser Grundutbildning av livsmedelshygien har genomfört för samtlig personal i tillagningsköken, nov 2018	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Livsmedelshygien	Kontroll av att	Egenkontroll genomfört	Inga åtgärder beskrivs med

	egenkontrollen i köken utförts enligt plan.	med godkänt resultat.	anledning av kontrollpunktens utfall
Livsmedelshygien	Kontroll av att egenkontrollen i köken utförts enligt plan	Egenkontroll genomförd med godkänt resultat	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Utredningar ÅO	Kontrollera utredningstid	Stickprov visar att utredningstiden avslutas inom rimlig tid	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Utredningar LSS	Kontrollera utredningstid	Utredningstiden visar sig vara fördröjd i några av kontrollerade ärenden, detta visar sig dock bero på externa skäl t ex att utredningar fått vänta på intyg från andra aktörer	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Genomförandeplan	Kontrolleras enligt checklista	Verksamhetschef hemtjänst är nöjd med kvalitén efter granskning	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Kvalitetsregister	Kontroll av efterlevnad	Bristar i åtgärder har identifierats i samband med kontroll.	Utbildningsinsats planeras under 2019. Fortsatt arbete med teamsamverkan.

Källa: Vård- och omsorgsnämnden uppföljning av intern kontroll

Utöver ovan kontroller har ytterligare fem kontroller genomförts, där brister upptäckts framgår vilka åtgärder som vidtagits. Förvaltningen anger att det pågår en avstämning och inrapportering från verksamheten av kontrollerna för år 2019 inför att en sammanställning av den interna kontrollen ska upp i nämnden.

3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet *"Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys"* delvis är uppfyllt för vård- och omsorgsnämnden. Bedömningen grundar vi på att det inte finns någon dokumenterad riskanalys för år 2019, men att det har genomförts en muntlig riskvärdering i verksamheterna. Då vård- och omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för den interna kontrollen vad gäller nämndens verksamhet anser vi att det är av vikt att nämnden är involverad i framtagandet av riskanalys framöver. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys"* delvis är uppfyllt för vård- och omsorgsnämnden. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av nämnden. Då risk- och väsentlighetsanalysen inte finns dokumenterad kan vi inte se hur internkontrollplanen upprättats utifrån denna.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Rapportering av kontroller genomförs"* delvis är uppfyllt avseende vård- och omsorgsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden enbart får rapportering av genomförda kontroller en gång per år. Enligt reglementet för intern kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare ska också nämnderna senast i januari månad efterföljande år rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen, vilket sker för vård- och omsorgsnämnden. Reglementet anger vidare att nämnderna ska anta en särskild plan för uppföljning för intern kontroll och att rapportering ska göras löpande till nämnderna, vilket inte skett för vård- och omsorgsnämnden.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Åtgärder vidtas utifrån identifierade brister"* delvis är uppfyllt för vård- och omsorgsnämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden har beskrivit åtgärder vid brister, dock framgår det ej hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Vidare kan vi inte se att nämnden får löpande information gällande de brister som uppmärksammas inom ramen för den interna kontrollen. Vi konstaterar även att nämnden inte fattat något

beslut om att vidta åtgärder i samband med rapporteringen av den interna kontrollen. Nämnden fattade endast beslut i den sammanfattande bedömningen om att efterlevnaden av antagna riktlinjer/rutiner var tillfredställande.

Vi konstaterar även att vård- och omsorgsnämnden inte följer reglementet när det kommer till att nämnderna ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Vi kan inte se att några sådana anvisningar har antagits för vård- och omsorgsnämndens verksamhet.

3.5. Tekniska nämnden

3.5.1. Iakttagelser

Risikanalys

För år 2019 finns en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys tekniska nämnden. I risikanalysen har 22 riskområden identifierats utifrån sannolikhet och konsekvens. Det finns också kommentarer till analysen av riskbedömningen och en kolumn för föreslagna åtgärder. Av risk- och väsentlighetsanalysen framgår om kontrollområdet ska vara med som en punkt i internkontrollplanen och i så fall vilket år kontrollpunkten ska genomföras. Risk- och väsentlighetsanalysen och sedan internkontrollplanen finns inlagda i ett ärendehanteringssystem för enklare uppföljning.

Av intervju framgår att risker värderas kontinuerligt i verksamheterna och att när nämnden får del av internkontrollplanen så får de också komma med inspel till kontrollmoment.

Internkontrollplan

Tekniska nämndens internkontrollplan för år 2019 fastställdes på nämndens sammanträde 2019-01-24 § 17. Nämnden beslutade om följande kontrollområden:

- Rutin vid ledningsläckor
- Badsäkerhet för badgäster på simanläggningen och friluftsbaden
- Återkoppling och infracontrol
- Systematiskt brandskyddsarbete (SBA) ska införas på samtliga anläggningar och lokaler som tekniska nämnden ansvarar för.
- Brist i arbetsmiljön (kemikaliehantering)
- Utbetalningar av föreningsbidrag
- Utbetalning av vägbidrag
- Arrende jordbruksmark
- Upphandling

Planen innehåller uppgifter om specifik risk med rutinen/processen, kontrollmoment, vem som är ansvarig, frekvens för kontroller, metod och till vem kontrollen ska rapporteras. Det framgår också en riskbedömning för respektive kontrollområde.

Kontrollområdena går att härleda till framtagna risk- och väsentlighetsanalys. Kontrollområdet för föreningsbidrag finns inte med i risk- och väsentlighetsanalysen men vid intervju uppges att nämnden var angelägna om att detta skulle med som ett kontrollområde.

Rapportering

Tekniska nämnden får en rapport om intern kontroll vid sammanträdet 2018-12-06 § 144. Det sker dock inte några löpande uppföljningar under verksamhetsåret och inte heller i samband med delårsrapport.

Sammanfattning av genomförda kontroller för år 2018 och vidtagna åtgärder

Det har hittills under år 2019 inte gjorts någon sammanställning av genomförda kontroller. Internkontrollplanen tekniska nämnden för år 2018 har återrapporterats till nämnden vid sammanträdet 2018-12-06 § 144. Återrapporteringen visar att kontroller har genomförts i enlighet med upprättad internkontrollplan för år 2018. Nedan följer en sammanfattning över genomförda kontroller:

Tabell 4: Sammanfattning genomförda kontroller 2018 tekniska nämnden

Rutin/system	Kontrollmoment	Resultat/Bedömning	Vidtagna åtgärder
Redovisning av delegationsbeslut (Målområde 1 Livskvalitet Tillgänglighet och delaktighet)	Anmäls delegationsbeslut enligt delegationsordning?	Fem delegationsbeslut har granskats, tre av dem har anmälts som delegationsbeslut.	Översyn av delegationsordningen för tekniska nämnden samt utbildning för handläggare pågår.
Kommunikation med våra kommuninvånare gällande avbrott i vattenleveransen (Målområde 1 Livskvalitet och Målområde 4 infrastruktur)	Att vi kommunicerar vattenavstängningar till våra abonnenter.	Kontrollmål uppfyllt	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Investeringsprocessen följs (Målområde 4 infrastruktur)	Risk att beslut tas på fel grunder. Ekonomi, miljö och funktioner, långa ledtider för investeringar	Kontrollmål uppfyllt	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall
Delaktighet och inflytande (Målområde 1 Livskvalitet Tillgänglighet och delaktighet)	Hur sker återkoppling i medborgardialogen?	Kontrollmål uppfyllt	Inga åtgärder beskrivs med anledning av kontrollpunktens utfall

Källa: Tekniska nämndens uppföljning av intern kontroll

Förvaltningen anger att arbetet med den interna kontrollen för år 2019 pågår. Några kontrollmoment har stämts av i maj, september och oktober månad. En slutlig redovisning kommer till nämnden i december månad.

3.5.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet *"Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys är uppfyllt för tekniska nämnden*. Bedömningen grundar vi på att det finns en dokumenterad riskanalys för år 2019 och att nämnden får möjlighet att engagera sig i denna. Det är även enligt vår mening viktigt att nämnden säkerställer att riskanalysen dokumenteras och uppdateras årligen, vilket vi anser att tekniska nämnden försöker göra.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys"* är uppfyllt för tekniska nämnden. Bedömningen grundar vi på att det finns en upprättad internkontrollplan som är antagen av nämnden och som är baserad på upprättad risk- och väsentlighetsanalys.

Vi bedömer att kontrollmålet *"Rapportering av kontroller genomförs"* delvis är uppfyllt för tekniska nämndens räkning. Bedömningen grundar vi på att nämnden enbart får rapportering av genomförda kontroller vid ett tillfälle per år. Enligt reglementet för intern kontroll är förvaltningschefen skyldig att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar. Vidare ska också nämnderna senast i januari månad efterföljande år rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen, vilket sker för tekniska nämnden. Reglementet anger vidare att nämnderna ska anta en särskild plan för uppföljning

avseende intern kontroll och att rapportering ska göras löpande till nämnderna, vilket inte sker i nuläget avseende tekniska nämnden.

Vi bedömer att kontrollmålet "*Åtgärder vidtas utifrån identifierade brister*" delvis är uppfyllt för tekniska nämnden. Bedömningen grundar vi på att nämnden har beskrivit åtgärder vid brister, dock framgår det ej hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Vidare kan vi inte se att nämnden får löpande information gällande de brister som uppmärksammas inom ramen för den interna kontrollen. Vi konstaterar även att nämnden inte fattat något beslut om att vidta åtgärder i samband med redovisningen av den interna kontrollen.

Vi noterar att tekniska nämnden inte följer reglementet avseende att nämnderna ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Vi kan inte se att det finns några anvisningar antagna för tekniska nämndens verksamhet.

4. Revisionell bedömning

Granskningens revisionsfråga har varit: *Säkerställer nämnderna och styrelsen att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig?*

Efter genomgång av granskningens samtliga kontrollmål gör vi den revisionella bedömningen att kommunstyrelsen, familjenämnden, samhällsbyggnadsnämnden samt vård- och omsorgsnämnden *inte helt* säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Vi bedömer vidare att tekniska nämnden i *allt väsentligt* säkerställer att styrning, uppföljning och kontroll avseende arbetet med intern kontroll är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund av utfallet av nedanstående kontrollmål:

Kontrollmål	Bedömning
Det föreligger en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys.	Kommunstyrelsen Kontrollmålet är ej uppfyllt.
	Familjenämnden Kontrollmålet är ej uppfyllt.
	Samhällsbyggnadsnämnden Kontrollmålet är ej uppfyllt
	Vård- och omsorgsnämnden Kontrollmålet är delvis uppfyllt.
	Tekniska nämnden Kontrollmålet är uppfyllt.
Intern kontrollplan har upprättats utifrån risk och väsentlighetsanalys.	Kommunstyrelsen Kontrollmålet är delvis uppfyllt.
	Familjenämnden Kontrollmålet är delvis uppfyllt.
	Samhällsbyggnadsnämnden Kontrollmålet är delvis uppfyllt
	Vård- och omsorgsnämnden Kontrollmålet är delvis uppfyllt.
	Tekniska nämnden Kontrollmålet är uppfyllt.
Rapportering av kontroller genomförs.	Kommunstyrelsen Kontrollmålet är delvis uppfyllt.
	Familjenämnden Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Samhällsbyggnadsnämnden
Kontrollmålet är uppfyllt

Vård- och omsorgsnämnden
Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Tekniska nämnden
Kontrollmålet är delvis uppfyllt

**Åtgärder vidtas utifrån
identifierade brister**

Kommunstyrelsen
Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Familjenämnden
Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Samhällsbyggnadsnämnden
Kontrollmålet är ej uppfyllt

Vård- och omsorgsnämnden
Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Tekniska nämnden
Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

4.1. Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i rapporten rekommenderar vi att:

- förslaget till nytt reglemente med tillhörande handlingar behandlas av kommunstyrelsen för att få en mer enhetlig struktur på arbetet med internkontroll
- samtliga av de granskade nämnderna och kommunstyrelsen säkerställer att risk- och väsentlighetsanalysen dokumenteras samt att förtroendevalda i nämnderna respektive kommunstyrelsen är delaktiga i processen
- de granskade nämnderna tar fram anvisningar för den interna kontrollen i enlighet med reglementet för intern kontroll. Vi rekommenderar även att kommunstyrelsen följer upp nämndernas arbete med att ta fram anvisningar
- nämnderna och kommunstyrelsen i sitt fortsatta arbete med intern kontroll tydliggör återkommande rapporteringstillfällen under verksamhetsåret.
- nämnderna och kommunstyrelsen tillser att rapportering sker senast i januari varje år i enlighet med reglementet
- kommunstyrelsen ser över möjligheten att införa kommunövergripande kontrollaktiviteter för att på så vis skapa förutsättningar för nämndsövergripande jämförelser av den interna kontrollen. Detta kan även sägas vara ett sätt att stärka kommunstyrelsens uppsikt över verksamheterna.
- kommunstyrelsen tillser att utbildning gällande intern kontroll genomförs för nämnderna och förvaltningarna för att tydliggöra den interna kontrollens syfte och funktion

2019-11-11

Lena Salomon

Uppdragsledare

Carl-Gustaf Folkesson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Sjöbo kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-03-11. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Internkontroll Svar från Vård och omsorgsförvaltningen 200113

Vård och Omsorgsförvaltningen har arbetat med internkontrollplan främst i förvaltningens Ledningsgrupp, där har olika alternativ diskuterats och de alternativ som har uppfattats som mest angelägna har prioriterats och dessa har sedan presenterats för Vård och omsorgsnämnden.

Efter revisionens påpekande har Förvaltningen vid ledningsgruppen i januari 2020 kompletterat internkontrollen med fler identifierade risker, genomfört riskbedömningen med värde för sannolikhet och konsekvens och kommer att presentera materialet för Vård och omsorgsnämnden den 28 januari.

Förvaltningen har också planerat att följa upp internkontrollen i samband med delårsrapporterna.

För övrigt avvaktar förvaltningen det reglemente som ska beslutas och gör vidare justeringar utifrån detta.

Eva Gustafsson

Förvaltningschef

Vård och omsorgsförvaltningen

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Dnr
2020-01-10	2020/7
	Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Uppföljning intern kontrollplan 2019

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar uppföljning av intern kontrollplan 2019 enligt bilaga till protokollet och överlämnar denna till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Sammanfattning av ärendet

Nämnderna ska i enlighet med reglementet för intern kontroll senast i januari månad efterföljande år rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen.

Utifrån granskningen av de särskilt utvalda aktiviteterna, och övrigt arbete med intern kontroll görs en sammanfattande bedömning av den interna kontrollen inom nämndens verksamhetsområde som tillfredsställande

Beslutsunderlag

Redovisning av uppföljning intern kontrollplan 2019.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen; Ekonomisupport; För kännedom; Ledningsgrupp vård- och omsorg;
Förvaltningsövergripande samverkansgrupp samt chefer vård- och omsorg;
Verksamhetsutvecklare för publicering i ledningssystem

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef



Internkontroll, Vård- och omsorgsförvaltningen 2019

Rutin/process	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontrollmoment	Frekvens	Metod	Ansvarig	Rapport till
Livsmedelshygien	Risk för dålig livsmedelshygien i mottagningskök på särskilda boenden	Sannolik 4	Lindrig 2	8	Kontroll av att egenkontrollen i köken utförts enligt plan	En gång/år	Alla mottagningskök	Enhetschef boende SoL	Verksamhetschef
Rapportering: Egenkontrollerna i mottagningsköken har visat på goda resultat och sköts enligt rutinerna, en del verksamheter har även haft tillsyn av miljö och hälsa med goda resultat. Åtgärd: Ingen åtgärd är nödvändig då resultaten är goda.									
Livsmedelshygien	Risk för dålig livsmedelshygien i gemensamhetskök på LSS boenden	Sannolik 4	Lindrig 2	8	Kontroll av att egenkontrollen i köken utförts enligt plan		Alla gemensamhetskök på LSS boenden	Enhetschef boende LSS	Verksamhetschef
Rapportering: Egenkontroll har genomförts och visar på goda resultat och under året har även mallen för egenkontroll omarbetats. Åtgärd: Ingen åtgärd är nödvändig då resultaten är goda.									
Utredningar LSS	Att utredningstider inte hålls (max 3 månader)	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Kontrollera utredningstid	Två gånger/år	Kollegians granskning av utredningar genom stickprov i 5 ärendeakter	LSS-handläggare	Myndighetschef
Rapportering: Över lag så håller handläggningstiderna inom LSS, det finns alltid undantag och då är det ofta utanför LSS-handläggarens kontroll. Man avvaktar intyg och eller den enskilde som är svårt att boka tid med. Vidare så när det gäller ärenden med personlig assistans så är dessa oftast omfattande och tar tid att beräkna tidsåtgång i ärenden och kan därmed ta längre tid. Den senaste tiden med avbrott både i nätverk och i Lifecare påverkar givetvis handläggningstiderna Åtgärd: En dialog sker kontinuerligt kring vikten av att kunna följa ärendet i journalen och drar det ut på tiden ska man kunna utläsa i journalen vad detta beror på. Vidare diskuteras även om kund är svår att nå eller inte medverka i utredning att det därmed är skäl till avslag eller att avvisa ansökan.									

Genomförandeplan	Risk att genomförandeplan inte är komplett med beskrivning; vad, hur, när, vem.	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Kontrolleras enligt checklista	Två gång/år	Stickprov 3-5 genomförande-planer per arbetsgrupp, beroende på kundantal	Enhetschef	Verksamhetschef
Rapportering inom boende SoL/LSS: Inom boendespåret har det efter granskning av genomförandeplaner blivit en stor förbättring. Enhetschefer och verksamhetschef har tillsammans granskat en del genomförandeplaner för att få en samsyn kring utformningen. Åtgärd: Finns på ett fåtal verksamheter fortfarande förbättringsområde vilket respektive enhetschef arbetar vidare med under 2020 och enhetschefer kommer tillsammans med verksamhetschef att granska en del genomförandeplaner tillsammans. Rapportering inom hemtjänst/socialpsykiatri/dagligverksamhet: Resultatet överlag är bra, enhetschefer har delvis granskat själv men en del granskning har genomförts av enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans. Sammantagen bedömning är att kvalitén är bra. Granskning av 15 ärende för kunder inom socialpsykiatri har genomförts tillsammans med myndighetschefen, resultatet är i varierande grad. Åtgärd: Inom hemtjänsten har man funnit förbättringsområden inom dokumentation av åtgärder och uppföljningar. Inom socialpsykiatri kommer man arbeta med ett förtydligande att beskriva HUR man utför insatsen. Inom dagligverksamhet kommer man fokusera på att inte formulera sig värderande i det man dokumenterar.									
Journalanteckningar	Risk för bristande kvalitet på dokumentationen och utebliven dokumentation HSL/SoL/LSS	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Kontroll enligt checklista	Två gång/år	Stickprov 3-5 journaler per arbetsgrupp, beroende på kundantal	Enhetschef	Verksamhetschef
Rapportering inom boende SoL/LSS: Inom boendespåret har dokumentationen granskats av respektive enhetschef och har överlag förbättrats. Efter satsning på Digilitt (EU-projekt för ökad digital kompetens) har dokumentationen på de verksamheterna förbättrats. Har även haft träffar under året med omsorgshandledare där dokumentation varit ett återkommande tema. Åtgärd: Fortsätter att satsa på utbildning i Dokumentation 2020 för utvalda grupper. Rapportering inom hemtjänst/socialpsykiatri/dagligverksamhet: Resultatet överlag är bra, enhetschefer har delvis granskat själv men en del granskning har genomförts av enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans. Sammantagen bedömning är att kvalitén är bra. Granskning av 15 ärende för kunder inom socialpsykiatri har genomförts tillsammans med myndighetschefen, resultatet är i varierande grad. Åtgärd: Inom hemtjänsten har man funnit förbättringsområde inom dokumentation av åtgärder och uppföljningar.									

Inom socialpsykiatri har förbättringsområden har utkristalliserats. Utvärderingen är presenterad separat för förvaltningschefen. Swot-analys har genomförts och resultatet ligger som grund för utvecklingsarbete 2020.

Inom dagligverksamhet kommer man fokusera på att inte formulera sig värderande i det man dokumenterar.

Rapportering inom HSL:

Har granskat 5 journaler. Dokumentationen har förbättrats sedan Procapita infördes. Dokumentationen är informativ, tillräcklig, väsentlig och skriven utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Den är enkel att förstå och fri från personligt tyckande, subjektiva värderingar samt kränkande formuleringar. Dokumentationen är också ändamålsenlig utifrån observation, åtgärd och uppföljning. I vissa fall är inte dokumentationen skriven under rätt rubrik.

Åtgärd: Fortsätta arbetet med att förbättra och skapa samsyn kring dokumentationen i Procapita för den legitimerade personalen.

Kvalitetsregister	Risk att åtgärd inte utförts enligt riskbedömning i Senior Alert	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Kontroll av efterlevnad	Två gånger/år	Följa fem ärenden	Kvalitets-utvecklare HSL	Verksamhetschef/MAS
-------------------	--	----------	-----------	---	-------------------------	---------------	-------------------	--------------------------	---------------------

Rapportering: Under 2019 är antalet utförda riskbedömningar 280 st. jämfört med 279 st. förra året. Andel personer som är registrerade i registret 2019 är 190 jämfört med 191 förra året. Andelen utförda åtgärder har minskat från 42 % till 34 % jämfört med 2018.

Det ligger en del gamla riskbedömningar (äldre än 6 mån) i systemet som inte blivit uppföljda och därmed blir siffran lägre för antalet utförda åtgärder vid risk.

Eftersom vi inte följer kvalitetsregistrets rekommendationer om att göra uppföljningar i registret var 3:e månad så finns det för få uppföljningar att följa/patient. Det går inte att se i kvalitetsregistret varför en åtgärd inte har blivit utförd. För att få fram mer rättvis statistik på detta krävs journaldokumentation.

Åtgärd: Arbeta aktivt med uppföljning av åtgärder vid teamträffar för att säkerställa att åtgärderna utförs.

Kvalitetsregister	Risk att åtgärder inte utförts enligt kartläggning BPSD	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Kontroll av efterlevnad	Två gånger/år	Följa fem ärenden	Enhetschef boende med demens-inriktning	Verksamhetschef
-------------------	---	----------	-----------	---	-------------------------	---------------	-------------------	---	-----------------

Rapportering:

På samtliga boenden har det upprättats ett gemensamt uppföljningssystem för att säkerställa att åtgärder enligt BPSD blir utförda vilket har ökat att insatserna blir utförda. I de fall åtgärder inte blir utförda skrivs avvikelser och utreds.

Åtgärd: 1 gång/ månad fortsätter Silviasystrar, BPSD-administratörer, enhetschefer och sjuksköterskor att gå igenom kunder som har BPSD åtgärder.

Kvalitetsregister	Risk att dödsfallsenkät inte rapporteras till Palliativa registret	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Kontroll av efterlevnad	Två gånger/år	Följa fem ärenden	MAS	Verksamhetschef
-------------------	--	----------	-----------	---	-------------------------	---------------	-------------------	-----	-----------------

Rapportering:

5 av 10 granskade ärende var registrerade (Palliativa registret visade 56 % registrerade dödsfall)

Åtgärd: MAS och enhetschef HSL fortsätta påminna om vikten av att registrera för att få ett rättvisande underlag att använda vid förbättringsarbete.

Tena Identifi	Risk att mätningar inte görs på särskilda boenden	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Kontroll av efterlevnad	Två gånger/år	Granskning av månadsrapporten för genomförda TENA Identifi mätningar	MAS	Verksamhetschef
Rapportering: Under året har 3 mätningar gjorts första halvåret och 4 mätningar andra halvåret, samtliga på Sandbäcksgården. Rapporter om antal mätningar har kontinuerligt skickats ut till enhetschefer. Åtgärd: Ingår år 2020 som ett specifikt mål för samtliga särskilda boende där antal mätningar ska öka. Upprätta handlingsplan efter träff med Tena och se över rutinen.									

Instruktion för rapportering till förvaltningschef: Befattningshavare som är mottagare av rapport, från ansvarig, skriver en sammanställning med redovisning av resultat och förslag till förbättringsåtgärder till förvaltningschef senast **2019-12-31**

Sammanfattande bedömning:

- ☐ Svag
- ☒ Tillfredsställande
- ☐ God
- ☐ Mycket god

Orsak till sammanfattande bedömning (förklara kortfattat):
--

Utifrån granskningen av de särskilt utvalda aktiviteterna, och övrigt arbete med intern kontroll görs en sammanfattande bedömning av den interna kontrollen inom nämndens verksamhetsområde som Tillfredsställande.

Uppföljning av internkontrollplanen har gjorts enligt beskriven frekvens och metod kopplat till respektive kontrollpunkt. Åtgärder föreslås i de fall brister har upptäckts eller förbättringspotential har identifierats.
--

Med anledning av resultatet från revisionens granskning av internkontrollen i Sjöbo kommun kommer nytt reglemente med tillhörande handlingar behandlas av kommunstyrelsen för att få en mer enhetlig struktur på arbetet med internkontroll i alla förvaltningar och nämnder. Återkommande rapporteringstillfällen kommer att ske under verksamhetsåret.
--

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Dnr
2020-01-10	2020/8
	Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Intern kontrollplan 2020

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden fastställer intern kontrollplan 2020 enligt bilaga till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

Enligt kommunens attestreglemente skall nämnderna varje år genomföra riskanalys och anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen.

Beslutsunderlag

(Förslag till intern kontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2020) – översänds senare

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen, Ekonomisupport, För kännedom; Ledningsgrupp vård- och omsorg, Förvaltningsövergripande samverkansgrupp, samt chefer vård- och omsorg, Verksamhetsutvecklare för publicering i ledningssystem

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef

Risk och väsentlighetsanalys

Skriv in de risker ni hittar i era verksamheter. Gå igenom riskerna och skatta hur sannolikt är det att det händer och vilka konsekvenser får det om det händer (definition finns i riktlinjerna).

Detta ger en poäng som omvandlas till risknivå. Utifrån risknivåerna väljs vilka som ska vara med i planen, vilka som behöver omedelbar åtgärd och vilka som ska stå kvar för framtiden.

Konsekvens					
4 Allvarlig	4	8	12	16	
3 Kännbar	3	6	9	12	
2 Lindrig	2	4	6	8	
1 Försumbar	1	2	3	4	
	1 Osannolik	2 Mindre sannolik	3 Möjlig	4 Sannolik	Sannolikhet

Risk- och väsentlighetsbedömning:

1 – 3	Inget agerande krävs	Vi accepterar riskerna
4 – 8	Håll under uppsikt	Uppmärksamhet krävs
9 – 12	Reducera riskerna	Åtgärd krävs. Bör tas med i intern kontrollplan
16	Direkt åtgärd krävs	Minimera riskerna

Rutin/process	Risk	Riskbedömning			Kommentar	Tas med i plan år
		Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde		
Nätverksåtkomst	Ingen åtkomst till: - Utredningar - Journal - Verksamhetshandbok	Sannolik 4	Allvarlig 4	16	Sannolikheten att detta skulle inträffa bedöms som mycket stor då påtalande har gjorts från ett flertal verksamheter under riskanalysens genomförande. Konsekvensen om detta inte fungerar bedöms som allvarlig då verksamhetens effektivitet och patientsäkerhet påverkas.	2020
Telefoni	Risk att telefonin är ur funktion	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Sannolikheten det inträffar är möjlig då det har inträffat några gånger om året att kommunens växel legat nere. Konsekvensen bedöms som lindrig då det finns alternativa kommunikationsvägar genom t ex e-post och via verksamhetssystemet Lifecare meddelande.	
Utredningstid SoL/LSS	Att utredningstid överskrids	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Risken bedöms som låg då internkontrollen 2019 visar att handläggningstiden hålls över lag. Avvikelse har berott på att den sökande inte har inkommit med uppgifter som behövts för att kunna fatta beslut i tid.	
Beställning/verkställighet SoL/LSS	Att beviljade insatser inte blir utförda	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Risken bedöms som låg då handläggare och myndighetschef bevakar ej verkställda beslut.	
Ordination HSL	Att ordinationer inte blir utförda	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Sannolikheten att detta skulle inträffa bedöms som mycket stor då den legitimerade personalen framfört att det är ofta som ordinationer som ska utföras av delegerad personal inte utförs. Konsekvensen om ordinationer inte utförs kan innebära risk för patienten.	2020
Basal vårdhygien	Att rutinen för basal vårdhygien inte följs och medför risk för smittspridning.	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Sannolikheten att detta skulle inträffa bedöms som mycket stor då egenkontroller i verksamheterna har visat resultat att rutinen inte alltid följs. Konsekvensen om rutinen	2020

Rutin/process	Risk	Riskbedömning			Kommentar	Tas med i plan år
		Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde		
					inte följs bedöms som kännbar då kunder/patienter och personal kan sprida smitta.	
Lex Sarah	Att Lex Sarah inte rapporteras	Mindre sannolik 2	Lindrig 2	4	Risken bedöms som låg då rutin för avvikelshantering fångar upp händelser som behöver anmälas.	
Lex Maria	Att Lex Maria inte rapporteras	Mindre sannolik 2	Lindrig 2	4	Risken bedöms som låg då rutin för avvikelshantering fångar upp händelser som behöver anmälas.	
Informationsöverföring	Risk att rapportering om kunder inte görs	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Sannolikheten att missar i rapportering sker bedöms som mycket stor då flera yrkeskategorier är involverade i omvårdnad/vård om samma kund/patient och den mänskliga faktorn gör att informationskedjan ibland brister. Konsekvensen om information uteblir kan leda till brister både i arbetsmiljö och patientsäkerhet.	2020
Kommunikation (Besluts- och ledningsprocess)	Att kommunikationsplanen inte följs	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Sannolikheten att detta skulle inträffa bedöms som möjlig då informationsflödet är högt och informationskanalerna är många. Konsekvensen om detta skulle inträffa bedöms som lindrig då det inte bedöms kunna leda till någon omedelbar risk i vården och omvårdnaden om patienter/kunder.	
Löneutbetalning	Utbetalning av felaktig lön t ex sjukfrånvaro som inte registrerats	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Sannolikheten att lönehanteringen skulle bli felaktig bedöms som stor då många moment kräver handpåläggning och det finns då risk för fel beroende av den mänskliga faktorn. Konsekvensen bedöms bli kännbar då detta kan påverka kommunens förtroende samt i vissa fall den anställdes ekonomi. En felaktig hantering kan leda till att fel lön utbetalas och att beslut fattas på felaktiga grunder om redovisningen av lönen hanterats fel.	2020
Inköp	Dyra inköp Lagerhållning Prismedvetenhet Avtalstrohet	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Sannolikheten att detta inträffar bedöms som möjlig då vård och omsorg har en omfattande verksamhet, hanterar många inköp. Konsekvensen om detta händer kan leda till ekonomisk skada om t ex inköpta varor måste kasseras på grund av utgångsdatum eller om varor köps in utanför avtal.	
Avtal	Inaktuella avtal som vi betalar för. Risk att avtal löper ut och inte förlängs.	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Sannolikheten att avtal inte följs, sägs upp i tid eller förlängs bedöms som stor då inköp	2020

Rutin/process	Risk	Riskbedömning			Kommentar	Tas med i plan år
		Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde		
					sköts av flera olika personer på förvaltningen och därmed ökar risken att avtalen inte är kända. I riskanalysen har också framkommit att samtliga avtal inte finns samlade i systemstöd vilket ökar sannolikheten för brister i hanteringen (mänskliga faktorn). Konsekvensen om kommunen inte följer avtal, säger upp dem i tid eller förlänger dem bedöms ha stor påverkan på verksamheten och kan leda till förtroendeskada och ekonomisk skada. Dock är arbetet med att samla avtalen i systemstöd påbörjat i januari 2020.	
Felaktiga/falska fakturor	Beslutsattesterar utan att ha koll på avtalet utan att ha gjort rimlighetsbedömning	Mindre sannolik 2	Kännbar 3	6	Sannolikheten att detta inträffar bedöms som låg då fakturor först kontrolleras av mottagningsattestant och därefter av beslutsattestant. Konsekvensen om detta skulle inträffa bedöms bli kännbar då detta kan leda till ökade kostnader för kommunen i form av räntor och påminnelseavgifter samt att redovisningen inte är tillförlitlig vilket kan leda till att beslut fattas på felaktiga grunder.	
Bemanning	Risk för vakanta tjänster där vi inte lyckas rekrytera	Möjlig 3	Kännbar 3	9	Sannolikheten bedöms som möjlig då vi idag ser svårigheter att rekrytera personal till vissa yrkeskategorier. Konsekvensen om detta händer bedöms bli kännbar då personal fattas.	2020
Bemanning	Risk att vikarie inte finns att tillsätta vid frånvaro	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor då det inträffar varje vecka att arbetspass inte kan bemannas vid frånvaro. Konsekvensen blir en ansträngd arbetsmiljö för övrig personal och insatser till kunder i form av service-karaktär prioriteras ner.	2020
Kompetens	Risk för kompetensbrist och att specifik kompetens saknas	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Nationellt är vissa yrkesgrupper svåra att rekrytera och det finns risk för att även fasta tjänster inte får några sökande alls – detta har inte inträffat inom Vård och omsorg Sjöbo än.	
Kost	Risk att person skadas på grund av felaktig kost	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Skola/omsorg informerar kostverksamheten om behov av specialkost. Rutiner finns sedan framtagna för att säkerställa att felaktig kost inte serveras till de personer som är i behov av specialkost.	

Rutin/process	Risk	Riskbedömning			Kommentar	Tas med i plan år
		Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde		
Livsmedelshygien	Risk för smittspridning	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Risken bedöms som låg då egenkontroll genomförs enligt rutin. Regelbundna kontroller genomförs av miljöenhetens miljöinspektörer.	
Verkställa beslut	Risk att vi inte kan tillgodose kunders behov och önskemål med de verksamheter vi har.	Möjlig 3	Lindrig 2	6	Sannolikheten bedöms som möjlig då vi ser att t ex fler yngre dementa har behov av särskilt boende och andelen personer med psykisk ohälsa ökar. Konsekvensen bedöms som lindrig då vi kan köpa externa platser, men kostnaden kan öka.	
Tjänstefordon	Risk att bilar inte tas omhand enligt rutin för tjänstebilar vilket kan medföra att inte trafikvärdiga fordon används.	Sannolik 4	Kännbar 3	12	Sannolikheten att detta inträffar bedöms som mycket stor då det ofta händer att fordon skadas. Konsekvensen bedöms kännbar då det kan leda till stor ekonomisk skada och även att personalens arbetsmiljö blir sämre.	2020

Sannolikhet

Frågeställning: Hur stor är sannolikheten för att skada/påverkan inträffar?

1 poäng	Osannolik	Kan hända med minst 10 års mellanrum
2 poäng	Mindre sannolik	Kan hända med några års mellanrum
3 poäng	Möjlig	Kan hända några gånger om året
4 poäng	Sannolik	Kan hända varje vecka

Konsekvens

Frågeställning: Vad är konsekvensen om skada/påverkan inträffar?

1 poäng	Försumbar	Mindre skada eller påverkan
2 poäng	Lindrig	Begränsad skada eller påverkan
3 poäng	Kännbar	Allvarlig skada eller påverkan
4 poäng	Allvarlig	Mycket allvarlig skada eller påverkan

Intern kontrollplan och uppföljning av intern kontroll

År 2020	Förvaltning/Bolag Vård- och omsorgsförvaltningen
-------------------	--

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Nätverksåtkomst	4	4	16	IT- och informationsansvarig och verksamhetsutvecklare bevakar felanmälningar angående åtkomst till utredningar, journaler och verksamhetshandbok löpande. Rapporterar statistik över antal avbrott 2 gånger per år.
<i>Risk:</i> Ingen åtkomst till: utredningar, journaler eller verksamhetshandbok då nätverk ligger nere. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Ordination HSL	4	3	12	MAS gör sammanställning av antal avvikelser avseende ej utförda ordinationer 2 gånger per år.
<i>Risk:</i> Att ordinationer inte blir utförda. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Basal vårdhygien	4	3	12	MAS genomför punktprevalensmätning (PPM) 1 gång per år. Enhetschefer genomför egenkontroll enligt checklista 1 gång per år.
<i>Risk:</i> Att rutinen för basal vårdhygien inte följs och medför risk för smittspridning. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Informationsöverföring	4	3	12	MAS/verksamhetsutvecklare gör sammanställning av antal avvikelser avseende ej utförda ordinationer 2 gånger per år.
<i>Risk:</i> Risk att rapportering om kunder inte görs <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Löneutbetalning	4	3	12	Enhetschef bemanningsenheten gör kontroller genom stickprov, 20 per halvår (Timecare och Självservice).
<i>Risk:</i> Utbetalning av felaktig lön t ex sjukfrånvaro som inte registrerats. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Avtal	3	3	9	Alla avtal inventeras av registrator. Avtal som behöver ses över kommer att lämnas till ledningsgruppen för vidare åtgärd.
<i>Risk:</i> Inaktuella avtal som vi betalar för. Risk att avtal löper ut och inte förlängs. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Bemanning	3	3	9	Inventering två gånger per år i ledningsgruppen.
<i>Risk:</i> Risk för vakanta tjänster där vi inte lyckas rekrytera personal med rätt kompetens. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Bemanning	4	3	12	Kontroll av statistik från Timecare Pool avseende arbetspass som inte kunnat ersättas från bemanningsenheten. Rapporteras t gånger per år.
<i>Risk:</i> Risk att vikarie inte finns att tillsätta vid frånvaro <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Rutin/process	Riskbedömning			Kontrollmoment metod/frekvens
	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	
Tjänstefordon	4	3	12	Kontroll genom stickprov, 5 bilar per halvår, avseende skadeanmälningar, okulärbesiktning och service. Kontrolleras av Kicki.
<i>Risk:</i> Risk att bilar inte tas omhand enligt rutin för tjänstebilar vilket kan medföra att inte trafikvärdiga fordon används. <i>Rapportering:</i> Rapportering av utfall sker efter genomförda kontroller. <i>Åtgärder:</i>				

Sammanfattande bedömning:

- ☐ Svag
- ☐ Tillfredsställande
- ☐ God
- ☐ Mycket god

Orsak till sammanfattande bedömning (förklara kortfattat):

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Dnr
2020-01-10	2020/11
	Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Återrapportering statsbidrag för förstärkning av äldreomsorgen 2019

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Återredovisningen godkänns och läggs till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Regeringen beslutade i slutet av juni om medel för förstärkning av äldreomsorgen. Förstärkningen fick användas inom den del av äldreomsorgen där respektive kommun såg att behoven var störst.

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat att rekvirera maxbeloppet 999 001 kr och att dessa skulle användas för att förstärka bemanningen vid särskilt boende under 2019. Användningen av dessa medel skall nu återrapporteras.

Beslutsunderlag

Återrapportering av Sjöbo kommuns användning av statsbidrag för förstärkning av äldreomsorgen 2019.

Beslutet skickas till

Förvaltningschef

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef

Återrapportering av 2019 års statsbidrag för förstärkning av äldreomsorgen

Till bidragsmottagare: Sjöbo kommun
Dnr för rekvisition: 9.2-30878/2019

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2019 fördela medel till kommunerna för förstärkning av äldreomsorgen. Statsbidraget får användas inom den del av äldreomsorgen där respektive kommun ser att behoven är som störst. Socialstyrelsen har även i uppdrag att följa upp hur kommunerna har använt medlen.

Bidragsmottagare ska senast **den 28 februari 2020** återrapportera till Socialstyrelsen hur bidraget har använts. Notera att ni kan bli återbetalningsskyldig om medlen inte har använts enligt villkoren för statsbidraget. Ett sådant villkor är bland annat att återrapporteringen ska vara Socialstyrelsen tillhanda inom angiven tidsram.

Om ni inte har använt hela bidraget under perioden 27 juni 2019 – 31 december 2019 ska kvarstående medel återbetalas. Socialstyrelsen kommer att fakturera berörda bidragsmottagare.

Socialstyrelsen tillhandahåller detta webbformulär för återrapporteringen. När ni har fyllt i webbformuläret ska det skickas in elektroniskt till Socialstyrelsen. Ni ska även skriva ut formuläret i sin helhet som sedan ska undertecknas av behörig företrädare. Skicka därefter det undertecknade formuläret i original till Socialstyrelsen, Statsbidrag, 106 30 Stockholm.

Vid frågor vänligen kontakta:
Ylva Gårdhagen, utredare
E-post: ylva.gardhagen@socialstyrelsen.se

Hantering av kontaktuppgifter

E-post och andra handlingar, t.ex. ansökningar och enkätsvar, som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt till att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Personuppgifter behandlas hos Socialstyrelsen i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns på myndighetens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/personuppgifter>.

Praktiska instruktioner

Klicka [här](#) för att se en läsversion av webbformuläret.

Svaren sparas när du klickar på knapparna "Tillbaka" eller "Nästa" längst ner på varje sida i webbformuläret. Du kan avbryta och återgå till webbformuläret genom att klicka på länken i e-postbrevet.

I slutet av webbformuläret finns möjlighet att kontrollera dina svar innan du skickar in återrapporteringen till Socialstyrelsen.

Kontaktuppgifter till bidragsmottagaren

Bidragsmottagarens namn:
Organisationsnummer:
Utdelningsadress (inkl. ev. c/o):
Postnummer:
Postort:
E-post organisation:
Namn kontaktperson för statsbidraget:
Befattning kontaktperson:
E-post kontaktperson:
Telefon kontaktperson:

Ett svarskvitto kommer att skickas till e-postadressen som du har angivit i fältet "E-post kontaktperson", var därför noga med att fylla i denna uppgift korrekt.

Faktureringsuppgifter

Hur vill ni få fakturan vid eventuell återbetalning av kvarstående medel eller återkrav av medel?

- ☐ Via e-faktura
☒ Via pappersfaktura

Ange följande faktureringsuppgifter:

Faktureringsadress:
Postnummer (faktura):
Postort (faktura):
Fakturareferens:

Ekonomisk redovisning 2019

Vid "**Erhållet statsbidrag**" redovisas det belopp som ni fått av Socialstyrelsen för verksamhetsåret 2019. Detta fält är förifyllt och får inte ändras.

Under "**Kostnader**" redovisar ni förbrukade medel under 2019. Ange hur mycket ni har förbrukat av erhållet statsbidrag. Ta med kostnader under perioden 27 juni till 31 december 2019. Beloppet ska anges i heltal kronor. Om svaret är noll kronor, skriv 0. Notera att summan av kostnader inte får överstiga erhållet statsbidrag.

Vid "**Kvarstående statsbidrag**" redovisas eventuella medel som finns kvar. Dessa medel ska återbetalas till Socialstyrelsen. Detta fält beräknas automatiskt utifrån "Erhållet statsbidrag" minus "Kostnader".

Observera att endast medel som erhållits från Socialstyrelsen ska redovisas i denna åiterrapportering.

1. Erhållet statsbidrag: (999001 kr)

(Kr)

2. Kostnader:

(Kr)

3. Kvarstående statsbidrag:

(Kr)

4. Plats för kommentarer om den ekonomiska redovisningen (max 1 000 tecken):

Frågor om hur statsbidraget har använts under 2019

Observera att ni endast ska rapportera aktiviteter som, helt eller delvis, har finansierats med det erhållna statsbidraget 2019.

5. Har enskilda utförare som bedriver äldreomsorg på uppdrag av kommunen tagit del av statsbidraget?

☐ Ja

☒ Nej

☐ Inte aktuellt - kommunen har inte avtal med enskilda utförare att bedriva äldreomsorg

Kommentar:

6. Har ni använt statsbidraget för att investera i olika typer av utrustning, system, hjälpmedel, verktyg inom nedanstående verksamheter?

	Kommunal utförare	
	Ja	Nej
Särskilda boendeformer	☐	☒
Korttidsboende	☐	☒
Hemtjänst	☐	☒
Dagverksamhet	☐	☒
Hemsjukvård/hälso- och sjukvård	☐	☒
Annan verksamhet	☐	☒

Om alternativet "Annan verksamhet" har markerats, ange vilken verksamhet:

Kommentar:

7. Har ni använt statsbidraget för att investera i kompetensutveckling av personalgrupper inom nedanstående verksamheter?

Exempelvis föreläsningar, kurser, konferenser, utbildningar etc.

	Kommunal utförare	
	Ja	Nej
Särskilda boendeformer	☐	☒
Korttidsboende	☐	☒
Hemtjänst	☐	☒
Dagverksamhet	☐	☒
Hemsjukvård/hälso- och sjukvård	☐	☒
Annan/andra målgrupper	☐	☒

Om alternativet "Annan/andra målgrupper" har markerats, ange vilken/vilka verksamheter:

Kommentar:

8. Har ni använt statsbidraget för att finansiera personalkostnader inom nedanstående verksamheter?**Oavsett vikariat, heltids-, deltid- eller visstidsanställning.**

Med personalkostnader avses här löner, lagstadgade arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och avtalspensioner, samt kostnader för inhyrd personal.

	Kommunal utförare	
	Ja	Nej
Särskilda boendeformer	☒	☐
Korttidsboende	☐	☒
Hemtjänst	☐	☒
Dagverksamhet	☐	☒
Hemsjukvård/hälso- och sjukvård	☐	☒
Annan verksamhet	☐	☒

Om alternativet "Annan verksamhet" har markerats, ange vilken/vilka verksamheter:

Kommentar:

9. Har ni använt statsbidraget för att finansiera personalkostnader för nedanstående yrkeskategorier?

Oavsett kommunal/enskild utförare eller typ av verksamhet, även oavsett vikariat, heltids-, deltid-, eller visstidsanställning.

Med personalkostnader avses här löner, lagstadgade arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och avtalspensioner, samt kostnader för inhyrd personal.

	Ja	Nej
Administratörer	☐	☒
Arbetsledare	☐	☒
Arbetsterapeuter	☐	☒
Biståndshandläggare	☐	☒
Chefer	☐	☒
Dietister	☐	☒
Fysioterapeuter	☐	☒
Kuratorer	☐	☒
Läkare	☐	☒
Sjuksköterskor	☐	☒
Undersköterskor	☒	☐
Vårdbiträden	☐	☒
Övriga	☐	☒

Om alternativet "Övriga" har markerats, ange vilken/vilka yrkeskategorier:

Kommentar:

10. I vilken utsträckning bedömer ni att ni överlag har uppnått syftet med statsbidraget, det vill säga att förstärka äldreomsorgen i er kommun?

Gör en sammantagen bedömning.

- ☐ 1 Låg utsträckning
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☒ 5 Hög utsträckning

Synpunkter på statsbidraget

11. Utifrån era erfarenheter som bidragsmottagare, ange eventuella synpunkter på statsbidraget eller förslag på hur statsbidraget skulle kunna fungera bättre.

Positivt att stimulansmedlen kunnat användas inom den del av äldreomsorgen där respektive kommun ser att behoven är som störst. I Sjöbo kommun har detta varit inom särskilt boende, främst demensboende under andra halvåret 2019.

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-10

Dnr

2020/12

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Rapportering systematiskt arbetsmiljöarbete vård- och omsorgsförvaltningen 2019

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen till handlingarna och uppdrar åt förvaltningschefen att upprätta ny analys nästa år.

Sammanfattning av ärendet

Förvaltningschefen sammanställer årligen det systematiska arbetsmiljöarbetet från samtliga chefer med fördelade arbetsuppgifter, arbetsmiljö, inom verksamhetsområdet. 2019 har respektive chef har redovisat via digitala enkätsvar och förvaltningschefen har därefter gjort en sammanfattning med fördjupad analys och handlingsplan

Beslutsunderlag

Analys och handlingsplan arbetsmiljöenkät 2019

Beslutet skickas till

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef

Arbetsmiljöenkät 2019

Analys och handlingsplan

Analys av enkät besvarad av chefer inom vård och omsorg

Genomgången av enkät har skett i ledningsgrupp och förbättringsområden har identifierats inom de områden där mindre än 70% besvarat att arbetet har genomförts helt.

Underlaget diskuteras på fsam 191216

Detta ger följande fokusområden:

Kontroll av effekt av åtgärder 57,2% helt och delvis 23%.

Kommentarerna handlar om att arbetet med korrekt bemanning inte är klart och att några av åtgärderna ägs av sjukehem som ännu inte genomfört.

Här behöver en tydligare analys genomföras kring hur effekterna av åtgärderna ska följas upp på ett mera strukturerat sätt

Introduktion av nyanställda kring risker och säkerhet helt 66,7 % och delvis 14,3%

Här finns kommentarer om att introduktionen om risker kan missas när medarbetare arbetar på annat ställe än den ordinarie arbetsplatsen.

Här behöver ett förbättringsarbete genomföras

Genomföra riskbedömningar före förändring 66,7% helt och 4,8 delvis

Förbättringsarbete måste genomföras och riskbedömningen ska vara skriftlig.

Tillbud/arbetsskador i KIA helt 42,9 % delvis 42,9

Verksamhetschefer får uppdrag att analysera hur detta kan förbättras under 2020.

Sammanställning av ohälsa, arbetsskador och allvarliga tillbud helt 47,6% delvis 14,3%

Förbättringsarbete för att höja andelen sammanställningar så att dessa kan bidra till lärandet i verksamheten

Arbetet med aktiva åtgärder enligt diskrimineringslagen helt ja 57,1 nej 42,9

Förbättringsarbete krävs inom området och nya idéer kring hur man kan arbeta med frågan.

Konkreta mål för arbetsmiljön på arbetsplatsen Helt 64,7% delvis 29,4%

Behov av revidering och förankring i arbetsgruppen, se även punkten nedan

Mitt område har konkreta mål för arbetsmiljö helt 66,7% delvis 33,3%

Förslag från ledningsgruppen:

Minska allvarliga tillbud som beror på att handlingsplaner inte funnits eller inte följts

Öka antalet risk och konsekvensanalyserna innan förändringar sker i verksamheterna

Se över arbetsplatsens tillbud, se mönster och arbeta fram åtgärder för att motverka tillbud

Öka frisknärvaron

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-20

Dnr

2020/29

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och
omsorgsförvaltningen

Inbjudan till samråd Orebackens camping

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Sammanfattning av ärendet

Stadsbyggnadsförvaltningen inbjudit berörda intressenter att inkomma med synpunkter på förslag avseende detaljplan för Orebackens camping m m.
Synpunkter skall lämnas senast 2020-01-31.

Syftet med en ny detaljplan för campingområdet är behovet av en detaljplan som medger nuvarande utbredning samt öppnar för möjligheten att utöka området ytterligare och utveckla verksamheten i framtiden.

Beslutsunderlag

Handlingar från stadsbyggnadsförvaltningen

Beslutet skickas till

Stadsbyggnadsförvaltningen

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed

Administrativ chef vård och omsorgsförvaltningen

0416-27234

Datum
2019-12-18

Vår referens
2019.202

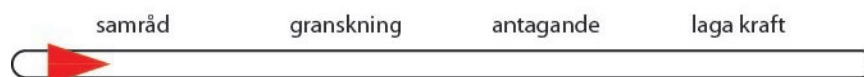
INBJUDAN TILL SAMRÅD – FÖRSLAG TILL DETALJPLAN FÖR SJÖBO 3:58 M.FL. "OREBACKENS CAMPING" I SJÖBO, SJÖBO KOMMUN

Syftet med en ny detaljplan för campingområdet är behovet av en detaljplan som medger nuvarande utbredning samt öppnar för möjligheten att utöka området ytterligare och utveckla verksamheten i framtiden.

Detaljplaneförslaget innebär i första hand en utökning av campingområdet för att möjliggöra fler platser för camping och stugor. En ny byggrätt för reception/butik/restaurang föreslås vid den nya entrén till campingen. Nya campingplatser och stugor föreslås i slutningen mot väster samt ett utökat antal platser i anslutning till den befintliga campingen i öster. På en mindre del av befintlig parkering söder om gamla landsvägen föreslås nya stugor, ställplatser för husbilar samt att Orestugan, som idag nyttjas av friluftsrörelsen, får en utökad byggrätt. Här kommer parkering finnas till friluftslivets verksamheter och stuggäster samt ytterligare en mindre parkering längre österut.

Detaljplaneförslaget prövas enligt plan- och bygglagen med utökat planförfarande.

Kommunen ska bereda tillfälle till samråd för bl.a. sakägare och boende som berörs av förslaget, samt myndigheter, sammanslutningar och enskilda i övrigt som har väsentligt intresse av förslaget. Detaljplaneförslaget är daterat 2019-12-10, och enligt 5 kap Plan- och bygglagen hålls samråd under perioden 2019-12-20 t.o.m. 2020-01-31.



Berörda intressenter får inkomma skriftligen med synpunkter till
Stadsbyggnadsförvaltningen, Sjöbo kommun, 275 80 Sjöbo eller
stadsbyggnad@sjobo.se, senast 2020-01-31.

Eventuella frågor beträffande handläggning av planärendet besvaras planarkitekt Åsa Bjurström, asa.bjurstrom@sjobo.se, telefon 0416-271 40.

SAMHÄLLSBYGGNADSNÄMNDEN I SJÖBO

Henrik Larsson
TF Enhetschef strategi

Information om behandling av personuppgifter med anledning av dataskyddsförordningen (GDPR). Genom utskick av detaljplanehandlingar till sakägare, behandlar Stadsbyggnadsförvaltningen i Sjöbo kommun personuppgifter i form av namn och bostadsadresser. Behandlingen av personuppgifter sker på grund av förvaltningens myndighetsutövning och rättsliga förpliktelser. När personuppgifterna inte längre behövs för ändamålet kommer de att raderas. Mer info om GDPR finns att läsa på Sjöbo kommuns hemsida; www.sjobo.se

Postadress
Sjöbo kommun
275 80 SJÖBO

Besöksadress
Gamla Torget 10
Sjöbo

Telefon
0416-270 00
(växel)

Fax
0416-51 17 92

Postgiro/Bankgiro
11 35 20-1
662-7574

Internet
www.sjobo.se



Till planen hör följande handlingar:

- ☒ Grundkarta ☒ Plankarta med bestämmelser ☒ Planbeskrivning
☒ Fastighetsförteckning ☒ Illustrationskarta

Beslut om detaljplanen

Antagen av kommunfullmäktige

Tillhör kommunfullmäktige i Sjöbo beslut

Katarina Hansson
Kommundirektör

PLANKARTA MED BESTÄMMELSER

DETALJPLAN FÖR SJÖBO 3:58 MFL "OREBACKENS CAMPING"

i Sjöbo, Sjöbo kommun, Skåne län

Upprättad 2019-12-10
SAMRÅDSHANDLING

Anders Lindén
Förvaltningschef

Åsa Bjurström
Planarkitekt

Jimmie Simonsen
Plankonsult



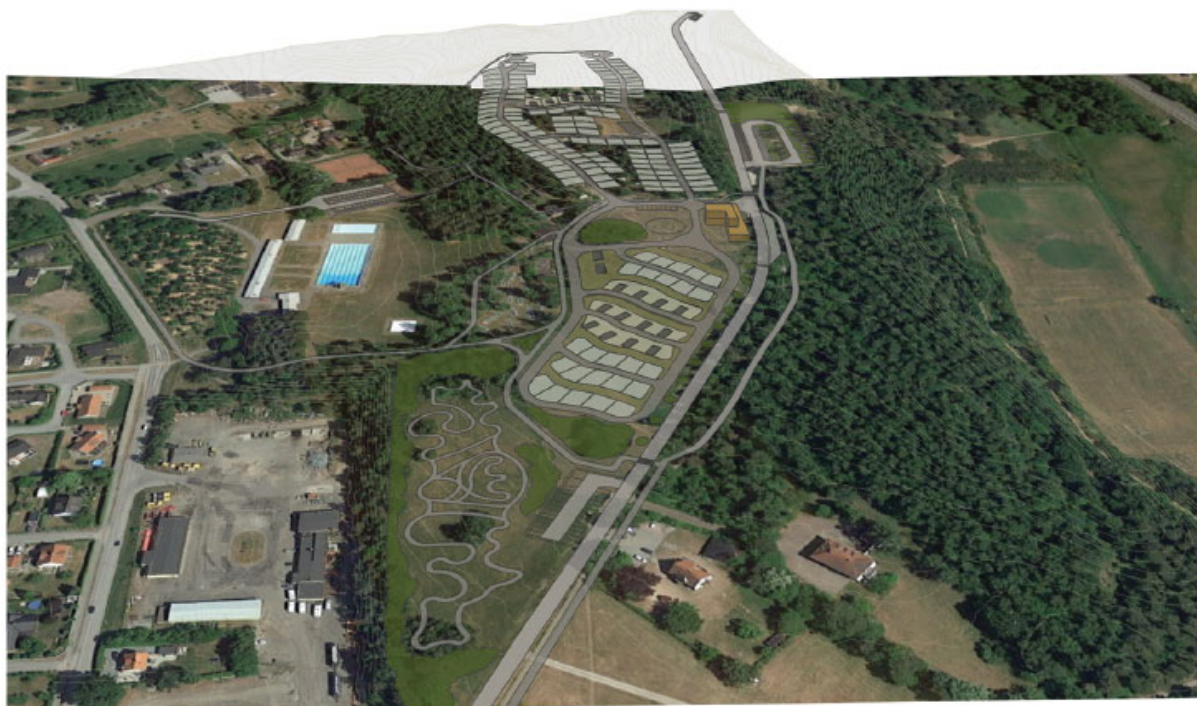


SJÖBO
KOMMUN

DETALJPLAN för Sjöbo 3:58 m fl, "Orebackens camping"
i Sjöbo kommun, Skåne län

PLANBESKRIVNING

SAMRÅDSHANDLING



Upprättad
2019-12-10

HANDLINGAR

Planförslaget omfattar följande handlingar.

- Planbeskrivning med genomförandefrågor (denna handling)
- Plankarta med bestämmelser
- Illustrationskarta
- Fastighetsförteckning
- Grundkarta



Illustration av planförslaget över nya Orebackens camping.

Innehåll

PLANENS SYFTE OCH HUVUDDRAG	4
FÖRFARANDE.....	4
HUSHÅLLNING MED MARK 3, 4 och 5 KAP MILJÖBALKEN	4
PLANDATA	5
Lägesbestämning	5
Markägförhållanden.....	6
TIDIGARE STÄLLNINGSTAGANDEN	6
Riksintressen	6
Övriga skyddsbestämmelser och regionala intressen	7
Översiktsplan	8
Detaljplaner	9
Friluftsutredning.....	10
Grönstruktur- och naturvårdsprogram	10
Bedömning av miljöpåverkan.....	11
FÖRUTSÄTTNINGAR, FÖRÄNDRINGAR OCH KONSEKVENSER	12
Bakgrund	12
Pågående markanvändning.....	12
Natur.....	13
Kultur	14
PLANFÖRSLAG	16
Bebyggelse.....	16
Trafik.....	20
Stråk.....	21
Teknisk försörjning	24
MILJÖ, HÄLSA OCH SÄKERHET.....	25
Ekosystemtjänster	25
GENOMFÖRANDEFRÅGOR	25
Organisatoriska frågor.....	25
Tidplan	25
Planprocess	25
Genomförandetid	25
Huvudmannaskap.....	26
Ansvarsfördelning.....	26
Fastighetsrättsliga frågor.....	26
Fastighetskonsekvenser för fastigheter inom planområdet	26
Fastighetsbildning	27
Ekonomiska frågor.....	27
Planekonomi.....	27
VA-ledningar	27
El-ledningar	27
Tele/IT-ledningar	27
Tekniska frågor	28
Tekniska utredningar	28
MEDVERKANDE	28

PLANENS SYFTE OCH HUVUDDRAG

Syftet med detaljplanen är att möjliggöra en naturskön camping med ca 170 camping- och stugplatser och tillhörande verksamhetsrelaterade anläggningar.

Förslaget omfattar en utökning av befintlig camping med ca 80 platser varav ca 30 är stugplatser. För att tillgängliggöra den nya västra delen av området har en ny gatuslinga skapats så att trafiken på ett enkelt sätt kan ta sig runt i området. Största delen av utökningen sker i väster, norr om Östergatan. Planen innehåller även utbyggnadsmöjlighet för en ny entrébyggnad med reception, butik och möjlighet att inrymma konferenslokaler och ett mindre spa. Söder om Östergatan finns en byggrätt för nuvarande Friluftsfrämjandets lokaler som kan utökas och förnyas, samt möjlighet att anlägga stugor. Den västra delen innehåller både en parkeringsyta och allmänplatsmark natur. Området i väster planläggs inte helt och hållet pga befintligt spårreservat, men tanken är att ge möjlighet att tillfälligt anlägga en aktivitetspark, t ex en mountainbikebana (MBT-bana), som kopplar ihop stråket kring idrottsplatsen med badet. Då området är kuperat och naturskönt är syftet att skydda naturvärden samt skapa ekosystemtjänster som gynnar området i sin helhet. Ett hållbarhetsfokus med avseende på biologisk mångfald och hållbar hantering av dagvatten ska genomsyra planen.

FÖRFARANDE

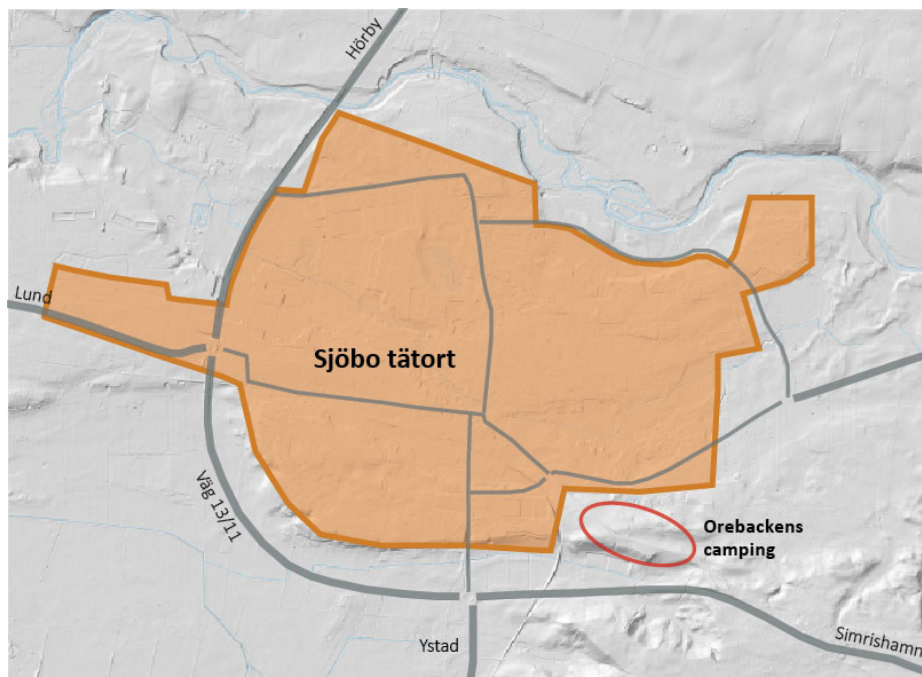
Detaljplanen handläggs med utökat förfarande i enlighet med plan- och bygglagen (2010:900) 5 kap 7§. Ett utökat förfarande används då detaljplanen inte är förenlig med översiktsplanen eller länsstyrelsens granskningsyttrande över den samt om planen är av betydande intresse för allmänheten. Planen bedöms vara av betydande intresse för allmänheten samt att den inte är förenlig med gällande översiktsplan.

HUSHÅLLNING MED MARK 3, 4 och 5 KAP MILJÖBALKEN

Detaljplanen är förenlig med 3, 4 och 5 kap Miljöbalken om hushållning med mark- och vattenområden. Planområdet omfattas av riksintresse för friluftsliv enligt 3 kap. 6 § MB, riksintresse för naturvård enligt 3 kap. 6 § MB och riksintresse för kommunikationer enligt 3 kap. 8 § MB. Planförslaget bedöms inte innebära en negativ påverkan på gällande riksintressen.

PLANDATA

Lägesbestämning



Orienteringskarta över Sjöbo tätort med planområdet i sydöstra delen.



Planområdets avgränsning (röd streckad linje).

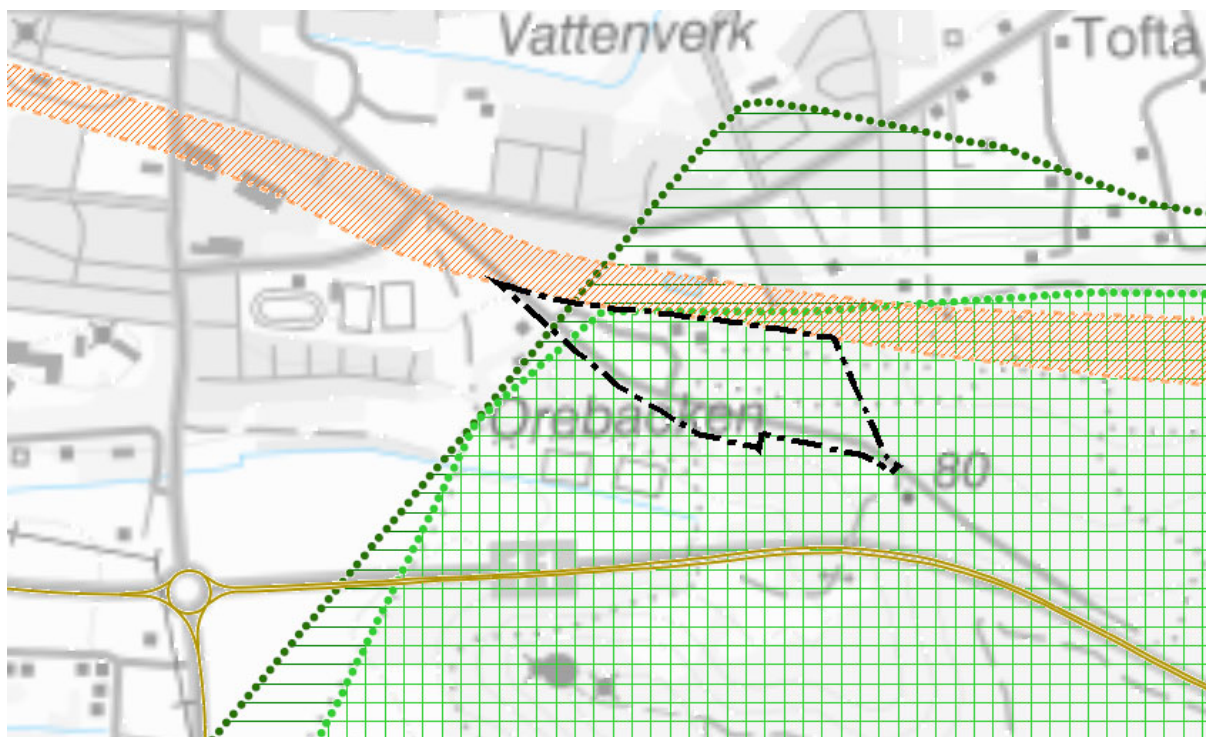
Planområdet omfattar ca 10,4 ha och avgränsas av Östergatan i söder och Orebadet, tennisbana och bostadsbebyggelse i norr. Söder och öster om planområdet finns natur- och skogsmark. Området ligger intill Sjöbo Oras rekreativområde och befintlig camping ligger inom planområdet.

Markägoförhållanden

Marken inom planområdet omfattas av fastigheterna Sjöbo 3:14, 3:58 och 3:59 som är kommunägd mark. Planen berör även delar av Sjöbo s:2. Mindre del av fastigheterna Sjöbo 3:8, 3:10 och 3:22 ligger inom planområdet och är privatägda.

TIDIGARE STÄLLNINGSTAGANDEN

Riksintressen



Gällande riksintressen inom området: riksintresse för kommunikationer (orange streckad gräns och område är framtida järnväg och mörkorange linje är befintlig väg), riksintresse för naturvård (mörkgrön punktad gräns och område), riksintresse för friluftsliv (ljusgrön punktad gräns och område). Planområdet är markerat med svart streckad linje.

- Planområdet omfattas av riksintresse för friluftsliv enligt 3 kap. 6 § MB, område FM 12 Fyledalen. I beskrivningen av riksintressets värden utpekats rekreationsområdet Sjöbo Ora. För bevarande och utveckling av områdets värden är det bland annat viktigt att naturvärden vårdas och består, och att befintliga anläggningar för friluftsliv bevaras och underhålls. Bebyggelseexploatering ska ske med stor hänsyn till natur- och kulturmiljövärden.

Planens genomförande bedöms inte påverka riksintresse för friluftsliv negativt då planförslaget innebär en utveckling av en befintlig anläggning för friluftsliv (campingen) samt etablering av nya motionsanläggningar vilket kommer att stärka Sjöbo Oras funktion som rekreationsområde.

- Planområdet omfattas av riksintresse för naturvård enligt 3 kap. 6 § MB, område N 75 Sjöbo Ora – Fyledalen – Nybroån med Biflöden. I beskrivning av områdets huvuddrag beskrivs Sjöbo Oro som ett till större del skogsbevuxet platåberg som begränsas av mycket branta sluttningssoner. Vegetationen är på flera ställen intressant, särskilt i de sluttningar där grundvatten sipprar fram.

Föreslagen sträckningen berör ingen värdekärna och endast kanten av riksintresset varpå negativ påverkan bedöms som ingen/obetydlig.

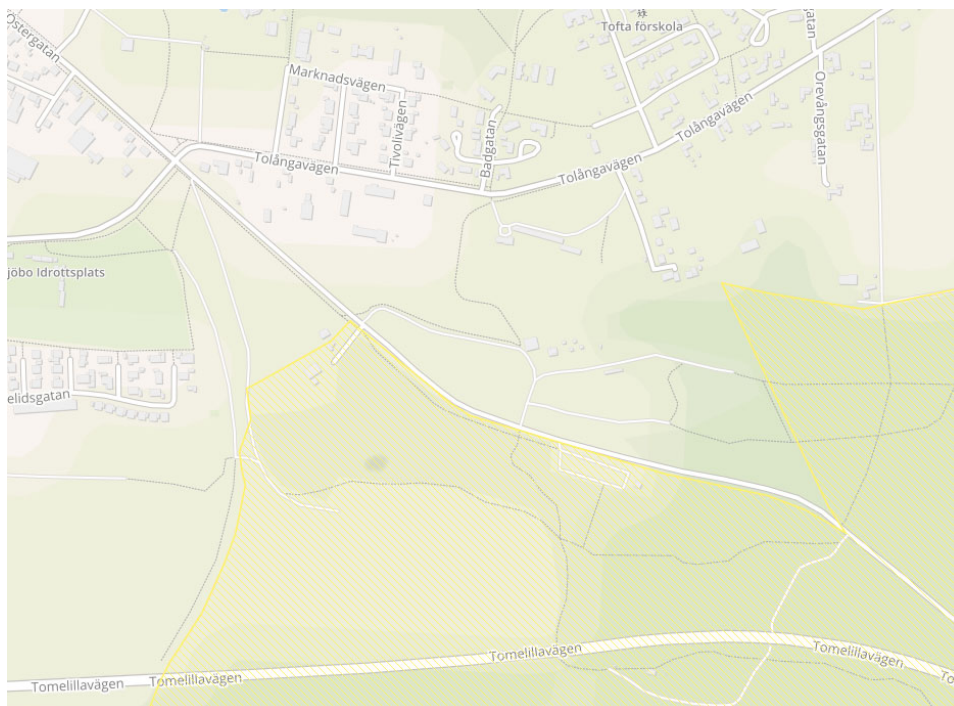
- Planområdet angränsar i norr till riksintresse för kommunikationer enligt 3 kap. 8 § MB, Simrishamnsbanan. Det innebär att kommunen ej får planera bebyggelse på ett sätt som kan påtagligt försvåra tillkomst och utnyttjande av anläggning för den framtida järnvägen. Riksintresset är inte begränsat till persontrafik. Därför måste kommunen ta höjd för en eventuell utveckling av godstrafik på spåret som inkluderar farligt gods.

Planområdets norra gräns är anpassat till gällande riksintresse för kommunikation. Då inga beslut finns för byggandet av Simrishamnsbanan bedöms marken kunna användas för tillfällig aktivitet och därför föreslås i illustrationen en MBT-bana som knyter samman idrottsplatsen och badplatsen. Planförslaget bedöms inte försvåra tillkomst och utnyttjande av anläggningar för den framtida Simrishamnsbanan.

Övriga skyddsbestämmelser och regionala intressen

Landskapsbildskydd

Den del av planområdet som ligger på den södra sidan av Östergatan omfattas av bestämmelse om landskapsbildskydd enligt f.d. 19 § Naturvårdslagen, vilken fortfarande är gällande. Även östra delen av planområdet angränsar till landskapsbildskyddet.



Karta över område som omfattas av landskapsbildskydd (gulskrafferat område).

Inom den del av planområdet som omfattas av landskapsbildskydd föreslås befintlig grusyta delvis göras om till yta för campingstugor, servicebyggnad och aktivitetsytor. Väster om grusytan föreslås ca 1000 kvm naturmark ianspråktagas för uppförande av 6 st campingstugor. Övrig mark som omfattas av bestämmelser om landskapsbildskydd planläggs som allmänplatsmark natur, förutom ett mindre område i planområdets sydöstra hörn där en besöksparkering möjliggörs. Då bebyggelse och verksamheter på den södra sidan av Östergatan huvudsakligen placeras på befintlig grusyta och

endast en mindre yta ianspråkats för ny bebyggelse, bedöms planförslaget inte medföra någon större påverkan på område som omfattas av bestämmelse om landskapsbildskydd.

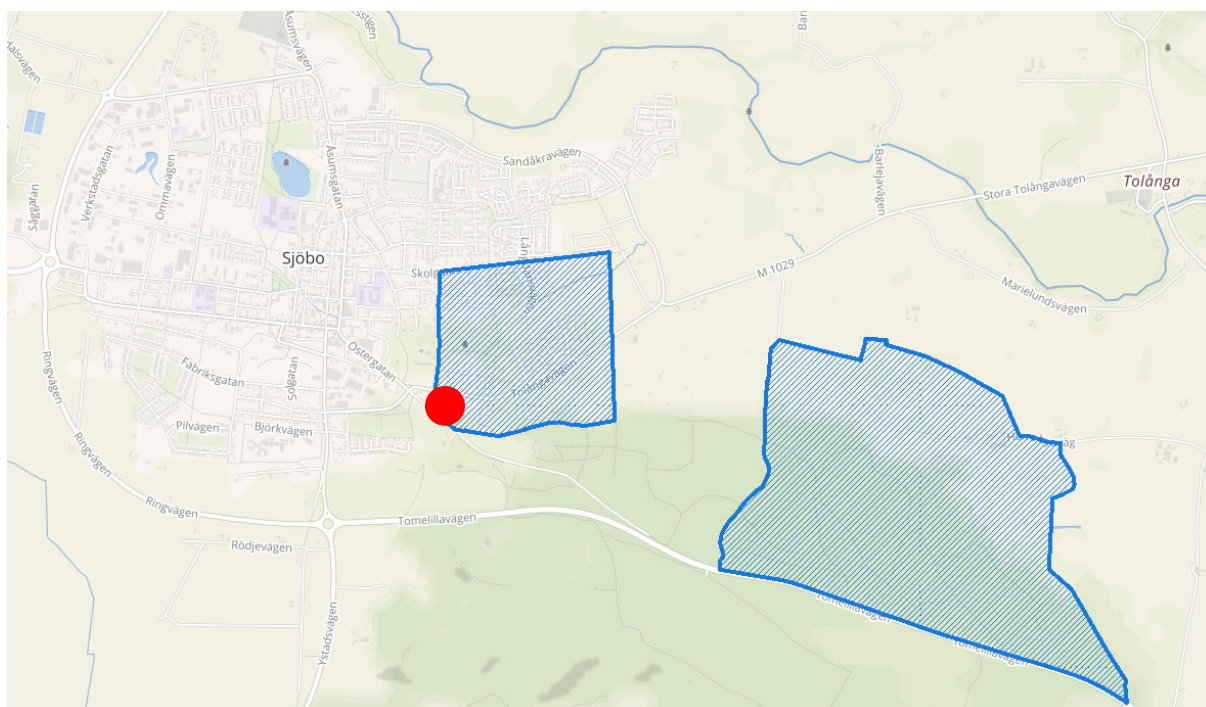
Planförslaget bedöms inte innebära en negativ påverkan på landskapsbilden i övriga delar av området då den verksamhet som planeras ej kommer att vara synlig på avstånd. Planerad bebyggelse är låg liksom de fordon som kommer att besöka området.

Vattenskyddsområde

Planområdets norra del ligger inom vattenskyddsområde. Sjöbo kommun fick 2016 ett nytt tillstånd till uttag av grundvatten från brunnarna i Grimstofta. Med tillståndet aktualiserades behovet av att se över utbredningsgränserna för vattenskyddsområdet och tillhörande föreskrifter.

Gränserna för de nya skyddszonerna kring vattentäkterna går omlott och därför tas ett gemensamt vattenskyddsområde fram för vattentäkterna i Grimstofta och Gröndal. Kommunen utreder utbredningsområdet men i dagsläget finns inget slutligt förslag på revidering som är behandlat. Det nya skyddsområdet med nya föreskrifter kommer efter behandling ersätta de två befintliga skyddsområdena Grimstofta respektive Gröndal.

Planförslaget bedöms inte påverka vattenskyddsområdet då campingen idag är ansluten till det allmänna VA-nätet. Dagvattnet för planområdet kommer att tas om hand genom lokalt omhändertagande av dagvatten och infiltration på specificerade ytor som kan anläggas med renande effekt. Infiltrering av dagvatten bör inte ske i närhet av vattenbrunn, detta på grund utav föroreningsrisk.

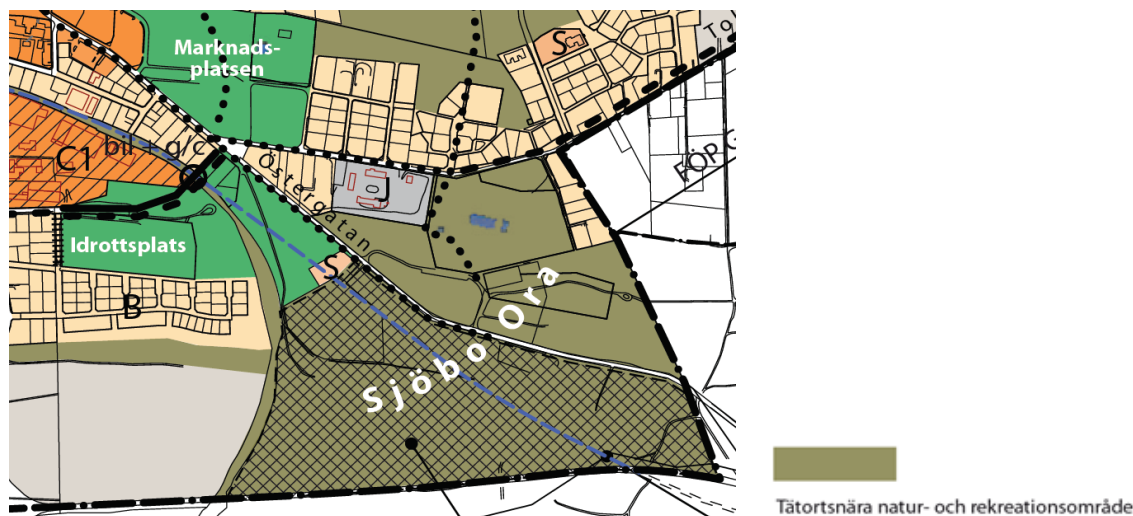


Karta över område som omfattas av vattenskyddet (planområdet inom röd cirkel)

Översiktsplan

I gällande översiktsplan från 2009 är Sjöbo tätort utpekad som område där fördjupning av översiktsplanen planeras. Enligt översiktsplanen bör bland annat frågor gällande tillgång och utveckling av tätortsnära rekreationsområden studeras i den fördjupade översiktsplanen.

Fördjupning av översiktsplanen för Sjöbo tätort, antogs 2013-04-24. De delar av översiktsplan 2009 som berör Sjöbo tätort som bland annat redovisas i avsnitt 4/4.5/10/10.2 samt markanvändningskartan inom planområdets omfattning ersätts med fördjupning av översiktsplanen och dess bilagor.



Markanvändningskartan från gällande fördjupning av översiktsplan från 2013.

I markanvändningskartan är planområdet planlagt som "Tätortsnära natur- och rekreationsområdet" och enligt den fördjupade översiktsplanen bör tillgängligheten till rekreationsområdet stärkas genom bland annat utbyggnad av gång och cykelleder till området. Planförslaget innebär en utveckling av befintligt camping och rekreationsområde med nya aktiviteter och boendemöjligheter, samt att tillgängligheten till Sjöbo Oras rekreationsområde stärks. Planförslaget bedöms delvis vara förenlig med gällande FÖP Sjöbo tätort när det gäller att stärka rekreationsmöjligheterna. Dock uttrycks ingenting om en expanderings av campingen med både husvagnsplatser och stugplatser och därför bedöms planen också delvis strida mot FÖP Sjöbo tätort.

Detaljplaner

Planområdet omfattas av detaljplan nr 308 "Förslag till utvidgning av stadsplan för område vid Tolångavägen" som vann laga kraft 1972-02-23. Större delen av berört område inom gällande detaljplan är planlagd som allmänplats park och plantering. En mindre del är reglerat för campingplats (Rc) med en byggnadshöjd på fyra meter. Campingområdet har dock expanderat utöver dessa ytor och stämmer idag inte överens med gällande plan. Detaljplanen är från 1972 och innehåller därför ingen genomförandetid.



Utsnitt från gällande detaljplan.

Friluftsutredning

Planområdet omfattas av den nyligen antagna friluftsutredningen för Sjöbo Ora från 2019-11-12. Utredning innehåller en inventering av Oraområdets natur, friluftsliv och aktiviteter, samt en kartering av de många natur- och rekreationsvärden som kartlagts på nationell till lokal nivå. Dessa innefattar bl a riksintresse för naturvård och friluftsliv, tätortsnära natur och grönsstruktur och naturvårdsprogram för Sjöbo kommun. Utifrån natur- och rekreationsvärden och medborgardialog har mål tagits fram för det framtida tätortsnära rekreationsområdet Oran. Med målen och en sammanvägning av olika intressen i området har åtgärder föreslagits. Detaljplanearbetet har varit en parallell process och några av dessa förslag har integrerats i planförslaget, planen står därför inte i strid med friluftsutredningen.



Avgränsningsområdet för friluftsutredningen från 2019-11-12.

Några slutsatser som utredning tagit fasta på är att det aktiva friluftslivet med dess olika aktiviteter är oerhört viktigt för folkhälsan och tar stor plats i ett rekreationsområde. Att bevara vissa lugna och tysta områdena i tätortsnära rekreationsområden är viktigt för individers välmående. Ett sådant lugnt och tyst område finns längst i söder i Oran, där de flesta känsliga naturvärdena förekommer.

De flesta utvecklingsförslag för aktiviteter, tex anläggande av en naturstig, utegym och förslag till fysiska åtgärder som t ex fler bänkar och sittplatser, rekommenderas ske på kommunägd mark inom Ora-området där kommunen har full rådighet över marken. Av förslagen på nya aktiviteter i området kan nämnas frisbeegolft, utegym och en kortbana för MTB.

Sjöbo Ora används flitigt av allmänheten, föreningslivet, lokala förskolor och grundskolor. Många intressen och aktiviteter verkar sida vid sida. Utredningen konstaterar att det inte föreligger många intressekonflikter och området bedöms klara en utveckling av befintliga aktiviteter, såväl som kunna inhysa ett par nya aktiviteter i framtiden. Det framkommit att området används under hela året, även om tyngdpunkten har förflyttats från vinteraktiviteter till sommaraktiviteter.

Grönstruktur- och naturvårdsprogram

Planområdet gränsar i söder till grönstruktur- och naturvårdsprogrammet (GNP) antaget av KF, 2016-09-28. Området söder om planområdet heter Gumparp med omgivningarna och utgörs av

sluttningszonen vid Gumparp samt intilliggande dalbotten. Den sandiga och solexponerade sluttningen hyser ett stort antal hotade insekter däribland slåttersandbi, slåttergökbi, storfibblebi och ölandsgökbi.



Terrängskuggningskarta med grönstruktur och naturvårdsprogrammet (GNP), Gumparp med omgivning (orange linje).

Dalbotten omfattar förutom två fotbollsplaner fibblerika betesmarker som är av betydelse för bl a storfibblebiet. Planförslaget berör GNP Gumparp med omgivning vid den befintliga parkeringsplatsen som görs om till att även innehålla stugor och en utökad byggrätt för samlingslokal med tillhörande funktioner. Väster om parkeringsplatsen planeras ett fåtal stugor som inkräktar på ett buskage. Planen bedöms inte påverka de utpekade värdena i GNP Gumparp med omgivning.

Bedömning av miljöpåverkan

Enligt 5 kap 18 § PBL ska de bestämmelser om miljöbedömningar och miljökonsekvensbeskrivningar av planer och program som finns i 6 kap 11, 18 och 22 §§ MB tillämpas om detaljplanens genomförande kan antas medföra en omfattande miljöpåverkan. Stadsbyggnadsförvaltningen bedömer att genomförande av denna detaljplan inte kan antas medföra betydande miljöpåverkan.

FÖRUTSÄTTNINGAR, FÖRÄNDRINGAR OCH KONSEKVENSER

Bakgrund

Befintlig camping har funnits inom området sedan början av 1970-talet har sedan dess vuxit ut mot omgivande natur område. Under årens lopp har campingen expanderat österut utan stöd av detaljplan. Ett delsyfte med föreliggande planförslag är att bekräfta befintliga förhållande.



Ortofoto över Orebackens camping från 1960 (tv) och från 1975 (th).

Pågående markanvändning

Östra halvan av planområdet består av Orebackens camping med ca 95 campingplatser, 6 stugor, 30 tältplatser och 20 ställplatser. Den västra halvan består av mestadels gröna ytor som sluttar åt väster. Campingplatserna är anpassade till den sluttande terrängen och skapar en speciell och naturskön camping som är ovanlig i Sverige idag.



Foto från området: 1) Campingplatser, 2) Campingplatser, 3) Sophantering, 4) Lokal som Friluftsrådet nyttjar

Natur

Mark och vegetation

Västra området består av ängs- och gräsytor med stora buskage och lövträd. Östra delen består mestadels av gräsytor och den dominerande trädarten är tall.



Västra området med dess mark och vegetationskaraktär. Utsikt mot västra infarten av campingen.

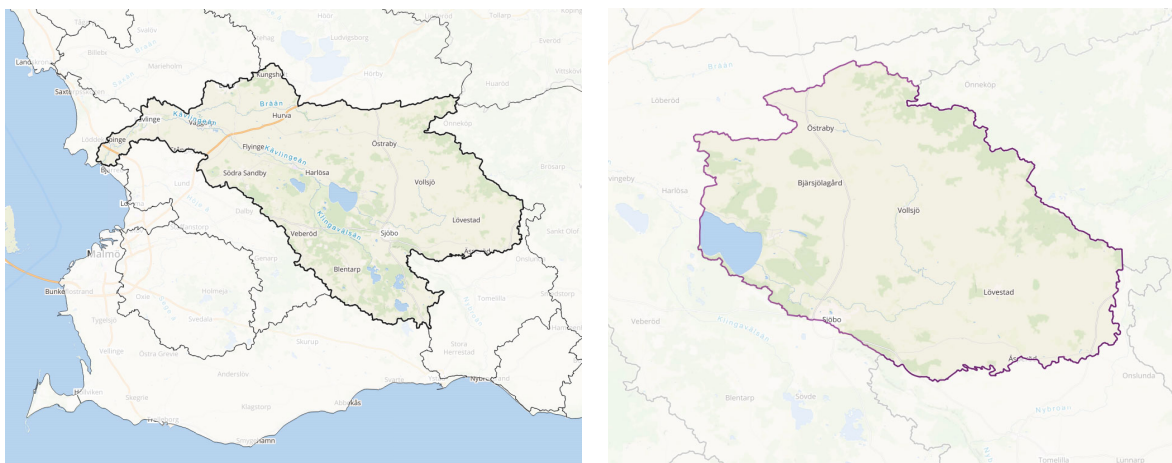


Östra området med dess mark och vegetationskaraktär. Utsikt mot centrala delen av befintlig camping.

Beskrivning av miljö kvalitetsnormer för vatten (MKN vatten) inom planområdet

Miljö kvalitetsnormer (MKN) för vattenförekomster (SFS 2004:660) är ett juridiskt bindande styrmedel för att ange krav på vattnets kvalitet vid en viss tidpunkt. Planområdet ingår i delavrinningsområdet som mynnar i Vombsjön. Huvudavrinningsområde är Kävlingeån. Kävlingeån (Vombsjön-Tranåsbacken) har god ekologisk status och den kemiska statusen för Kävlingeån är god. Vombsjön är en viktig dricksvattentillgång för länet. Möjlig påverkan kan ske via dagvatten genom ytavrinning till recipient Kävlingeån samt via dagvatten genom infiltration till recipient grundvattenmagasin.

Planförslaget innebär marginell hårdgöring av området i förhållande till dagens situation. Då marken har en extremt bra infiltrationsförmåga finns det ingen anledning att skapa fördröjningsytor, dock ska dagvattnet ledas till ytor som är skapade för viss rening av dagvattnet vilket gör att möjligheten att uppnå miljö kvalitetsnormerna för Vombsjön och Kävlingeån eller grundvattenmagasinet inte försämras. Kommunen gör därför bedömningen att ingen negativ påverkan på ovan nämnda vattenförekomster som leder till överträdelser av fastställda miljö kvalitetsnormer kommer att ske.



Planområdet har avrinningsområde Kävlingeån (tv), delavrinningsområde är Vombsjön (th).

Topografi

Marknivåerna inom området varierar mellan +62 och +84 m ö h.

Geotekniska förhållanden



SGUs Jordartskarta.

Området är beläget nordost om Romeleåsen och består till stora delar av flackt dallandskap. Landformen på området är gravsänka, med en berggrund som domineras av sedimentära bergarter såsom kalksten, lerskiffer och sandsten. De vanligast förekommande jordarterna är isälvsavlagringar och issjösediment.

Kultur

Fornlämningar

I planområdets centrala del finns ett minnesmärke (RAÄ-nummer: Södra Åsum 7:1) i form av ett antal minnesstenar. Mittstenen är 1,2 m hög och 1,3 m bred. På stenens ena sida finns namnteckningarna: Gustav Adolf Louise inristade, samt ifyllda med vit färg. Mittstenen är placerad på ett halvcirkelformat postament, samt en liggande flathäll.



Bild på minnesmärke med 18 stenar placerad i en cirkel tillsammans med en mittsten.

Runt mittstenen är 18 stenar placerade i en cirkel med ca 19 m i diameter. Varje sten i cirkeln har ett sockenhamn från Färs inristat på sig. Texten är vänd mot mittstenen. Samtliga namn har ursprungligen varit vitmålade men färgen är nu borta. Mittstenen signerades 1959 då dåvarande kungaparet besökte Sjöbo i samband med en hantverksmässa. Genom att undersöka ortofoto så kan det konstateras att mittstenen inte stått på denna plats vid signering utan måste ha placerats där vid senare skede, troligtvis i samband med öppnandet av campingen.



Ortofoto över Orebackens camping och det område där minnesmärket står. Bilderna är från 1960 (tv) och 1975 (th).

Då stenarna inte har någon lång historia bedöms ingen särskild arkeologisk utredning behövas. Planens genomförande har intentionen att bevara stenkonstellationen intakt och därför bedöms planförslaget inte få någon negativ påverkan för fornlämningen.

Påträffas fornlämningar i samband med markarbeten ska dessa, i enlighet med 2 kap 10 § kulturminneslagen, omedelbart avbrytas och Länsstyrelsen underrättas. För ingrepp eller borttagande av eventuella påträffade fornlämningar krävs Länsstyrelsens tillstånd.

PLANFÖRSLAG

Bebyggelse

Befintlig bebyggelse

Bebyggelse inom campingen utgörs av vandrarhemmet Solbacken, 6 stugor och receptionsbyggnad och ett servicehus. I anslutningen till campingen finns en mindre lekplats, tennis, minigolf samt en badanläggning, Orebadet. Badet har en 50-meters bassäng som renoverades under 2007.

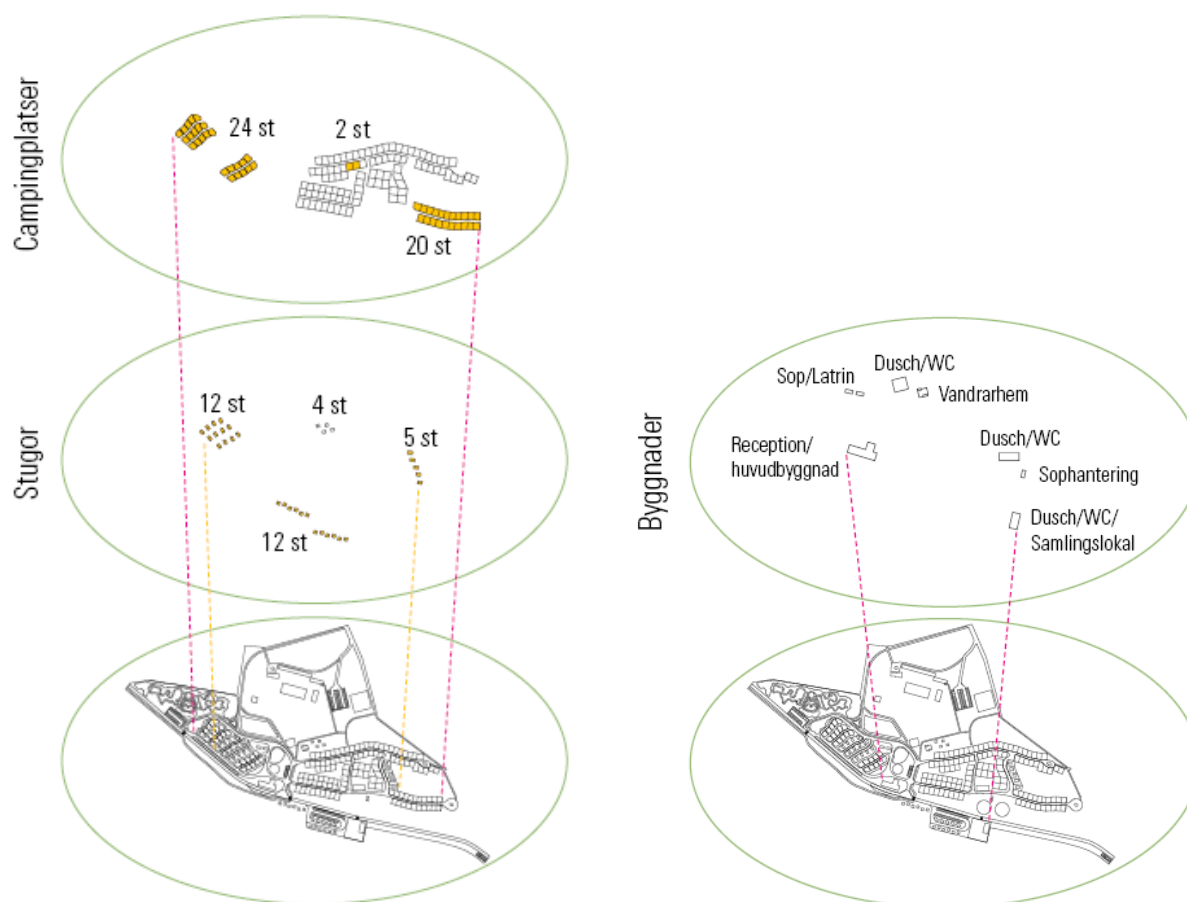


Foto från området: 1) Reception, 2) Lekplats, 3) Vandrarhemmet Solbacken, 4) Stugor bredvid vandrarhem

Det finns även motionsspår för löpning som vintertid kan användas som längdåkningsspår. Söder om planområdet ligger också Sveriges sydligaste skidbacke för utförsåkning.



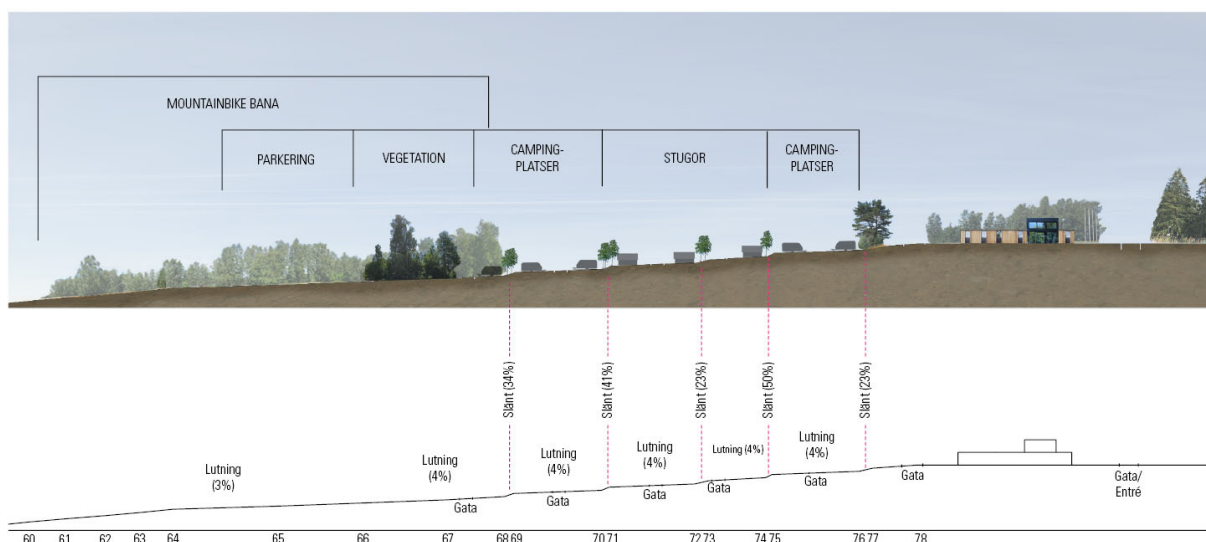
Servicebyggnader med kök, dusch, WC, tvätt, latrintömning och sophantering.



Framtida camping

Campingen utökas från att innehålla ca 100 campingplatser inklusive stugor till att totalt innehålla ca 170 platser. Några befintliga campingplatser försvinner samtidigt som ca 50 nya campingplatser och 30 nya stugor tillskapas. Befintliga stugor (2 st) vid parkeringen flyttas eller rivs resterande fyra stugor vid vandrarhemmet bibehålls.

Campingplatserna ligger terrasserade utmed höjdkurvorna vilket gör anläggandet mer komplicerat än traditionella campingplatser. Då campingplatserna är terrasserade finns det möjligheter i den västra delen att få del av en utsikt som andra campingplatser har svårt att erbjuda. Naturen och terrängen är det som gör denna campingen unik i sitt slag. I förslaget är de västra platserna 10x10 m och längre upp mot den nya stugbyn blir tomterna djupare för att hantera terrängens lutning. Utökningen i den befintliga delen i öster är också de 10-12 meter breda men betydligt djupare för att utrymme finns och för att även där hantera höjdskillnaderna. Det är positivt med olika storlekar på tomterna då campingen kan koppla priset till storleken. På det sättet kan campingen erbjuda standardplatser, plusplatser och premiumplatser beroende på storlek och utsikt.



För att checka in på campingen kör besökarna in på en parkeringsyta eller väntzon där fordonet kan stå i väntan på den administrativa processen. När incheckningen är klar får besökaren en tagg så att de kan ta sig in på campingområdet genom bommarna. Campingområdet är slutet och endast incheckade fordon kan vistas inne på campingområdet. Däremot finns parkeringsmöjligheter för besökare som vill besöka restaurang/utsiktsplats. Tanken är att inte stängsla in området och därför är campingen inte stängd för allmänheten (gående eller cyklister). I området finns även sammankopplade stigar till närområdets alla aktiviteter och motionsslingor.

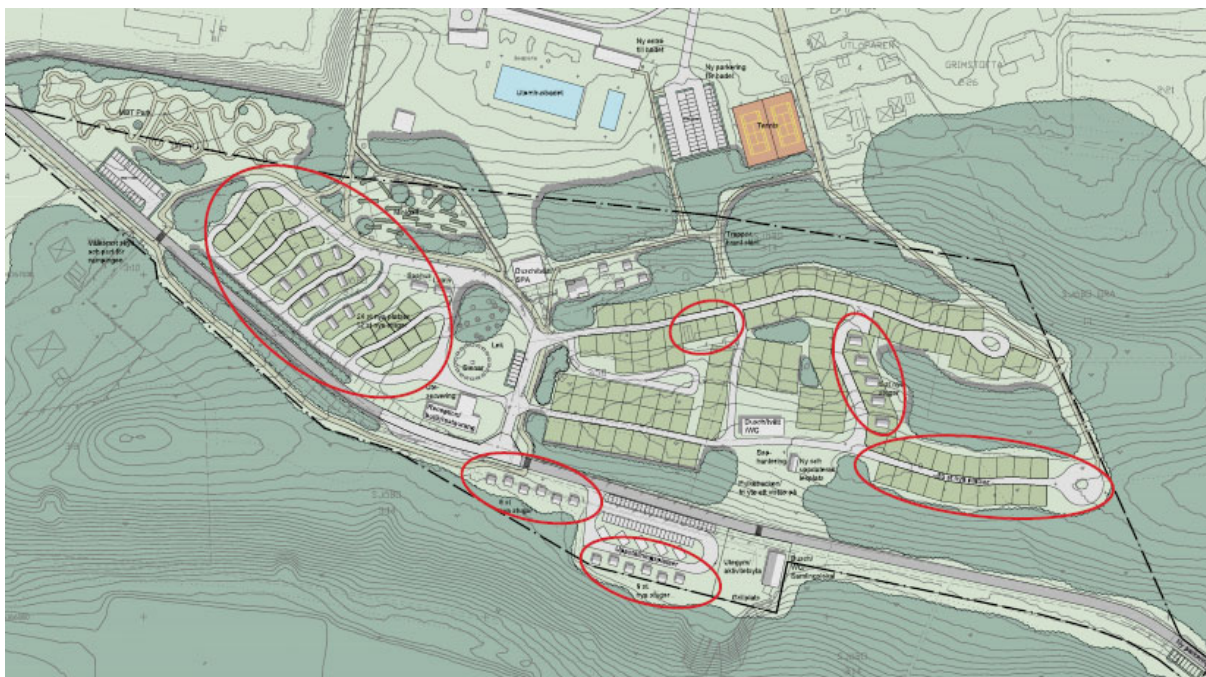


Illustration visar de område som innehåller nya campingplatser och stugor (röda cirklar).

Framtida bebyggelse

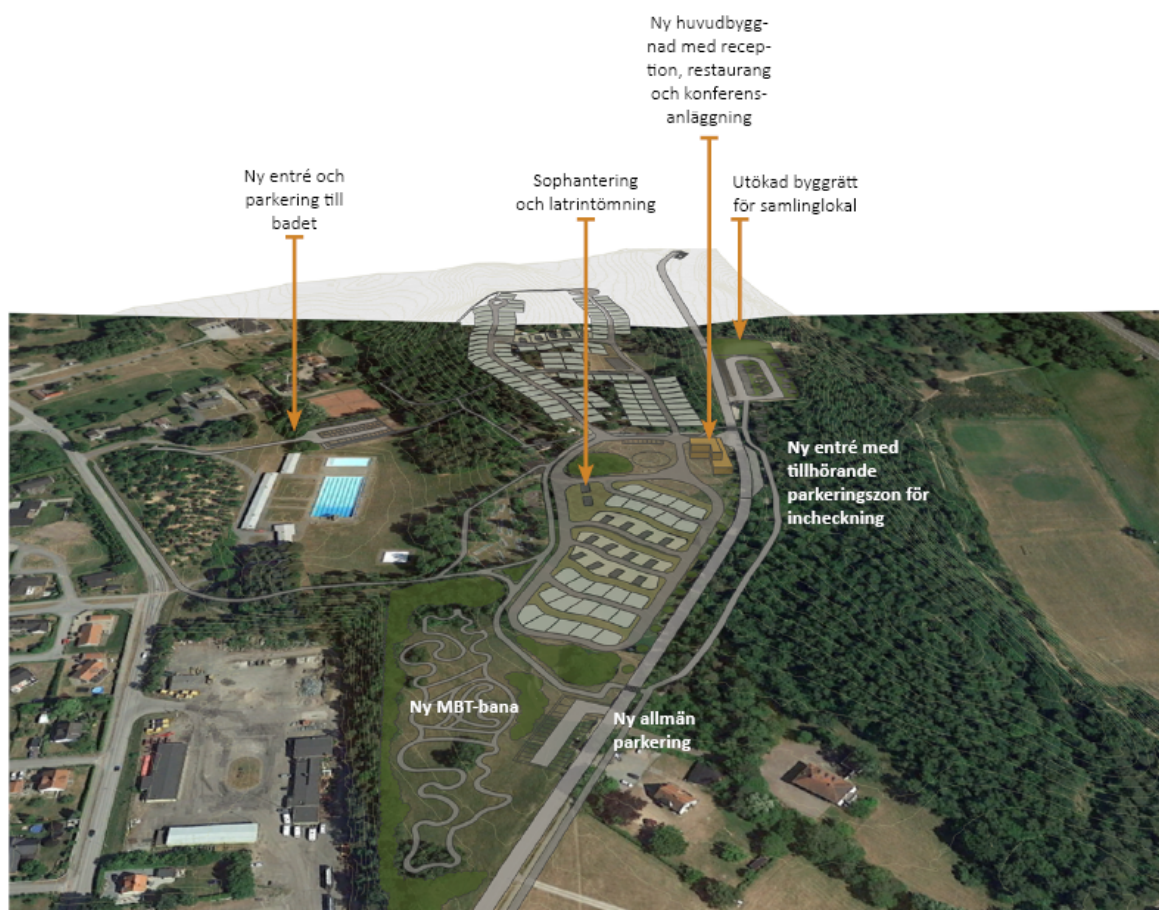
Campingen är reglerad med bestämmelsen **N** (Camping) och **O₂** (Campingstugor, dock max 5 nya öster om entré och max 14 nya väster om entré). En tydlig entré skapas till campingen med en ny huvudbyggnad med tillhörande lokaler. Huvudbyggnaden är reglerat med **O₃** (Reception,

gemensamhetslokal, konferensanläggning samt service) samt utformningsbestämmelser f_2 för fasadmaterial (får ej utformas med prefab betongskivor) och en **byggnadshöjd** på 8 meter.



Utformningsidé för ny huvudbyggnad som kan innehålla reception, konferensanläggning, butik och utsiktsplats.

Den nya huvudbyggnaden där campingens reception är placerad kan även användas till en lokal butik för boende på campingen, restaurang för både boende och allmänhet samt utsiktsplats och lekaktiviteter för barnen på campingen. Det finns även i framtiden möjlighet att inrymma en konferensanläggning i byggnaden.

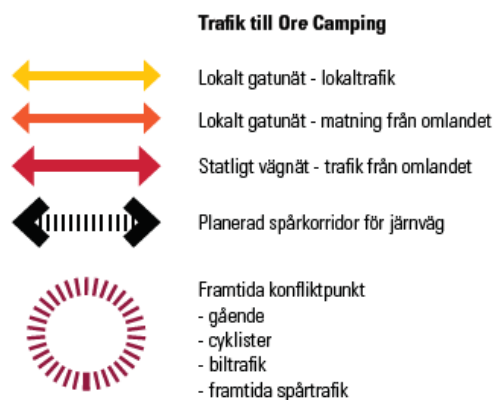


Den gamla receptionen och entrén till badet föreslås bli en kompletterande serviceanläggning med dusch/tvätt/disk. Denna ytan regleras med **O** (Tillfällig vistelse) och byggnadshöjd 4 meter.

Byggnaden bredvid som idag innehåller vandrarhem är tänkt att behålla den nuvarande verksamheten och regleras därför till **O₁** (Vandrarhem) och byggnadshöjd 7 meter. Även en mindre

byggnad för sophantering och latrintömning föreslås för den utökade delen av campingen. Entrén till badet har flyttats ner till en mer lämplig och lättillgänglig plats vid badet så att badet görs tillgängligt för alla grupper i samhället men är inte en del av planområdet. Förslaget innehåller även utökad byggrätt för samlingslokalen (**O₅**) som används av friluftsförbundet. Byggrätten är även reglerad med byggnadshöjd 3,5 meter och **f₂** för sadeltak samt **f₃** för fasadmateriell av träpanel. De tillkommande stugorna regleras också på samma sätt fast då med **O₄** för campingstugor.

Trafik



Kartbild av befintlig trafikmatning in till Orebackens camping (orange linje).

Trafikmatning till campingens bedöms till största del komma från det statliga vägnätet (väg 13/11) och en mindre del från det lokala gatunätet. Södergatan och Östra Idrottsgatan påverkas mest av en expansion av campingens. Dock är berörda vägar i gott skick och väl dimensionerade för en marginell ökning av trafik med husvagnar och husbilar. På sikt, när det framtida spårreservatet tas i bruk, kan det uppkomma en konfliktpunkt i korsningen Östergatan/Östra Idrottsgatan/Tolångavägen.

Konfliktpunkten bedöms dock vara på längre sikt och påverkar inte den nu aktuella planeringen förutom att inget permanent planeras på reserverad mark.

Stråk

Höjdryggen i området bidrar till att det finns ett par utsiktspunkter som har en fin utsikt utöver landskapet. Att dra nytta av utsikten och etablera någon typ av publik funktion, som t ex restaurang/café i kombination med spel och lek, skulle kunna bidra till en ny målpunkt, både för lokalsamhället men även i det regionala perspektivet. Det finns stråk i alla riktningar som kan bidra till liv och rörelse. Att jobba med belysning, marknadsföring och skyltning kan bidra till att tillgängliggöra området för den regionala kundkretsen. Naturen med dess terräng och utsikt är en stor tillgång för området och det som gör Orebacken till ett unikt aktivitetsområde.



Kartbild av befintlig struktur med stråk och utsiktspunkter samt analys av potentiella ytor för ny camping.

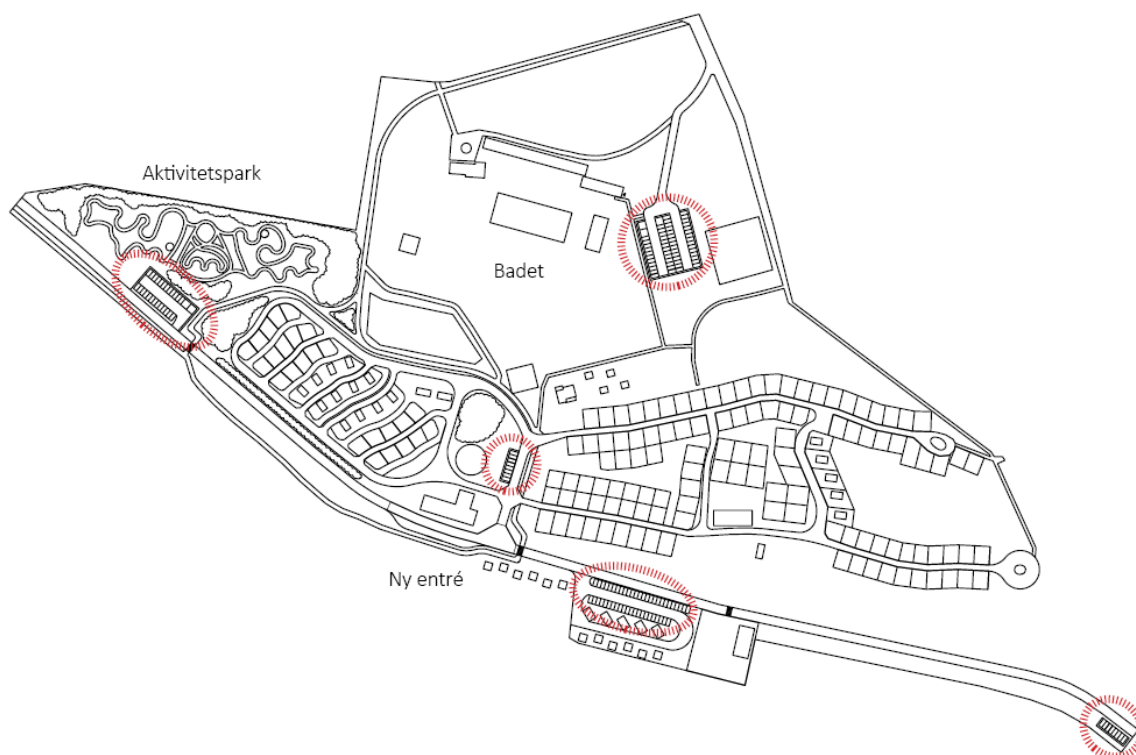


Illustration visar de framtida parkeringsplatserna (röda cirklar).

Parkering

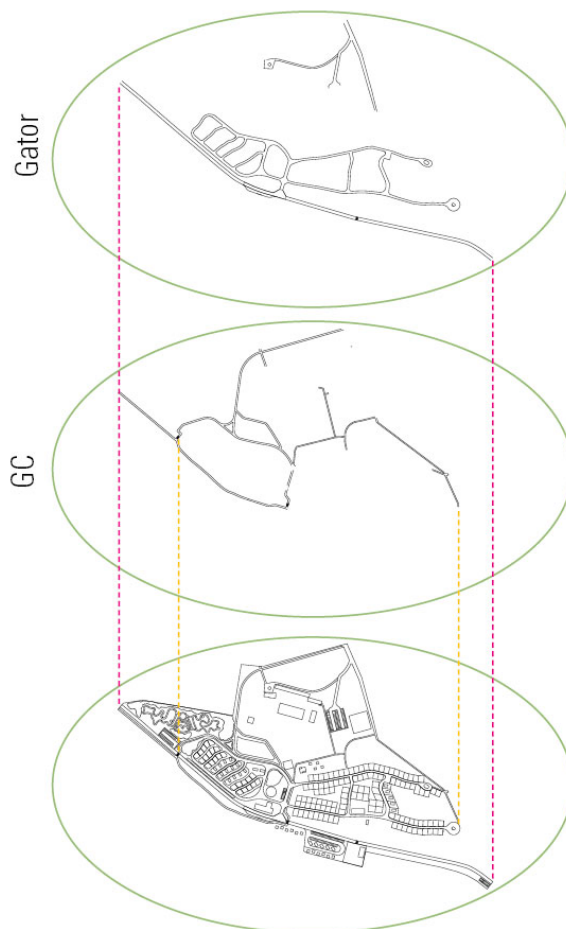
Parkeringsplatser finns på fem olika ställen varav två är tänkta att vara till campingen och ligger vid entrén och på den befintliga grusytan i södra delen av planområdet. En ny parkering skapas för badet som också kommer få en entré vid samma ställe för att underlätta besök på badet. I västra delen skapas en ny parkeringsyta som är tänkt att serva både aktivitetsparken och den intilliggande idrottsplatsen. Det är även planerat en mindre parkeringsyta i öster för att underlätta vistelse i naturområdet.

Gator

Det nya gatunätet för campingen är uppbyggd kring en slinga med en gatubredd på 5,5 meter som leder trafiken runt hela området och integreras med befintliga vägstruktur för campingområdet. För utökningen i östra delen, skapas en gata med 4 meters gatubredd som avslutas med en vändzon.

Gång- och cykelväg

Gång- och cykelnätet är sammanlänkat från väster och upp mot badet. Cykling österut sker dock i blandtrafik efter det att entrén till campingen har passerats. Intill parkeringen vid aktivitetsparken föreslås ett övergångsställe för gång- och cyklister, likadant föreslås ett övergångsställe för en



trygg och säker passage vid campingentrén och vid pulkabacken.

Aktivitetspark

I planområdets västra del föreslås en tillfällig aktivitetspark på spårreservatets mark som planeras för en MBT-bana för alla åldrar. Till den nya aktivitetsparken kopplas även en ny permanent parkeringsyta som kan användas fram tills spårreservatet blir aktuellt att tas i bruk. Parkytan och aktivitetsparken blir då en sammanlänkande yta mellan idrottsplatsen och badet.



Teknisk försörjning

Vatten/avlopp

Området är idag kopplat till allmänt VA-nät. Området ingår i verksamhetsområde för dricksvatten och spillvatten, men ej för verksamhetsområde för dagvatten.

Dagvatten

Planförslaget innebär marginell hårdgöring av området i förhållande till dagens situation. Då marken har en extremt bra infiltrationsförmåga finns det ingen anledning att skapa fördröjningsytor. Dock ska dagvattnet ledas till ytor som är skapade för viss rening av dagvattnet vilket gör att möjligheten att uppnå miljö kvalitetsnormerna för Vombsjön och Kävlingeån eller grundvattenmagasinet inte försämras. Ytan är belägen i lågpunkten mellan MBT-banan och parkeringen och reglerat i plankartan med egenskapsbestämmelse **fördröjning**.

El

Området kan kopplas till befintligt elnät.

Tele/IT

Området kan kopplas till befintligt telenät.

Avfall

Området har idag två sophanteringsplatser. I förslaget flyttas servicebyggnaden i den befintliga campingen till en plats i sluttningen sydöst om nuvarande läge. För den nya västra delen av campingen planeras en ny sophanterings- och latrintömningsbyggnad som servar det nya området. Den befintliga sopstationen i östra delen bibehålls som den är idag.

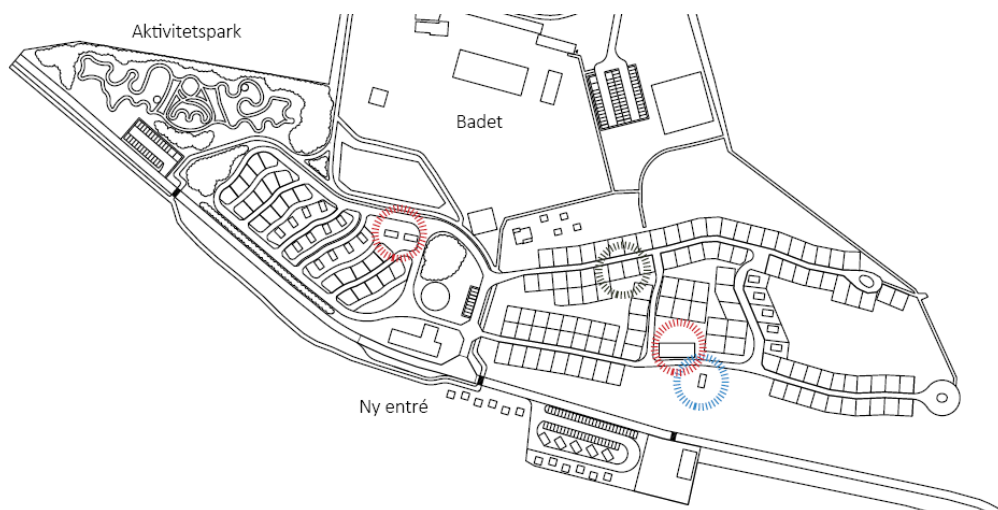


Illustration över området med inringade platser sophantering och latrintömningsbyggnad. Nya anläggningar (röd ring), befintlig anläggning (blå ring), befintlig anläggning som föreslås flyttas (svart ring).

MILJÖ, HÄLSA OCH SÄKERHET

Barnperspektivet

Ur ett barnperspektiv så är förslaget förenligt med barnkonventionen då den tar hänsyn till bra och tydliga gång- och cykelvägar. Förslaget tillgängliggör även området med mer parkering vilket gör att föräldrar lättare kan transportera barn från och till aktiviteter i området. Förslaget innehåller också en satsning på barn genom den tillfälliga aktivitetsparken som knyter ihop ett aktivitetsstråk mellan idrottsplatsen och badet.

Ekosystemtjänster

Befintlig ekosystemtjänster inom planområdet kommer att påverkas vid planens genomförande. Exempelvis kommer naturmark exploateras vid utvidgning av campingen vilket försämrar områdets klimatreglerande funktion. Förmåga att rena luft kommer att minska då träd tas ned och exploateringen innebär att pollineringen påverkas inom området.

En del av syftet med planförslaget är att bibehålla och tillföra ekosystemtjänster inom planområdet. Öppen dagvattenhantering kan exempelvis kompensera den negativa påverkan på den lokala klimatregleringen något genom avdunstning och infiltration. Likadant kan idén om att campingplatserna ska inpassas i naturen på ett omsorgsfullt sätt leda till att bibehålla natur och minska påverkan vid genomförandet av planen.

Hälsokonsekvenser

Planförslaget innebär ett mer tillgänglig rekreationsområde och en utökning av campingfunktion bedöms förslaget ha positiva hälsoeffekter då möjligheterna för allmänheten att nyttja natur- och rekreationsområdet Sjöbo Ora.

GENOMFÖRANDEFRÅGOR

Organisatoriska frågor

Tidplan

Detaljplanen bedöms vinna laga kraft under sommaren 2020.

Planprocess

Planen genomförs med utökat förfarande.

Genomförandetid

Genomförandetiden är 5 år från det datum då planen vunnit laga kraft. Genomförandetid är den tidsrymd inom vilken planen är tänkt att genomföras och fastighetsägare inom planområdet har en garanterad byggrätt i enlighet med planen under denna tid. Efter genomförandetidens utgång fortsätter planen att gälla men kan då ändras eller upphävas utan att de rättigheter som uppkommit genom planen behöver beaktas.

Huvudmannaskap

Att ett område är allmän platsmark innebär att marken är avsedd för ett gemensamt behov. Kommunen är huvudman för den allmänna platsmarken som på plankartan utgörs av **GATA** och **NATUR**. Huvudmannen ansvarar för den allmänna platsmarkens utbyggnad, drift och underhåll.

Ansvarsfördelning

Planförslaget innebär utbyggnad av ny lokalgata (slingan inom campingen). Kommunen bekostar anläggning av nya gator. Inom planområdet betecknat med P-PLATS bekostar kommunen utbyggnad av allmänna parkeringsytor.

Markarbeten

Då den nya delen av campingen sluttar mot väster kommer en del grävarbeten att behövas. När detta sker ska tillsynsmyndigheten kontaktas i god tid före schaktning påbörjas. Före eventuella efterbehandlingsåtgärder inleds ska en anmälan om avhjälpandeåtgärder enligt 28 § förordning om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd inlämnas till tillsynsmyndigheten i god tid (minst 6 veckor).

Fastighetsrättsliga frågor

Fastighetskonsekvenser för fastigheter inom planområdet

Fastigheterna för campingområdet föreslås genomgå följande förändring vid detaljplanens genomförande. Observera att sammanställningen inte är bindande för kommande lantmäteriförrättning.



Fastighetskonsekvenser för fastigheter inom planområdet

Sjöbo 3:58 (grå)

Delar av fastigheten Sjöbo 3:14, inom den gråa zonen, regleras över Sjöbo 3:58. Även delar av Sjöbo 3:59 regleras över till 3:58. Fastigheten blir huvudfastighet för campingområdet.

Sjöbo 3:59 (grön)

Liten del av fastigheten Sjöbo 3:14, inom den gröna zonen, regleras över Sjöbo 3:59. Fastigheten blir huvudfastighet för vandrarhemmet och den befintliga receptionsbyggnaden.

Ny fastighet (gul)

Liten del av fastigheten Sjöbo 3:14, inom den gråa zonen, avstyckas till ny fastighet. Fastigheten innehåller då huvudbyggnaden för campingområdet.

Ny fastighet (turkos)

Liten del av fastigheten Sjöbo 3:14, avstyckas till ny fastighet. Fastigheten innehåller då byggrätt för stugor som tillhör campingområdet.

Ny fastighet (röd)

Liten del av fastigheten Sjöbo 3:14, avstyckas till ny fastighet. Fastigheten innehåller då byggrätt för stugor som tillhör campingområdet.

Ny fastighet (blå)

Liten del av fastigheten Sjöbo 3:14, inom den gråa zonen, avstyckas till ny fastighet. Fastigheten innehåller då byggrätt för samlingslokal till friluftsförandet m fl.

Fastighetsbildning

Ansökan om fastighetsbildning och upprättande av härför nödvändiga avtal ankommer i första hand på markägare och exploatör. Exploatören bekostar samtliga fastighetsbildningsåtgärder, bildande av ledningsrätter samt servitut som exploateringen ger upphov till.

Ekonomiska frågor**Planekonomi**

Kostnaden för utarbetandet av detaljplanen betalas initialt av Sjöbo kommun genom stadsbyggnadsförvaltningen. Planavgift ska tas ut i samband med bygglovsansökan enligt av kommunen fastställd taxa.

Inlösen, ersättning

Ändras eller upphävs detaljplanen under genomförandetiden har fastighetsägare rätt till ersättning för eventuell förlorad byggrätt som inte utnyttjas.

VA-ledningar

En anslutning till det allmänna ledningsnätet finns inom planområdet. För att hitta lämpliga ledningsstråk inom planområdet, behöver en utredning göras över hur det interna ledningsnätet ska utformas, vilken exploatören ansvarar för.

El-ledningar

Sjöbo Elnät AB ansvarar för elförsörjningen inom planområdet.

Tele/IT-ledningar

Telia och Teleservice Skåne AB svarar för telenätet inom planområdet.

Tekniska frågor

Tekniska utredningar

Geoteknisk utredning ska göras i samband med projektering av ny byggnad. Fördjupade utredningar, t.ex som geoteknisk undersökning, radonmätning eller projektering ansvarar resp. byggherre/exploatör för.

MEDVERKANDE

Planförslaget har tagits fram av plankonsult Jimmie Simonsen (Sigma Civil), i samråd med Åsa Bjurström, planarkitekt på stadsbyggnadsförvaltningen samt i samråd med representanter för berörda förvaltningar.

Stadsbyggnadsförvaltningen Sjöbo kommun

Anders Lindén
Tf Förvaltningschef

Åsa Bjurström
Planarkitekt



PLANBESTÄMMELSER

Följande gäller inom områden med nedanstående beteckningar. Endast angiven användning och utformning är tillåten. Där beteckning saknas gäller bestämmelsen inom hela planområdet.

GRÄNSBETECKNINGAR

- Planområdesgräns
- Användningsgräns
- Egenskapsgräns

ANVÄNDNING AV MARK OCH VATTEN

Allmänna platser med kommunalt huvudmannaskap 4 kap. 5 § 1 m 2 p.

- GATA Gata
- P-PLATS Parkeringsplats
- NATUR Naturområde

Kvartersmark 4 kap. 5 § 1 m 2 p.

- N Camping
- N Motionsanläggning
- O Tillfällig vistelse
- O Vandrarnhem

- O₁ Campingstugor, dock max 5 nya öster om entré och max 14 nya väster om entré
- O₂ Reception, gemensamhetslokal, konferensanläggning samt service
- O₃ Campingstugor
- O₄ Samlingslokal och service

EGENSKAPSBESTÄMMELSER FÖR ALLMÄN PLATS

Stängsel och utfart

Utfartsförbud. 4 kap. 9 §

EGENSKAPSBESTÄMMELSER FÖR ALLMÄN PLATS MED KOMMUNALT HUVUDMANNASKAP

Utformning av allmän plats

fördröjning Dagvattenfördröjning ska finnas. 4 kap. 5 § 1 m 2 p.

gång- och cykel Allmän gång- och cykelväg. 4 kap. 5 § 1 m 2 p.

Mark och vegetation

beläggning.

slänt

Befintlig markbeläggning med grus ska behållas. 4 kap. 5 § 1 m 2 p.

Befintlig slänt ska behållas. 4 kap. 5 § 1 m 2 p.

EGENSKAPSBESTÄMMELSER FÖR KVARTERSMARK

Placering

Marken får inte föras med byggnad. 4 kap. 16 § 1 m 1 p.

Utformning

f₁ Fasad får ej utformas med prefab betongskivor. 4 kap. 16 § 1 m 1 p.

f₂ Takfoten ska utformas med sadeltak. 4 kap. 16 § 1 m 1 p.

f₃ Fasad ska utformas med panel av trä. 4 kap. 16 § 1 m 1 p.

Högsta byggnadshöjd i meter. 4 kap. 16 § 1 m 1 p.

ADMINISTRATIVA BESTÄMMELSER

Genomförandetid

Genomförandetiden är 5 år från den dag då planen vunnit laga kraft. 4 kap. 21 §

Skala 1:1000 (A1)
0 10 20 30 40 50 100 m

HANDLINGAR

Till planen hör följande handlingar:

- ☒ Grundkarta
- ☒ Fastighetsförteckning
- ☒ Plankarta med bestämmelser
- ☒ Illustrationskarta
- ☒ Planbeskrivning

Beslut om detaljplanen

Datum

Antagen av kommunfullmäktige,
Vunnit laga kraft

Tillhör kommunfullmäktige i Sjöbo beslut.

Katarina Hansson
Kommundirektör

PLANKARTA MED BESTÄMMELSER
DETALJPLAN FÖR SJÖBO 3:58 MFL
"OREBACKENS CAMPING"

i Sjöbo, Sjöbo kommun, Skåne län

Upprättad 2019-12-10
SAMRÅDSHANDLING

Anders Lindén
Förvaltningschef

Åsa Bjurström
Planarkitekt

Jimmie Simonsen
Plankonsult



TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-10

Dnr

2020/14

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och
omsorgsförvaltningen

Skrivelser von januari 2020

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Ärendet läggs till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

För vård- och omsorgsnämndens kännedom föreligger följande skrivelser, beslut och meddelande:

Ej sekretess:

Från kommunfullmäktige:

Beslut KF 2019-12-16

Rapportering av ej verkställda beslut 2019

Reviderad policy för mat och måltider – 20191126 (Ärendenr 2019/360)

Återredovisning till Kommunförbundet Skåne av medel inom Överenskommelse;
Investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare

Sekretess:

Dom från Förvaltningsrätten i Malmö. Mål nr 12293-18 avseende överklagat beslut om avslag på ansökan om bostadsanpassningsbidrag till stoltrapphiss.

Förvaltningsrätten avslår överklagandet.

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed

Administrativ chef vård och omsorgsförvaltningen

0416-27234

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-10

Dnr

2019/360

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och
omsorgsförvaltningen

Skrivelse -Beslut KF 2019-12-16 Policy för mat och måltider

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut
Ärendet läggs till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Skrivelse -Beslut KF 2019-12-16 Policy för mat och måltider

Vård och omsorgsförvaltningen

Gunilla Lynghed
Administrativ chef vård och omsorgsförvaltningen
0416-27234

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum

2020-01-20

Dnr

2020/30

Hid

Vård och omsorgsförvaltningen
Eva Gustafsson
förvaltningschef

Information Von januari 2020

Vård och omsorgsförvaltningens förslag till beslut
Informationen läggs till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet
Information om aktuella frågor i förvaltningen.

Vård och omsorgsförvaltningen

Eva Gustafsson
förvaltningschef