

Internkontroll- rapport

Vård- och omsorgsnämnden

2021

Datum: 2022-02-07

Dnr: VON/2021:9-049. Hnr 2022:207

Godkänd av vård- och omsorgsnämnden 2022-02-24, § 12

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder	6
Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun	6
Kontrollområde: Medborgarfunktionen	7
Kontrollområde: Avvikelsehantering	7
Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter	8
Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö	8
Kontrollområde: Särskilda boenden inom äldreomsorg	9
Kontrollområde: Delaktighet	10
Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR)	10
Kontrollområde: Aktuella vårdplaner	11

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2021 har särskilt fokuserat på kontrollmoment som innebär att säkra kvalitet för verksamhetens brukare. Exempelvis korrekt hantering av privata medel, delaktighet i genomförandeplan, att vårdplaner är aktuella och olika typer av uppföljning av avvikelshantering. Internkontrollplanen har också innehållit kontrollmoment som rör arbetsmiljö och hantering av GDPR.

Ett kontrollmoment som rör kontroll av behörigheter i verksamhetssystem har inte kunnat genomföras i full skala. Kontrollmomentet kommer att förändras inför 2022.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt visar uppföljningen att det inom delar av förvaltningens verksamheter fortsatt finns ett behov av att utveckla hanteringen av avvikelser, tillbud och arbetsskador i våra verksamhetssystem.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2021. I förekommande fall framgår också vilka åtgärder förvaltningen har vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit. Redovisningen av resultaten utgår från de kontrollområden som angavs i interkontrollplanen

Inledning

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringssätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnden ska årligen utifrån en genomförd risk- och sårbarhetsanalys upprätta en plan för sin interna kontroll. Det innebär bland annat att kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffrvärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

Internkontrollrapport

Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder

Kontrollmoment: Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs.

Riskvärdering

12.

Risikkommentar

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer ej följs. Kan leda till allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: April-december 2021.

Resultat

Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs.

Avvikelse som framkommit vid internkontrollen är t.ex. att några av kassorna inte stämde med saldot, ofullständiga kassablad, saknade kvitton och överenskommelse som behöver förnyas eller saknats.

Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, t.ex. samtal med kontaktpersoner och god man, genomgång av rutinen på APT eller enskilda samtal med medarbetare. Det som också kan nämnas är att flertalet enheter inte hade några avvikelser alls.

Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun

Kontrollmoment: Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst".

Riskvärdering

12.

Risikkommentar

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer ej följs. Kan leda till allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året.

Resultat

Kontroll av aktuella genomförandeplaner görs kontinuerligt under året, de brister som upptäckts har åtgärdats. Särskild uppföljning av utförarnas arbete med avvikelser under året gjordes i december där respektive utförare fått återkoppling på avvikelsetarbetet. Även kvalitetsgranskning av dokumentation skedde vid samma tillfälle.

En hemtjänstutförare har avslutats under året då de ej kunnat leva upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlaget.

Kontrollområde: Medborgarfunktionen

Kontrollmoment: Aktgranskning

Riskvärdering

9.

Riskkommentar

Möjlig risk för bristande kvalitet i utredningar. Kan få kännbar konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Hösten 2021.

Resultat

För aktgranskningen, som utgår från rättssäkerhet, har utredningar avseende nya beslut om avlösning inom äldreomsorgen enligt SoL stått i fokus. Granskningen har omfattat totalt 13 ärenden där insatsen kontaktperson granskats enligt LSS och SoL. Av de ärenden som granskats avser 8 beslut flickor/kvinnor och 5 beslut pojkar/män. Sammantaget avser 11 beslut bifall (7 enligt LSS och 4 enligt SoL) och 2 beslut avslag.

Resultat av aktgranskningen visar att utredningarna över lag uppfyller de rutiner som finns kring insatsen, däremot uppfyller de inte helt och hållet krav som ställs i lag.

Granskningen kommer fram till att ett förtydligande behöver ske angående av som ska ingå i utredning om avlösning. Att fundera vidare på i utredningsförfarandet är att innehållet i utredningen måste utgå från syftet/målet med insatsen. Bedömningar i förhållande till lagstiftningarnas portalparagrafer (tillgodosett på annat sätt/kan tillgodoses på annat sätt) behöver utvecklas.

Kontrollområde: Avvikelsehantering

Kontrollmoment: Övergripande statistik på samtliga avvikelser

Riskvärdering

12.

Riskkommentar

Förekomst av brister i nuvarande hantering. Kan leda till allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Månadsvis och total sammanställning januari 2022.

Resultat

Varje månad dras statistik ut från verksamhetssystemet, som dels syftar till en övergripande kontroll av eventuella lex Sarah och lex Maria-rapporter. Dels använder utredare i samråd med enhetschefer statistik för att se att inga enheter har många obearbetade avvikelser. Totalt sett har förvaltningen 2021 något fler avvikelser än 2020. 3897 avvikelser inrapporterades, och 2689 har bearbetats och avslutats vid årets slut. Av samtliga avvikelser under 2021 står 990 avvikelser som ej bedömda, vilket

motsvarar cirka 25% av avvikelserna. Andelen ej bedömda avvikelser som är rapporterade som HSL-avvikelser är 422 st. Merparten av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Det är framför allt tre enheter som har betydligt högre grad av ej bearbetade avvikelser. Vid en av dessa enheter har en särskild handlingsplan tagits fram för att förbättra arbetet med hanteringen av avvikelser. Av de avvikelser som finns i systemet vid utgången av 2021, avslutade eller under bearbetning, har 2681 stycken minst en åtgärd registrerad.

Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter

Kontrollmoment: Granskning av att aktuella användare ligger i våra verksamhetssystem, samt att de har rätt behörighet

Riskvärdering

12.

Riskkommentar

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Kan leda till kännbar konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Granskningen ej genomförd under 2021.

Resultat

Granskningen har inte genomförts på det sätt som planerats under 2021. Dock har särskilda kontroller av avslutade användare införts och där säkerställer vård- och omsorgsförvaltningen på ett säkert sätt att dessa avslutas. Kontrollområdet bör kvarstå men kontrollmomentet behöver ändras till att vara helomfattande och möjligt att genomföra. Plan för detta finns.

Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö

Kontrollmoment: Hantering av arbetsskador och tillbud

Riskvärdering

12.

Riskkommentar

Möjligt att rapporterade ärenden blir liggande innan de hanteras. Kan få allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Kontinuerligt under året och sammanställning i Januari 2022

Resultat

Granskning av statistik har genomförts av utredare. Granskningen visar att ca 30% av de arbetsskador och tillbud som rapporterats under året inte har hanterats i Stella, som är det system där arbetsskador och tillbud skall hanteras. Huvuddelen av dessa är från årets sista två månader. Kontrollpunkten bör kvarstå till kommande år.

Kontrollmoment: Genomförande av skyddsron

Riskvärdering

12.

Risikkommentar

Möjligt att skyddsroner inte genomförs årligen på alla arbetsplatser. Allvarligt för arbetsgivarens förmåga att bedöma och förebygga risker i arbetet.

Kommentar

Datum för kontroll: 2021-11-23.

Resultat: Utredare har översiktligt gått igenom inkomna skyddsroner för 2021. Verksamheterna har i de flesta fall genomfört skyddsroner under 2021. I de få fall de inte genomförts är de inplanerade att göras innan årsslut. Sammanställningen av skyddsroner till internkontrollen har bidragit till att aktualisera genomförandet. Tre enheter/hus meddelar att de av olika skäl inte kommer att kunna genomföra skyddsroner under 2021, och har fått dispens för detta av verksamhetschefer för att göra dem tidigt 2022 istället.

Kontrollområde: Särskilda boenden inom äldreomsorg

Kontrollmoment: Kontroll av att bemanning nattetid följer framtagna rutiner

Riskvärdering

12.

Risikkommentar

Möjligt att framtagna rutiner inte följs. Kan få allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Pågående under året.

Resultat: En utveckling av kontrollmomentet har gjorts under året. Två större tillsyner, som innefattar både dag- och nattpersonals kännedom om och följsamhet till rutiner, har genomförts. I samband med detta har även en större analys gjorts av enheternas arbete med avvikelser och genomförandeplaner. Arbetssättet har fungerat väl och kan utvidgas till att omfatta fler av förvaltningens verksamheter under det kommande året. På en av de granskade verksamheterna framkommer att kunskapsnivån kring gällande rutiner är något varierande mellan arbetsgrupperna på boendet. I granskningen framkommer två genomförandeplaner som inte är fullständiga. Åtgärder planeras för de uppkomna bristerna. I övrigt framkommer att kännedom om gällande rutiner ligger på en hög nivå och att arbetet med avvikelser och genomförandeplaner fungerar tillfredställande.

Kontrollområde: Delaktighet

Kontrollmoment: Kontroll av att brukare varit delaktiga vid upprättande av genomförandeplan

Riskvärdering

9.

Risikkoментар

Möjlig risk att brukare ej varit delaktiga i upprättande av genomförandeplaner. Kan få kännbara konsekvenser i form av att vården och omsorgen inte utformas utifrån den enskildes behov och önskemål.

Kommentar

Datum för kontroll: 2021-11-22.

Resultat

Av de totalt 905 genomförandeplanerna som är aktuella har det i 31,5 % av planerna angetts att brukaren varit delaktig. Rutan för delaktighet ska i princip alltid vara ikryssad, eftersom vi förutsätter att brukarna ska göras delaktiga i upprättandet. Uppfattningen är att det egentligen bara är i undantagsfall som personen verkligen inte är delaktig i upprättandet men personalen missar att fylla i rutan i planen. En åtgärd är att fortsätta arbetet med att informera om hur genomförandeplanen skall upprättas, och hur man skall hantera om brukaren bara kunnat vara delaktig i väldigt liten mån. Kontrollpunkten behöver kvarstå och eventuellt utvidgas inför kommande år.

Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR)

Kontrollmoment: Kontroll av att personuppgifter förvaras på ett säkert sätt

Riskvärdering

12.

Risikkoментар

Möjlig risk att personuppgifter redovisats/lagrats på ett för obehöriga åtkomligt sätt, även om stöd för behandling av personuppgifter finns. Kan få allvarliga konsekvenser till följd av att personuppgifter röjs.

Kommentar

Datum för kontroll:2022-01-04.

Resultat

Stickprov har genomförts på tio olika månadsrapporter i Stratsys. Inga personuppgifter förekommer i dessa. Stickprov har genomförts på 20 dokument som ej sekretess- eller gdpr- markerats i lex. Sökning gjordes på dokument upprättade under mars respektive oktober, tio dokument i vardera månad kontrollerades. Inga personuppgifter förvaras så att obehöriga kommer åt dem.

Kontrollområde: Aktuella vårdplaner

Kontrollmoment: Kontroll att inga vårdplaner är äldre än ett år

Riskvärdering

9.

Kommentar

Datum för kontroll: 2021-11-22.

Resultat

Journalgranskning har genomförts av legitimerad sjuksköterska och rehabpersonal. Totalt har 157 planer granskats, av dessa bedöms 119 som aktuella. För att anses som aktuell skall de vara uppföljda och uppdaterade under det senaste året.