

Internkontroll- rapport

Vård- och omsorgsnämnden 2023

Datum: 2024-02-09

Dnr: VON/2023:6-1.5.2

Fastställt: Vård- och omsorgsnämnden 2023-02-29, § 33

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Intern kontroll	4
Definition av intern kontroll.....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboende.....	6
Kontrollområde: Medborgarfunktionen	6
Kontrollområde: Avvikelsehantering.....	7
Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter	7
Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö	8
Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet.....	9
Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA.....	9

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2023 har fokuserat på kontrollmoment som innebär att säkra kvalitet för verksamhetens brukare och för medarbetares arbetsmiljö. Exempelvis korrekt hantering av privata medel, att behörigheter i verksamhetssystem är korrekta och uppföljning av avvikelshantering. Internkontrollplanen har också innehållit kontrollmoment som rör systematiskt arbetsmiljöarbete och systematiskt brandskyddsarbete.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt visar uppföljningen att det inom några områden finns behov av åtgärder och också ett behov av fortsatt internkontroll under kommande år.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2023. 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

Intern kontroll

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.

Risikkoментар

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

Kommentar

Datum för kontroll: Hösten 2023.

Resultat

Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har under året kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. Avvikelse som framkommit är tex. saknade överenskommelser, saknade och ej korrekt ifyllda kassablad. Flera enheter har inga avvikelser alls. Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, till exempel samtal med kontaktpersoner, genomgång på arbetsplatsträff och kontakt med god man.

Kontrollområde: Medborgarfunktionen

Kontrollmoment: Aktgranskning

Riskvärdering

9.

Risikkoментар

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

Kommentar

Datum för kontroll: november 2023.

Resultat

Årets aktgranskning har gjorts gemensamt med verksamhetsuppföljning av utförarverksamhet inom förvaltningen. Frågeställning har varit om handlägningsprocessen går att följa genom dokumentation.

Då förvaltningen beslutat genomföra en verksamhetsuppföljning på utvalda områden där också myndighet ingår har Medborgarfunktionsens myndighet valt att ingå i denna gemensamma granskning.

Granskningen visar att handläggare behöver påminnas om vikten av uppföljning även om omprövning av beslut inte är aktuellt. Det finns ett antal beslut enligt LSS som inte har följts upp på ett antal år, dock har andra insatser beviljats efteråt vilket visar att livssituationen, på annat sätt, följts upp för brukaren.

Granskningen visar på bra och utförliga genomförandeplaner inom LSS. Det framkommer två brukare som inte har någon genomförandeplan.

Förbättringsåtgärder som konstaterats är att finna en bättre systematik i hur genomförandeplaner namnges. Då en brukare kan ha flera insatser och genomförandeplanen för varje insats uppdateras två gånger syns många dokument i verksamhetssystemet.

Kontrollområde: Avvikelsehantering

Kontrollmoment: Kontroll av ej hanterade avvikelser

Riskvärdering

12.

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Av enhetschef månadsvis och sammanställning på förvaltningsnivå per tertial (2023-05-02), delår (2023-08-01) och helår (2024-01-01).

Resultat

Totalt sett har förvaltningen 2023 något fler avvikelser än 2022. Totalt 5 037 avvikelser har rapporterats och 3 625 har bearbetats och avslutats vid årets slut. Av samtliga avvikelser under 2023 står 973 stycken som ej bedömda, vilket motsvarar 19,32 %. En ökning från cirka 14 % under föregående år. Drygt 50 % av de ej bedömda avvikelserna kommer från årets två sista månader. Utfallet varierar mellan verksamheterna, åtgärder sätts in utifrån behov inom respektive verksamhet. Det totala utfallet är inte på en önskvärd nivå och kontrollpunkten behöver kvarstå till kommande år.

Verksamhet	Totalt	Avslutad	Ej bedömd	% ej bedömda
Hälsa- och sjukvård	134	51	8	6%
Särskilt boende äldre	789	517	143	18%
Funktionsstöd	346	283	15	4%
Stöd ordinärt boende intern	564	331	162	29%
Stöd ordinärt boende extern	53	38	8	15%
Totalsumma	1 886	1220	336	18%

Ej hanterade avvikelser SoL/LSS redovisas enligt följande statistikutdrag

Verksamhet	Totalt	Avslutad	Ej bedömd	% ej bedömda
Hälsa- och sjukvård	2	1	1	50%
Särskilt boende äldre	1 170	835	191	16%
Funktionsstöd	647	533	40	6%
Stöd ordinärt boende intern	1 202	686	400	33%
Stöd ordinärt boende extern	53	41	5	9%
Medborgarfunktionen	1	1		0%
Totalsumma	3 075	2097	637	21%

Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter

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

Riskvärdering

9.

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: 2023-06-07.

Resultat

Stickprov har gjorts. Ingen av användarna som kontrollerades saknade några behörigheter men några hade äldre behörigheter som låg kvar och som behövde avslutas.

Kontrollmoment: Slumpmässig loggkontroll i verksamhetssystemet Treserva

Riskvärdering

12.

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året.

Resultat

Löpande stickprov under året. Inga avvikelser har framkommit.

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: 1 januari - 31 december 2023.

Resultat

Granskning av statistik har genomförts av utredare. Totalt har 722 arbetsskador och tillbud rapporterats. Granskningen visar att 21 % (155 stycken) av de händelser som rapporterats under året inte har hanterats i Stella, som är det system där arbetsskador och tillbud ska hanteras. Majoriteten av de ej hanterade händelserna härrör från årets tre sista månader. Under slutet av året har åtgärd påbörjats där HR i återkommande uppföljningar med chef tittar på bland annat arbetsskador och tillbud. Kontrollpunkten bör kvarstå för att följa effekten av detta.

Kontrollmoment: Genomförande av skyddsronder.

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: 2023-12-29.

Resultat

Internkontrollen av skyddsronder visar att större delen av enheterna genomfört den fysiska skyddsronden enligt rutin. Dock har det funnits svårigheter att följa upp kontrollpunkten då protokoll från skyddsronden inte har sparats på avsedd plats. Någon chef uppger också att de i introduktionen som ny chef inte fått till sig när skyddsronder skall göras och var den skall sparas. En genomgång på ledningsgruppsmöten kommer att ske för enhetschefer för att informera om rutiner för skyddsronder och fånga upp dem som inte fått information vid sin anställning. Där kommer det också klargöras var protokoll sparas för att säkerställa att det lätt kan hittas vid exempelvis chefsbyten. Kontrollpunkten kvarstår till kommande år.

Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet

Kontrollmoment: Rapporterade avvikelser enligt HSL har dokumenterad uppföljning av åtgärder

Riskvärdering

9.

Risikkommentar

Risk att avvikelser avslutas utan att vidtagna åtgärders effekt har säkerställts.

Kommentar

Datum för kontroll: 2024-01-01.

Resultat

Kontrollen visar att 7 % av samtliga bedömda avvikelser enligt hälso-och sjukvårdslagen saknar dokumenterad uppföljning av åtgärder. En förbättring från 18,5% under föregående år.

Kontrollmoment: Vårdhygienisk egenkontroll - Hygienrond

Riskvärdering

9.

Kommentar

Datum för kontroll: 2024-01-02.

Resultat

Vårdhygienisk egenkontroll har genomförts på tre särskilda boenden för äldre. Utifrån de behov av förbättringsåtgärder som noterats har handlingsplaner tagits fram och på två av de tre enheterna har de också följts upp under året. För den tredje enheten kommer uppföljning att ske under det första kvartalet 2024.

Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA

Kontrollmoment: Genomförande av brandskyddsrond

Riskvärdering

12.

Kommentar

Datum för kontroll: 2023-12-29.

Resultat

Internkontrollen av brandskyddsronder visar att de inte har genomförts enligt rutin på alla enheter. Rutinen har inkluderats i chefernas årshjul under början av året. Några chefer har uppgett att de inte har full kännedom om rutinen. Granskningen har också visat att det funnits oklarheter gällande var protokoll från brandskyddsronderna skall sparas. En genomgång på ledningsgruppsmöten kommer att ske för enhetschefer för att informera om SBA-arbetet och fånga upp de som inte fått information vid sin anställning. Samt utredning/uppföljning av hur enhetschefers introduktion utförs och följs upp. Kontrollpunkten kvarstår till kommande år.