

# Internkontrollrapport

## Vård- och omsorgsnämnden 2019

Dnr: VON/2019:2-049

Datum: 2020-02-07

Godkänd av vård- och omsorgsnämnden 2020-02-27, § 25

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
Definition av intern kontroll .....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll .....	4
<b>Riskvärdering</b> .....	<b>5</b>
<b>Internkontrollrapport</b> .....	<b>6</b>
Hemtjänsten .....	6
Krisledningsorganisation .....	7
Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder .....	7
Privata utförare i Katrineholms kommun .....	8
Medborgarfunktionen .....	8
Avvikelsehantering .....	9
Representation .....	10
Kontroll av användare och behörigheter .....	11
Föreningsbidrag .....	11

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2019 omfattade både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt framgår att det alltså finns utvecklings- och förbättringsområden.

Granskningen visade bland annat att det funnits vissa avvikelser kopplat till fakturerade timmar inom hemtjänsten. Vidare har, som ett resultat av granskningen, ett antal inaktuella användarbehörigheter rensats i verksamhetssystemet Treserva. En annan brist, som åtgärdades i samband med granskningen, var att riktlinjen för hanteringen av brukares privata medel inte följts fullt ut inom alla boenden.

Bland övriga iakttagelser kan nämnas att granskningen noterade en tydlig förbättring vad gäller andelen brukare inom hemtjänsten med aktuella genomförandeplaner.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2019. 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 förfaringsätt 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. Nämnderna ska årligen 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

## Hemtjänsten

### Granskning av utförda, beviljade samt fakturerade timmar

**Kontrollansvarig**

Ekonomiassistent

**Riskvärdering**

Möjlig förekomst att rutiner ej är kända. Innebär i så fall måttliga konsekvenser

Riskvärdering: 9

**Kommentar**

Datum för kontroll: varje månad.

Resultat: varje månad arbetar ekonomiassistent och ekonom aktivt med granskning av hemtjänstens fakturor. Det har framkommit avvikelser gällande fakturerade timmar, men när så har inträffat tas direkt kontakt med utförare.

### Kontroll av antalet genomförandeplaner

**Kontrollansvarig**

Ekonomiassistent

**Riskvärdering**

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

Riskvärdering: 9

**Kommentar**

Datum för kontroll: varje månad.

Resultat: enligt avtal utgår endast ersättning till utförare om upprättad genomförandeplan finns senast tre veckor efter det att uppdraget påbörjats, samt att den uppdateras minst en gång per halvår. Det har visat sig att genomförandeplaner har saknats, dessa har då direkt uppdaterats av utförarna men dock har det påverkat deras möjlighet till att fakturera. En stor förbättring har skett under 2019, både avseende interna och externa utförare, jämfört med föregående år.

# Krisledningsorganisation

## Att rutiner är kända i verksamheten samt larmlistor/liknande är uppdaterade

### Kontrollansvarig

Brand- och säkerhetssamordnare

### Riskvärdering

Möjlig förekomst att rutiner ej är kända. Innebär i så fall allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

### Kommentar

Datum för kontroll: stickprov andra halvåret 2019.

Resultat: stickprov visar att larmlistor uppdaterats kontinuerligt och tillsammans med förvaltningens planer och rutiner avseende kris och säkerhet är tillgängliga för all personal via intranätet.

Revidering av förvaltningens krisledningsplan skulle ha genomförts under året men har fått flyttas fram till 2020, detta bland annat beroende på att förvaltningens inväntat revidering av kommunövergripande styrdokument. Revidering av förvaltningens krisledningsplan kommer att ske under 2020.

# Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder

## Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs

### Kontrollansvarig

Enhetschef

### Riskvärdering

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

Riskvärdering: 9

### Kommentar

Datum för kontroll: oktober-december 2019.

Resultat: enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. Flera avvikelser framkommer vid internkontrollen, t.ex. saknas överenskommelse hos vissa brukare, felräknade och ofullständiga kassablad, några brukare hade för mycket pengar, samt att kvitto saknats. Vissa enheter hade inga avvikelser alls. Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, t.ex. samtal med kontaktpersoner, genomgång på APT och kontakt med god man.

# Privata utförare i Katrineholms kommun

## Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst"

### Kontrollansvarig

Chef myndighets- och specialistfunktion

### Riskvärdering

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

Riskvärdering: 12

### Kommentar

Datum för kontroll: kvalitetsgranskning av social dokumentation juli 2019, ekonomiadministrativa kontroller löpande under året.

Resultat: alla brukare skall ha aktuella genomförandeplaner. På vård- och omsorgsförvaltningen genomförs kvalitetsgranskningar av social dokumentation och omvårdnadspersonalens uppföljningar av vårdplaner. Under 2019 har en sådan granskning (15 ärenden) gjorts på externa LOV-företag inom hemtjänsten, samt uppföljning av avvikelshantering. Resultaten har presenterats på uppföljningsträffar med respektive företag. Det framkommer ungefär samma brister som för de interna utförarna, samt att olika företag har olika utvecklingsområden.

Under året har vård- och omsorgsförvaltningen hävt avtalet med en av de externa utförarna utifrån brister i följsamhet till förfrågningsunderlaget. Bakgrunden till hävningen var att det vid en kontroll uppdagades att utföraren underlåtit att inbetala förfallen skatt, ej lämnat in inkomstdeklaration och därmed förlorat sin F-skattsedel.

## Medborgarfunktionen

### Aktgranskning

#### Kontrollansvarig

1:e Handläggare LSS

#### Riskvärdering

Bristande kvalitet i utredningar. Leder till kännbar konsekvens.

Riskvärdering: 9

#### Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2019.

Resultat: under 2019 har medborgarfunktionen granskat akter avseende insatserna avlösning (SoL) och kontaktperson (LSS). Urvalet har varit samtliga nya beslut som är fattade under perioden januari – oktober 2019. Granskningen omfattar inte omprövningar av tidigare beslut.

Resultatet av granskningen visar att utredningarna avseende avlösning överlag är tillfredsställande (27 ärenden). I de flesta ärendena framgår nödvändiga uppgifter för beslut. En iakttagelse är dock



att utredningarna är förenklade med standardtext om att den enskilde har rätt till avlösning för att ge anhöriga avlastning i omvårdnadsarbetet. Detta innebär i sin tur att de uppgifter som skickas till utförare för att de ska kunna genomföra uppdraget inte innehåller alla nödvändiga uppgifter, vilket försvårar upprättandet av genomförandeplaner.

Granskningen av ärenden gällande insatsen kontaktperson visar att utredningarna håller en god kvalitet (19 ärenden). Relevanta uppgifter har inhämtats och bedömningarna är välgrundade. Samtidigt kan även här vissa utvecklingsområden konstateras. Det finns anledning att lyfta frågan kring gemensamma hållpunkter för bedömningen av insatser i syfte att utveckla en rättssäker myndighetsutövning. Det framkommer även av granskningen att utredningarna behöver utvecklas när det gäller barn och bedömning av barnets bästa. Vidare har brister i den löpande journalföringen noterats.

## **Avvikelsehantering**

### **Övergripande statistik på samtliga avvikelser**

#### **Kontrollansvarig**

Kvalitetsutvecklare/utredare

#### **Riskvärdering**

Förekomst av brister i nuvarande hantering. Leder i så fall till allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

#### **Kommentar**

Datum för kontroll: månatligen.

Resultat: med avvikelse avses en händelse eller insats som avviker från plan, exempelvis att en brukare inte får sin medicin. Nästan 4 000 avvikelser har hanterats och avslutats under 2019 på vård- och omsorgsförvaltningen av enhetschefer, legitimerad personal m.fl.

Varje månad har utredare och medicinskt ansvarig sjuksköterska gått igenom föregående månads avvikelser för att kontrollera om det finns avvikelser där rapportören angett att avvikelsen eventuellt kan vara föremål för utredning enligt lex Sarah eller lex Maria. I samband med detta kontrolleras också om någon specifik enhet eller område har många kvarstående avvikelser som inte bearbetats inom rimlig tid. I så fall kontaktas ansvarig chef för att stämma av om extra stöd behövs, vilket skett i ett fall under 2019.

Flödet i hanteringen har förbättrats markant under perioden 2017 till 2019. Inom flera områden används också kvalitetsråd bestående av omvårdnadspersonal för att lyfta avvikelser till gemensam vidareutveckling av verksamheten, om det är så att det går att se generella problemområden. Nya rutiner för avvikelsehanteringen har också tagits fram under året.

## **Redovisning av analys av avvikelser och uppföljning av dessa**

### **Kontrollansvarig**

Enhetschef/verksamhetschef

### **Riskvärdering**

Förekomst av brister i nuvarande hantering. Leder i så fall till allvarlig konsekvens.

Riskvärdering: 12

### **Kommentar**

Datum för kontroll: december 2019.

Resultat: enheterna har under året följt upp och kommenterat avvikelser i verksamheten i sin månadsrapportering. En mer genomgripande analys av avvikelser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade lämnas i förvaltningens kvalitetsberättelse. Avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

## **Representation**

### **Kontroll att representation sker enligt god redovisningssed**

#### **Kontrollansvarig**

Ekonomiassistent

#### **Riskvärdering**

Möjligt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.

Riskvärdering: 8

#### **Kommentar**

Datum för kontroll: oktober 2019.

Resultat: vid kontroll av 25 fakturor gällande representation saknades i ett av fallen fullständig dokumentation.

# Kontroll av användare och behörigheter

## Granskning att aktuella användare ligger i våra verksamhetssystem, samt att de har rätt behörighet

### Kontrollansvarig

IT-samordnare

### Riskvärdering

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.  
Riskvärdering: 12

### Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2019.

Resultat: under året har verktyg och rutiner utvecklats för att månatligen kunna genomföra en stickprovsgranskning av användare i verksamhetens system. Verksamheten har dock inte haft möjlighet att driftsätta detta under 2019. Planen är att det ska kunna ske 2020. Under hösten har dock en granskning av användare skett i verksamhetssystemet Treserva, vilket lett till att ett antal inaktuella användare kunnat rensas bort samt att vissa behörigheter justerats.

# Föreningsbidrag

## Granskning av hyresbidrag till föreningar

### Kontrollansvarig

Ekonom/controller

### Riskvärdering

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Leder till kännbar konsekvens.  
Riskvärdering: 12

### Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2019.

Resultat: vård- och omsorgsnämnden har under 2019 reviderat riktlinjen *Bestämmelser för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde* (VON 2019-09-24, § 93). Riktlinjen har därigenom kompletterats med vissa bestämmelser om hur hantering och uppföljning av hyresbidrag till föreningar ska ske. Ett krav som tillkommit är att föreningar, som ansöker om bidrag för hyra av föreningslokal, vid varje ansökningstillfälle ska bifoga kopia på hyresavtal och hyresavi/motsvarande. Denna rutin har tillämpats redan inför fördelningen av 2020 års bidrag.

Förslag till fördelning av föreningsbidrag upprättats av föreningskonsulenterna vid service- och teknikförvaltningen, vilka också granskar inkomna underlag. Fördelningen av vård- och omsorgsnämndens föreningsbidrag fastställs av nämnden. Sammantaget bedöms vård- och omsorgsnämnden genom vidtagna åtgärder ha säkerställt en tillräcklig intern kontroll gällande hanteringen av hyresbidrag till föreningar.