

# Internkontroll- rapport

Vård- och omsorgsnämnden 2022

Datum: 2023-02-06

Dnr: VON/2022:17-1.5.2

Godkänd av vård- och omsorgsnämnden 2023-02-23, § 27

# 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>
Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboende .....	6
Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun .....	6
Kontrollområde: Medborgarfunktionen .....	7
Kontrollområde: Avvikelsehantering .....	8
Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter .....	8
Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö .....	9
Kontrollområde: Kvalitetsarbete .....	10
Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR) .....	10
Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet .....	10
Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA .....	11

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2022 har särskilt fokuserat på kontrollmoment som innebär att säkra kvalitet för verksamhetens brukare. Exempelvis korrekt hantering av privata medel, att vårdplaner är aktuella och olika typer av uppföljning av avvikelshantering. Internkontrollplanen har också innehållit kontrollmoment som rör systematiskt arbetsmiljö, systematiskt brandskyddsarbete och hantering av GDPR.

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 2022. 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 för 2022.

# 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. 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 2022

Resultat: Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har under året kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. I de flesta fall har inga avvikelser framkommit. Den vanligaste avvikelsen är ofullständigt kassablad eller att överenskommelsen behöver förnyas eller kompletteras. Uppmärksammade avvikelser har åtgärdats eller har en planerad åtgärd.

## Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun

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

Riskvärdering

12

Risikkoментар

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

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året

Resultat: Granskning av två kommunala och tre privata utförare av hemtjänst har gjorts i samband med internkontrollpunkten som rör verksamhetsuppföljningar. Granskning har gjorts av genomförandejournaler, genomförandeplaner och avvikelser för sex slumpvis utvalda personer, hälften kvinnor och hälften män (där tillräckligt antal personer funnits).

Ingen enheterna har registrerat någon Lex Sarah eller Lex Maria under granskad period.

Alla utom en privat utförare verkar ha en ordning för arbete med avvikelsehantering. Två privata utförare har väldigt få avvikelser, men även färre brukare. Generellt dock få avvikelser relaterat till antal brukare. De kommunala enheterna har dock rapporterat avsevärt fler avvikelser än de privata.

Kvalitet på genomförandeplaner och genomförandejournaler varierar mycket.

De två kommunala utförarna hade bra genomförandeplaner. En av tre privata utförare hade genomförandeplaner av mycket god kvalitet, i de fall de fanns (utförare hade övertagit ett stort antal brukare och hade inte kommit ikapp med arbetet med genomförandeplaner).

Två privata utförare behöver utveckla arbetet med att beskriva hur hjälp ska ges i genomförandeplaner. En privat utförare har ett större arbete att göra.

En kommunal och en privat utförare hade i de flesta fall relevanta journalanteckningar. I övriga fall varierade det. Ibland fanns för få eller inga anteckningar, vilket medförde svårigheter att följa pågående vård och omsorg.

Granskade enheter har fått del av uppföljningen. Resultatet av granskningarna används som underlag i planering av verksamhet 2023.

## **Kontrollområde: Medborgarfunktionen**

### **Kontrollmoment: Aktgranskning.**

Riskvärdering

9

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: November 2022

Resultat: För aktgranskningen har ett antal akter/utredningar granskats för att säkerställa rätts-säkerhet. Urvalet består av akter med nya beslut om avgiftsfri avlösning och kontaktperson enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Av de som har beslut om avlösarservice har 16 män och sex kvinnor fått beslut under 2022. Dessa akter har granskats. Resultatet av granskningen visar att utredningarna i stort uppfyller de krav som finns i rutiner kring insatsen. Av rutinen om avgiftsfri avlösning framgår att insatsen ska ges utan någon större utredning för att underlätta vardagen för anhöriga, därför saknas uppgifter som kan vara av betydelse för att utförandet ska kunna planeras på ett bra sätt.

Det finns förbättringsområden för handläggningen av båda ärendeslagen. Arbetet med detta ska ingå i mål för 2023 där en aktivitet inom trygg omsorg och vård blir att säkerställa handläggningen för olika insatser. Ett fortsatt område kring utredningsförfarandet är att diskutera och eventuellt revidera olika riktlinjer för att se över vilka uppgifter som bör ingå i bedömning av en specifik insats. Ett förbättringsområde som framkommit genom så väl aktgranskningen som genom en dom från förvaltningsdomstolen är att det saknas en hänvisning i besluten till gällande lagstiftning. Det saknades därmed motivering i beslutet. Att enbart hänvisa till bestämmelser är inte tillräckligt.

## **Kontrollområde: Avvikelsehantering**

### **Kontrollmoment: Kontroll av ej hanterade avvikelser**

Riskvärdering

12

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Månadsvis och total sammanställning januari 2023

Resultat: Varje månad dras statistik ut från verksamhetssystemet, som dels syftar till en övergripande kontroll av eventuella lex Sarah och lex Maria-rapporter och dels för fånga upp om någon enhet får många ohanterade avvikelser.

Totalt sett har förvaltningen 2022 något fler avvikelser än 2021. 4 339 avvikelser inrapporterades, och 3610 har bearbetats och avslutats vid årets slut. Av samtliga avvikelser under 2022 står 591 avvikelser som ej bedömda, vilket motsvarar cirka 14 % av avvikelserna. Andelen ej bedömda avvikelser som är rapporterade enligt hälso- och sjukvårdslagen är cirka 12 %. Merparten av de avvikelser som inte är hanterade är från årets sista tre månader, främst december. Under året har brister främst uppmärksammas i samband med byte av enhetschef på enhet. Utredare har i dessa fall kunnat stödja enhetschef i hanteringen. Under slutet av året har workshops för avvikelsehantering med utredare startats som stöd till nya chefer.

Hantering av avvikelser har totalt sett förbättrats i jämförelse med föregående år.

## **Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter**

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

Riskvärdering

9

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året

Resultat: Stickprov i våra verksamhetssystem Treserva och NPÖ under året. I NPÖ granskades behörigheten för 99 personer varav 9 personer hade en felaktig behörighet. För treserva har en ny granskningsmetod arbetats fram under året. 20 personer kontrollerades enligt den nya metoden varav tre personer hade någon felaktighet i behörigheten. Granskningssättet bedöms fungera bra och granskning i större skala planeras inför 2023.



## **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: Löpande under perioden 1 januari-30 november 2022. Slutgranskning den 9 januari 2023.

Resultat: Granskning av statistik har genomförts löpande under året av utredare. Granskningen visar att 34 % av de arbetsskador och tillbud som rapporterats under perioden januari-november inte hade hanterats i Stella i slutet av året. Stella är det system där arbetsskador och tillbud skall hanteras. Huvuddelen av dessa är från november månad. Åtgärd för att förbättra hanteringen ytterligare inför kommande år är att hanteringen av arbetsskador och tillbud blir en del av chefers månadsrapportering. Kontrollpunkten bör kvarstå för att följa åtgärdens effekt.

### **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: 2023-01-09

Resultat: Protokoll från årets skyddsronder gällande den fysiska arbetsmiljön har begärts in. För tolv enheter saknas protokoll. Berörda enheter kommer genomföra skyddsronder under 2023 års början. För att underlätta arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet har ett nytt årshjul och ny rutin för detta lanserats under året. Momentet bör finnas kvar i internkontrollen och kontroll av genomförd skyddsronder bör ske under våren kommande år för att det skall finnas god tid att åtgärda eventuella brister.

## **Kontrollområde: Kvalitetsarbete**

### **Kontrollmoment: Kvalitetstillsyn**

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Pågående under året

Resultat: Tio enheter inom särskilt boende, hemtjänst och funktionsstöd är granskade under året. Granskningsmodellen har fungerat väl men kommer fortsatt utvecklas som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Granskningarnas resultat återkopplas till berörda verksamheter med förslag på åtgärder och till berörda ledningsgrupper för åtgärder på verksamhets- eller förvaltningsnivå.

Årets granskningar visar bland annat sårbarhet i samband med chefsbyten där bristande introduktion av chefer är en riskfaktor. Granskningarna visar på en varierande nivå gällande avvikelshantering och dokumentation. Antalet avvikelser är på några enheter väldigt lågt i förhållande till antal brukare. Några enheter har också ett stort antal obearbetade avvikelser. Kvalitet på genomförandeplaner och genomförandejournaler varierar. Genomgående god eller mycket god kvalitet på dokumentation inom de granskade enheterna inom funktionsstöd. Alla granskade enheter verkar ha stort brukarfokus och arbetar systematiskt för att förbättra för den enskilde brukaren.

## **Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR)**

### **Kontrollmoment: Kontroll av att personuppgifter förvaras på ett säkert sätt.**

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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: 2022-12-20

Resultat: Stickprovskontroll har genomförts på tio olika månadsrapporter i Stratsys. Inga personuppgifter förekommer i dessa. Stickprov har genomförts på 20 handlingar i Lex. Sökning gjordes på registrerade/upprättade handlingar i april, respektive november. Tio handlingar i respektive månad granskades. Samtliga granskade handlingar hade en korrekt märkning gällande GDPR och sekretess.

## **Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet**

### **Kontrollmoment: Kontroll att inga vårdplaner är äldre än ett år**

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2022-12-27

Resultat: Journalgranskning har genomförts av legitimerad sjuksköterska och rehabpersonal. Totalt har granskning skett av vårdplaner i 110 journaler. Av dem så var det åtta journaler som inte hade uppdaterade vårdplaner senaste året. Uppmärksammade brister har åtgärdats.

### **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: 2023-01-10

Resultat: Mätning visar att 18,5 % av avvikelserna enligt hälso- och sjukvårdslagen saknar en dokumenterad uppföljning av åtgärder. Störst brist kan ses för enheter där byte av chef skett under året och där chef som slutat inte har lämnat en fullständig dokumentation. Det är av vikt att säkerställa att chef som avslutar sin tjänst avslutar avvikelser i så hög grad som det är möjligt.

### **Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA**

#### **Kontrollmoment: Genomförande av brandskyddsrond**

Riskvärdering

12

Kommentar

Datum för kontroll: 2023-01-09

Resultat: Internkontrollen visar att brandskyddsronder inte genomförts enligt rutin på alla enheter. Anledning till att det inte genomförts varierar från fall till fall. I några fall har planerade brandronder i slutet av året ställts in till följd av sjukdom och planeras istället under början av 2023. I några fall finns oklarheter till följd av chefsbyte. Enheter som inte genomfört brandrond enligt rutin under andra halvåret 2022 planerar in detta under början av 2023. Rutinen för systematiskt brandskyddsarbete inkluderas i enhetschefernas årshjul inför 2023 som en åtgärd för full följsamhet. Kontrollpunkten kvarstår till kommande år.