

# Internkontroll- rapport

Vård- och omsorgsnämnden 2024

Datum: 2024-02-07

Dnr: VON/2024:18-1.5.2

Beslutad: Vård- och omsorgsnämnden 2025-02-27, § 23

# Innehållsförteckning

|  |   |
|--|---|
| <b>Sammanfattning</b> .....  | <b>3</b>                                  |
| <b>Intern kontroll</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: Medborgarfunktionen .....                          | 6   |
| Kontrollområde: Avvikelsehantering.....                            | 6   |
| Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter .....       | 7   |
| Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö .....                  | 8   |
| Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet.....                        | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA.....            | 8   |

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2024 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 2024. 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.

*Risikkoментарar*

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

*Koментарar*

Datum för kontroll: Hösten 2024.

*Resultat*

Flertalet avvikelser som redovisats handlar om överenskommelser. Det kan vara att en överenskommelse ej är uppdaterad, saknad eller att underskrift har saknats. Flera enheter har inga avvikelser alls. Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits. Vanligt förekommande åtgärd är information och genomgång på arbetsplatsträff och kontakt med god man.

## Kontrollområde: Medborgarfunktionen

**Kontrollmoment:** Uppföljning hemtjänstbeslut

*Riskvärdering*

9.

*Risikkoментарar*

Möjlig risk för bristande uppföljning av hemtjänstären den med hög andel bomtid. Kan få kännbar konsekvens.

*Koментарar*

Datum för kontroll: april och november

*Resultat*

Ekonom har rapporterat ärenden med hög andel bomtid inom hemtjänst. Enhetschef medborgarfunktion har genomfört kontroll att uppföljning gjorts gällande insats. Uppföljningar som genomförts har visat på att det handlat om giltiga felaktigheter som har god förklaring. Det har varit möjligt att på ett bra sätt följa bomtid i dokumentationen.

I ett fall avsåg felet fel i frekvens i verksamhetssystemet och vid ett fall var bomtiden felaktig då personen varit inlagd på sjukhus.

## Kontrollområde: Avvikelsehantering

**Kontrollmoment:** Kontroll av ej hanterade avvikelser

*Riskvärdering*

12.

*Risikkoментарar*

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

### Kommentar

Datum för kontroll: Av enhetschef månadsvis och sammanställning på förvaltningsnivå vid årsskifte.

### Resultat

Totalt har vård- och omsorgsnämndens verksamheter ungefär 300 fler avvikelser 2024 i jämförelse med 2023. Vid årets slut har 5 284 avvikelser registrerats, av dessa har 3 712 avslutats. Andelen ej bedömda avvikelser har minskat något från föregående år, från 19,3 % till 17,6 %. Av de ej bedömda härrör något färre än hälften från årets två sista månader. Den största förändringen ses inom särskilt boende för äldre där andelen ej bedömda minskat från 17 % 2023 till årets 13 % trots att antalet avvikelser för verksamheten ökat med omkring 100. Inom övriga verksamheter har endast marginella förändringar skett.

Under året har veckovisa möten hållits i syfte att kontinuerligt stämma av ett urval av inkomna avvikelser inom samtliga verksamhetsområden och lagrum (HSL, SoL och LSS).

Utfallet är i sin helhet inte på önskvärd nivå och kontrollpunkten bör kvarstå kommande år.

| Verksamhet                  | Totalt       | Avslutad     | Ej bedömd  | % ej bedömda |
|-----------------------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| Hälso- och sjukvård         | 151          | 75           | 9          | 6%           |
| Särskilt boende äldre       | 2 073        | 1 570        | 277        | 13%          |
| Funktionsstöd               | 1 133        | 890          | 63         | 6%           |
| Stöd ordinärt boende intern | 1 775        | 1 079        | 556        | 31%          |
| Stöd ordinärt boende extern | 148          | 97           | 23         | 16%          |
| Medborgarfunktionen         | 4            | 1            | 2          | 50%          |
| <b>Totalsumma</b>           | <b>5 284</b> | <b>3 712</b> | <b>930</b> | <b>18%</b>   |

## Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter

**Kontrollmoment: Loggning av lås till akut och buffertförråd samt medicinskåp där narkotika förvaras separat i akut och buffertförrådet**

### Riskvärdering

16.

### Riskkommentar

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

### Kommentar

Datum för kontroll: Månatligen under 2024

### Resultat

Kontroll av en enhet per månad. Inga avvikelser rapporterade utifrån kontrollerna. Enskilda avvikelser som utretts utanför kontrollerna har dock förekommit. Då annan kontrollmetod idag inte finns bör kontrollpunkten ändå finnas kvar.

## **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 2024.

#### *Resultat*

Statistik gällande hanteringsfasen av arbetsskador och tillbud sänds varje månad till verksamhetschef för granskning och åtgärd. Totalt har 895 arbetsskador och tillbud rapporterats under året. Granskningen visar att 18 % (161 stycken) av de händelser som rapporterats under året ännu inte har hanterats i Stella, som är det system där arbetsskador och tillbud ska hanteras. Resultatet är en förbättring på tre procentenheter i jämförelse med föregående år. Majoriteten av de ej hanterade händelserna härrör från årets sista månader. En högre andel ej hanterade arbetsskador och tillbud har uppmärksammats i gruppen timvikarier. Orsaken som identifierats är otydlighet i arbetssättet gällande fördelning av dessa ärenden i Stella. En svårighet för denna grupp är att de arbetar på flera enheter och att de organisatoriskt inte alltid är placerade på den enhet de arbetar. Ärenden som uppmärksammats under granskningen fördelas i efterhand till rätt chef för hantering. Arbetssätt för hantering/fördelning av arbetsskador och tillbud gällande timvikarier ses över och säkerställs. 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: 2025-01-20.

#### *Resultat*

Internkontrollen av skyddsronder visar att enheterna genomfört fysiska skyddsronder enligt rutin under 2024, och att protokollen finns sparade på en gemensam lagringsyta för god överblick och möjlighet till uppföljning. Möjligtvis saknas protokoll för någon eller några enheter vid tillfället för internkontrollen. Stickprover på innehållet visar på att även om ronder är genomförda så verkar det finnas oklarheter gällande exakt vilka checklistor och dokument som ska användas för att redovisa resultaten av skyddsronderna. Möjligtvis kan arbetsmiljöarbetet genomföras med ytterligare systematik om detta blir tydligare. Resultatet av internkontrollen för 2024 visar på att tidigare övergripande åtgärder kring utbildning och systematik gällande SAM och skyddsronder varit verkningsfulla, och att man bör fortsätta genomföra genomgångar på ledningsgrupper för att skapa fortsatt samsyn och gemensamt lärande i arbetet.



## **Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA**

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

#### *Riskvärdering*

12.

#### *Kommentar*

Datum för kontroll: 2025-01-20.

#### *Resultat*

Internkontrollen av skyddsronder visar att enheterna genomfört brandskyddsronder enligt rutin under 2024, och att protokollen finns sparade på en gemensam lagringsyta för god överblick och möjlighet till uppföljning. Möjligtvis saknas protokoll för någon eller några enheter vid tillfället för internkontrollen. Stickprover på innehållet visar på att även om ronder är genomförda så verkar det finnas oklarheter gällande exakt vilka versioner av checklistor och dokument som ska användas för att redovisa resultaten av brandskyddsronder. Möjligtvis kan brandskyddsarbetet genomföras med ytterligare systematik om detta blir tydligare. Resultatet av internkontrollen för 2024 visar på att tidigare övergripande åtgärder kring utbildning och systematik gällande SBA och brandskyddsronder varit verkningsfulla, och att man bör fortsätta genomföra genomgångar på ledningsgrupper för att skapa fortsatt samsyn och gemensamt lärande i arbetet.

## **Kontrollområde: Uppvisat utdrag ur belastningsregister**

### **Kontrollmoment: Kontroll av uppvisande av utdrag från belastningsregister**

#### *Riskvärdering*

9.

#### *Kommentar*

Datum för kontroll: November för rekryteringsperioden 1/1- 30/9 och i januari 2024 för rekryteringsperioden 1/10-31/12.

#### *Resultat*

Kontroll av sammantaget 112 nyanställningar under året visar att det i 80 fall saknas korrekt dokumentation. Verksamheterna uppger att den som erbjuds tjänst visar utdrag ur belastningsregister enligt rutin men att det är korrekt dokumentation som brustit. Lokala rutiner inom berörda verksamheter har sett över under hösten 2024. Kontrollpunkten bör finnas kvar till kommande år för att säkerställa effekten av insatta åtgärder.