

Internkontrollrapport

Vård- och omsorgsnämnden

2018

Datum: 2019-02-13

Dnr: VON/2018:2-049. Hnr 2019:252

Handläggare: Marie Myrbeck

Godkänd av vård- och omsorgsnämnden 2019-02-26, § 35

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning	3
2.1	Definition av intern kontroll	3
2.2	Kommunens årshjul och process för internkontroll	3
3	Riskvärdering	4
4	Bilaga: Internkontrollrapport	5
4.1	Hemtjänsten	5
4.2	Krisledningsorganisation	5
4.3	Särskilda boenden äldre och funktionsnedsatta	6
4.4	Privata medel särskilt boende och gruppboende	6
4.5	Privata utförare i Katrineholms kommun	7
4.6	Investeringar	7
4.7	Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)	7
4.8	Medborgarfunktionen	8
4.9	Avvikelsehantering	9
4.10	Representation	10

1 Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2018 omfattade både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Förvaltningens bedömning är dock att uppföljningen sammantaget visar att det alltså finns utvecklings- och förbättringsområden inom verksamheten.

Granskningen visade bland annat att det finns en eftersläpning i hanteringen av rapporterade avvikelser. Avvikelse rapporter upprättas när en händelse eller insats avviker från plan, exempelvis om en brukare inte får sin medicin. Den vidare hanteringen av dessa rapporter, där ett förbättringsarbete nu pågår, är ett av de viktigaste momenten i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem.

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.

I bilagan *Internkontrollrapport* framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2018. I förekommande fall framgår också vilka åtgärder förvaltningen har vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit.

2 Inledning

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

2.1 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 Katrinesholms 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.

2.2 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.

3 Riskvärdering

Kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten enligt nedan. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

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

4 Bilaga: Internkontrollrapport

4.1 Hemtjänsten

Kontrollmoment	Åtgärder
<p>Granskning av utförda, beviljade samt fakturerade timmar</p> <p>Kontrollansvarig Ekonomiassistent.</p> <p>Datum för kontroll: Varje månad.</p> <p>Resultat: Varje månad arbetar ekonomiassistenten aktivt med granskning av hemtjänstens fakturor. Det har framkommit avvikelser gällande fakturerade timmar, men när så har inträffat tas direkt kontakt med utförare.</p> <p>Vid vissa avvikelser tex. gällande beviljade timmar så finns en förklaring, tex att städning infaller 3 gånger istället för 2 gånger per månad. Varje månad tas även statistik gällande utförda och beviljade timmar fram för vidare uppföljning och analys.</p>	
<p>Kontroll av antalet genomförandeplaner</p> <p>Kontrollansvarig IT-samordnare/administratör myndighet</p> <p>Datum för kontroll: Varje månad.</p> <p>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, främst hos interna utförare men även hos extern utförare. Genom denna granskning har närmare 4 700 000 kronor ej utbetalats till utförare då brukare saknat genomförandeplan.</p>	

4.2 Krisledningsorganisation

Kontrollmoment	Åtgärder
<p>Att rutiner är kända i verksamheten samt larmlistor/liknande är uppdaterade</p> <p>Kontrollansvarig Brand- och säkerhetssamordnare</p> <p>Resultat: Dokumenterna är reviderade och publicerade under 2018. Rakel-enheten som är tänkt att användas för kommunikation vid nödläge har flyttats från förvaltningschef till administratör, detta för mindre sårbarhet.</p>	<p>🟡 Ny revision och uppdatering kommer ske under 2019.</p>

4.3 Särskilda boenden äldre och funktionsnedsatta

Kontrollmoment	Åtgärder
Nattinspektion av särskilda boenden	✓ Dokumentationsstödjar-utbildningar
<p>Kontrollansvarig Kvalitetsutvecklare</p> <p>Datum för kontroll: 2018-12-11</p> <p>Resultat: Nattinspektion genomfördes i december 2018, med fokus på nattperspektiv i social dokumentation, samt vårdplaner. I samband med granskningen skulle omvårdnadspersonalen gå in i systemet och visa att de hade färdigheter för att kunna söka information, samt skriva, och att man kände till genomförandeplaners syfte och om man varit delaktig i dem. De skulle också kunna hänvisa till några specifika riktlinjer för HSL.</p> <p>Resultatet visar på att förmågan att hantera genomförandejournal generellt är god, men att arbetet med vårdplaner behöver fortsätta. Resultatet pekar också mot att fortsatt arbete med användandet och förståelsen av genomförandeplaner behövs, bland annat för att få med mer av nattperspektivet. Detta tas med i utbildningsinsatser under 2019.</p>	<p>Kommentar Vidare utbildningar av dokumentationsstödjure under 2019 med fokus på innehållet i genomförandeplaner och genomförandejournaler, fortsatt granskning av kvalitet på social dokumentation.</p> <p>✓ Dokumentationsgrupp på verksamhetsområde Hälso- och sjukvård</p>

4.4 Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder

Kontrollmoment	Åtgärder
Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs	✓ Åtgärder är vidtagna och identifierade brister åtgärdade.
<p>Kontrollansvarig Ekonomiassistent</p> <p>Datum för kontroll: Två oanmälda inspektioner har genomförts av ekonomiassistent under november månad.</p> <p>Resultat oanmäld inspektion: Överenskommelse saknades hos fyra brukare och underskrift av chef saknades på ett flertal. Två brukare hade för mycket pengar.</p>	
Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs	
<p>Kontrollansvarig Enhetschef</p> <p>Datum för kontroll: Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har under oktober-december kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. Ett chefsområde dock inte granskats, det på grund av chefsbyte.</p> <p>Resultat: Flera avvikelser framkommer vid internkontrollen, t.ex. saknas överenskommelse hos vissa brukare och vissa var ofullständigt ifyllda. Några brukare hade för mycket pengar, kassa-bladen var inte korrekt ifyllda, samt att kvitto saknats. På en enhet hade det inte utförts internkontroll sedan slutet av 2015. Vissa enheter hade inga avvikelser alls.</p>	

4.5 Privata utförare i Katrineholms kommun

Kontrollmoment	Åtgärder
Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst"	
<p>Kontrollansvarig Chef myndighets- och specialistfunktion</p> <p>Datum för kontroll: Löpande under 2018.</p> <p>Resultat: Kontroll av aktuella genomförandeplaner görs frekvent, då endast en aktuell genomförandeplan medger att ersättning för insatser betalas ut. Ökad kommunikation mellan utförare och beställare via mötesforum som vård- och omsorgsförvaltningen bjuder in till. Översyn av förfrågningsunderlaget pågår, för att materialet skall vara än mer konkurrensneutralt.</p>	

4.6 Investeringar

Kontrollmoment	Åtgärder
Kontroll mot beviljade investeringar	
<p>Kontrollansvarig Ekonom</p> <p>Datum för kontroll: Varje månad.</p> <p>Resultat: Vid uppföljning har framkommit att visa investeringar har bokförts på felaktigt projektkonto och konto. Annars inga avvikelser då investeringarna går via ekonom och förvaltningen utgår från investeringsplan.</p>	

4.7 Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Kontrollmoment	Åtgärder
Kontrollera så att SBA-handboken är uppdaterad och känd i verksamheten samt att aktiviteter är genomförda	🕒 Arbete genomförs enligt årsplanering
<p>Kontrollansvarig Brand- och säkerhetsansvarig</p> <p>Resultat: Brandskyddsarbetet utfört enligt plan, samtliga verksamheter har ett fungerande systematiskt brandskyddsarbete. Verksamheterna är övade och utbildade. Dokumentationen är uppdaterad och årlig uppföljning har genomförts ute i verksamheterna. Behov av inköp av IT-stöd för att få överblick och bättre kunna följa upp verksamheterna har lyfts fram till kommunledning. Vallgården tillsynades utan anmärkning.</p>	

4.8 Medborgarfunktionen

Kontrollmoment	Åtgärder
<p>Aktgranskning</p> <p>Kontrollansvarig 1:e Handläggare LSS</p> <p>Datum för kontroll: För att säkerställa kvalitet och rättsäkerhet inom myndighetsutövningen inom vård- och omsorgsförvaltningen har en aktgranskning genomförts under november. Granskningen har genomförts för att säkerställa att handläggningen följer de lagkrav som finns för handläggning av enskilda ärenden. Kraven för detta finns i 11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS.</p> <p>Resultat: Verksamhet enligt 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) SoL ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Inriktningen i de granskade ärendena valdes med koppling till kommunplanens prioriteringar kring social samvaro och aktiviteter. Totalt har granskningen avsett 52 personer. Granskade akter har valts ut utifrån beviljade insatser, ledsagning LSS, promenad och social samvaro inom ramen för hemtjänst. I majoriteten av granskade utredningar har mallen för IBIC strukturen använts och dessa utredningar är välskrivna. Under varje livsområde har den enskildes behov beskrivits i förhållande till sökt insats. Det framgår behov och mål med insatserna. Det finns en viss otydlighet, till och med brist i några beslut. I två beslut saknas omprövningsmöjlighet, stoppdatum för beslut saknas. I ett antal ärenden saknas utredningar helt. I de flesta ärenden där det saknas utredningar har insatserna promenad och social samvaro lagts till i redan pågående beslut. Detta medför att det inte finns uppdrag till utförare för specifika insatser. Syftet med uppdragen som skickas till utförare är att de ska få information om den enskildes behov och mål med insatsen. Utöver ovan nämnda granskningsområden har också granskningen utgått från CEMR-deklarationens artikel 15. Kan man i utredningar urskilja olikheter i bedömningar och antal beviljade timmar för kvinnor och män? Det finns inga uppenbara skillnader i omfattningen av beviljade insatser. De som beviljats ledsagarservice enligt LSS har i stort sätt beviljats samma omfattning, 4-5 timmar per vecka. Det vanligaste är att personer beviljas social samvaro och promenad vid ett tillfälle i veckan. Ett antal personer har beviljats dessa insatser vid två tillfällen i veckan men det skiljer inte på antalet kvinnor och män.</p>	



4.9 Avvikelsehantering

Kontrollmoment	Åtgärder
<p>Övergripande statistik på samtliga avvikelser</p> <p>Kontrollansvarig Kvalitetsutvecklare/utredare</p> <p>Datum för kontroll: Kontroller och sammanställningar har utförts vid månadsslut, först månadsvis för perioderna januari och februari, och sedan med tremånadersintervall mars till maj, juni till augusti samt oktober till december. September månad har ej analyserats. Analyserna har redovisats till förvaltningschef.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det fanns många avvikelser som släpade efter från 2017, 636 stycken. För övergången 2018-2019 var antalet 587. • Merparten avvikelser (ca 2/3) är kopplade till Hälso- och sjukvården. Mer genomgående statistik och åtgärder kring HSL-avvikelser presenteras i Patientsäkerhetsberättelsen. • Det har pågått ett stort arbete med att hantera och avsluta gamla avvikelser under året. Detta har gett visst resultat. Analysen för oktober till december visar ändå på eftersläpning på framför allt vissa enheter, det vill säga att man inte bearbetar avvikelser i systemet vartefter de rapporteras. • Modulen för att hantera avvikelser i verksamhetssystemet uppdaterades i maj 2018. I samband med detta har utbildningar i avvikelsehantering hållits av utredare under ett flertal tillfällen. Därutöver har extra stöd erbjudits, till exempel för nya chefer samt på enheter där det varit stor omsättning av chefer. • I genomsnitt inkommer ca 300 avvikelser/månad på förvaltningen. Det skiftar mellan månaderna, och under sommarmånaderna samt i december var antalet som högst. Detta härrör till stor del från en ökad mängd avvikelser inom hemtjänst och hemsjukvård, utifrån problem med planering och delegering under semesterperioden. • Det är förhållandevis stor skillnad på antalet avvikelser som rapporteras och hanteras, både mellan verksamhetsområden och mellan olika enheter. Antalet avvikelser följer till stor del enheternas storlek, men det är också så att vissa stora enheter också är de som hanterar och avslutar flest avvikelser. Detta är i högsta grad avhängigt samarbetet mellan enhetschef och legitimerad personal. 	
<p>Redovisning av analys av avvikelser och uppföljning av dessa</p> <p>Kontrollansvarig Enhetschef/verksamhetschef</p> <p>Datum för kontroll: 2019-01-28</p> <p>Resultat: HSL-avvikelser redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen. För en mer genomgripande analys av avvikelser enligt SoL och LSS se Kvalitetsberättelsen som redovisas i april.</p>	



4.10 Representation

Kontrollmoment	Åtgärder
Kontroll att representation sker enligt god redovisningssed	
Kontrollansvarig Ekonomiassistent	
Datum för kontroll: November	
Resultat: Vid kontroll av intern representation saknades ett fåtal deltagarförteckningar. Vid övrig personalrepresentation har de flesta bifogat deltagarlista, syfte och inköpsställe.	