

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2024-01-15

Diarienummer:
ALN-2023-00044

Handläggare:
Daniel Rosenfeld

Uppföljning av internkontrollplanen 2023

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna uppföljning av internkontrollplan 2023 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna den till kommunstyrelsen.

Ärendet

Äldrenämnden upprättar årligen en internkontrollplan. Enligt planen för 2023 så ska uppföljning ske per april, per augusti och vid årsbokslut.

I detta ärende redovisas samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen.

Beredning

Ärendet har beretts av tjänstepersoner på enhet strategiskt stöd, avdelning systemledning, vård- och omsorgsförvaltningen.

Föredragning

Nämnden identifierar årligen risker av olika slag inom dess verksamhet. Många risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen, men vissa områden kan behöva följas och kontrolleras på andra sätt. I dessa fall kan nämnden besluta om att hantera risker genom internkontrollplanen. En identifierad risk innebär inte nödvändigtvis att området fungerar otillfredsställande, utan det indikerar snarare att nämnden söker insikt och ökad kunskap kring den identifierade risken.

Internkontrollplanen består av olika kontrollmoment och kontrollmetoder som fastställs av nämnden. Förvaltningen genomför därefter kontrollerna med det intervall som stipulerats i internkontrollplanen. Förvaltningens uppföljning av internkontrollplanen är dock inte någon uttömmande verksamhetsanalys, utan det är ett specifikt verktyg bland flera andra för att följa upp tidigare identifierade risker.

Enligt de kommunövergripande riktlinjerna för intern kontroll ska varje kontrollmoment vid rapportering till nämnden bedömas om det är genomfört med anmärkning, med mindre anmärkning, eller utan anmärkning. Det som i huvudsak följs upp är huruvida den beslutade kontrollmetoden är genomförd enligt plan. Detta innebär att ett kontrollmoment kan bedömas vara ”utan anmärkning” eller med ”mindre anmärkning” om kontrollen gått att genomföra enligt plan – även om resultatet av kontrollen i sig inte är tillfredsställande, och har stor påverkan för nämnden.

Vid redovisningen av kontrollmomenten redovisas förslag på åtgärder. Många av dessa kan hanteras i förvaltningens löpande arbete medan andra kan behöva hanteras av nämnden. Till exempel i kommande års verksamhetsplan eller internkontrollplan. Av de föreslagna åtgärderna vid uppföljningen av 2023 års internkontrollplan bedöms samtliga kunna hanteras inom ramen för vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete.

Kommunstyrelsen har uppsynsplikt över nämndens arbete med intern kontroll. Nämnden ska därför överlämna den samlade uppföljningen till kommunstyrelsen.

Ekonomiska konsekvenser

Inte aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 15 januari 2024
- Bilaga, Avrapportering av internkontrollplan för 2023 – Äldrenämnden

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Äldrenämnden
Rapport

Datum:
2024-01-15

Diarienummer:
ALN-2023-00044

Handläggare:
Daniel Rosenfeld, Daniel Karlsson

Version/DokumentID:

Avrapportering av internkontrollplan för 2023 Äldrenämnden

Innehåll

| | |
|---|----|
| Arbetet med intern kontroll under året | 3 |
| Sammanfattning av granskningar | 4 |
| Fördjupad redovisning av kontrollmoment..... | 10 |
| Kontrollmoment 1 - Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade | 10 |
| Kontrollmoment 2 - Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade..... | 12 |
| Kontrollmoment 3 - Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna..... | 13 |
| Kontrollmoment 4 - Kontroll av att sökningsbara statsbidrag sökts i rätt tid | 15 |
| Kontrollmoment 5 - Kontroll av antal platser..... | 16 |
| Kontrollmoment 6 - Kontroll av att utbetalningar av bidrag till organisationer (t.ex. föreningar) går rätt till. | 18 |
| Kontrollmoment 7 - Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt..... | 19 |
| Kontrollmoment 8 - Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning | 20 |
| Kontrollmoment 9 – Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara | 24 |
| Kontrollmoment 10 – Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd | 25 |
| Kontrollmoment 11 – Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala..... | 27 |
| Kontrollmoment 12 – Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet..... | 29 |
| Kontrollmoment 13 – Säkerställa att medarbetare är delegeringsbara och har giltiga delegeringsbeslut. | 31 |
| Kontrollmoment 14 - Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal | 32 |
| Kontrollmoment 15 – Säkerställa att det inte förekommer oegentligheter inom egen regi..... | 33 |

Arbetet med intern kontroll under året

Under 2023 har nämnden haft flera kontrollmoment som genomförts och rapporterats vid upprepade tillfällen under året, alternativt endast vid årsbokslut. Möjligheten att vidta åtgärder innan nästa kontroll har varit begränsade och förfarandet har många gånger endast skapat extra administration.

I 2024 års plan har antalet rapporteringstillfällen reducerats för att skapas utrymme för att göra djupare analyser av de identifierade riskområdena. Rapporteringen kommer även ske tidigare för att skapa förutsättningar att inkludera resultaten av kontrollerna och förslag på åtgärder i kommande års verksamhetsplan och/eller internkontrollplan.

Nämnden har vidare förtydligat vilka områden som följs upp under året genom att revidera den uppföljningsplan som är en bilaga till verksamhetsplanen. Internkontrollplanen fokuserar framgent på sådana områden som nämnden söker ökad kunskap om för att vid behov kunna vidta lämpliga åtgärder.

Under 2023 har ett arbete initierats för att utveckla nämndens riskhantering.

Sammanfattning av granskningar

[Avrapporteringen per helår ska redovisa resultatet av alla de kontroller som genomförts under året.]

Tabell 1. Granskningar som rapporterats per april.

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|--|---|--|---|--|
| 3 | Risk att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk för ett ökat antal avvikelser. | Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna | Månadsvis följa volym och kostnader för inhyrd personal. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning | Åtgärder för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna. |
| 5 | Risk att överetablering på marknaden för särskilt boende leder till kostnadspåverkan för nämnden. | Kontroll av antal platser. | Månadsvis kontrollera antalet tomplatser i egen regi. | Granskningen är genomförd utan anmärkning. | Kontrollmomentet fortgår under året och följs upp igen vid årsbokslut. Åtgärder för att brukare ska få sina beslut verkställda i tid finns i nämndens Bostads- och lokalförordningsplan. |

Postadress: Uppsala kommun, 753 75 Uppsala

Telefon: 018-727 00 00 (växel)

www.uppsala.se

Tabell 2. Granskningar som rapporterats per augusti.

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|--|--|--|--|---|
| 3 | Risk att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är briststyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk för ett ökat antal avvikelser. | Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna. | Månadsvis följa volym och kostnader för inhyrd personal. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning. | Åtgärder för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna. |
| 5 | Risk att överetablering på marknaden för särskilt boende leder till kostnadspåverkan för nämnden. | Kontroll av antal platser. | Månadsvis kontrollera antalet tomplatser i egen regi. | Granskningen är genomförd utan anmärkning. | Kontrollmomentet fortgår under året och följs upp igen vid årsbokslut. Åtgärder för att brukare ska få sina beslut verkställda i tid finns i nämndens Bostads- och lokalförsörjningsplan. |
| 8 | Att bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada. | Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning. | För varje tertiäl slumpas 5 stickprov fram ur diariet. Stickproven ska gälla ärendetyper där det finns beslut som fattas på delegation. De valda besluten jämförs mot delegationslistor. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |
| 14 | Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader. | Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal | Kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|--|--|--|---|---------------------------|
| 15 | Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader. | Kontroll genom uppföljning med brukare och anhöriga, samt av den egna personalen att det inte förekommer välfärdsbrottslighet. | Kontroll genom uppföljning med brukare och anhöriga, samt av den egna personalen att det inte förekommer välfärdsbrottslighet. | Granskningen är genomförd utan anmärkning | Se fördjupad redovisning. |

Tabell 3. Granskningar som rapporteras per december.

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|--|---|---|--|---------------------------|
| 1 | Risk att det råder oklarhet om vilken information som är viktig för verksamheten samt hur ansvaret för informationen uttrycks vilket leder till att risker inte identifieras och att skyddsåtgärder inte vidtas vilket i sin tur leder till störning eller avbrott i produktionen. | Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade. | Kontrollera att informationstillgångarna är inventerade genom att följande är genomfört: <ul style="list-style-type: none"> • informationshanteringsplanen är beslutad, kommunicerad och hålls aktuell, • artikel 30-registret över personuppgiftsbehandlingar är upprättat och hålls aktuellt. Kontrollera att den stödjande objektverksamheten (pm3) har genomfört informationssäkerhetsklassning (KLASSA) för väsentliga IT-stöd. | Granskningen är genomförd utan anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |
| 2 | Att nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i | Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade. | Kontrollera att rutiner och planer är testade och utvärderade. | Granskningen är genomförd utan anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|---|--|--|---|---------------------------|
| | informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet. | | | | |
| 3 | Att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk ökat antal avvikelser. | Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna. | Månadsvis följa volym och kostnader för inhyrd personal. Analysera effekter av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 4 | Att nämnden inte identifierar och söker de statsbidrag kommunen har rätt till vilket gör att kommunen går miste om stora belopp. | Kontroll av att sökningsbara statsbidrag sökts i rätt tid. | Kontroll av att relevanta statsbidrag inom nämndens område identifierats och sökts i rätt tid. | Granskningen är genomförd utan anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 5 | Att överetablering på marknaden för särskilt boende leder kostnadspåverkan för nämnden. | Kontroll av antal platser. | Månadsvis kontrollera antalet tomplatser i egen regi. | Granskningen är genomförd utan anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 6 | Att på grund av t.ex. bristande rutiner eller oegentligheter beviljar kommunen medel till verksamheter som inte är berättigade till medel eller till sådana som inte är effektiva eller ändamålsenliga. Mottagande organisationer kan också använda bidrag till andra | Kontroll av att utbetalningar av bidrag till organisationer (t.ex. föreningar) går rätt till. | Stickprov genomförs av att man följt relevanta riktlinjer och/eller rutiner i bedömningen av ansökan och tilldelningen av bidrag. Stickprov genomförs av att organisationen redovisat tilldelade medel på det sätt nämnden bestämt och av att bidraget använts i enlighet med beviljad ansökan. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning | Se fördjupad redovisning. |

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|---|--|---|---|---------------------------|
| | ändamål än vad som framgår av beviljad ansökan. Detta leder till felaktig användning av kommunens medel och till lägre förtroende för kommunen. | | | | |
| 7 | Att brister i kunskap, rutiner och system leder till att felaktiga löner ibland betalas ut. Felaktiga löner är negativt ur arbetsgivarperspektivet då medarbetare får minskat förtroende för kommunen som arbetsgivare. Dessutom uppstår merkostnader för extrautbetalningar, felaktiga löneskulder och merarbete för både chefer och medarbetare inom löneservice. | Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att cheferns ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt. | HR-chef säkerställer att förvaltningens chefer har kompetens och följer rutiner avseende löneprocessen. | Granskningen är genomförd utan anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 8 | Att bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada. | Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning. 1. Att beslut fattas av utsedd delegat. 2. Att delegationsbeslut anmäls till nämnd inom skälig tid. | För varje tertial slumpas 5 stickprov fram ur diariet. Stickproven ska gälla ärendetyper där det finns beslut som fattas på delegation. De valda besluten jämförs mot delegationslistor. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 9 | Att det inte går att hitta handlingar och följa ett ärende vilket försvårar för insyn och eget arbete. | Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara. | Stickprov om cirka 30 personakter SoL/LSS. Kontroll att personakter hanterats i enlighet med gällande rutiner. | Granskningen är genomförd utan anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 10 | Att handlingar inte diarieförs korrekt. Det går därför inte att hitta handlingar eller att följa ärenden och beslut vilket | Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd. | Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Antalet öppnade och stängda ärenden tar normalt ut sig över tid. De flesta ärenden brukar | Granskningen är genomförd med anmärkning | Se fördjupad redovisning. |

| Nr | Riskbeskrivning | Kontrollmoment | Kontrollmetod | Resultat av granskning | Åtgärd med slutdatum |
|----|--|---|--|--|---------------------------|
| | försvårar både för kommunens interna arbete och för allmänhetens insyn. | | stängas inom ett år. Nu jämfört nästa motsvarande tidpunkt föregående år. | | |
| 11 | Att utskrivningsklara patienter ej kan tas emot inom tidsfrist vilket leder till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader. | Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala. | Uppföljning av kostnader och analys av eventuella kostnadsökningar. | Granskningen är genomförd med anmärkning | Se fördjupad redovisning. |
| 12 | Risk för jäv eller oegentligheter | Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet. | Ta del av nämndens svar av den kommungemensamma enkäten för kontroll av kunskap hos nämndens politiker och tjänstemän avseende mutor, jäv och representation | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |
| 14 | Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader. | Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal | Kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |
| 15 | Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader. | Kontroll genom uppföljning med brukare och anhöriga, samt av den egna personalen att det inte förekommer välfärdsbrottslighet. | Kontroll genom uppföljning med brukare och anhöriga, samt av den egna personalen att det inte förekommer välfärdsbrottslighet. | Granskningen är genomförd utan anmärkning | Se fördjupad redovisning. |

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

Kontrollmoment 1 - Kontroll av att ansvaret för information följer verksamhetsansvaret och att informationstillgångar är inventerade

Risk att det råder oklarhet om vilken information som är viktig för verksamheten samt hur ansvaret för informationen uttrycks vilket leder till att risker inte identifieras och att skyddsåtgärder inte vidtas vilket i sin tur leder till störning eller avbrott i produktionen.

Genomförd kontroll

En inventering av vilka aktiviteter som varit aktuella har skett gällande att informationshanteringsplanen (IH-plan) är beslutad, kommunicerad och hålls aktuell samt att artikel 30-registret över personuppgiftsbehandlings är upprättat och hålls aktuellt.

Därtill har kontroller gjorts av huruvida stödjande objektverksamheten (pm3) har genomfört informationssäkerhetsklassning (KLASSA) för väsentliga IT-stöd.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Nämnden har fattat beslut om informationshanteringsplanen under 2023. Information och stöd ges till verksamheterna gällande implementering. Det pågår ett implementeringsarbete gällande informationssäkerhet och informationsförvaltning kopplat till den antagna IH-planen.

En ny utbildning har tagits fram och finns tillgänglig digitalt i Lärportalen.

Förvaltningen har utsedda dataskyddssamordnare som håller samman nämndens artikel 30-register.

Under 2023 har ett omfattande KLASSA-arbete genomförts vad gäller klassning av befintliga system. Dessutom har klassning av nya verksamhetssystem genomförts vad gäller:

- teknisk plattform för digital tillsyn för Trygghetsjouren.
- nytt HUL-system.
- larm till ordinärt boende.
- ändrat arbetssätt för behörigheter till funktionsbrevlådor i verksamhetssystemet Lifecare.

Nytt för året är också att man följer fastställd arbetsprocess Årshjul för systematiskt IT-säkerhetsarbete. Denna process innebär att vi kontinuerligt genomför översyn och uppföljning av de 5 områdena informationsklassning, risker, återställning, åtkomst och utbildning. Arbetet utförs genom 4 möten/år, ett möte per kvartal och i arbetet deltar

förvaltningens två objektledare, dataskyddssamordnare, IT-strateg och Produktägare IT.

Åtgärder

Kontrollmoment gällande implementering av IH-planen samt analys av i vilken utsträckning nämndens personuppgiftsbehandlingar är införda i artikel 30-registret ingår i 2024 års internkontrollplan.

Kontrollmoment 2 - Kontroll av att behovet av rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar är inventerat. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och prövade

Risk att nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.

Genomförd kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Granskningar har genomförts av 10 externa utförare om dessa har rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar. 9 av 10 hade godkända rutiner och planer för hantering av avbrott och störning. En utförare ska åtgärda identifierade brister.

Verksamhetschefer på egen regins särskilda boenden har genomgått två (fysiska) utbildningar i ansvarsprincipen och kontinuitetshantering, ledda av en erfaren beredskapssamordnare. Dessa principer, kontinuitetshantering och kontinuitetsplaner, har integrerats i verksamheterna för att säkerställa att verksamheterna kan fortsätta sitt arbete vid eventuella avbrott.

För att förstärka beredskapen har 45 beredskapsombud utsetts på boendena. Dessa fungerar som "förlängda armar" åt verksamhetscheferna och driver gemensamt med kollegor och verksamhetschef det systematiska arbetet på ett kontinuerligt och resurseffektivt sätt. En samordnare har tillsatts för att stödja och strukturera arbetet med beredskapsombuden.

Omfattande övning har genomförts i samverkan med annan kommunal aktör. Scenariokort har skapats och implementerats för att möjliggöra systematiska övningar av resiliens och motståndskraft, baserat på tidigare erfarenheter och nyvunnen kunskap. Egen regins särskilda boenden har också genomfört både större och mindre inköp så som beredskapslådor, "krismat" och förberedelser för vatten- och elavbrott.

Resultat av kontroll

Systematisk och kontinuerlig kontroll av pågående arbete med beredskap för avbrott och störningar genomförs med hjälp av en upprättad inventariefil och integrerade aktiviteter i avdelningen för särskilt boendes egna verksamhetsplaner.

Arbetet med beredskap och kontinuitetshantering pågår utan anmärkning, områdescheferna har ett tydligt ansvar i att följa upp och övervaka det systematiska arbetet inom verksamheterna.

Över lag är beredskapen god för kortare avbrott och störningar i verksamheten. Fortsatt arbete kommer göras under 2024 för att rusta nämndens verksamheter för längre avbrott.

Åtgärder

Översyn av hur förvaltningen är organiserad gällande beredskapsfrågor planeras. Fortsatt arbete med kontinuitetsplanering.

Kontrollmoment 3 - Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna

Risk att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal samt att flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Detta leder till att brukare inte kan få sin insats utförd, ökad personalomsättning och dyra rekryteringar samt risk ökat antal avvikelser.

Genomförd kontroll

Volym och kostnader för inhyrd personal har följts månadsvis under perioden januari – november 2023. Historiska uppgifter har tagit fram som jämförelsematerial.

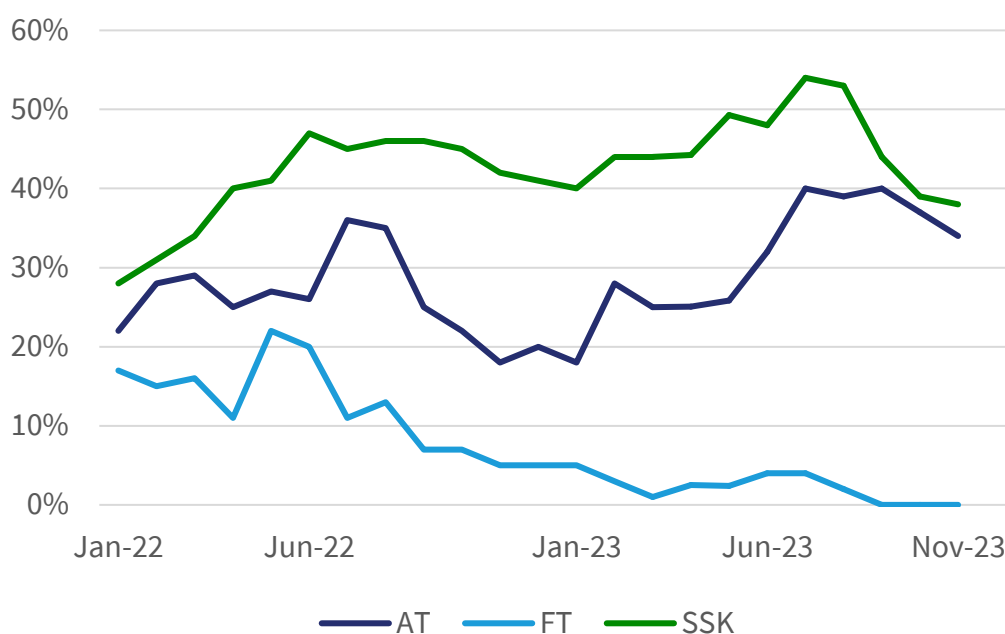
Effekter av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet har analyserats.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning

Andel inhyrd legitimerad personal per profession

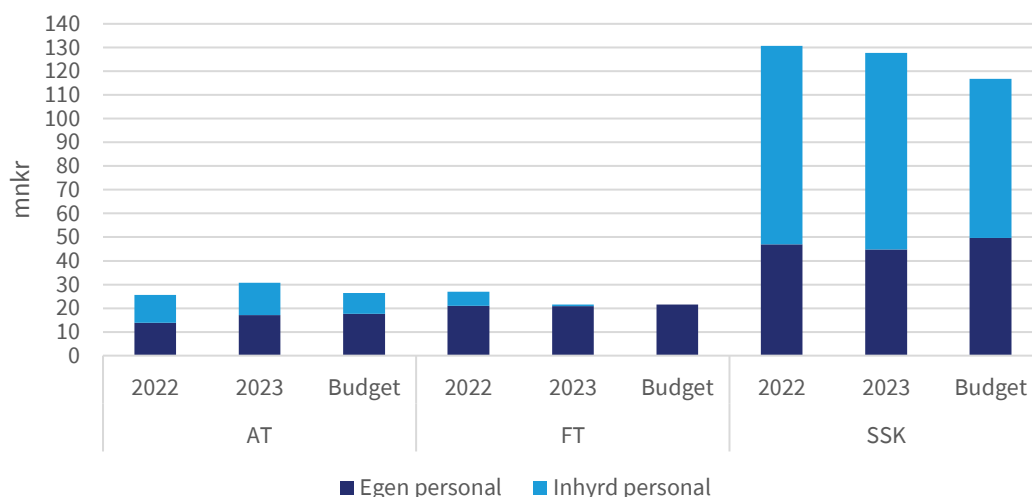
Äldrenämndens andel inhyrda årsarbetare januari 2022 - november 2023



Diagrammet illustrerar per profession hur stor andel som är inhyrd legitimerad personal av grundbemanningen i årsarbetare.

Grundbemanningen för sjuksköterskor är 124 årsarbetare. I snitt 2023 är 55 årsarbetare inhyrda, vilket motsvarar 44%. Grundbemanningen för arbetsterapeuter är 38 årsarbetare, i snitt 2023 är 12 årsarbetare inhyrda, vilket motsvarar 32%. Grundbemanningen för fysioterapeuter 40 årsarbetare, i snitt 2023 är 1 årsarbetare inhyrd, vilket motsvarar 3%.

Kostnad legitimerad personal per profession



Diagrammet illustrerar per profession ackumulerad kostnad per november för egen och inhyrd personal.

Äldrenämndens kostnad för legitimerad personal är 15 miljoner kronor högre än budgeterat. Kostnader för fysioterapeuter och sjuksköterskor är lägre än 2022 men högre än budget. Arbetsterapeuter avviker negativt mot både budget och 2022.

Merkostnad för inhyrd personal perioden januari – november 2023 är 55 miljoner kronor, vilket är 12 miljoner kronor högre än budgeterat och 2 miljoner kronor lägre än 2022.

Effekter av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet

Bristande kontinuitet påverkar kvaliteten för patienten liksom arbetsmiljön. En stor förbättring kan ses avseende antal tillsvidareanställda medarbetare kontra bemanningspersonal, även om arbete fortsatt kvarstår inom området.

Bristande kontinuitet leder till samverkans-/samarbetsförsvårande omständigheter och kan även medföra brister i uppföljning och ett ökat antal avvikelser. Arbete pågår med att rekrytera och bibehålla befintliga medarbetare genom stor satsning på marknadsföring, samverkan och arbetsmiljö.

Åtgärder

Åtgärder för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna. Inom ramen för nämndens internkontrollplan kommer effekterna av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet analyseras och rapporteras i samband med årsbokslutet.

Kontrollmoment 4 - Kontroll av att sökbara statsbidrag söks i rätt tid

Risk att nämnden inte identifierar och söker de statsbidrag kommunen har rätt till vilket gör att kommunen går miste om stora belopp.

Genomförd kontroll

Kontroll av rutiner.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

När det gäller statsbidrag har förvaltningen tagit fram en beslutsprocess för de av staten utlysta statsbidragen. Det finns en bevakningsordning, med en ansvarig funktion för förvaltningen som söker hem medlen och redovisar sammanställningarna utifrån de beslut som fattas. Förvaltningen med systemledning och egenregis avdelningar har tagit fram en prioriteringslista för vilka satsningar som ska genomföras om nämnden tilldelas medlen.

De medel som förvaltningen har sökt har också tilldelats förvaltningen. När förvaltningen har valt att inte söka något statsbidrag har det tagits beslut om att avstå.

Åtgärder

Ej aktuellt.

Kontrollmoment 5 - Kontroll av antal platser

Risk att överetablering på marknaden för särskilt boende leder till kostnadspåverkan för nämnden.

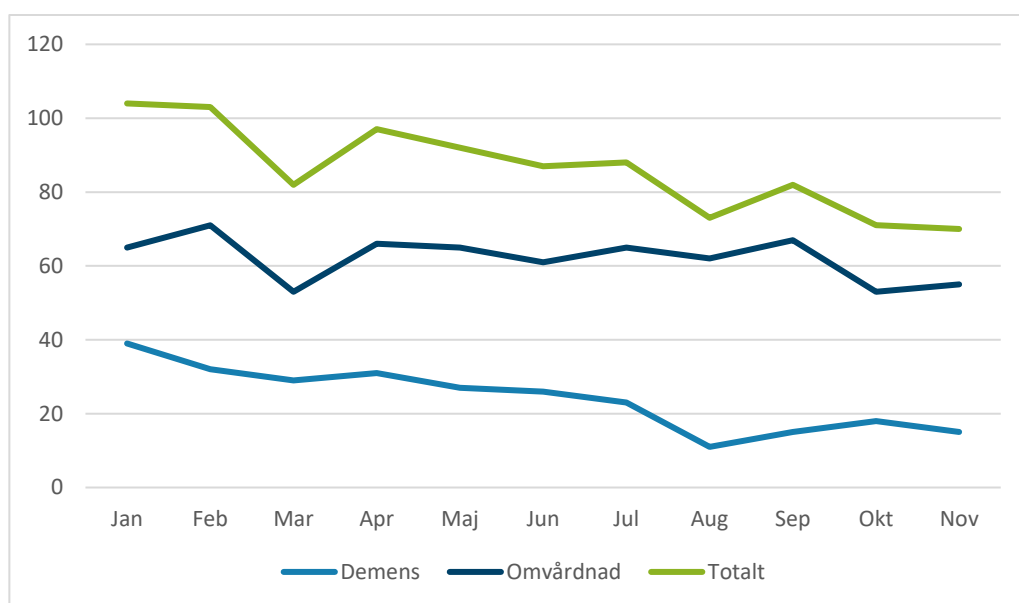
Genomförd kontroll

Antal tomplatser inom egen regin under perioden januari – november 2023 har analyserats.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

Antal tomplatser inom egen regin under perioden januari – november 2023



Diagrammet illustrerar antal tomplatser inom egen regin för perioden januari till november. Vid tolkning av diagrammet behöver hänsyn tas till att antalet tillgängliga (möjliga) platser minskat något under året. Under perioden har antalet möjliga platser minskat från 576 till 564 för omvårdnad och 468 till 465 för demens. Det rör sig i dessa fall främst om aktiva åtgärder i form av omställning av mindre ändamålsenliga platser till psykiatriplatser.

Med hänsyn till detta har trenden för tomplatser sett till den totala belägningsgraden (demens och omvårdnad) varit nedåtgående under året, med en relativt stabil trend för omvårdnadsplatser och en minskande trend för demensplatser.

Åtgärder

Kontrollmomentet fortgår under året och följs upp per augusti och vid årsbokslut. Pågående och planerade åtgärder under 2023 och 2024 inkluderar:

- Utredningar gällande större renoveringar av enheter i egen regi 2023–2024.
- Mer långsiktiga strategier för att öka rådigheten och i och med det bättre kunna styra på bättre balans. Om ökad rådighet inte har politiskt mandat behöver alternativa strategier för bättre balans formuleras och genomföras.

- Fortsatt kvalitetsarbete på enheterna för att ytterligare stärka attraktiviteten inom egen regions boenden
- Förändrad incitaments-/ersättningsstruktur för egen region genom att egen region inte får ersättning för tomplatser. Effekt lägre kostnadspåverkan eller färre tomplatser. Pilot Q4 2023, breddinfört 2024.

Kontrollmoment 6 - Kontroll av att utbetalningar av bidrag till organisationer (t.ex. föreningar) går rätt till.

Risk att på grund av t.ex. bristande rutiner eller oegentligheter beviljar kommunen medel till verksamheter som inte är berättigade till medel eller till sådana som inte är effektiva eller ändamålsenliga. Mottagande organisationer kan också använda bidrag till andra ändamål än vad som framgår av beviljad ansökan. Detta leder till felaktig användning av kommunens medel och till lägre förtroende för kommunen.

Genomförd kontroll

Kontroll av utbetalda föreningsbidrag för år 2022 har genomförts i samband med att föreningarna gjort en ny ansökan för 2024.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts med mindre anmärkning.

Ansökan och bifogade handlingar har följts upp och granskats genom att

- kontrollera att demokrativillkoret uppfylls
- kontrollera stadgarna
- granska ekonomisk redovisning, att styrelsen beviljats ansvarsfrihet och att årsmötet är utlyst korrekt
- kontroll av styrelsens sammansättning samt att revisor inte sitter i styrelsen
- kontroll av revisionsberättelse och om revisorn har synpunkter att dessa är åtgärdade
- vid ansökan om lokal, kontrolleras hyresunderlag eller liknande
- vid ansökan om personalkostnad kontrolleras att föreningen är registrerad som arbetsgivare

Utöver detta har uppföljning genomförts utifrån kontroll av verksamhetsplan och verksamhetsberättelse, om det finns hemsida eller information i sociala medier om föreningen samt om medlemsantalet förändrats stort gentemot föregående år.

Det som har framkommit i kontrollen är att någon enstaka förening har saknat regler för extra årsmöte, samt att någon enstaka förening har haft otydliga stadgar. Detta har klassats som mindre anmärkningar. Förvaltningen har informerat föreningarna om detta och kommer även påvisa det i beslutsunderlagen.

Åtgärder

En förändring som är planerad är att förlänga handläggningstiden för ansökan om föreningsbidrag för att säkerställa en rättssäker hantering. Förvaltningen kommer även fortsätta samverka med andra förvaltningar avseende föreningsbidrag.

Kontrollmoment 7 - Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt

Att brister i kunskap, rutiner och system leder till att felaktiga löner ibland betalas ut. Felaktiga löner är negativt ur arbetsgivarperspektivet då medarbetare får minskat förtroende för kommunen som arbetsgivare. Dessutom uppstår merkostnader för extrautbetalningar, felaktiga löneskulder och merarbete för både chefer och medarbetare inom Löneservice.

Genomförd kontroll

För att säkerställa att förvaltningens chefer har rutiner och kompetens i löneprocessen så att korrekt lön utbetalas genomförs ett utbildningstillfälle den 5 december där cheferna får ta del av en genomgång av löncykeln och dess rutiner. Syftet med tematräffen är att ge cheferna kunskap och kompetens för att genomföra löneprocessen så att rätt lön utbetalas till medarbetaren. Genomgången utförs av HR och Löneservice gemensamt.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts utan anmärkning.

Se genomförd kontroll.

Åtgärder

Inga ytterligare åtgärder föreslås i nuläget.

Kontrollmoment 8 - Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning

Att bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.

Genomförd kontroll

För varje tertial slumpades 5 stickprov fram ur diariet. De framslumpade besluten jämfördes mot delegationslistor. Kontrollen har genomförts av nämndsekreterare

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

I den slumpmässiga kontrollen har ett antal felaktigheter identifierats.

Kontroll av delegationsbeslut 1 januari till 30 april 2023

| Beslut | Dnr. / system | Delegat | Nr | Datum | Anmält | Kontrollanteckning |
|--|----------------|---------------------|------|------------|------------|---|
| Lex Sarah-anmälan -SÄBO | ALN-2023-00095 | Avdelningschef | 1.14 | - | nej | Felregistrerat i DHS och därför inte anmält till nämnden. Det framgår inte i ärendet vem som fattat beslut om att anmälan ska ske då registreringen av delegationsbeslutet saknas. Det går inte heller att spåra när beslut om att anmäla fattades. Anmälan ser ut att ha skickats in 2023-02-08 |
| Hemtjänst i form av anhöriganställning | LifeCare | Individutskott | 3.1 | 2023-02-09 | 2023-03-16 | Beslutat av individutskottet. OK |
| SoL Särskilt boende bifall ÄLN | LifeCare | Biståndshandläggare | 3.17 | 2023-01-26 | 2023-02-16 | Beslutat av en biståndshandläggare. OK |
| SoL Hemtjänst bifall | LifeCare | Biståndshandläggare | 3.7 | 2023-03-01 | 2023-05-10 | Beslutat av en biståndshandläggare. OK Anm. Inget nämndsammanträde i april så anmält till nämnden i maj. |
| SoL Trygghetslarm bifall | LifeCare | Biståndshandläggare | 3.8 | 2023-02-07 | 2023-03-16 | Beslutat av en biståndshandläggare. OK |

Kontroll av delegationsbeslut 1 maj till 30 augusti 2023

| Beslut | Dnr. / system | Delegat | Nr | Datum | Anmält | Kontrollanteckning |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------|------|------------|------------|--|
| Utredning av kränkande särbehandling | ALN-2023-00221 | ? | ? | 2023-06-21 | - | Angivet datum avser när beslutet registrerades i DHS (vilket styr när det kommer med för anmälan till nämnden). Det framgår inte när beslutet om utredningen fattades (den genomfördes i mars 2023 verkar det som). Detta bedöms inte vara ett delegationsbeslut enligt äldrenämndens delegationsordning och borde därför inte registreras som sådant. Anmäls till nästa nämndsammanträde 2023-09-22 |
| SoL Matdistribution bifall | LifeCare | Biståndshandläggare | 3.9 | 2023-06-27 | - | Beslutat av en biståndshandläggare OK Anmäls till nästa nämndsammanträde 2023-09-22 |
| SoL Matdistribution bifall | LifeCare | Biståndshandläggare | 3.9 | 2023-07-10 | - | Beslutat av en biståndshandläggare OK Anmäls till nästa nämndsammanträde 2023-09-22 |
| SoL Hemtjänst bifall | LifeCare | Biståndshandläggare | 3.7 | 2023-05-26 | 2023-06-21 | Beslutat av en biståndshandläggare OK |
| Lex Sarah anmälan | ALN-2023-00320 / DHS | Avdelningschef | 1.14 | 2023-05-10 | 2023-06-21 | OK Registrerat 2023-06-07 |

Kontroll av delegationsbeslut 1 september till 31 december 2023

| Beslut | Dnr. / system | Delegat | Nr | Datum | Anmält | Kontrollanteckning |
|---|------------------|---------------------|------|------------|------------|---|
| Lex Sarah-anmälan | ALN-2023-00610-1 | Avdelningschef | 1.14 | 2023-10-04 | 2023-11-16 | Korrekt registrerat i DHS när det gäller delegationsnummer och delegat. Anmälan som gått till IVO är dock inte underskriven av en avdelningschef. I anmälan finns bara namn på en kontaktperson som har titel utvecklingsledare som även står som ansvarig på ärendedokumentet i DHS. Anmälan är alltså gjord av fel delegat. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för äldrenämnden (ALN-2023-00137) beslutad 22 september 2023. |
| Överklagbart beslut | ALN-2022-00567 | - | - | 2023-09-01 | 2023-09-22 | Det finns ingen delegation med den här ärenderubriken. Beslutet är registrerat med fel delegationsnummer (2.3). Delegaten är dock rätt registrerad utifrån vad beslutet handlar om. Beslutet handlar om avslag på begäran om att få ut handlingar och borde ha registrerats så i DHS, med delegationsnummer 1.5.2 och förvaltningsdirektör som delegat. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för äldrenämnden (ALN-2021-00405) beslutad 22 juni 2022. |
| SoL, Hemtjänst i form av trygg hemgång – bifall | Life Care | Biståndshandläggare | 3.11 | 2023-09-14 | 2023-10-19 | Ok, enligt då gällande delegationsordning. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för äldrenämnden (ALN-2021-00405) beslutad 22 juni 2022. |
| SoL, Hemtjänst – bifall | Life Care | Biståndshandläggare | 3.7 | 2023-10-20 | 2023-11-16 | Ok, enligt nu gällande delegationsordning. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för äldrenämnden (ALN-2023-00137) beslutad 22 september 2023. |
| SoL, Matdistribution – bifall | Life Care | Biståndshandläggare | 3.9 | 2023-10-31 | 2023-11-16 | Ok, enligt nu gällande delegationsordning. Anm. Beslut enligt Delegations- och arbetsordning för äldrenämnden (ALN-2023-00137) beslutad 22 september 2023. |

Åtgärd

Följande åtgärder föreslås:

- Information till förvaltningen om vad ett delegationsbeslut är, vem som är delegat och hur man hanterar att en delegat inte kan fatta beslutet. Även förankra vad delegationsordningarna innehåller och hur besluten ska registreras – att de ska registreras – för att bli anmälda till nämnden, det senare gäller kanske särskilt för de beslut som hanteras i DHS.
- Se över hur man benämner de insatser man beslutar om, dels när handläggaren registrerar dem i LifeCare, dels hur de benämns i delegationsordningen. Eventuellt göra revideringar där besluten inte är konsekvent benämnda med det som står i delegationsordningen.
- I DHS måste man ange delegationsnumret när man registrerar beslutet. Säkerställ att det framgår av delegationslistorna som tas ut från LifeCare vilket delegationsnummer man lutar sig mot i beslutet.
- Det bör framgå i den lista över delegationsbeslut i individärenden, som anmäls till nämnden, hur många timmar som beviljas en insats eftersom det avgör delegaten i många fall.
- Ta fram en intern rutin för hur vidaredelegerade delegationsbeslut ska hanteras när det gäller:
 - registrering i diarieföringssystemet (DHS),
 - anmälan av besluten till förvaltningsdirektör, och
 - hur protokollföring ska ske i de fall besluten kan laglighetsprövas.
- Det bör framgå i den lista över delegationsbeslut i individärenden, som anmäls till nämnden, hur många timmar som beviljas en insats eftersom det avgör delegaten i många fall.

Kontrollmoment 9 – Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara

Risk att det inte går att hitta handlingar och följa ett ärende vilket försvårar för insyn och eget arbete.

Genomförd kontroll

Dokumentationsgranskning av personakter omfattande beslut om särskilt boende är genomfört. Dokumentationsgranskningen omfattade om handläggningen skett enligt handläggningsprocessen samt gällande styrdokument.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts utan anmärkning.

Granskningen visade att granskade personakter är registrerade enligt gällande rutiner för dokumentation. Alla handlingar är sökbara i personakter. Ingen anmärkning.

Åtgärder

Inga åtgärder bedöms aktuella.

Kontrollmoment 10 – Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd

Risk att handlingar inte diarieförs korrekt. Det går därför inte att hitta handlingar eller att följa ärenden och beslut vilket försvårar både för kommunens interna arbete och för allmänhetens insyn.

Genomförd kontroll

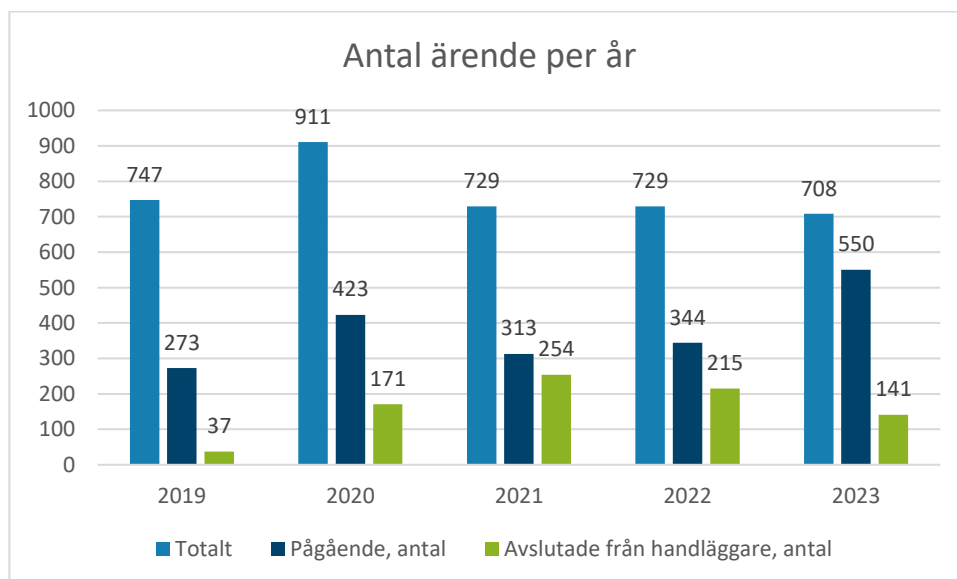
Registraturen har tagit fram nulägesstatistik (2023-11-10) över andelen pågående och avslutade ärenden i ärendehanteringssystemet DHS för år 2019–2023.

När ärenden avslutas i DHS sker detta i två steg. Först skickar handläggarna ärendet för avslut. Därefter gör registrator en kvalitetskontroll av ärendet och jämför med eventuell pappersakt. Registrator avslutar sedan ärendena slutgiltigt. Beroende på arbetsbelastning kan det ibland dröja innan registraturen utför detta arbete.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts med anmärkning.

En stor mängd ärenden ligger fortfarande öppna sedan flera år tillbaka.



En del ärenden saknar ansvarig handläggare, troligen på grund av att handläggare har avslutat sin tjänst utan att ta hand om sina pågående ärenden i DHS på lämpligt sätt. Detta gäller totalt cirka 180 ärenden.

Åtgärder

- En generell påminnelse om att avsluta ärenden skickas via epost från förvaltningen till alla som har handläggarebehörighet i DHS, till exempel i samband med årsskifte.
- Eventuell riktad insats till de handläggare som har en stor mängd öppna ärenden. Det går att ta fram listor från DHS som visar antal öppna ärenden per handläggare. Registraturen kan vid behov bistå med att visa hur dessa listor kan tas fram.

- Förvaltningen behöver ha en rutin för hantering av ärenden i DHS i samband med att handläggare slutar eller byter tjänst, så att ärenden inte lämnas öppna utan någon ansvarig handläggare. Registraturen kan bistå med hjälp att avsluta de ärenden som i nuläget inte har någon ansvarig handläggare, genom att vid behov lägga till en ny ansvarig handläggare.
- Registraturen kan ta fram motsvarande statistik nästa år för att följa upp hur arbetet och insatserna gått. Eventuellt kan en delårsuppföljning göras i maj/juni, för att följa upp effekter av utförda insatser.

Kontrollmoment 11 – Uppföljning av kostnader för patienter i slutenvården som bedömts utskrivningsklara av Region Uppsala.

Risk att utskrivningsklara patienter ej kan tas emot av inom tidsfrist vilket till att brukarna drabbas av olägenhet och nämnden av onödiga kostnader.

Genomförd kontroll

Kontroll har genomförts genom uppföljning av statistik och faktiska kostnader per månad. Statistik förs månatligen över orsak till förväntad kostnad för utskrivningsklara patienter. Fakturor granskas kontinuerligt per månad och fakturor bestrids i de fall regionen inte har efterföljt överenskomna samverkansdokument för in- och utskrivning i slutenvård. Utredning av fakturor görs vid behov med berörd verksamhetschef i mottagande verksamhet för säkerställande av fakturerad kostnad. Orsak till kostnad rapporteras månadsvis till varje enhet som har orsakat förseningar i utskrivningsprocessen i egen regi. Externa utförare faktureras kostnad då verksamheten är sen i sitt mottagande av patient/brukare.

Resultat av kontroll

- Kontrollen har genomförts med anmärkning.

Kostnader för utskrivningsklara patienter har ökat under året. En stor orsak är fördröjd biståndshandläggning, att patienter blivit kvar i slutenvården i väntan på ledig korttidsplats, att mottagande verksamhet inte mottagit patient/brukare inom ramen för ledtid innan betalningsansvaret trätt i kraft. Granskningen visar att hanteringen av patientflöden har försvårats i det nya kommunikationsverktyget Cosmic Link.

För att stärka samverkan med slutenvården genomförs möten med Region Uppsalas verksamhetsutvecklare, samordningssjuksköterska i förvaltningens egen regi hälso- och sjukvård och representanter från myndighet ÄLN fyra gånger per vecka. Mötet identifierar problemområden gemensamt i utskrivningsprocessen, vilket kan förhindra fördröjningar för utskrivning. Myndighet ÄLN stämmer av en gång per månad, samt oftare vid behov med Objektspecialist på enhet Avtal och marknad, gällande brister hos externa utförare i följsamhet till gällande samverkansdokument. Brister som upptäcks i samverkan med representanter från slutenvården. Effekten är att privata utförare ofta tar hem patient innan betalningsansvar övergått till kommunen.

Flertalet åtgärder är genomförda under året, dessa beskrivs kort nedan.

- Myndighet ÄLN har vid behov genomfört gemensamma analyser tillsammans med utförare där försening orsakats, för att tillsammans identifiera förbättringsåtgärder. Effekten av detta är att det har ökat medvetenheten och intresset att arbeta vidare för att minska kostnader.
- Där kostnader orsakas av myndighet ÄLN genomförs analys till vad som orsakat försening av utskrivningen från slutenvård. För de områden där det identifieras att det finns behov av kunskapsstöd, tas det vidare till medarbetare via metodstöd på enhetsmöte. Effekten är en ökad medvetenhet och ökad kunskap.

- Särskild aktivitet är genomförd för förbättringsarbete på myndighet ÄLN mottagningsteam. Enhetschef och medarbetare har arbetat med förbättringsförslag. Arbetsätt är ändrat för att främja tidig planering och effektivisering av biståndshandläggarnas arbete. Effekten är att kostnader minskat sedan halvårsskiftet.
- Den interna samverkan mellan myndighet ÄLN och samordningssjuksköterskor egen regi hälso- och sjukvård har förbättrats och ökat. Den ökade samverkan har resulterat i förbättrad kommunikation och samsyn kring åtgärder för att underlätta utskrivning från slutenvård.
- Myndighet ÄLN säkerställer att inskrivningsmeddelanden kommer till rätt utförare i kommunikationsverktyget CosmicLink. Effekten av detta är att planering kan påbörjas av samtliga aktörer i processen.
- Analysgruppsmöten har genomförts med funktioner från kommunen, regionens primärvård och slutenvården. Områden som inte fungerar i samverkansprocessen lyfts. Effekten är att problemområden identifieras och förslag på åtgärder tagits fram.
- Interna ledarforum är genomförda där myndighet, HS-ordinärt boende och hemtjänst träffats för samverkansfrågor. Effekten är att samverkan ökat vilket i sin tur kan ge lägre kostnader i utskrivningsprocessen.

Trots genomförda aktiviteter och åtgärder finns svårigheter att minska kostnader för utskrivningsklara patienter och kontrollen ger en anmärkning.

Åtgärder

Aktiviteter för förbättrad samverkan i in- och utskrivningsprocessen i slutenvård behöver fortgå under år 2024. Aktiviteter för förbättrad samverkan ska ske internt i vård och omsorgsförvaltningen och i samverkan med slutenvården. Fortsatt analys av brister i samverkansprocessen måste fortgå år 2024 för att klargöra områden för förbättringsaktiviteter.

Kontrollmoment 12 – Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet

Risk för jäv eller oegentligheter.

Genomförd kontroll

Initial analys

Resultatet av den kommungemensamma enkäten analyserades initialt av enhetschef för enheten strategiskt stöd.

Presentation och dialog i stabsledning

Enkätresultatet i sin helhet redovisades i stabsledning den 14 november 2023, av enhetschef strategiskt stöd. Mötesdeltagare inkluderade förvaltningsdirektör, stabschef, enhetschef avtal och marknad, ekonomichef, strategisk ekonomichef, HR-chef, kommunikationsansvarig samt välfärdsutvecklare. Dessa fick tillgång till materialet före sammanträdet för instudering. I föredragningen presenterades resultatet avseende äldrenämnden, såväl som för chefer inom vård- och omsorgsförvaltningen. (Observera att resultatet för chefer avser hela vård- och omsorgsförvaltningen, och går ej att studera uteslutande för chefer inom äldrenämndens ansvarsområde.)

Vidare lyftes förslag till slutsatser avseende hur resultatet bör tolkas. Bedömningen i stabsledning avseende äldrenämnden innebar i korthet att:

- Äldrenämnden vore betjänt av att få ta del av resultatet. Utifrån detta planeras en föredragning för nämnden till nämndsammanträdet den 15 december.
- Äldrenämnden vore betjänt av att få information om e-utbildningen om intern kontroll, samt kommunens policy och riktlinjer för representation av gåvor. E-utbildningen om intern kontroll bedöms särskilt viktig, då 50% av respondenterna uppger att de inte tagit del av e-utbildningen.
- I övrigt bedöms inget större utbildningsbehov föreligga för äldrenämnden inom detta område.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Enkätresultatet avseende chefer föredrogs i ledning och styrning den 5 december 2023. Mötesdeltagare inkluderade förvaltningsdirektör, ekonomichef, strategisk ekonomichef, HR-chef, stabschef, samt avdelningschefer för förvaltningens avdelningar inom egen regi och myndighet.

Resultatet för chefer bedöms indikera ett behov av informationsinsatser i linjen inom flera områden, till förvaltningens chefsled såväl som medarbetare. Det enskilt mest utmärkande området är e-utbildningen om intern kontroll, som endast 50% av respondenterna uppger att de har genomfört.

Vidare indikeras ett behov av informations- och utbildningsinsatser inom flera övriga områden. Utifrån analysen av resultatet lyfte föredragningen särskilt fram följande

delar. Förvaltningens avdelningschefer tar med sig dessa för spridning i linjen – till områdeschefer, verksamhetschefer och medarbetare:

- E-utbildningen om intern kontroll
- Visselblåsarfunktionen
- Kommunens policy för representation och gåvor
- Kommunens riktlinje för representation och gåvor
- Kommunens riktlinje för informationssäkerhet
- Uppsala kommuns policy och riktlinjer mot mutor
- Information om meddelarfrihet skall ges minst i samband med nyanställning och genomgång av sekretessbevis

Sammanfattningsvis bedöms enkäten ha givit en klar bild över behovet av information och utbildningsinsatser för såväl nämndens ledamöter som förvaltningens chefer och medarbetare. Analysen har resulterat i konkreta åtgärder i form av informationsaktiviteter gentemot nämnd, i förvaltningens ledningsgrupper, och förvaltningsinternt i hela linjeorganisationen. Detta för att minska och förebygga de risker som beskrivs i kontrollmomentet för detta kontrollområde.

Åtgärder

Se resultat av kontroll ovan.

Kontrollmoment 13 – Säkerställa att medarbetare är delegeringsbara och har giltiga delegeringsbeslut.

Att vård- och omsorgspersonal inte är delegeringsbar på grund av bristande reell kompetens eller att delegeringsbeslut saknas vilket leder till att patientsäker hälso- och sjukvårdsinsatser inte kan ges.

Genomförd kontroll

Inventering och analys av befintliga rutiner gällande delegering.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning

Enligt gällande rutiner ska verksamhetschef på säbo tillse att personal deltar på utbildning, exempelvis e-utbildning på Lärportalen.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård ansvarar för att den legitimerade personalen har kännedom om gällande rutiner för delegering samt möjliggöra för den legitimerade personalen att följa denna rutin så att delegering sker på ett patientsäkert sätt.

Sjuksköterska ansvarar för att de delegeringar som sker är förenliga med en god och säker vård och delegering får endast ske om mottagaren av delegeringen har erhållit reell kompetens för den delegerade hälso- och sjukvårdsuppgiften. Hen ansvarar för att bedöma om uppgiftsmottagarens kompetens och erfarenhet är tillräcklig samt att tillhandahålla utbildning, praktiska instruktioner och följa upp inom tre månader, därefter årligen samt vid behov.

Delegaten ska genomföra e-utbildning Läkemedelshantering inför delegering. Delegaten ska även genomgå e-utbildning diabetes inför delegering av insulinadministration.

Det har framkommit att delegeringsbarheten är sämre för vikarier, särskilt under sommarmånaderna. Detta då en del inte tillgodogör sig utbildning och klarar test.

Rutinerna bedöms över lag vara ändamålsenliga men uppföljning sker på lite olika sätt i olika verksamheter.

Åtgärder

- Behov av att arbeta mer likartat med uppföljning i olika verksamheter.
- Uppföljning planeras via avvikelser samt verksamhetssystemet Lifecare.
- Uppföljning planeras för att säkerställa att personal som är delegerad läkemedelshantering och/eller insulinadministration har genomgått e-utbildning.

Kontrollmoment 14 - Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal

Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader.

Genomförd kontroll

Kontroll har skett av företags kreditvärdighet, ekonomiska stabilitet, juridiska ställning och inbetalning av arbetsgivaravgifter. Därtill har kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor genomförts.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Kontroll av företags kreditvärdighet, ekonomiska stabilitet, juridiska ställning och inbetalning av arbetsgivaravgifter:

- Kontroll av samtliga avtalade utförare gällande vård och omsorg, utan anmärkning.

Kontroll av fakturering genom stickprov av tidsredovisning av utförda insatser gentemot fakturor:

- Under 2023 så har granskningen av flertalet leverantörers intensifierats vilket har gett en möjlighet att mer noggrant kontrollera fakturorna mot beslutade insatser. Granskningen har resulterat i att ett flertal felaktigheter har hittats och att ersättning har kunnat stoppats innan utbetalning. Arbetet med granskning av fakturor samt stickprovskontroller har resulterat i både stoppade utbetalningar och återkrav.

Åtgärder

Befintliga rutiner bedöms vara tillräckliga.

Kontrollmoment 15 – Säkerställa att det inte förekommer oegentligheter inom egen regi

Att välfärdsfusk inte upptäcks på grund av otillräcklig uppföljning av nämndens verksamhet leder till att brukarna drabbas av kvalitetsbrister och nämnden av onödiga kostnader.

Genomförd kontroll

Myndighet:

Individuppföljning av beviljat bistånd hemtjänst och kvalitet i utförandet av insatserna har genomförts i egen regi hemtjänst omfattande 56% av brukarna. Uppföljningen omfattar om brukaren har fått sitt bistånd tillgodosett enligt den beviljade omfattningen. Detta för att upptäcka om det finns risk för välfärdsbrott genom att insatser har uteblivit. I 4,8% av genomförda individuppföljningar upplever brukaren att beviljade insatser inte är utförda. I dessa fall kontaktar biståndshandläggaren aktuell verksamhet för särskild avstämning om det finns särskild anledning att biståndet inte är utfört.

Ordinärt boende:

- Inom hemtjänsten kontrolleras tidsregistreringen och följs upp individuellt i de fall det behövs.
- Det finns en nära dialog med myndighet kring beslutad och utförd tid och källdatalistor kontrolleras varje månad. Varje enskild brukares utförda tid följs och kontrolleras.
- Varje medarbetare följs upp på den utförda tiden och hur denna är registrerad. Individer som registrerar manuellt följs upp extra. Även verksamheterna följs upp på eskalerad nivå kring tidsregistreringen.
- Kontroller görs när anomalier upptäcks gällande utförande av tid/insats, misstänkt frånvaro eller andra faktorer som kan utgöra risker för oegentligheter.
- Verksamhetschef följer upp verksamheten löpande, områdeschef följer upp månadsvis.

Säbo:

- Information och dialog med personal vad oegentligheter och välfärdsbrottslighet innebär och hur dessa kan förebyggas.
- Gällande hantering av brukares privata medel finns tydliga och implementerade rutiner med beloppsgräns, att det hanteras på rätt sätt följs upp vid månatlig genomgång och redovisning bokslut 1ggr/år.
- Systematiskt arbete med avvikelshantering och uppföljning av åtgärder och utfall sker kontinuerligt
- Via brukarråd som hålls 4ggr/år i verksamheterna
- Via anhörigenkät som skickas ut 2ggr/år

Vidare följer beskrivning hur kontroll av den egna personalen genomförts för att säkerställa att det inte förekommer välfärdsbrottslighet.

- Checklistor, rutiner och tydliga arbetsätt där uppföljning ingår finns kring riskområden så som te x läkemedelshantering, ekonomi (inköp, fakturering, utbetalningar), följsamhet mot ingångna avtal.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Myndighet:

Ingen uppgift har framkommit om att det funnits risk för fusk. Myndigheten har tillsammans med myndighet OSN särskilda funktioner för särskild granskning om det finns misstankar om fusk. Inget ärende är vidarebefordrat till dessa funktioner.

Egen regi:

Utifrån granskning är bedömningen att den är utan anmärkning. Dock föreslås åtgärder nedan för att ytterligare stärka det förebyggande arbetet och säkerställa att det finns en tydlig process för att hantera problem/felaktigheter när de upptäcks

Åtgärder

Myndighet: Ingen åtgärd är aktuell.

Egen regi:

Genomgång med medarbetare av det material som SKR tagit fram som stöd i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Under Q1 2024 kommer verksamhetscheferna att gå igenom ovanstående material tillsammans med sina medarbetare på ett APT. Beslut om handlingsplan kring välfärdsbrott kommer tas i KS 13 december. Mer information och eventuellt arbetsmaterial kring detta kommer efter årsskiftet. Vi kommer bevaka frågan och ta del av material för att stärka kunskapen inom avdelningen.

Stärka uppföljningsarbetet så det säkerställs fullt ut att personalen har kunskap och kompetens kring oegentligheter och välfärdsbrottslighet. Under Q2 kommer verksamhetscheferna följa upp detta tillsammans med medarbetarna på APT. Övningar som ska användas på APT tas fram av utvecklingsledare och verksamhetschef för projekt Stab.

Arbeta på att stärka samarbetet mellan kommuner för att säkerställa arbetet gällande att identifiera, förebygga, och vidta åtgärder mot välfärdsbrott. Samarbete med andra kommuner sker inom många olika områden, gällande samarbete kring välfärdsbrottslighet är det ett förbättringsområde.

Se över lösningar för att få bort hantering av kontanta medel, följa upp att lokala arbetsbeskrivningar kring privata medel efterföljs. Summan av kontanta medel har begränsats. Efterlevnad av de lokala arbetsbeskrivningarna har gjorts av verksamhetschefer.