

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2023-08-30

Diarienummer:
ALN-2023-00044

Handläggare:
Daniel Rosenfeld

Uppföljning av internkontrollplanen per augusti

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna uppföljningen per augusti av internkontrollplanen enligt ärendets bilaga.

Ärendet

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

Aktuell uppföljning gäller de kontrollmoment som enligt planen ska redovisas per augusti.

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.

Per augusti redovisas i enlighet med internkontrollplanen följande kontrollmoment:

1. Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna
2. Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning
3. Kontroll av antal platser
4. Säkerställa att medarbetare är delegeringsbara och har giltiga delegeringsbeslut
5. Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal
6. Säkerställa att det inte förekommer oegentligheter inom egen regi.

Se bilaga för mer information.

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt i föreliggande ärende

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 30 augusti 2023
- Bilaga, Avrapportering av internkontrollplan för 2023 – per augusti

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Äldrenämnden

Rapport

Handläggare:

Daniel Rosenfeld, Daniel Karlsson

Datum:

2023-08-30

Diarienummer:

ALN-2023-00044

Version/DokumentID: 2

Avrapportering av internkontrollplan för 2023 – per augusti För Äldrenämnden

Innehåll

Fördjupad redovisning av kontrollmoment	3
Kontrollmoment 1 - Kontroll av andelen egen anställd hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med inhyrd personal samt kostnaden för denna	3
Genomförd kontroll.....	3
Resultat av kontroll	3
Åtgärder.....	4
Kontrollmoment 2 - Kontroll av antal platser.....	5
Genomförd kontroll.....	5
Resultat av kontroll	5
Åtgärder.....	5
Kontrollmoment 3 - Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.	6
Genomförd kontroll.....	6
Resultat av kontroll	6
Åtgärder.....	7
Kontrollmoment 4 - Säkerställa att medarbetare är delegeringsbara och har giltiga delegeringsbeslut	8
Genomförd kontroll.....	8
Resultat av kontroll	8
Åtgärder.....	8
Kontrollmoment 5 - Säkerställa att privata utförare levererar enligt ingångna avtal..	8
Genomförd kontroll.....	9
Resultat av kontroll	9
Åtgärder.....	9
Kontrollmoment 6 - Säkerställa att det inte förekommer oegentligheter inom egen regi	9
Genomförd kontroll.....	9
Resultat av kontroll	9
Åtgärder.....	10

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

Kontrollmoment 1 - 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 för ett ökat antal avvikelser.

Genomförd kontroll

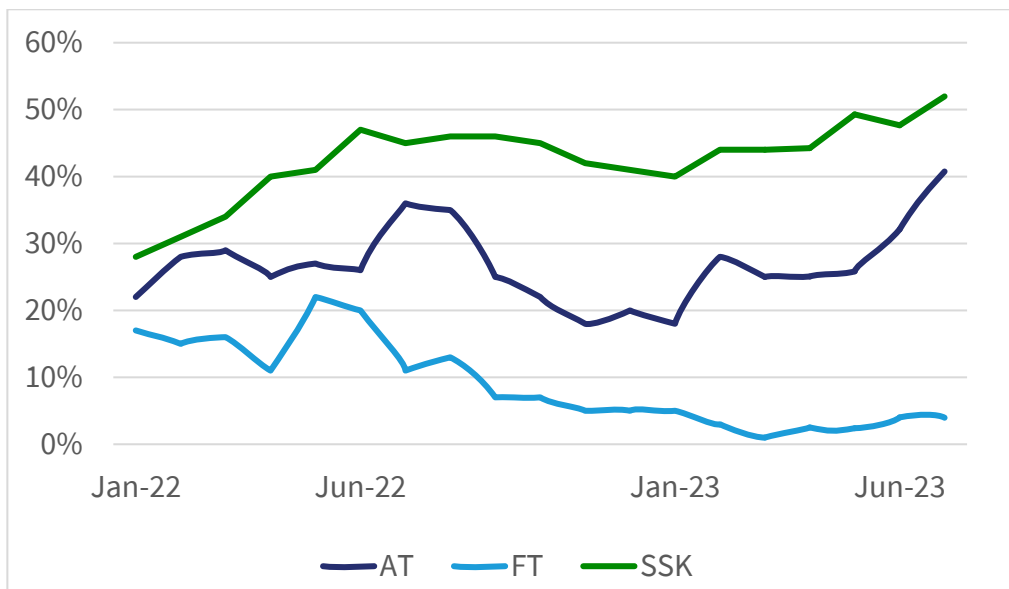
Volym och kostnader för inhyrd personal har följts månadsvis under perioden januari – juli 2023. Historiska uppgifter har tagit fram som jämförelsematerial.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning

Andel inhyrd legitimerad personal per profession

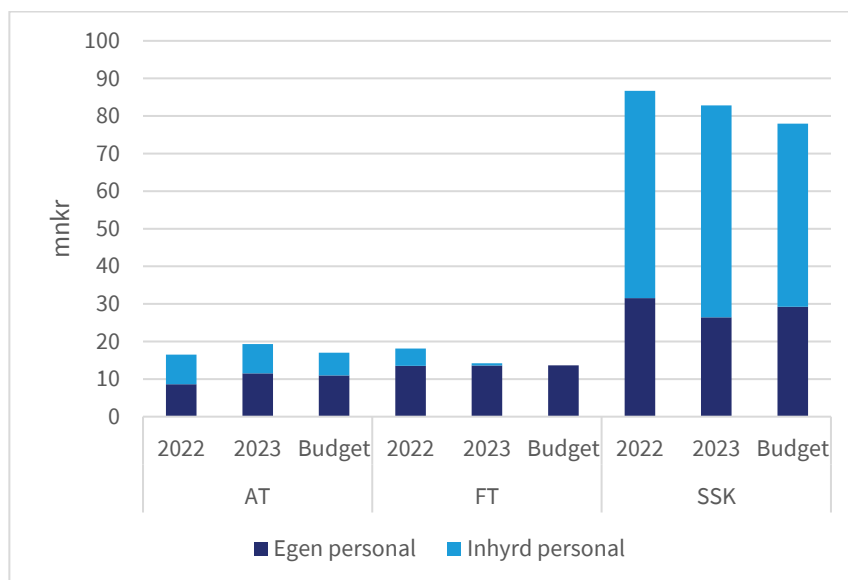
Äldrenämndens andel inhyrda årsarbetare 2022 - juli 2023



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

Grundbemanningen för sjuksköterskor är 124 åa. I snitt 2023 är 57 åa inhyrda, vilket motsvarar 46%. Grundbemanningen för arbetsterapeuter är 38 åa, i snitt 2023 är 10,5 åa inhyrd, 28%. Grundbemanningen för fysioterapeuter 40 åa, i snitt 2023 är 1,2 åa inhyrd, 3%.

Kostnad legitimerad personal per profession



Diagrammet illustrerar per profession ackumulerad kostnad per juli för egen och inhyrd personal. Äldrenämndens kostnad för legitimerade är 8 mkr 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 – juli 2023 är 37 mkr, 6 mkr högre än budgeterat och 1 mkr lägre än 2022.

Åtgärder

Kontrollmomentet fortgår under året och följs upp vid årsbokslut. Åtgärd för att minska behovet av inhyrd personal finns i nämndens verksamhetsplan och följs upp via denna. Arbete pågår och åtgärder vidtas inom ramen för detta för att bringa ned kostnaderna. Inom ramen för nämndens internkontrollplan kommer effekterna av inhyrd hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitet analyseras och rapporteras i samband med årsbokslutet.

Kontrollmoment 2 - Kontroll av antal platser

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

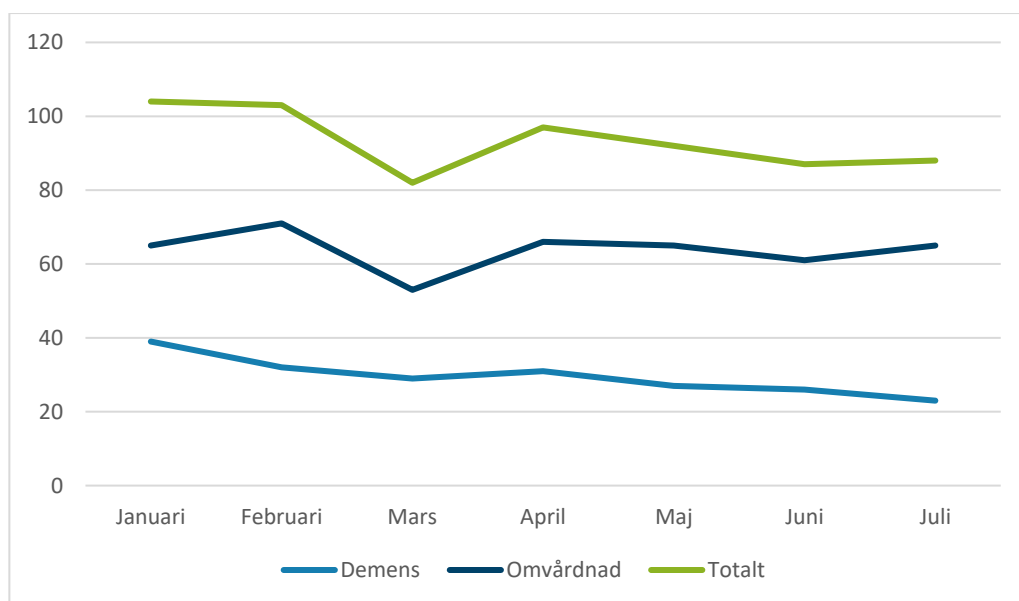
Genomförd kontroll

Antalet tomplatser i egen regin har följts månadsvis under perioden januari-juli 2023.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

Antal tomplatser inom egen regin under perioden januari-juli 2023



Diagrammet illustrerar antal tomplatser inom egen regin för årets sju första månader. 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 565 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 relativt stabil under året, med en svagt ökande trend för omvårdnadsplatser och en svagt minskande trend för demensplatser.

Åtgärder

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

- Utredningar gällande större renoveringar av enheter i egen regi.
- Mer långsiktiga strategier för att öka rådigheten och i och med det bättre kunna styra på bättre balans.
- Fortsatt omställning av vissa icke-ändamålsenliga platser inom särskilt boende till psykiatriplatser.

- Fortsatt kvalitetsarbete på enheterna för att ytterligare stärka attraktiviteten inom egen regins boenden

Kontrollmoment 3 - 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.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd med mindre anmärkning

I den slumpmässiga kontrollen har två 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

Åtgärder

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.
- Följ upp implementationen och följsamheten till den under året reviderade rutinen för att underrätta nämnden om Lex Sara-anmälningar.
- 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.

Kontrollmoment 4 - 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. Ska 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 överlag 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 5 - 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

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

Stickprov har genomförts bland privata utförare inom hemtjänst.

Inför en uppföljning av en hemtjänstutförare görs normalt sett en kontroll i verksamhetssystemet Phoniro där rapporten "Besök längd och kvittens" granskas. Där granskas i vilken omfattning hemtjänstutföraren manuellt har justerat utförd tid, dvs manuellt gått in i systemet och ändrat besökslängden på besök. Här granskas även om och i vilken omfattning utföraren kvitterat utförda insatser (dvs besök) på korrekt sätt gentemot Phoniro-lås eller etiketter i brukarens bostad.

Resultat av kontroll

De kontroller som gjorts har inte medfört någon anmärkning då det enbart rört sig om justering och utebliven kvittens i liten omfattning som exempelvis kan förklaras av att verksamhetssystemet Phoniro stundtals inte har fungerat optimalt vid tidpunkten för hemtjänstbesöket. Avtal och marknad samverkar med Enheten för stöd och kontroll och har fått information om att utförd tid av ledsagning i några fall registrerats samtidigt som utförd tid av hemtjänst har registrerats. Ett arbete med att granska det närmare har påbörjats och kommer att fortsätta under hösten.

Åtgärder

Avtal och marknad kommer att fortsätta arbeta med att granska registreringar i verksamhetssystem i samband med uppföljning, genom stickprovskontroller samt samverka med andra avdelningar och enheter på förvaltningen.

Kontrollmoment 6 - 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

Kontrollmomentet har genomförts inom egen regi och Myndighet ÄLN.

Inom egen regi har kontroll av rutiner gått igenom.

Inom myndighet ÄLN har individuppföljning skett av beviljat bistånd hemtjänst. Kvalitet i utförandet av insatserna har granskats för hemtjänst i egen regi omfattande 48% av brukarna. Uppföljningen omfattar om brukaren har fått sitt bistånd tillgodosett enligt den beviljade omfattningen för att upptäcka om det finns risk för välfärdsbrott genom att insatser har uteblivit.

Resultat av kontroll

- Granskningen är genomförd utan anmärkning

Rutinerna i egen regi består av:

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

Myndighet ÄLN:

I 3% 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. Ingen uppgift har framkommit om att det funnits risk för fusk.

Åtgärder

Förslag på åtgärder för egen regi:

- Genomgång med medarbetare av det material som SKR tagit fram som stöd i arbetet mot välfärdsbrottslighet
- Stärka uppföljningsarbetet så det säkerställs fullt ut att personalen har kunskap och kompetens kring oegentligheter och välfärdsbrottslighet
- Arbeta på att stärka samarbetet mellan kommuner för att säkerställa arbetet gällande att identifiera, förebygga, och vidta åtgärder mot välfärdsbrott
- Se över lösningar för att få bort hantering av kontanta medel, följa upp att lokala arbetsbeskrivningar kring privata medel efterföljs.
- Utveckla brukarråden - strukturera upp dem och säkerställa att dokumentation förs och tas om hand samt uppföljning av eventuella önskemål/åtgärder.
- Se över och förtydliga roller och ansvar för kontaktpersoner.

Myndighet ÄLN:

- Myndigheten har tillsammans med myndighet OSN särskilda funktioner för särskild granskning om det finns misstankar om fusk. Inget ärende är vidarebefordrat till dessa funktioner.