



# Internkontrollrapport 2023

Äldrenämnden

## Inledning

I Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 § framgår det att nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Det innebär att de ska med rimlig grad säkerställa att följande mål uppnås:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig ekonomisk rapportering samt information och rapportering om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera.

Ett redskap för nämnden för att säkerställa ovanstående är en internkontrollplan med kontrollmoment från områdena verksamhet, personal, ekonomi, administration samt oegentligheter, mutor och jäv.

Begreppet internkontrollplan kan leda tankarna fel så att man får uppfattningen att planen "är" den samlade interna kontrollen. Den samlade interna kontrollen består av mycket mer – den robusta organisationen, riskanalyser, säkerställda rutiner, inbyggda och etablerade kontroller. En internkontrollplan är snarare ett instrument för riktning, tillsyn eller uppföljning av den interna kontrollen. Ett instrument för "koll på kollen".

## Organisering av internkontroll

Internkontroll handlar om att ha ordning och reda, veta att det som ska göras blir gjort och att det sker på ett bra och säkert sätt. Att arbeta med den interna kontrollen ingår i alla medarbetares arbete, det vill säga att arbeta enligt bestämda processer, rutiner och inbyggda kontroller/avstämningar, att förbättra och utveckla verksamheten, att rapportera avvikelser och risker med mera. Internkontrollen är integrerat i vardagens arbete med att genomföra, förvalta och verkställa och handlar om ett löpande arbete med att förebygga, upptäcka och åtgärda risker.

Förvaltningschefen har ansvaret att organisera, samordna och driva arbetet med den interna kontrollen inom sin organisation. Respektive chef är ansvarig för att en god internkontroll finns inom sitt respektive område. För att säkerställa att verksamheten har ordning och reda samt arbetar med rätt saker på ett säkert och rätt sätt, genomförs bland annat riskanalyser som en del i utvecklingsarbetet och i arbetet med ständiga förbättringar. I internkontrollprocessen är sedan riskbedömning med riskanalyser och riskvärdering en väsentlig grund för prioriteringen av vilka kontrollmoment som tas med till internkontrollplanen. Förvaltningen har en utsedd internkontrollsamordnare som samordnar arbetet inom förvaltningen.

Denne har deltagit i det kommunala nätverket samt haft löpande kontakt med nämndens representanter. Internkontrollsamordnaren har under del av året varit tjänstledig utan ersättare. Centrala arbetsuppgifter har fördelats till annan personal, men ordinarie arbets sätt har inte fullt ut varit möjligt att upprätthålla. Perioden med tjänstledighet är begränsad.

## Ansvar och samordning av kontrollmoment

Förvaltningen har upprättat förteckningen "Rapportering av Internkontrollmoment" med specificerade aktiviteter kopplat till nämndbeslutad internkontrollplan. Förteckningen är ett förvaltningsinternt arbetsdokument med specificerade aktiviteter kopplad till nämndbeslutad I förteckningen framgår mer exakt hur och när kontrollmomenten ska genomföras samt utsedd kontrollansvarig och innebär att förvaltningens planering av arbetet med internkontrollplanen lättare kan förändras under året. I dokumentet kan Internkontrollsamordnaren också följa hur arbetet med interntkontrollmomenten fortgår i förvaltningen.

## Nämndens delaktighet

Med anledning av att hela nämnden har ansvar för den interna kontrollen ska alla nämndledamöter ha kunskap om och löpande ta del av verksamhetens internkontrollarbete. I samband med nämndernas delårsrapporter ska arbetet med uppföljning enligt internkontrollplanen och andra aktiviteter eller händelser av särskild vikt för internkontroll redovisas för nämnden. Nämnden följer därefter upp internkontrollarbetet och internkontrollplanen som sammanfattas i verksamhetsberättelsen vid årets slut och internkontrollrapporten redovisas som bilaga till verksamhetsberättelsen.

I tabellen nedan redovisas nämndens delaktighet samt när nämnden tagit del av information avseende internkontrollen.

### Redovisning av internkontroll i äldrenämnden 2023

Tidpunkt	Aktivitet
Februari	Internkontrollrapporten i samband med redovisning av verksamhetsberättelsen.
April	I samband redovisning av delår 1
Maj	Nämnden tar del av prioritering och övergripande riskbedömning (bl.a. riskbruttolista och andra underlag) till föreslagen internkontrollplan.
September	I samband redovisning av delår 2
Oktober	Genomgång av internkontrollplan i samband med beslut om internbudget för nästa år.
Löpande under året	Avstämning/dialog med av nämnden utsedda representanter

## Sammanfattning

År 2023 har äldrenämnden haft 7 internkontrollpunkter

1. Kontroll av följsamhet av dokumentation i det gemensamma dokumentationssystemet Cosmic Link 3.
2. Kontroll av process och möjlighet att följa upp genomförandeplaner på ett ändamålsenligt sätt.
3. Verkställighet av nämndbeslut - stickprov
4. Välfärdsbrott: kontroll av fakturor, risk för felaktiga fakturor och felaktiga utbetalningar
5. Kontroll av följsamhet av rutin avseende nyanställdas kännedom om sekretess samt handhavande i Treserva?
6. Kontroll av följsamhet till anvisningarna i registratorhandboken avseende hur ärenden ska benämnas i Systemet w3d3
7. Kontroll av rutin kring otillåten påverkan

Av dessa har sammantaget 3 kontroller skett helt utan anmärkning; verkställighet av nämndbeslut, nyanställning och diarietföring.

När det gäller kontrollen av följsamhet av dokumentation i det gemensamma dokumentationssystem Cosmic Link visar granskningen att kommunens aktörer är delaktiga och har i huvudsak god följsamhet till utskrivningsprocessens steg enligt överenskommen riktlinje. Upplevelsen av granskningen är att samverkan fungerar bra både internt mellan kommunens aktörer samt mellan region och kommun. Biståndsbedömare följer i hög grad riktlinjens delar utifrån sitt ansvarsområde. Granskningen visar att det finns utvecklingsområden för legitimerad personal i vissa steg i processen, såsom att skicka Inmeddelande till akutmottagningen. Granskningen visar också att utskrivningsplanen till patienten är något som ofta brister i processen oavsett aktör både vad gäller dokumentation och innehåll. I granskningen ses även att den fasta vårdkontakten i regionens öppenvård inte uppfyller uppgiften att samordna insatser i samband med planering och utskrivning från slutenvård. Förslag är att genomföra ytterligare granskning för att följa upp effekten av de utbildningsinsatser som genomfördes under våren och identifiera kvarstående behov av utbildning. För att fortsättningsvis säkerställa regelbundna uppföljningar av följsamhet till rutiner och arbetssätt behövs samverkan med Region Östergötland kring kommunernas möjlighet att ta del av utdata från Cosmic Link. Ett första möte med Utdataenheten på Region Östergötland är genomfördes under hösten

Gällande punkten om att kunna följa upp genomförandeplanen på ett ändamålsenligt sätt har ett fel i Treserva identifierats och åtgärdats under året. Manualerna är uppdaterade för både handläggare och utförare.

För punkten välfärdsbrott, fakturahantering har avvikelser hittats vilket innebär att ett större projekt "Lätt att göra rätt" startats. Uppdraget är att göra en översyn av processen från tids- och insatsregistrering och fakturering till uppföljning inom Områdesbaserad vård och omsorg i hemmet. Projektet ska förbättra förutsättningar för att registrera rätt i TES och förbättra förutsättningar avseende fakturering och uppföljning av ersättning. Målet är "Lätt att göra rätt" från tids- och insatsregistrering och fakturering till uppföljning inom Områdesbaserad vård och omsorg i hemmet.

Avseende kontrollpunkten otillåten påverkan behövs ytterligare åtgärder. Endast en avvikelse avseende otillåten påverkan är registrerad sedan 2021 Aktiviteter har vidtagits för att stärka kännedomen vid medarbetarintroduktion, det är även obligatoriskt att genomföra en e-utbildning i ämnet.

## Återrapportering av internkontrollplan 2023

Nr	Process/rutin/system	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av kontroll	Åtgärd
	<p><b>Verksamhet och organisation</b></p> <p>Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård</p>	<p>Kontroll av följsamhet av dokumentation i det gemensamma dokumentationssystemet Cosmic Link.</p>	<p>Utgångspunkt i manual för Cosmic Link. Stickprov 15 st på våren och 15 efter beroende på utfall.</p>	<p>Granskningen visar att kommunens aktörer är delaktiga och har i huvudsak god följsamhet till utskrivningsprocessens steg.. Samverkan fungerar bra både internt mellan kommunens aktörer samt mellan region och kommun. Biståndsbedömaren följer i hög grad riktlinjens delar utifrån sitt ansvarsområde. Granskningen visar att det finns utvecklingsområden för legitimerad personal i vissa steg i processen samt att utskrivningsplanen till patienten är något som ofta brister i processen oavsett aktör både vad gäller dokumentation och innehåll. I granskningen ses även att den fasta vårdkontakten i regionens öppenvård inte uppfyller uppgiften att</p>	<p>Information och dialog. För att fortsättningsvis säkerställa regelbundna uppföljningar av följsamhet till rutiner och arbetssätt behövs samverkan med Region Östergötland kring kommunernas möjlighet att ta del av utdata från Cosmic Link.</p>

			<p>samordna insatser i samband med planering och utskrivning från slutenvård.</p>	
Uppföljningsprocessen	Kontroll av process och möjlighet att följa upp genomförandeplaner på ett ändamålsenligt sätt.	Kontroll av process och möjlighet att följa upp genomförandeplaner på ett ändamålsenligt sätt.	Det finns en funktion i Treserva som gör det möjligt för utförare att efter att de har upprättat en genomförandeplan kan spara den till ärendet så att handläggare inom myndighet får åtkomst till dokumentet i Treserva.	Implementering genomförd
Verkställighet av nämndbeslut	Stickprov på ett antal ärenden	Stickprov av beslutade ärenden av nämnden	Stickprov av beslutade ärenden av nämnden	Ej behov
<b>Personal</b>				
Nyanställning	Kontroll av följsamhet av rutin avseende nyanställdas kännedom om sekretess samt handhavanden i Treserva?	Stickprov i de digitala underlagen 10 per kvartal	De stickprov som genomförts har visat på god följsamhet enligt rutin och information av sekretessens innebörd.	Ej behov

<b>Ekonomi</b>				
Välfärdsbrott, fakturahantering	Kontroll av fakturor, risk för felaktiga fakturor och felaktiga utbetalningar	Ny mall från 1 maj. Kontroll på detta i höst för hemtjänst	Avvikelser förekommer	Projekt "Lätt att göra rätt" startats
<b>Administration</b>				
Diarieföring	Följs anvisningarna i registratorhandboken avseende hur ärenden ska benämnas i Systemet w3d3	Kontroll av rutinen och stickprov av ärenden	Av stickproven framkommer inga avvikelser	Ej behov

Oegentligheter, mutor och jäv				
Otillåten påverkan	Kontroll av rutin kring otillåten påverkan	Avvikelse rapporter/Underlag från verksamheten	Avvikelse rapporter/Underlag från verksamheten visar enbart en avvikelse kopplat till otillåten påverkan från 2021 och framåt	Stärka kännedomen vid medarbetarintroduktion. IK-samordnare har haft kontakt med säkerhetssamordnarna som i sin tur ska ta upp frågan med säkerhetsombuden. Aktualisera rutin, avvikelse rapporteringsbenägenhet och systemet.



