

Mottagare
Socialnämnden

Uppföljning av internkontrollplan 2025

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner uppföljning av internkontrollplan 2025.

Sammanfattning

Granskning av den interna kontrollen har skett enligt internkontrollplanen för 2025. Granskningen omfattade följande processer:

- Genomförandeplaner aktuella
- Genomförandeplaner delaktighet
- Läkemedelshantering
- Systemavbrott planeringsverktyg
- Dokumentationsplikt direktupphandling
- Direktupphandling placeringar
- Handlingsplan medarbetarenkät.

Resultatet av granskningarna visar att det finns brister som ska rättas till genom till exempel förändrade rutiner och utbildning. Bedömningen utifrån resultatet av de granskade rutinerna samt övriga granskningar är att det ändå är relativt god intern kontroll inom socialförvaltningen men att vissa områden kan förbättras.

Ärendebeskrivning

Arbetet med den interna kontrollen inom Region Gotland utgår ifrån riktlinjer som beslutades av regionfullmäktige 2022-02-21.

Nämnderna har ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Nämnderna ska varje år besluta om en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Uppföljningsområden i kontrollplanen bör väljas med utgångspunkt från genomförd riskanalys och utifrån en avvägning mellan kostnad och nytta.

Utifrån riktlinjen genomförde socialförvaltningen en riskanalys under 2024. Detta redovisades för socialnämnden i oktober. Utifrån riskanalysen har några processer valts ut för att granskas enligt internkontrollplan 2025.

Vid sidan av denna förvaltningsinterna plan för intern kontroll sker andra granskningar, några av dessa rapporteras kontinuerligt till socialnämnden.

Processerna som valts ut är områden där förvaltningen misstänker att det kan finnas bristande rutiner och vid uppföljning av internkontrollplan noteras att det finns rutiner som brister. Det är därför viktigt att systematiskt se över rutiner och genom intern kontroll kan förbättringsområden identifieras.

Dock är stor del av granskningspunkterna godkända inom de flesta processer, men då det finns avvikelser, rutiner som inte helt följs, anser förvaltningen ändå att resultatet av granskningen ska bli ej godkänt. Det finns också många fler områden som granskas kontinuerligt och där upplevs den interna kontrollen oftast som god.

Resultatet av granskningen kommer att redovisas för förvaltnings- och verksamhetsledningsgrupperna och de verksamheter där bristande rutiner noterats. Nedan följer en kortfattad beskrivning av varje granskningsområde.

Genomförandeplaner: Kontroll att genomförandeplaner finns och är aktuella.

Granskningar av årets genomförda kvalitetsuppföljningar i sex utförarverksamheter visar att aktuella genomförandeplaner i hög grad finns. Andelen aktuella upprättade planer varierar, ett ungefärligt snitt ligger på 85 procent, medianvärdet är 94 procent. Det visar en liten ökning sedan 2023. Urvalen av antal granskade genomförandeplaner varierar mellan 30 till 100 procent av enhetens totala antal brukare, och andelen granskade planer är beroende av verksamhetens storlek.

- Resultat: Kontrollpunkt delvis godkänd. Flera verksamheter i urvalet har uppfyllt kravet om aktuella genomförandeplaner för samtliga brukare.

Genomförandeplaner: Kontroll att genomförandeplaner är upprättade tillsammans med brukare.

Information om brukares delaktighet har dokumenterats i knappt hälften av de genomförandeplaner som granskats i samband med årets genomförda kvalitetsuppföljningar i utförarverksamheter. Det är en liten minskning sedan 2023. Urvalen av antal granskade genomförandeplaner varierar mellan 30 till 100 procent av enhetens totala antal brukare, och andelen granskade planer är beroende på verksamhetens storlek. Delaktigheten beskrivs i över hälften av granskade planer, med ett spann mellan 50 till 80 procent.

- Resultat: Kontrollpunkt ej godkänd. Det finns förbättringsbehov i arbetet med att dokumentera kring om och hur den enskilde varit delaktig utifrån årets resultat.
- Åtgärd: Utbildningen i social dokumentation innefattar kunskap om delaktighet och vikten av och hur den kan dokumenteras i genomförandeplan. Behov att sprida utbildning samt riktlinje ytterligare i verksamheter under året, samt plan att se över genomförandeplansmallen i Treserva för ökad användarvänlighet.

Läkemedelshantering: Kontroll att läkemedelshantering fungerar enligt regelverk för de verksamheter som ingår i planen för kvalitetsuppföljning.

Läkemedelshantering har även under 2025 varit en prioriterad fråga för förvaltningen utifrån patientsäkerhetsberättelsen. I oktober 2024 gjorde Apoteket AB en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga SÄBO (särskilt boende för äldre) och korttids (Hem för viss annan heldygnsvård SoL – Korttidsplats, Trygghetsplats), i egen regi samt Hemsjukvården och Hemtjänsten. Nu i vår har samma granskning gjorts inom OOFs (Omsorg om funktionshinderområdet) verksamheter. Resultatet fick respektive verksamhet i en rapport med tillhörande handlingsplan. Arbetet med att åtgärda och följa upp handlingsplanerna har pågått under året.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska verksamheterna regelbundet genomgå en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Avtal har slutits med Apoteket AB att göra detta årligen.

Antal avvikelser rörande läkemedelshantering är fortsatt högt men ökar inte i samma takt som tidigare. Det höga antalet avvikelser kan till viss del vara ett resultat av ökat fokus, men ger även en indikation på att hanteringen inte sker i enlighet med regelverket.

För att säkra upp läkemedelshantering och stärka kompetensen har verksamheterna från och med hösten 2025, gått över till Apoteket ABs digitala delegeringsutbildningar. Bedömningen är att dessa utbildningar är mer lämpande för målgruppen och anpassade efter dagens läkemedelshantering och krav på säkerhet och kvalitet. Utbildningarna är uppdelade i kapitel med några kontrollfrågor efter varje kapitel som behöver göras rätt för att gå vidare till nästa. Hela utbildningen avslutas med ett omfattande kunskapstest. Resultatet skickas till delegerande sjuksköterska som sedan ansvarar för att gå igenom testresultat, utfärda delegering samt följa upp dessa.

För att ytterligare säkra läkemedelshantering i ordinärt boende har man från hösten 2025 köpt in säkra läkemedelsskåp med sökbart lås som kommer tillhandahållas alla personer i ordinärt boende med ansvarsövertag på läkemedel.

Det pågår ett nära samarbete mellan socialförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att säkra upp hela läkemedelskedjan från läkarens förskrivning hela vägen till patienten, där arbetet med läkemedelsgenomgångar och översyn av olämpliga läkemedel för äldre är en viktig del.

- Resultat: Kontrollpunkt ej godkänd.
- Åtgärd: Fortsatt arbete i enlighet med patientsäkerhetsberättelsens fokusområde. Fokus på att åtgärda orsaker till bristande hantering i enlighet med enheternas åtgärdsplaner. Tas upp i internkontrollplan längre fram.

Systemavbrott planeringsverktyg (hemtjänst): Kontroll att rutin finns samt är väl känd av medarbetare.

Rutin finns och är känd då samtliga medarbetare är väl informerade och informeras kontinuerligt om eventuella förändringar i systemet.

- Resultat: Kontrollpunkt godkänd.

Dokumentationsplikt direktupphandling: Kontroll att dokumentationsplikten vid direktupphandling över 100 000 kronor följs.

Genomförandet av direktupphandlingar som överstiger ett värde av 100 000 kronor ska dokumenteras och dokumentationen ska vara slutförd senast 30 dagar efter det att avtal har ingåtts. Region Gotland använder för detta ändamål en särskild blankett som ska fyllas i av den som ansvarar för direktupphandlingen, och därefter ska dokumentationen registreras i w3d3. Från och med 2025 ska direktupphandlingar inom SON registreras i w3d3 i processen 2.6.3 Genomföra direktupphandling.

Vid granskning av aktuella ärenden har en avvikelse hittats, där dokumentationen har slutförts mer än 30 dagar efter det att avtal ingicks. Av de nio kontrollerade ärendena var det tre som översteg 100 000 kronor och därmed omfattades av dokumentationsplikten.

- Resultat: Kontrollpunkt godkänd.

Direktupphandlingar av verksamhet HVB, bostad med särskild service SoL och LSS: Kontroll att rutiner för direktupphandling följs.

Vid behov av att genomföra en extern placering sker detta i första hand genom upphandlade ramavtal. Det finns ramavtal inom samtliga aktuella insatsområden förutom stödboende för vuxna. Placeringar utanför ramavtal genomförs enligt särskild rutin, och kan vara aktuella om det inte finns tillgängliga platser som matchar individens behov inom ramavtalet. I en situation där en direktupphandling måste genomföras, ska en konkurrensutsättning ske, men undantag kan göras om behovet av placering är akut.

Granskningen visar på brister i följsamhet till rutin inom samtliga insatsområden. Av 15 kontrollerade ärenden hittades brister i tio. Endast fem av de granskade ärendena var godkända på samtliga kontrollpunkter. Sju ärenden saknade helt dokumentation i w3d3. För dessa fanns avtal upprättade, men ett av dessa avtal förvarades inte i personakt utan på annat ställe. För de övriga tre ärendena fanns upprättad dokumentation i w3d3. I det första saknades information om ej antagna leverantörer, i det andra fanns inget signerat avtal i personakten och i det tredje hade enhetschef signerat avtalet i strid med delegationsordning.

Enligt rutinen ska dokumentationsblanketten skrivas under av avdelningschefen samtidigt som placeringsavtalet undertecknas. Tidigare erfarenhet har visat på att dokumentationsblanketterna blir liggande, och inte skickas vidare till registrator.

- Resultat: Kontrollpunkt ej godkänd.
- Åtgärd: Rutinen och dokumentationsblanketten behöver revideras och verksamheterna behöver bli påmind om vikten av att följa rutinen i alla delar.

Handlingsplan medarbetarenkät: Kontroll att alla enheter har uppdaterade handlingsplaner.

Inför den årliga medarbetarundersökning fastställer varje chef den organisationsstruktur som ska gälla för återskotteringen av resultatet. Det innebär att ett stort antal enhetschefer felar upp sina enheter i mer relevanta undergrupper för att resultatet ska få så stor igenkänning bland medarbetarna som möjligt. Inför arbetet med resultatet av 2024 års medarbetarenkät lades vikten vid att arbetsgrupperna skulle arbeta med resultatet, snarare än formalian kring handlingsplanen. Därmed gavs möjligheten att utforma handlingsplaner i enlighet med den form som passade bäst för respektive enhet. Åtgärden att öppna upp för olika typer av handlingsplaner baserade sig på tidigare års erfarenheter av att formalian kring handlingsplanerna varit ett stelbent hinder i arbetet med resultatet av medarbetarundersökningen. Ett stort antal arbetsgrupper har under året övergått till att arbeta i enlighet med friskfaktorerna och har då gjort separata skattningar och handlingsplaner i Suntarbetslivs verktyg. Dock går det inte att övergripande följa de handlingsplaner som finns i det verktyget. I samband med årets undersökning kommer arbetssättet med handlingsplanerna att ändras till att enbart inrikta sig på handlingsplaner utifrån friskfaktorerna och sedan följas upp med en kontrollfråga i beslutsstödet som redovisas i den vanliga rapporteringen (delår/verksamhetsberättelse). Regionstyrelseförvaltningen arbetar med att utforma kontrollfrågan.

Området har inte kunnat kontrolleras då det inte funnits en enhetlig styrning kring utformningen och dokumentationen av handlingsplanerna i och med övergången till arbetssättet med friskfaktorerna.

- Resultat: Kontrollpunkt ej godkänd då granskning har inte kunnat genomföras.
- Åtgärd: I samband med årets (2025) undersökning kommer uppföljning att göras med samtliga enhetschefer avseende genomförande av handlingsplaner utifrån friskfaktorerna. Kontrollpunkten rekommenderas att finnas med i 2027 års internkontrollplan.

Tabell intern kontroll granskning och resultat 2025

Område	Process (rutin/system)	Kontrollmål	Resultat
Verksamhet	Genomförandeplaner	Att aktuella genomförandeplaner finns	Godkänd
Verksamhet	Genomförandeplaner delaktighet	Att aktuella genomförandeplaner är skapade tillsammans med brukare	Ej godkänd
Verksamhet	Läkemedelshantering	Att läkemedelshantering fungerar enligt regelverk	Ej godkänd
Drift	Systemavbrott planeringsverktyg (hemtjänst)	Att rutin finns och är väl känd, APT	Godkänd
Ekonomi Inköp	Dokumentationsplikt direktupphandling	Att dokumentationsplikt vid direktupphandlingar över 100 tkr följs	Godkänd
Ekonomi inköp	Direktupphandlingar av verksamhet. HVB, bmss SoL LSS	Att rutiner för direktupphandling följs.	Ej godkänd
Personal	Handlingsplan medarbetarenkät	Att alla enheter har uppdaterade handlingsplaner	Ej genomförd

Bedömning

Plan för intern kontroll och granskning bedöms vara upprättad enligt gällande riktlinjer. Bedömningen utifrån årets granskning av den interna kontrollen samt övriga granskningar, är att det är relativt god intern kontroll inom socialförvaltningen men att vissa områden kan förbättras.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse socialförvaltningen, uppföljning av intern kontrollplan 2025, daterad 2025-11-05

Socialförvaltningen

Marica Gardell
Socialdirektör

Skickas till

RSF ekonomi och styrning
SOF Anna-Lena Gutedal, ekonomichef