

Granskning av kommunens interna kontroller för att minska risken för oegentligheter i hemtjänst och särskilt boende

Sollefteå kommun



Building a better
working world

Innehållsförteckning

Sammanfattning och rekommendationer	1
1. Inledning.....	2
1.1. Bakgrund.....	2
1.2. Syfte och revisionsfrågor	2
1.3. Ansvarig styrelse och avgränsningar	2
1.4. Genomförande	3
1.5. Revisionskriterier	3
1.6. Introduktion till COSO-modellen för intern kontroll	3
1.7. Äldreomsorgens styrning och organisation.....	3
2. Kontrollmiljö och informationsspridning	5
2.1. Kommunfullmäktige har formulerat mål kring trygghet.....	5
2.2. Verksamheten äldreomsorg har inte formulerat mål med bäring på granskningsområdet.....	5
2.3. Det finns styrande dokument som till viss del reglerar oegentligheter.....	6
2.4. Specifika kompetenshöjande insatser har inte genomförts	7
2.5. Viss samverkan sker mellan verksamheter inom kommunen	8
3. Riskbedömningar.....	9
3.1. Styrelse och nämnder ska upprätta riskanalyser för sina verksamhetsområden ...	9
3.2. Risker för oegentligheter har inte identifierats i internkontrollplan.....	9
4. Kontrollmoment	11
4.1. Förebyggande åtgärder kan stärkas.....	11
4.1.1. Kontroll av belastningsregister vid nyanställning genomförs ej	11
4.1.2. Efterlevnaden av anvisningen för privata medel varierar	11
4.1.3. Hanteringen av värdesaker och läkemedel varierar mellan hemtjänstgrupperna och de särskilda boendena	12
4.1.4. Digitala lås har börjat implementeras i verksamheterna	13
4.1.5. Hittills har åtgärder inte vidtagits efter att incidenterna har upptäckts	13
4.2. Upptäckande och utredande kontroller	14
4.2.1. Avvikelsehanteringen behöver systematiseras.....	14
5. Uppföljning och utvärdering	15
5.1. Uppföljning och utvärdering av kontrollåtgärder sker i olika former.....	15
6. Svar på revisionsfrågorna	17
Bilaga 1 - Källförteckning	19
Bilaga 2 - Revisionskriterier	20

Sammanfattning och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Sollefteå kommun genomfört en granskning av intern kontroll inom äldreomsorgen. Granskningens syfte har varit att bedöma om kommunen har säkerställt en god intern kontroll för att förebygga, upptäcka och utreda oegentligheter inom kommunal hemtjänst och särskilt boende. Granskningens sammanfattande bedömning är att kommunstyrelsen inte har säkerställt en god intern kontroll och vi ser behov av att stärka och systematisera arbetet med informationsspridning, genomföra riskanalyser på området, vidta kontrollåtgärder, samt följa upp och utvärdera arbetet.

Granskningen visar att det finns flera utvecklingsområden. Det finns styrande dokument som till viss del reglerar oegentligheter, men det framgår ett behov av att se över dessa och rutiner för kvalitetsledningssystemet. Sedan incidenterna under hösten 2024 har inga specifika uppdrag eller riktlinjer lämnats från kommunstyrelsen. Kommunstyrelsens internkontrollplan för 2024 inkluderar inga risker som berör oegentligheter, varken övergripande eller för hemtjänst eller särskilt boende. Av granskningen framgår att det bland medarbetare finns en medvetenhet kring riskerna samt och det finns vissa rutiner och arbetssätt för att arbeta förebyggande, genom exempelvis digitala lås, nya dörrar och onlinehandling. Kompetenshöjande insatser har genomförts i begränsad utsträckning.

Möjligheten att kontrollera belastningsregister vid nyanställning används i nuläget inte och incidenterna under hösten 2024 har hittills inte lett till förändrade/bestående rutiner eller arbetssätt. Det framkommer ingen dokumenterad åtgärdsplan eller liknande kopplat till inträffade händelser. I samband med incidenterna upprättades ingen avvikelse eller lex Sarah-anmälan. Vi ser behov av att systematisera avvikelsehanteringen för att möjliggöra uppföljning av åtgärder och noterar att en utvecklargrupp ska arbeta med detta.

Kommunstyrelsen har informerats om höstens incidenter och att rättsliga åtgärder har vidtagits. Enligt intervjuuppgifter har det inte gjorts någon uppföljning av privata utförare inom hemtjänst/särskilt boende de senaste åren, utan endast för vissa delar av patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård.

Utifrån granskningen rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- ▶ Se över verksamheten äldreomsorgs styrdokument och rutiner för att säkerställa att dessa är uppdaterade, kommunicerade och tillämpade i verksamheterna för äldreomsorg.
- ▶ Säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling om riskerna för oegentligheter för samtliga anställda.
- ▶ Säkerställa att verksamheten för äldreomsorg med utgångspunkt i lokala riskanalyser, identifierar förebyggande åtgärder.
- ▶ Inventera var det saknas rutiner eller kontroller för att löpande bevaka dessa och stärka kontrollen.
- ▶ Stärka och systematisera uppföljningen och utvärderingen kopplat till avvikelsehanteringssystemet för att identifiera ytterligare kontroller som bör implementeras.
- ▶ Säkerställa aktuell uppföljningsplan samt ansvarig funktion för uppföljning av privata utförare.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Enligt socialtjänstlagen 5 kap. 4-5 § ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden. En äldre person i behov av omsorg löper större risk att bli utsatt för brott på grund av fysiska och kognitiva nedsättningar. Enligt en kartläggning från Brottsförebyggande rådet 2018 konstateras att "samtidigt som personalen har en unik möjlighet att upptäcka brott mot äldre har den samma möjlighet att själva begå brottsliga handlingar mot vårdtagaren, som ofta befinner sig i en beroendeställning". Denna risk skapar otrygghet för både den äldre och personalgruppen. Att brottsliga handlingar såsom stölder sker hos äldre i behov av stöd kan vara svårt att upptäcka och helt förhindra, men det finns aktiviteter att genomföra för att minska risken. Detta kan bland annat innefatta kontroll av belastningsregister vid nyanställning, tydliga rutiner för hur personal hanterar värdesaker samt anmäler oegentligheter, intern kontroll samt kontinuerligt förbättringsarbete.

I Sollefteå har det under hösten 2024 identifierats att det skett flera stölder hos äldre genomförda av hemtjänstpersonal. Med anledning av detta anser Sollefteå kommuns revisorer att det är angeläget att granska hur kommunstyrelsen arbetar för att säkerställa att det finns medvetenhet samt system för att förhindra att detta sker.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om kommunen har säkerställt en god intern kontroll för att förebygga, upptäcka och utreda oegentligheter inom kommunal hemtjänst och särskilt boende.

I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

- ▶ Har kommunstyrelsen säkerställt en god kontrollmiljö avseende risken för oegentligheter och sprids information om regelverk, samt genomförs kompetenshöjande insatser?
 - Finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och vägledningar i det praktiska arbetet som beaktar risken för stölder och andra oegentligheter?
- ▶ Har kommunstyrelsen säkerställt att en riskanalys, med inriktning på oegentligheter, har genomförts?
- ▶ Har kommunstyrelsen rutiner och arbetssätt för att förebygga, upptäcka och agera vid oegentligheter?
 - Används möjligheten att kontrollera belastningsregister vid nyanställning?
 - Vilka åtgärder har vidtagits efter att incidenterna har upptäckts?
- ▶ Sker det en systematisk uppföljning och utvärdering av kontrollåtgärder till kommunstyrelsen?

1.3. Ansvarig styrelse och avgränsningar

Granskningen har avsett kommunstyrelsen/utskottet för vård och omsorg. Granskningen har omfattat hemtjänst och särskilt boende. Granskningen har inte syftat till att upptäcka eller utreda enskilda brott eller situationer kopplade till hot och våld.

1.4. Genomförande

Granskningen baseras på dokumentstudier och intervjuer. Intervjuade funktioner samt granskade dokument listas i källförteckningen, Bilaga 1. Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktakontrollera ett utkast av rapporten.

■ Revisionskriterier

Revisionskriterierna är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah
- ▶ COSO-ramverket för intern kontroll
- ▶ Kommunala styrdokument
- ▶ Reglemente för kommunstyrelsen och dess utskott 2023-2026

Sammanfattad version av revisionskriterierna finns i bilaga 2. Tillämpliga bedömningskriterier beskrivs löpande i rapporten.

1.6. Introduktion till COSO-modellen för intern kontroll

Det finns ingen formellt fastställd standard för hur den interna kontrollen ska hanteras i kommuner. I praktiken har dock en amerikansk standard blivit dominerande: The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO).

Granskningen utgår från COSO-modellen för intern kontroll som syftar till att säkerställa att risker undviks och trygghet skapas i organisationen. Modellen består av fem huvudkomponenter: kontrollmiljö, riskanalys, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning. Dessa förklaras mer utförligt i rapporten vars disposition följer huvudkomponenterna (komponent ett och fyra har slagits ihop).

1.7. Äldreomsorgens styrning och organisation

Kommunstyrelsen ansvarar bland annat för styrning och uppföljning av verksamheterna äldreomsorg, hälso- och sjukvård, funktionsstöd samt individ- och familjeomsorg. Beredning sker främst i utskottet för vård och omsorg. Organisatoriskt finns verksamheterna under Vård och social omsorg. Det finns en verksamhetschef för äldreomsorgen och under verksamhetschefen arbetar staben där verksamhetsutvecklare ingår samt områdeschefer för hemtjänst, särskilt boende och dagverksamhet. Det har inrättats en ny funktion, kvalitetsstrateg, under 2024 som arbetar övergripande inom Vård och social omsorg.

I början av 2024 påbörjades en omorganisation av ledningen inom äldreomsorgen som innebar att två verksamhetschefer för hemtjänst och särskilda boenden blev en verksamhetschef och två områdeschefer (en för vardera område). Intervjuade beskriver att den nya organisationen ska utvärderas under 2025, men att det upplevs skapa tydligare informationsvägar.

All hemtjänst inom kommunen bedrivs i kommunal regi. Majoriteten av kommunens särskilda boenden bedrivs i kommunal regi, förutom ett särskilt boende som är upphandlat, Rådmsgården. Graningebyn utför hemtjänst och särskilt boende på intraprenad. Graningebyn är en självständig resultatenhet med utökat ansvar för verksamhet, ekonomi och personal. Kommunen har dock det yttersta ansvaret för verksamheten.

Hemtjänst och särskilda boenden är numera organiserat i två områden som leds av områdeschefer: centrala och yttre. Områdena omfattar både hemtjänst och särskilt boende, där det centrala området omfattar 9 enheter, medan yttre området omfattar 10 enheter.

2. Kontrollmiljö och informationsspridning

I detta kapitel redogör vi för iakttagelser kopplat till revisionsfrågan om *kommunstyrelsen säkerställt en god kontrollmiljö avseende risken för oegentligheter och sprids information om regelverk, samt genomförs kompetenshöjande insatser samt om det finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och vägledningar i det praktiska arbetet som beaktar risken för stölder och andra oegentligheter?*

Enligt COSO-modellen består kontrollmiljön exempelvis av etiska värderingar, ledarskapsresurser och ansvarsfördelning inom organisationen. Utöver organisationskultur består kontrollmiljön av styrdokument. Enligt modellen är det även väsentligt att information och kommunikation mellan olika nivåer i en organisation fungerar väl för att en organisation ska lyckas identifiera, fånga upp och kommunicera relevant information till ledningen och de som arbetar med intern kontroll. Kopplat till det brottsförebyggande arbetet är frågan kring samverkan med interna och externa parter central.

2.1. Kommunfullmäktige har formulerat mål kring trygghet

Av kommunfullmäktiges övergripande verksamhetsplaner med budget 2024-2026¹ och 2025-2027² framgår verksamhetsmål och inriktningsmål inom fem fokusområden som gemensam utgångspunkt. Ett av fokusområdena berör omsorg, där målbilden beskrivs vara att kommunmedborgarna känner sig sedda, trygga och respektfullt bemötta. Därtill att de har tillgång till god vård och omsorg som utformas utifrån den enskildes behov och förutsättningar tillsammans med andra myndigheter. Kommunkoncernens samlade resurser och kompetens används över verksamhets- och ansvarsgränser för att hitta den långsiktigt bästa lösningen för medborgaren. Inga mål beaktar risken för stölder och andra oegentligheter, även om trygghet betonas i målbilden.

2.2. Verksamheten äldreomsorg har inte formulerat mål med bäring på granskningsområdet

Av kommunfullmäktiges verksamhetsplaner framgår att mål- och resursstyrning utgår från kommunfullmäktiges vision, övergripande verksamhetsmål och inriktningsmål. Dessa kommer till uttryck i avsnittet *Vision och mål*, samt i förvaltningens målkompass som tydliggör vilka aktiviteter som vidtas för att nå inriktningsmålen.

Enligt uppgifter från intervjuade har kommunstyrelsen inte upprättat en separat verksamhetsplan för 2024 på nämnds- eller verksamhetsnivå, utan hänvisar till kommunfullmäktiges verksamhetsplan. Enligt intervjuade pågår arbete med att varje verksamhetsområde ska skriva sin egen verksamhetsplan. Av Vård och social omsorgs kvalitetsberättelse för 2024³ framgår att under 2024 har ett arbete påbörjats i ledningen för Vård och social omsorg att samordna kvalitetsarbetet, från planering till uppföljning, mätbara mål och planerade åtgärder. Av äldreomsorgens målkompass framgår att verksamhetsmålet är att utveckla och förnya äldreomsorgen till länets bästa med utbildad personal, god arbetsmiljö, nöjda brukare och en attityd som bygger på beslutad värdegrund. Värdegrunden⁴ utgår från ledorden respekt, dialog och vilja. Av

¹ Fastställt av kommunfullmäktige den 19 juni 2023.

² Fastställt av kommunfullmäktige den 19 juni 2024.

³ Beslutad av kommunstyrelsen den 8 april 2025.

⁴ Fastställd av den tidigare vård- och äldrenämnden den 25 maj 2010.

målkompassen framgår mål inom sex områden. Inget av dessa berör arbete för att motverka oegentligheter.

Vid granskningens genomförande är äldreomsorgens målbild för 2025 inte framtagen.

2.3. Det finns styrande dokument som till viss del reglerar oegentligheter

Det finns övergripande styrdokument fastställda av kommunfullmäktige eller kommunstyrelsen som sätter vissa ramar för kommunens arbete mot oegentligheter.

*Riktlinjer mot mutor och jäv i Sollefteå kommun*⁵ beskriver att anställda och förtroendevalda i kommunen ska arbeta för att motverka mutor och jäv. Detta inkluderar även gåvor, ersättningar eller andra förmåner från brukare. Kommunen ansvarar för att informera sina anställda och förtroendevalda om de lagar som gäller och hur de ska tillämpas inom den egna myndigheten. Kommunens förvaltning och bolag ansvarar för att riktlinjerna kommuniceras, följs upp och efterlevs. Riktlinjen omnämner att enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen har anställda inom hemtjänst och särskilt boende en anmälningsskyldighet.

I *Riktlinje för tillämpning av lex Sarah*⁶ beskrivs rapporteringsskyldigheten och rutiner för det. Rapporteringsskyldigheten omfattar bland annat ekonomiska övergrepp. Därtill finns anvisningar för egenkontroller och avvikelserapportering fastställda av socialtjänstens ledningsgrupp. Till egenkontroll finns även checklistor.

Av *Policy för uppföljning och insyn av privata utförare*⁷ framgår att kommunstyrelsen ansvarar för att säkerställa att all kommunal verksamhet, även upphandlad verksamhet, bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer kommunfullmäktige har beslutat. Verksamheterna ansvarar för uppföljning och kontroll inom sina respektive ansvarsområden och svarar för att kontrollen och uppföljningen regleras i de avtal och uppdragsbeskrivningar som tecknas med privata utförare. Det finns även en *Inköps- och upphandlingspolicy*⁸ som reglerar kommunens upphandling av tjänster som ska ske enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Den enskilde beställaren ansvarar för att säkerställa att rätt produkt till rätt kvalitet och pris verkligen har levererats.

Kommunstyrelsen har tagit fram en åtgärdsplan för brottsförebyggande och trygghetsskapande arbete⁹. Polis och kommun har i *Samverkansöverenskommelse* och *Medborgarlöften* utifrån lokal behovsanalys kommit överens om fyra prioriterade områden de närmsta åren. Ett av dem är ekonomisk brottslighet, vilket främst handlar om välfärdsbrott.

Det finns en A

Intervjuade upplever att kommunstyrelsens styrning i arbetet för att motverka stölder är begränsad. Sedan incidenterna under hösten 2024 har inga specifika uppdrag eller riktlinjer getts från kommunstyrelsen. Alla styrdokument finns i kvalitetsledningssystemet STORK, på kommunens intranät. Enligt *Vägledning för kvalitetssystemet*¹¹ ska rutiner, riktlinjer och anvisningar revideras vid behov. Vi noterar att vägledningen för kvalitetsledningssystem ska revideras årligen, men detta gjordes senast 2022.

Enligt *Ansvarsfördelning vid uppdatering av STORK*¹² ska nyheter och nytt/uppdaterat material löpande föras in i ledningssystemet så snart som möjligt och ledningssystemet ska gås igenom vid minst ett tillfälle per år. Det övergripande ansvaret för STORK faller på socialchef med stöd av en socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), samt verksamhetschef och verksamhetsutvecklare. Vi noterar att rutinen är utdaterad och att funktionen SAS inte längre finns. Intervjuade ser behov av att uppdatera rutinerna och beskriver att de sedan pandemin har legat efter i detta arbete. Av Vård och social omsorgs kvalitetsberättelse för 2024 framgår behovet av en översyn av STORK och att under året har en arbetsgrupp tillsatts för att arbeta fram ett system för rutiner som är processororienterat, ändamålsenligt och samlat för alla verksamheter.

2.4. Specifika kompetenshöjande insatser har inte genomförts

Sollefteå kommun har en kompetensförsörjningsstrategi för 2022-2025¹³. Enligt strategin ska varje verksamhet ha en egen kompetensförsörjningsplan som kompletterar den kommunövergripande. Den övergripande strategiska planen för kompetensförsörjning och de verksamhetsspecifika planerna ska följas upp årligen och uppdateras vid behov, men minst vart tredje år.

Äldreomsorgen har tagit fram en kompetensförsörjningsplan. Av planen framgår inga särskilda kompetenshöjande insatser avseende risken för oegentligheter. Verksamheten arbetade med RAK-projektet ("Rätt Använd Kompetens") januari 2023 till december 2024 för att se vilka uppgifter som kan utföras av vilka kompetenser, där digitala lösningar är en del av arbetet. Enligt intervjuuppgifter är onlinehandling en del av projektet, vilket gör att personal inte behöver hantera brukares kontanter eller bankkort

I årshjul framgår tema för varje månad på vad som ska lyftas på arbetsplatsträffar. Under 2024 och 2025 ingår följande teman: uppdatera inskolningsrutiner, ensamarbete, lex Sarah, fel och brister, samt avvikelser. Nytt för 2025 är teman om privata medel, samt mutor och gåvor. Vid nyanställning ingår en separat bilaga med information om mutor, jäv och gåvor som personalen ska signera. Vid introduktionen ska personalen även signera att de läst anvisningen för privata medel och sekretess.

Av intervjuer framgår att det inte ges regelbunden information kring att motverka stölder och andra oegentligheter. Vidare framgår att det varierar mellan arbetsgrupper om det lyfts på arbetsplatsträffar. Diskussion sker främst i samband med specifik händelse, där höstens incidenter har föranlett diskussioner i grupperna, främst i berörd arbetsgrupp. Intervjuade beskriver även att diskussioner har skett med brukarna som följt händelseförloppet i media. Intervjuade inom särskilda boenden beskriver att diskussion

¹¹ Fastställd av förvaltningschef vid ledningsmöte den 3 december 2012, senast reviderad av socialtjänstens ledning den 29 mars 2022.

¹² Fastställd av Vård och social omsorgs ledningsgrupp den 4 september 2017, senast reviderad av SAS den 14 april 2022.

¹³ Fastställd av kommunfullmäktige den 30 maj 2022.

förs kring mutor och mottagande av gåvor, där situationer kan uppstå när brukare vill erbjuda saker eller pengar för hjälp de mottagit. Intervjuade beskriver att det är allmänt känt att de inte får ta emot gåvor och det har bland annat upprättats lokala arbetssätt på boenden där brukare gärna vill ge gåvor.

Enligt intervjuade pågår en översyn av utbildningsinsatser. Intervjuade ser även behov av att utveckla utbildningar vid introduktion, exempelvis inför sommaren då många vikarier kommer in, samt att regelbundet uppdatera personal om deras uppdrag.

2.5. Viss samverkan sker mellan verksamheter inom kommunen

Gällande samverkan beskriver intervjuade att detta sker mellan chefer på olika nivåer inom äldreomsorgen. Vissa hemtjänstgrupper och särskilda boenden är samlokaliserade och samverkar. Samverkan sker även med HR gällande personalfrågor. HR deltar i rekrytering av ledningspersonal och bistår chefer med kvalificerat HR-stöd. Ansvarig HR-partner kontaktas av respektive enhetschef vid behov. Daglig kontakt sker även mellan HR, områdeschef och/eller verksamhetschef. I incidenterna under hösten 2024 var HR involverade i polisanmälan och hade kontakt med polisen, samt arbetsrättsligt stöd till verksamheten. Intervjuade ser behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan involverade parter vid stöld eller andra oegentligheter, samt i kommunikationen med anhöriga.

Andra funktioner som MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) kan även användas som stöd. Det har tidigare funnits en SAS men funktionen har avvecklats i syfte att flytta kvalitetsarbetet närmare verksamheterna. De uppgifter som tidigare låg på funktionen SAS har fördelats ut på verksamhetsutvecklarna och kvalitetsstrateg. Verksamhetsutvecklare samverkar med verksamhetsutvecklare för övriga områden inom Vård och social omsorg, exempelvis i lex Sarah-utredningar. Enligt intervjuuppgifter ska verksamhetsutvecklare och kvalitetsstrateg ingå i arbetsgruppen med uppgift att samordna det systematiska kvalitetsarbetet inom vård och omsorg.

3. Riskbedömningar

I detta kapitel redogör vi för iakttagelser kopplat till revisionsfrågan om kommunstyrelsen har säkerställt att en riskanalys, med inriktning på oegentligheter, har genomförts.

Riskanalys inom COSO-modellen handlar om att identifiera interna och externa risker som en organisation riskerar att utsättas för. Till analysen hör att kvantifiera sannolikheten för att identifierad risk inträffar, samt vilka konsekvenserna skulle bli för organisationen. Utifrån verksamhetens behov kan det finnas anledningar att göra riskanalyser på olika nivåer och i olika omfattning i organisationen för att hantera risker ändamålsenligt.

3.1. Styrelse och nämnder ska upprätta riskanalyser för sina verksamhetsområden

Enligt *Reglemente för intern kontroll*¹⁴ har kommunstyrelsen det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god intern kontroll avseende styrning och uppföljning. Styrelsen och nämnderna ska årligen genomföra väsentlighets- och riskbedömningar samt anta en internkontrollplan före mars månads utgång. Resultatet av uppföljningen av arbetet med den interna kontrollen ska, utifrån internkontrollplanen, vid behov löpande rapporteras till styrelse och nämnder. En sammanställning av resultatet av föregående års genomförda internkontrollarbete ska redovisas till kommunstyrelsen senast mars efterföljande år.

Av *Anvisning för riskanalys*¹⁵ inom socialtjänstens ansvarsområde framgår att riskanalyser ska göras för att fortlöpande bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister för verksamhetens kvalitet. Indikatorer till att genomföra en riskanalys kan även vara inrapporterade avvikelser. Beslut om att genomföra en riskanalys kan tas av områdeschef, enhetschef, verksamhetschef, huvudenhetschefer för välfärd och/eller medborgarservice, MAS eller SAS. Vi noterar att anvisningen är utdaterad, då funktionen SAS har avvecklats, samt att det inte finns huvudenhetschefer för Välfärd som numera heter Vård och social omsorg. Riskanalysen ska innehålla en riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens, samt åtgärder. Ledningen beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas och återkopplar till berörd verksamhet. Övergripande åtgärder som vidtagits redovisas i verksamhetsplan och i kvalitetsberättelse och är en del av egenkontrollen. Till anvisningen finns en blankett för riskanalys.

3.2. Risker för oegentligheter har inte identifierats i internkontrollplan

Kommunstyrelsen har antagit en övergripande internkontrollplan för 2024 den 7 maj 2024, vilket är efter det datum som framgår av reglementet. I kommunstyrelsens internkontrollplan har 12 risker identifierats och valts ut för kontroll. Två kontrollmoment berör socialtjänsten. Inga av riskerna berör någon form av oegentligheter, varken övergripande eller för hemtjänst eller särskilt boende. Dock berör ett kommunövergripande kontrollmoment risken kring aktualitet i styrande dokument. Risken har högsta värde för både sannolikhet och konsekvens på en skala 1-4.

Vi noterar vidare att internkontrollmomenten saknar viss information som ska framgå enligt reglementet. Detta inkluderar att det saknas beskrivning av metod för ett kontrollmoment, samt att det saknas beskrivning av när kontrollerna ska göras, hur

¹⁴ Fastställt av kommunfullmäktige den 25 februari 2019. Det finns även riktlinjer om tillämpning av reglementet om intern kontroll beslutat i kommunfullmäktige den 26 september 2016.

¹⁵ Det framgår inte när anvisningen beslutats.

uppföljningen ska rapporteras, samt till vem uppföljningen ska rapporteras. Internkontrollplan för 2025 innehåller inga risker som berör någon form av oegentligheter inom äldreomsorgen.

Enligt intervjuade inom äldreomsorgen har en specifik riskanalys kopplat till granskningsområdet inte gjorts, men de ser ett behov av att göra det. Riskanalyser genomförs främst vid verksamhetsförändringar. Utöver kommunstyrelsens internkontrollplan identifierar intervjuade risker med att arbeta med människor i utsatta positioner och beroendeställning. Risker beskrivs kring anställda som missbrukar sin position och att ensamarbete kan förekomma. Intervjuade ser även risker med tillgänglighet i vissa av verksamheterna, där all personal kan ha tillgång till nycklar, värdeskåp och medicin, vilket kan utnyttjas. En annan risk som identifieras av intervjuade är hanteringen av kort och kontanter, där en generell rekommendation är att de boende ska använda faktura som betalningsalternativ.

4. Kontrollmoment

I detta kapitel redogör vi för iakttagelser kopplat till revisionsfrågan huruvida kommunstyrelsen har rutiner och arbetssätt för att förebygga, upptäcka och agera vid oegentligheter. Även frågorna om vilka åtgärder som har vidtagits efter att incidenterna har upptäckts och om möjligheten att kontrollera belastningsregister vid nyanställning besvaras.

Kontrollaktiviteter utgörs av de aktiviteter som en organisation företar för att minska eller eliminera risker. Verksamheternas kontroller finns ofta integrerade i olika processer och kan se olika ut. Gemensamt är att aktiviteterna syftar till att reducera risk i någon omfattning. En kontroll kan vara förebyggande, upptäckande eller av utredande karaktär.

4.1. Förebyggande åtgärder kan stärkas

4.1.1. Kontroll av belastningsregister vid nyanställning genomförs ej

I *Rekryteringspolicyn*¹⁶ omnämns inte kontroll av belastningsregister vid nyanställning. Enligt policyn ansvarar rekryterande chef för arbetet med rekrytering och anställning enligt rådande delegeringsordning¹⁷. HR-funktionen bistår med råd och stöd. Den arbetsgrupp som den nyanställde ska tillhöra bör medverka i rekryteringsarbetet. Enligt delegationsordningen ansvarar HR-chef för att avskeda personal. Det framgår inte vem som gör polisanmälan vid eventuella oegentligheter.

Intervjuade bekräftar att de inte tar del av utdrag från belastningsregistret i samband med nyanställningar, men ser behov av detta. Önskemål har framförts till HR, men de har nekat detta på grund av att det inte har funnits lagstöd eller politiskt beslut inom äldreomsorgen. I oktober 2024 redovisades en utredning, beslutad av regeringen, om möjlighet till utökade bakgrundskontroller av anställda och personer som erbjuds anställning eller uppdrag inom kommunerna. I en promemoria sammanställdes förslag på åtgärder som bland annat avsåg arbete inom äldreomsorgen. Utredningen skickades ut på remiss i november 2024 och föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juni 2025. Om lagen träder i kraft skulle detta möjliggöra för förvaltningen att begära utdrag, utan politiskt beslut.

För rekrytering av vikarier används en bemanningsenhet utanför verksamheten äldreomsorg, medan tillsvidareanställda rekryteras av verksamheten. Vid nyanställning tas referenser. Det framkommer att jobbsökande ibland själva har med sig utdrag ur belastningsregistret till anställningsintervjun. I samband med anställningsavtalet går de övergripande igenom lagar och regler som personal ska förhålla sig till. Av intervjuer framgår utmaningar med personalbrist, hög frånvaro, samt att rekrytera personal med rätt kompetens. Detta framgår även av utskottet för vård och omsorgs sammanträdesprotokoll.

4.1.2. Efterlevnaden av anvisningen för privata medel varierar

Av intervjuer framgår varierande kännedom och tillämpning av anvisningen för privata medel samt lokala arbetssätt, vilket presenteras nedan.

¹⁶ Beslutad av kommunfullmäktige den 21 juni 2010, reviderad den 5 oktober 2021.

¹⁷ Fastställd av kommunstyrelsen den 2 december 2014, senast reviderad den 3 december 2024.

Hemtjänst

- ▶ Det saknas kända rutiner för hantering av betalkort och kontanter. Personal hanterar i flera fall brukarnas betalkort och tillhörande PIN-kod. Koderna låses antingen in i skåp i lokalen som all personal har tillgång till alternativt dokumenterat i system för inköpsbesök som är tillgängligt via personalens mobiler.
- ▶ Personal som handlar åt en brukare ska legitimera sig i butiken.
- ▶ Vissa brukare följer med och handlar, men detta beror på geografisk placering och närhet till affärer.
- ▶ Kontantuttag från bankomat åt en brukare ska ske med dubbelbemanning och planeras in i förväg av enhetschef. Det har hänt att detta ha skett med enkelbemanning.

Särskilt boende

- ▶ Det finns kännedom om att personalen ska vara två när de hanterar privata medel, men det sker sällan.
- ▶ Vissa boenden har rutin på att inköpet ska skrivas ner på kvittot, vad som handlats, hur mycket som har använts respektive finns kvar.
- ▶ Ofta är det den boendes fasta omsorgskontakt som hanterar kontanter, men det sker även att personal som inte är fast omsorgskontakt har tillgång till brukarnas kontanter vid exempelvis insamling till evenemang.
- ▶ De olika boenden brukar ge rekommendationer för hur mycket kontanter de boende bör ha i sina värdeskåp och summan varierar.
- ▶ Information och dialog sker med brukare och anhöriga gällande hanteringen av kontanter, till exempel att betala med faktura och hur hanteringen av kontanter bäst genomförs.

4.1.3. Hanteringen av värdesaker och läkemedel varierar mellan hemtjänstgrupperna och de särskilda boendena

Enligt anvisningen för egna medel ska till exempel värdesaker, värdehandlingar och förmögenheter inte hanteras av personalen. Av intervjuer framgår att arbetssätten och hanteringen av brukares värdesaker varierar.

I samband med att en hemtjänstinsats påbörjas ges ingen information gällande hantering av värdesaker från hemtjänstens sida, eftersom det är brukarens egna ansvar.

På vissa särskilda boenden rekommenderas brukare att inte ta med värdesaker vid inflytt och i stället använda "fejksmycken", samt att en inventarielista fylls i på det som låses in i värdeskåp. Inventarielistan har initierats på verksamhetens egna initiativ. Andra boenden dokumenterar hanteringen av värdesaker i Lifecare och i personakter och vissa boenden saknar rutiner och dokumentation för detta. Intervjuade är osäkra på hur känd den övergripande rutinen är bland arbetsgrupperna. Enligt uppgifter pågår ett övergripande arbete med att sammanställa ett informationsmaterial för särskilt boende kring vad boende och anhöriga ska tänka på vid inflytt.

Aktuell granskning har inte fokuserat på medicinhantering, men det framgår vid intervjuer att omsorgspersonal inom hemtjänst och särskilt boende hanterar medicin i viss utsträckning enligt delegation från sjuksköterska. Av intervjuer framgår att tillgängligheten och nyckelhanteringen varierar mellan hemtjänst och särskilt boende, där medicinskåp kan ha digitala eller vanliga lås. Av kvalitetsberättelse 2023 framgår att i många av de

särskilda boendena har digitala lås installerats på den enskildes medicinskåp. Detta medför en säkrare hantering av läkemedel samt att loggkontroller kan göras om det skulle saknas läkemedel i ett skåp. Enligt intervjuuppgifter finns riktlinjer och rutiner inom hälso- och sjukvården för läkemedelshantering till exempel hur kontroll och dokumentation ska genomföras. Vissa särskilda boenden har även börjat med digital signering, vilket möjliggör att enhetschef och sjuksköterskor kan se signeringen. Personalen ser vilka brukare de ansvarar att signera medicin för.

4.1.4. Digitala lås har börjat implementeras i verksamheterna

Av dokumentation framgår att äldreomsorgens verksamhet har implementerat digitala lås de senaste åren.

De flesta brukare med hemtjänst har fått sina lås utbytt till digitala lås. Hemtjänstpersonal kan därmed låsa upp med en digital nyckel som laddas utifrån relevanta behörigheter för varje arbetspass. Enligt intervjuade inom hemtjänsten har de sedan tre år tillbaka arbetat mot nyckelfri hantering och digitala lås, för ökad spårbarhet. Personal har en digital nyckel, samt en vanlig nyckel (järnnyckel) som reservlösning. Den vanliga nyckeln förvaras i nyckelskåp och behöver inte kvitteras ut. All personal har tillgång till nycklarna. Chef kan begära ut information om hur den digitala nyckeln använts specifikt för individ eller nyckel i och i tidsrapporteringssystem kan chefen även se personalens skift. Personalen har en personlig kod till nyckeln och vid skiftets slut ska nyckeln avaktiveras. Om detta glöms avaktiveras den automatiskt efter viss tid. Personalen har ID-kort som de kan använda för att legitimera sig inför brukare vid behov. ID-korten ska vara synliga, men uppges inte alltid vara det.

Av verksamhetsuppföljning under 2024 framgår att arbete har skett med att införa lås och trygghetslarm på de särskilda boendena. Vid årsslutet hade alla larm installerats och de nya låsen hade börjat installeras. Detta bekräftas av intervjuade, där implementeringen av de nya dörrarna som låser sig själva varierar mellan boendena. Låsen öppnas genom nyckel i telefonen och all personal kommer in i alla brukares rum. Brukarna har ett armband med en tagg som endast öppnar deras egen dörr. I dagsläget används personlig inloggning i larmapp via telefonen, där all personal kan komma in på brukarnas rum. Det varierar mellan boenden om personal har både/eller tagg och larmapp, men de måste ha något av alternativen.

4.1.5. Hittills har åtgärder inte vidtagits efter att incidenterna har upptäckts

Incidenterna under hösten 2024 har i dagsläget inte lett till förändrade rutiner eller arbetssätt inom hemtjänsten. Av intervjuer framgår att det råder delade uppfattningar om åtgärder har vidtagits sedan höstens incidenter inom särskilda boenden, samt att åtgärderna varierar mellan boendena. Vidare framgår att även om vissa åtgärder kan ha initierats var de inte bestående. Åtgärderna inkluderade att fast omsorgskontakt skulle signera på ett särskilt papper att de räknat kassan för de brukare som de var kontaktperson för. Detta har tidigare endast gjorts i kassaboken. Intervjuade beskriver att de har börjat arbeta mer med att brukare inte ska ta med sig saker som de inte behöver på boendet eller som kan försvinna.

Intervjuade ser att det finns utvecklingsbehov inom flera områden. Detta inkluderar att utreda arbetssätt i relation till incidenterna, undersöka hur frågorna hanteras nationellt inom hemtjänsten, samt att uppdatera och gå igenom rutiner för att säkerställa att alla

känner till rutinerna. Intervjuade ser även behov av att agera snabbare i personalfrågor som vid incidenterna 2024 och kunna avsluta personal tidigare.

Det har inte genomförts någon särskild rapportering om missförhållande (lex Sarah) för stöld eller liknande oegentlighet under 2024 eller 2025. Det har inte rapporterats in någon avvikelse kopplat till området. Det framkommer heller ingen dokumenterad åtgärdsplan eller liknande kopplat till inträffade händelser. I höstens ärende gjordes en polisanmälan som hanterades via HR.

4.2. Upptäckande och utredande kontroller

4.2.1. Avvikelsehanteringen behöver systematiseras

Rutiner för avvikelserapporteringen framgår av anvisning för avvikelserapportering i e-tjänst gällande fel och brister, synpunkter och klagomål samt rapport enligt lex Sarah¹⁸, samt av riktlinje för tillämpning av lex Sarah¹⁹. Vi noterar att anvisningen är utdaterad; rapporten går till ansvarig chef och till verksamhetsutvecklare, inte till SAS som anvisningen uppger. Rapportering av avvikelser sker via e-tjänst "Avvikelse socialtjänst" som finns på intranätet Komin. I rullistan väljer rapportören vilken sorts avvikelse denne vill rapportera, fel och brister, synpunkter och klagomål eller rapport enligt lex Sarah. Rapporten för lex Sarah går till ansvarig chef och till verksamhetsutvecklare i äldreomsorg, funktionsstöd och individ- och familjeomsorg. Om det finns anledning att anta att inträffad händelse är brottslig bör ställning tas till om en polisanmälan ska göras. Enskild kan också själv välja att göra en polisanmälan.

Av intervjuer framgår att om brukare inte klarar av att polisanmäla eller om anhörig inte finns tillgänglig kan personalen hjälpa till. De dokumenterar att polisanmälan har inkommit och för en dialog med biståndsavdelningen. Intervjuade beskriver olika tillvägagångssätt om det finns misstanke att något har försvunnit, exempelvis kontrollera kvitton med fast omsorgskontakt, kartlägga när och vem som arbetat vid händelsen. Om anhöriga lyfter misstanke eller anklagelse att något har försvunnit uppmanar personal att göra en förlustanmälan till polisen.

Enligt intervjuade möjliggör avvikelsehanteringssystemet inte en dokumenterad uppföljning av åtgärder och spårbarhet i dagsläget. Intervjuade ser behov av att se över ansvarsfördelningen för avvikelsehanteringen då den i dagsläget är fördelad på flera olika funktioner och verksamhetsområden, samt att effektivisera avvikelsehanteringssystemet gällande ärendehanteringen, införa särskilda rubriker i anmälan för exempelvis stölder och oegentligheter, samt uppföljningen. Intervjuade beskriver även att detta kommer bli en del av utvecklargruppens arbete framgent. Enligt intervjuuppgifter pågår byte av system som ska möjliggöra uppföljning av åtgärder. Systemet förväntas vara i drift innan sommaren.

¹⁸ Fastställd av Vård och social omsorgs ledningsgrupp den 28 januari 2020, reviderad den 10 oktober 2022.

¹⁹ Fastställd av kommunstyrelsen den 9 april 2024.

5. Uppföljning och utvärdering

I detta kapitel redogör vi för iakttagelser kopplat till revisionsfrågan om det sker en systematisk uppföljning och utvärdering av kontrollåtgärder till kommunstyrelsen.

Enligt COSO-modellen har övervakande aktiviteter till ändamål att utvärdera och följa upp kontrollen i organisationen. Tillsyn kan till exempel bestå av internrevision, självutvärdering, oberoende externa utredningar och genom att löpande föra statistik i syfte att utvärdera och följa upp kontrollen i organisationen.

5.1. Uppföljning och utvärdering av kontrollåtgärder sker i olika former

Åtterrapporering till kommunstyrelsen sker bland annat genom muntliga föredragningar på sammanträden, genom verksamhetsuppföljningsrapporter för äldreomsorgen i april, augusti och december, samt inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Av protokoll från utskottet för vård och omsorg under 2024-2025 framgår löpande uppföljning av verksamheten, inkluderat hemtjänst och särskilt boende. Detta inkluderar bland annat kvalitetsdialoger med verksamheterna, patientsäkerhetsberättelse, kvalitetsberättelse, analys av inkomna domar, samt utredning enligt lex Sarah. Vid sammanträdet den 11 september 2024 framgår att socialchef har informerat om att det har framkommit att en i personalen stulit, men att personen har blivit avslöjad och rättsliga åtgärder har vidtagits.

Av verksamhetsuppföljningsrapporterna för äldreomsorgen framgår uppföljning av verksamhet, personal, mål och ekonomi med nyckeltal. Uppföljningen berör inte oegentligheter eller åtgärder kopplat till detta.

Det systematiska kvalitetsarbetet omfattar flera olika typer av uppföljning. Det inkluderar verksamheternas egenkontroll, årlig verksamhetsberättelse, samt kommunstyrelsens årliga uppföljning av internkontrollplanen. En sammanställning av det systematiska kvalitetsarbetet görs i Vård och social omsorgs kvalitetsberättelse.

Hemtjänst och särskilt boende följs även upp genom Socialstyrelsens brukarundersökningar "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Undersökningen berör flera aspekter av äldreomsorgen där följande aspekter är mest relevanta för denna granskning. Nedanstående tabell visar resultat för Sollefteå kommun 2024.

Tabell 1: Socialstyrelsens brukarundersökningar inom hemtjänst och särskilda boenden, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2024

	Hemtjänst	Särskilda boenden
Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten / på ditt äldreboende? <i>Mycket tryggt / Ganska tryggt</i>	92% (riket 86%)	89% (riket 86%)
Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig / på ditt äldreboende? <i>Ja, för alla i personalen / Ja, för flertalet i personalen</i>	90% (riket 88%)	91% (riket 82%)
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med hemtjänstpersonalen vid behov? <i>Mycket lätt / Ganska lätt</i>	87% (riket 75%)	
Brukar du träffa din fasta omsorgskontakt i hemtjänsten? <i>Ja, ofta</i>	26% (riket 30%)	

Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten / äldreboendet? <i>Ja</i>	64% (riket 62%)	37% (riket 45%)
--	-----------------	-----------------

Enligt policy för uppföljning och insyn av privata utförare ska redovisning och uppföljning ske till kommunstyrelsen. Enligt intervjuuppgifter har det inte gjorts någon uppföljning av privata utförare inom hemtjänst/särskilt boende de senaste åren, utan endast för vissa delar av patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. En uppföljningsplan har tidigare gjorts, men denna har inte följts för socialtjänsten. En upphandling pågår av det vård- och omsorgsboende som drivs i privat regi. Av upphandlingsunderlaget framgår klausul gällande uppföljning och utvärdering. Leverantören ska informera beställaren varje tertiäl (april, augusti, december) om verksamheten enligt angiven struktur för uppföljning. Enligt intervjuuppgifter ska ny uppföljningsplan tas fram och uppföljningsansvar tydliggöras, då det tidigare har varit SAS ansvar.

Av upphandlingsunderlag för särskilt boende som är ute för anbud vid granskningens genomförande (mars till april 2025) framgår klausul gällande handhavande av ekonomiska medel. I de fall brukaren önskar få hjälp med handhavande av sina ekonomiska medel ska leverantören ha skriftliga rutiner för hur förvaring, hantering och redovisning ska genomföras. Det framgår även klausuler för läkemedelshantering, kvalitetskrav, inkluderat hantering avvikelser som lex Sarah, samt synpunkter och klagomål.

6. Svar på revisionsfrågorna

Granskningens syfte har varit att bedöma om kommunstyrelsen har säkerställt en god intern kontroll för att förebygga, upptäcka och utreda oegentligheter inom kommunal hemtjänst och särskilt boende.

Vår sammanfattande bedömning är att kommunstyrelsen inte har säkerställt en god intern kontroll för att förebygga, upptäcka och utreda oegentligheter inom kommunal hemtjänst och särskilt boende. Vi ser behov av att stärka och systematisera arbetet med intern kontroll innefattande informationsspridning, genomföra riskanalyser på området, vidta kontrollåtgärder, samt följa upp och utvärdera arbetet.

Revisionsfråga	Svar
Har kommunstyrelsen säkerställt en god kontrollmiljö avseende risken för oegentligheter och sprids information om regelverk, samt genomförs kompetenshöjande insatser? • Finns ändamålsenliga rutiner, riktlinjer och vägledningar i det praktiska arbetet som beaktar risken för stölder och andra oegentligheter?	Nej. Verksamheten äldreomsorg har inte formulerat mål med bäring på granskningsområdet. Det finns styrande dokument som till viss del reglerar oegentligheter. Vi noterar att flera av dessa är från 2018/2019 och vi ser behov av en översyn. Vi ser även behov av att se över rutiner för kvalitetsledningssystemet där rutinerna är samlade, bland annat till följd av den organisationsförändring som har skett det senaste året. Intervjuade upplever att kommunstyrelsens styrning i arbetet för att motverka stölder är begränsad. Sedan incidenterna under hösten 2024 har inga specifika uppdrag eller riktlinjer lämnats från kommunstyrelsen. Vi noterar dock utifrån intervjuer att det finns en medvetenhet kring riskerna och lokala arbetssätt. Kompetenshöjande insatser har genomförts i begränsad utsträckning. I årshjul för arbetsplatsträffar under 2024-2025 framgår teman med bäring på granskningsområdet. Vid nyanställning ska personalen intyga att de tagit del av information om mutor, jäv och gåvor, samt anvisningen för privata medel. Av intervjuer framgår att det inte ges regelbunden information kring att motverka stölder och andra oegentligheter, samt att det varierar mellan arbetsgrupper om det lyfts på arbetsplatsträffar. Enligt intervjuade pågår en översyn av utbildningsinsatser.
Har kommunstyrelsen säkerställt att en riskanalys, med inriktning på oegentligheter, har genomförts?	Nej. Kommunstyrelsens internkontrollplan för 2024 inkluderar inga risker som berör någon form av oegentligheter, varken övergripande eller för hemtjänst eller särskilt boende. Vi noterar att ytterligare risker kopplade till oegentligheter lyfts i intervjuer, vilka inte har analyserats i internkontrollprocessen.
Har kommunstyrelsen rutiner och arbetssätt för att förebygga, upptäcka och agera vid oegentligheter?	Delvis. Det finns vissa rutiner och arbetssätt för att arbeta förebyggande, genom exempelvis digitala lås, nya dörrar, onlinehandling inom ramen för RAK-projektet. Av intervjuer framgår varierande kännedom och tillämpning av anvisningen för privata medel.

- Används möjligheten att kontrollera belastningsregister vid nyanställning? - Vilka åtgärder har vidtagits efter att incidenterna har upptäckts?	Vidare framgår att hanteringen av värdesaker och läkemedel varierar mellan enheterna. Möjligheten att kontrollera belastningsregister vid nyanställning används inte, baserat på att det har saknats lag som inte förutsätter politiskt beslut. Incidenterna under hösten 2024 har i dagsläget inte lett till förändrade/bestående rutiner eller arbetssätt inom hemtjänsten och särskilda boenden. Det har inte genomförts någon särskild rapportering om avvikelser/missförhållande (lex Sarah) för stöld eller liknande oegentlighet under 2024 eller 2025. Det framkommer heller ingen dokumenterad åtgärdsplan eller liknande kopplat till inträffade händelser. Vi ser behov av att systematisera avvikelshanteringen för att möjliggöra uppföljning av åtgärder och noterar att den nya utvecklingsgruppen ska arbeta med detta framgent.
Sker det en systematisk uppföljning och utvärdering av kontrollåtgärder till kommunstyrelsen?	Delvis. Kommunstyrelsen tar del av flera olika former av uppföljning och de har informerats om höstens incidenter och att rättsliga åtgärder har vidtagits. En lex Sarah-utredning har inte genomförts. Enligt intervjuuppgifter har det inte gjorts någon uppföljning av privata utförare inom hemtjänst/särskilt boende de senaste åren, utan endast för vissa delar av patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. Vi ser ett behov av att stärka och systematisera uppföljningen och utvärderingen för att identifiera ytterligare kontroller som bör implementeras. Detta är kopplat till avvikelshanteringssystemet. Vi ser även behov av att upprätta en uppdaterad uppföljningsplan för privata utförare.

Sollefteå april 2025

Josefine Algotsson, projektledare
Verksamhetsrevisor, EY

Bianca Cattermole, granskare
Verksamhetsrevisor, EY

Per Stålberg, kvalitetssäkrare
Certifierad kommunal yrkesrevisor, EY

Bilaga 1 - Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Verksamhetschef, äldreomsorg
- ▶ Kvalitetsstrateg
- ▶ Verksamhetsutvecklare inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård
- ▶ Enhetschefer på särskilda boenden och inom hemtjänst
- ▶ Omvårdnadspersonal på särskilda boenden och inom hemtjänst

Dokument

- ▶ Måldokument 2024-2026
- ▶ Åtgärdsplan - brottsförebyggande och trygghet
- ▶ Delegeringsordning för kommunstyrelsen
- ▶ Reglemente för intern kontroll
- ▶ Riktlinjer om tillämpning av reglementet om intern kontroll
- ▶ Kommunstyrelsens internkontrollplan för 2024 och 2025
- ▶ Verksamhetsuppföljningsrapporter för äldreomsorgen från 2024
- ▶ Kommunstyrelsens utskott för vård och omsorgs protokoll från 2024-2025
- ▶ Kompetensförsörjningsstrategi 2022-2025
- ▶ Övergripande verksamhetsplaner för 2024-2026 och 2025-2027
- ▶ Arbetsmiljöpolicy
- ▶ Inköps- och upphandlingspolicy
- ▶ Rekryteringspolicy
- ▶ Uppföljning och insyn av privata utförare
- ▶ Reglemente för kommunstyrelsen och dess utskott 2023-2026
- ▶ Riktlinjer mot mutor och jäv i Sollefteå kommun
- ▶ Äldreomsorgens värdegrund
- ▶ Utskottet för vård och omsorgs protokoll för 2024-2025
- ▶ Styrdokument
- ▶ Socialstyrelsens brukarundersökningar inom hemtjänst och särskilda boenden, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2024
- ▶ Anvisning - Privata medel
- ▶ Anvisning för avvikelserapportering i e-tjänst gällande fel och brister, synpunkter och klagomål samt rapport enligt lex Sarah
- ▶ Anvisning för egenkontroll i socialtjänsten
- ▶ Egenkontroll och kvalitetsuppföljning i socialtjänsten
- ▶ Kompetensförsörjningsplan för äldreomsorgen
- ▶ Vård och social omsorgs kvalitetsberättelse 2023 och 2024
- ▶ Kvalitetsledningssystem för Vård och social omsorg - en vägledning
- ▶ Äldreomsorgens målkompass 2024
- ▶ Organisationskarta över äldreomsorgen
- ▶ Riktlinje enligt lex Sarah
- ▶ Anvisning - Riskanalys inom socialtjänstens område
- ▶ Riskanalys - Blankett
- ▶ Upphandlingsunderlag för särskilda boenden 2025
- ▶ Månads- och verksamhetsuppföljning för äldreomsorgen
- ▶ Årshjul för äldreomsorgen 2024 och 2025

Bilaga 2 – Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:725)

Det är enligt 6 kap. 1 § styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Kommunstyrelsen ska, enligt 6 kap. 2 §, uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning.

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

Socialtjänstlagen (2001:453)

I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) fastställs att insatser ska vara av god kvalitet samt att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Enligt lagens 3 kap. 6 § bör socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra. Enligt lagens 5 kap. 4 § ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Enligt 5 kap. 5 § ska kommunen inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Enligt 14 kap. 3-6 §§ har socialtjänsten en skyldighet att rapportera, utreda, dokumentera samt avhjälpa och undanröja missförhållanden enligt lex Sarah. Skyldigheten att anmäla allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) regleras i 14 kap. 7 §.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska det finnas ett systematiskt kvalitetsledningssystem i de verksamheter som bedrivs utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Föreskrifterna behandlar skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden inom socialtjänstens verksamheter. Rapporteringsskyldigheten gäller bland annat för anställda. Missförhållanden som ska rapporteras enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS avser både utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller

har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, ska avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande. Allvarliga missförhållanden, eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS.

Rapporteringsskyldigheten ska fullgöras av den nämnd som bedriver verksamheten eller har tecknat avtal om verksamheten. Den nämnd som har beslutat om insatsen för den enskilde ska även informeras om mottagna rapporter i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet.

Ansvarig nämnd ska fastställa rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden ska fullgöras. Rutiner ska även fastställas för hur skyldigheten att anmäla allvarliga missförhållanden och risk för allvarliga missförhållanden ska fullgöras. Rutinerna ska dokumenteras.

Reglemente för kommunstyrelsen och dess utskott 2023-2026

Reglementet beslutades av kommunfullmäktige den 27 februari 2023 och reviderades senast den 26 februari 2024. I kommunstyrelsens ledningsfunktion ligger bland annat att leda och samordna arbetet med socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Enligt reglementet ingår Vård och social omsorg i kommunstyrelsens verksamhetsansvar. Inom verksamheten fullgör kommunstyrelsen kommunens uppgifter enligt de lagar och förordningar som gäller för respektive ansvarsområde. Inom kommunstyrelsen ska det bland annat finnas ett allmänt utskott och ett utskott för vård och omsorg. Utskotten bereder frågor utifrån sina ansvarsområden och fattar beslut i de ärenden kommunstyrelsen delegerat till respektive utskott.