

Intern kontrollrapport  
per sista december  
*Socialnämnden*

## Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll.....	3
1.1	Riskbedömningsmatris .....	4
2	Uppföljning.....	6
2.1	Administration .....	6
2.2	Ekonomi .....	12
2.3	Personal .....	12
2.4	Verksamhetsspecifik.....	15
2.5	Slutsatser av uppföljning .....	17
2.6	Åtgärder.....	17

## 1 Inledning - övergripande om intern kontroll

Enligt Reglemente för intern kontroll av ekonomi och verksamhet ska nämnderna varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen inom sin verksamhet. Nämndernas ansvar för den interna kontrollen anges i KL 6:7. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god intern kontroll. I detta ansvar ligger att utifrån principerna för den interna kontrollen i kommunen vid behov utfärda regler och anvisningar för den egna interna kontrollens organisation, utformning och funktion. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd.

Varje år beslutar kommunstyrelsen om några särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin intern kontroll för det kommande året. Kontrollplanerna ska antas i samband med beslut om MER-plan och innehålla:

- Vilka rutiner samt vilka kontrollmoment som ska följas upp
- Omfattningen (frekvensen) på uppföljningen
- Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen
- Till vem uppföljningen ska rapporteras
- När rapportering ska ske
- Genomförd riskbedömning

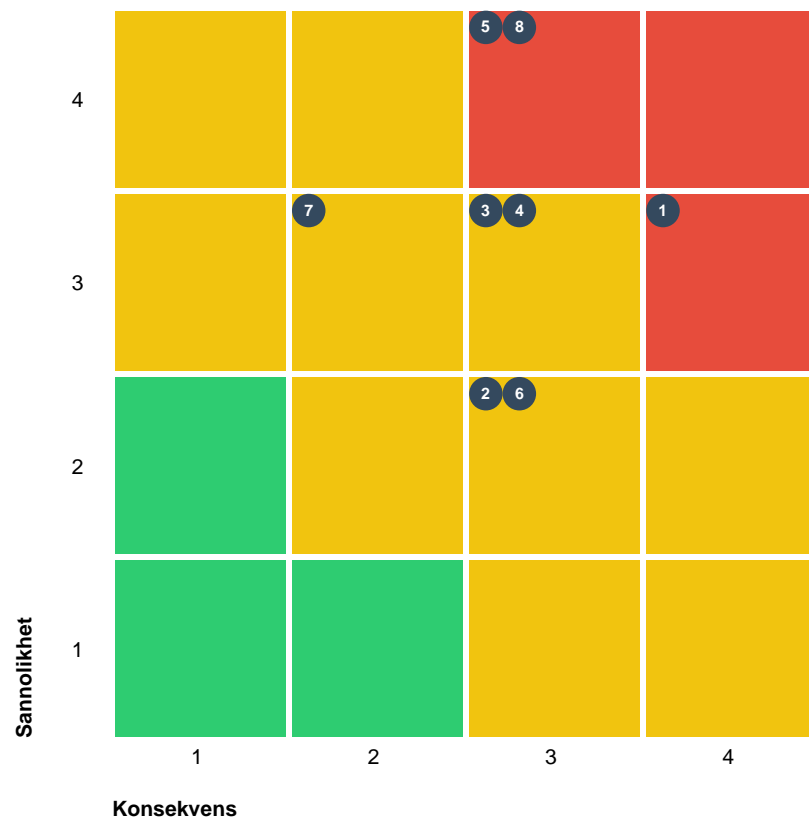
Respektive nämnd har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen och att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen.

Varje nämnd ska minst ha en fastställd rutin för hur planering och rapportering av internkontrollarbetet ska gå till samt introduktion av nyanställda om vad intern kontroll innebär.

Internkontrollplanerna ska innehålla följande delområden:









1. Administration
2. Ekonomi
3. Personal
4. Verksamhet

## 1.1 Riskbedömningsmatris



Sannolikhet	Konsekvens
4 Sannolik (det är mycket troligt att fel ska uppstå)	Allvarlig (konsekvenserna för verksamheten skulle vara allvarliga)
3 Möjlig (det finns risk för att fel ska uppstå)	Kännbar (konsekvenserna för verksamheten kan vara påtagliga)
2 Mindre sannolik (risken är mycket liten att fel ska uppstå)	Lindrig (konsekvenserna för verksamheten behöver övervägas)
1 Osannolik (risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå)	Försumbar (konsekvensen för verksamheten är försumbar och kan negligeras)

3 Kritisk 5 Medium Totalt: 8

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1  Att vi inte följer upp biståndsbeslut	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	2  Att vi inte följer riktlinjer för bostadsanpassningsbidrag	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
	3  Att styrdokument inte finns eller ej är uppdaterade	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Ekonomi	4  Verksamheterna håller inte sin budgetram	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Personal	5  Hög sjukfrånvaro i förvaltningen	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	6  Arbetet med att följa upp och vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen uteblir	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
Verksamhetsspecifik	7  Klagomål och förbättringsförslag i verksamheten förs inte vidare utan stannar hos mottagaren	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	8  Att alla brukare inte har en aktuell genomförandeplan.	4. Sannolik	3. Kännbar	12

## 2 Uppföljning

### 2.1 Administration

#### 2.1.1 Att vi inte följer upp biståndsbeslut

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Avstämning av antalet beslut som inte är omprövade i tid	Ta fram underlag och stämma av - tillfälle 1.	☹ Större avvikelser	2019-03-31	Maria Eck
<b>Metod</b> Underlag tas fram från Procapita över fattade biståndsbeslut enl SoL. Dessa jämförs med de fastslagna riktlinjerna och avvikelser noteras.	<b>Kommentar</b> Internkontroll ej uppföljda SoL beslut för perioden 2019-01-01-2019-03-31 Under perioden januari till mars 2019 är 40 beslut inte uppföljda i tid. Största avvikelserna är: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslut om boendestöd upphör 181012, nytt beslut fattas 190226</li> <li>• Beslut om korttidsboende upphör 181124, nytt beslut fattas 190104</li> <li>• Beslut om boendestöd upphör 181209, nytt beslut fattas 190118</li> <li>• Beslut om kontaktperson upphör 190202, nytt beslut fattas 190301</li> <li>• Beslut om korttidsboende upphör 190207, nytt beslut fattas 190305</li> <li>• Beslut om hemtjänst upphör 190220, nytt beslut fattas 190318.</li> </ul>			
	Ta fram underlag och stämma av - tillfälle 2	☹ Större avvikelser	2019-06-30	Maria Eck
	<b>Kommentar</b> Under perioden april-juni 2019 är 34 beslut ej omprövade i tid. De största avvikelserna är: - Beslut om boendestöd fattas 190408, och skulle ha följts upp 181124 = 105 dagar			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beslut om boendestöd fattas 190426 och skulle ha följts upp 181123 = 154 dagar</li> <li>- Beslut om boendestöd fattas 190503 och skulle ha följts upp 181116 = 169 dagar</li> <li>- Beslut om boendestöd fattas 190607 och skulle ha följts upp 181108= 211 dagar</li> <li>- Beslut om Korttidsvård fattas 190627 och skulle ha följts upp 1903269= 95 dagar</li> <li>- Beslut om hemtjänst fattas 190624 och skulle ha följts upp 190330= 86 dagar</li> <li>- Beslut om kontaktperson fattas 190620 och skulle ha följts upp 190330= 82 dagar</li> <li>• 13 beslut om boendestöd</li> <li>• 12 beslut om korttidsvård</li> <li>• 3 beslut om hemtjänst</li> <li>• 3 beslut om kontaktperson</li> <li>• 2 beslut om mattjänst</li> <li>• 1 beslut om trygghetslarm</li> </ul>			
	Ta fram underlag och stämma av - tillfälle 3	☹ Större avvikelser	2019-09-30	Maria Eck
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Under perioden juli-september 2019 är 16 beslut ej omprövade i tid. De största avvikelserna är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslut om daglig verksamhet LSS skulle följts upp 20190515, nytt beslut 20190730.</li> <li>• Beslut om boendestöd skulle följts upp 20181207, nytt beslut 20190709</li> <li>• Beslut om boendestöd skulle följts upp 20190331, nytt beslut 20190807</li> <li>• Beslut om boendestöd skulle följts upp 20190412, nytt beslut 20190816</li> <li>• Beslut om boendestöd skulle följts upp 20190802, nytt beslut 20190916</li> <li>• Beslut om mattjänst skulle ha följts upp 20190811, nytt beslut 20190918</li> <li>• Beslut om hemtjänst skulle ha följts upp 20190720, nytt beslut 20190827</li> </ul>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Ta fram underlag och stämma av, tillfälle 4	☹ Större avvikelser	2019-12-31	Maria Eck
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>För perioden oktober-december 2019 är 17 beslut inte uppföljda i tid. Föregående period var 16 beslut ej omprövade i tid.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslut om boendestöd 93 dagar</li> <li>• Beslut om boendestöd 16 dagar</li> <li>• Beslut om boendestöd 15 dagar</li> <li>• Beslut om dagvård 42 dagar</li> <li>• Beslut om dagvård 13 dagar</li> <li>• Beslut om kontaktperson 65 dagar</li> <li>• Beslut om kontaktperson 17 dagar</li> <li>• Beslut om hemtjänst 4 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 4 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 5 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 6 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 2 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 3 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 4 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 6 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 1 dagar</li> <li>• Beslut om korttidsboende 4 dagar</li> <li>• Beslut om ledsagarservice 1 dagar</li> <li>• Beslut om ledsagarservice 12 dagar.</li> </ul>			



### 2.1.2 Att vi inte följer riktlinjer för bostadsanpassningsbidrag

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av fattade beslut avseende bostadsanpassningsbidrag	Redovisning av resultat 1	😊 Inga avvikelser	2019-06-30	Jenny Ardell
<b>Metod</b> Verksamhetsutvecklare begär ut en sammanställning av antalet beslut från bostadsanpassningshandläggare	<b>Kommentar</b>			
	24 beslut har fattats om bostadsanpassningsbidrag under perioden 1 januari - 30 juni 2019. 20 av dessa har bifallits gällande främst stödhandtag och spisvakt. 4 avslag har gjorts gällande trapphiss, breddning av dörrar, ramp till ytterdörr, väggfast duschpall samt löstagbar ramp. Två ärenden är fortfarande under pågående utredning.			
	Redovisning av resultat 2	😊 Inga avvikelser	2019-12-31	Jenny Ardell
	<b>Kommentar</b>			
	18 beslut har fattats om bostadsanpassning under perioden 1 juli - 31 december 2019. 15 av dessa har bifallits och 3 ansökningar har fått avslag. 2 ansökningar har avskrivits då personerna drog tillbaka sina ansökningar och 4 ansökningar är under pågående utredning.			

### 2.1.3 Att styrdokument inte finns eller ej är uppdaterade

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av nämndens styrdokument	Årlig kontroll och sammanställning av styrdokument	😊 Mindre avvikelser	2019-12-31	Jenny Ardell
<b>Metod</b> Kontrollera så att alla nämndens styrdokument är aktuella och gällande, samt uppdaterats/reviderats enligt beslut.	<b>Kommentar</b>			
	En kontroll har gjorts av de kommunala styrdokument som socialnämnden beslutat om och ansvarar för. Det gäller handlingsplaner, riktlinjer och regler. Olika avtal, kontrakt, avgifter eller andra beslut som beslutats av nämnd ingår ej i kontrollen. Den översyn som genomförts är			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>genomsökning av diariéförda ärenden i verksamhetssystemet Platina, sökning av beslut i nämndprotokoll för åren 2017, 2018 och 2019 samt sökning av övriga aktuella dokument på Lekebergs kommuns hemsida. Resultatet är 18 identifierade beslut och/eller handlingar. Dessa listas nedan:</p> <p><i>Handlingsplaner</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillsynsplan gällande tillsyn av detaljhandel av tobaksvaror</li> <li>• Vård- och omsorgsplan</li> <li>• MER-plan</li> <li>• Intern kontrollplan</li> <li>• Handlingsplan Framtidens socialnämnd</li> <li>• Kommunikationsplan Årets frivilliginsats</li> </ul> <p><i>Riktlinjer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riktlinjer för kommunens arbete enligt lag om tobak och liknande produkter</li> <li>• Riktlinjer bostadsanpassningsbidrag</li> <li>• Riktlinjer för ekonomiskt bistånd</li> <li>• Riktlinjer för biståndsbedömning utifrån SoL</li> <li>• Riktlinjer för biståndsbedömning utifrån LSS</li> <li>• Riktlinjer för förenklat beslutsfattande om hemtjänst till äldre</li> <li>• Riktlinjer för habiliteringsersättning</li> <li>• Riktlinje Lex Sarah</li> <li>• Riktlinjer för anhörigbidrag</li> <li>• Riktlinje bostadssociala kontrakt</li> <li>• Riktlinjer för anhörigstöd</li> </ul>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p><i>Regler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regler för årets frivilliginsats</li> </ul>			

Resultatet visar att fyra ut av sex handlingsplaner är gällande. Handlingsplan för Framtidens socialnämnd samt kommunikationsplan Årets frivilliginsats är ännu inte framtagna och beslutade. 3 av 9 riktlinjer behöver ses över och revideras vilket gäller riktlinjer för ekonomiskt bistånd, biståndsbedömning utifrån SoL samt anhörigbidrag. Två riktlinjer behöver arbetas fram. Det gäller riktlinjer för biståndsbedömning utifrån LSS samt riktlinjer för förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre. Regler för årets frivilliginsats behöver ses över och revideras.

Värt att tillägga är att socialnämnd och förvaltning fått i uppdrag att revidera det kommunövergripande "ANDT-politiska programmet", vilket har gjorts under hösten 2019. Programmet är under beredning inom kommunstyrelsen och det råder just nu oklarheter kring vilken nämnd eller förvaltning som kommer ansvara för uppföljning och revidering av programmet. En annan viktig notering gäller "Handlingsplan för Lekebergs kommuns arbete med våld i nära relationer". Kommunchef ansvarar för uppföljning och revidering av dokumentet men många ansvarsområden tillfaller socialförvaltningens verksamheter. En ny handlingsplan; Samverkansplan för barns bästa, som det ännu inte finns beslut om i socialnämnd, presenteras för beslut i nämnd 2020-02-05.

## 2.2 Ekonomi

### 2.2.1 Verksamheterna håller inte sin budgettram

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av verksamhetens ekonomiska resultat	Första uppföljningen	😊 Inga avvikelser	2019-03-31	Sandra Magnusson
<b>Metod</b> Följa upp föregående kvartalsresultat av pengar ut och pengar in för att tidigare indikera riktning och möjliggöra ekonomisk styrning.	Andra uppföljningen	😊 Inga avvikelser	2019-06-30	Sandra Magnusson
	Tredje uppföljningen	😊 Inga avvikelser	2019-09-30	Sandra Magnusson
	Fjärde uppföljningen	😞 Mindre avvikelser	2019-12-31	Sandra Magnusson
	<b>Kommentar</b> Socialnämnden uppvisar en positiv avvikelse mot budget per 31/12. OBS, Preliminärt.			

## 2.3 Personal

### 2.3.1 Hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Ta fram statistik för sjukfrånvaro, per enhet	Uppföljning 1	😊 Inga avvikelser	2019-06-30	Maria Eck
<b>Metod</b> Gå in i personec och ta fram uppgifter om sjukfrånvaro	<b>Kommentar</b> Målet från verksamhetsplan är att sjukfrånvaron ska bibehållas eller minskas från 9,37 %. Den ackumulerade sjukfrånvaron för första halvåret är 8,96 % av totalt arbetad tid. Korttidsfrånvaron har minskat under året, från som mest 44,9% av den totala sjukfrånvaron till 23,1% i juni 2019. Förvaltningen har fått i uppdrag av nämnden att göra en djupanalys av			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>sjukfrånvaron, en del i det är att vi nu följer upp korttidsfrånvaron.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxelgården 8,31 %</li> <li>• Linden 10,77 %</li> <li>• Hemtjänsten 9,62 %</li> <li>• HSL/natt 10,4 %</li> <li>• Socialpsykiatri 2,4 %</li> <li>• Hasselbacken 10,81 %</li> <li>• Daglig verksamhet 4,45 %</li> <li>• Kastanjen 11,9%</li> <li>• IFO 13,55%</li> </ul>			
	Uppföljning 2	😊 Inga avvikelser	2019-12-31	Maria Eck
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Den ackumulerade sjukfrånvaron per sista november är 8,39 %, vilket är en liten minskning från 8,96 % från föregående period. Sjukfrånvaron har minskat från föregående år. Målet för 2019 är att minska från 9,37 %, det målet är uppnått.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialförvaltningen totalt 8,39 %</li> <li>• Oxelgården 7,2 %</li> <li>• Linden 10,24 %</li> <li>• Hemtjänst 8,25 %</li> <li>• HSL/natt 6,9 %</li> <li>• Socialpsykiatri 6,86 %</li> <li>• Hasselbacken 12,77 %</li> <li>• Daglig verksamhet 3,96 %</li> <li>• Kastanjen 13,99%</li> </ul>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IFO 12,41 %</li> <li>• Natten 8,63 %</li> <li>• HSL 5,55 %</li> </ul>			

### 2.3.2 Arbetet med att följa upp och vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen uteblir

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställa åtgärder som vidtagits för att minska sjukfrånvaron	Redovisning av resultat, uppföljning 1	😊 Inga avvikelser	2019-06-30	Jenny Ardell
<b>Metod</b> Inhämta och analysera de åtgärder som vidtagits på varje enhet	<b>Kommentar</b> Samtliga enhetschefer tar kontakt med sjukskriven medarbetare tätt inpå första dag för sjukanmälan. Vid återkommande korttidssjukfrånvaro samt vid långtidssjukfrånvaro involveras rehabiliteringshandläggare. Sex enhetschefer tar upp sjukfrånvaron på APT och det initieras samtal om "den friska och hälsosamma arbetsplatsen". Cheferna informerar, motiverar och uppmuntrar till det friska, bland annat uppmuntran till att använda friskvårdersättning, bli en del av kollegial samtalsgrupp, ha kontakt med regionhälsan, information från friskombud, prövning av schemaändring samt övrig uppskattning.			
	Redovisning av resultat, uppföljning 2	😊 Inga avvikelser	2019-12-31	Jenny Ardell
	<b>Kommentar</b> Flera enheter har en stående punkt på APT då sjukfrånvaron tas upp. I samband med dessa tillfällen informeras och uppmuntras medarbetare till "det friska" - till exempel en hälsosam arbetsmiljö och arbetsplats samt nyttjande av friskvårdsbidrag. Cheferna följer kontinuerligt upp sjukfrånvaron genom främst telefonsamtal med de enskilda sjukskrivna medarbetarna, efter tre till sex frånvarotillfällen/år. Vid behov tas kontakt med rehabiliteringssamordnare. Sjukfrånvaron har också diskuterats på utvecklingssamtalen.			

## 2.4 Verksamhetsspecifik

### 2.4.1 Klagomål och förbättringsförslag i verksamheten förs inte vidare utan stannar hos mottagaren

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställ hur synpunkter, klagomål och förbättringsförslag tas emot, utreds och åtgärdas	Gör sammanställning - tillfälle 1	😊 Mindre avvikelser	2019-06-30	Jenny Ardell
<b>Metod</b> Inhämta underlag från enhetschef och gör en sammanställning och redovisa vilka utredningar som gjorts och vilka eventuella åtgärder och förbättringsåtgärder som vidtagits.	<b>Kommentar</b> Ytterst få synpunkter/klagomål/förbättringsförslag har inkommit till enhetschef eller till enhetschefens kännedom. De flesta synpunkter/klagomål som inkommit har lämnats till personal, muntligt eller skriftligt, som tagit det vidare till enhetschef. Enhetschef har kontaktat person som lämnat synpunkten/klagomålet, lyssnat in och förklarat situationen. Det har också hänt att synpunkter/klagomål lämnats direkt till enhetschef eller till IVO (IFO). Tre chefer har tagit upp synpunkten/klagomålet på APT. Två chefer har vidarebefordrat synpunkten/klagomålet för diarieföring.			
	Gör sammanställning - tillfälle 2	😊 Mindre avvikelser	2019-12-31	Jenny Ardell
	<b>Kommentar</b> Några få synpunkter, klagomål eller förbättringsförslag har inkommit till enheterna sedan förra uppföljningen. De som inkommit har tagits hand om av chef och svar har lämnats skyndsamt till personen/personerna och anhöriga muntligt, skriftligt eller via besök. I vissa fall har det behövts göra en planering för vilka åtgärder som behöver sättas in. Detta har gjorts tillsammans med personal och berörda brukare/anhöriga. De synpunkter/klagomål och förbättringsförslag som kommer till enheterna tas upp på APT. Två enheter genomför förbättringar gällande hantering av området då skriftlig blankett ska göras mer synlig samt informeras om till personal och brukare. Vilka ärenden som tagits vidare för diarieföring är oklart. Det finns ingen tydlig beskrivning på hur detta ska fungera i gällande rutin och det har varit svårt att identifiera ärendena i verksamhetssystemet Platina.			

### 2.4.2 Att alla brukare inte har en aktuell genomförandeplan.

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av aktuella genomförandeplaner	Gör sammanställning av antal genomförandeplaner.	☹ Större avvikelser	2019-12-31	Jenny Ardell
<b>Metod</b> Inhämta underlag från enhetschef och gör en sammanställning och redovisa resultat (Båda verksamheterna inom LSS, SÄBO och hemtjänsten)	<b>Kommentar</b> Särskilda boenden, hemtjänst och LSS-verksamheter har genomfört kontroll av aktuella genomförandeplaner i form av stickprov på 10 % av antalet brukare, där hälften av antalet var de äldsta kvinnorna och andra hälften de yngsta männen. Det har då gjorts en översyn på om det finns en genomförandeplan, om planen är uppföljd i tid och om det finns noterat när nästa uppföljning ska ske. Resultatet visar att det var ett fåtal (3 av 10 kontrollerade på endast en enhet) som saknade genomförandeplan. Resultatet för om planerna följts upp i tid varierade mellan enheterna, majoriteten av de kontrollerade var inte uppföljda i tid. Även resultatet för notering om kommande uppföljning varierade men med ett mer positivt resultat då majoriteten hade en notering om detta i planen.  Det har också genomförts ett kontrollförsök i verksamhetssystemet ProCapita i syfte att inhämta statistik på antal registrerade brukare samt antal registrerade genomförandeplaner. Dessvärre har det inte gått att få ut lättillgänglig och tillförlitlig statistik från systemet för alla enheter för att det inte finns rätt systemstöd för det. En kontroll har därför inte kunnat göras på alla genomförandeplaner.			



## 2.5 Slutsatser av uppföljning

Två risker; biståndsbeslut som inte följts upp i tid samt att alla brukare har aktuella genomförandeplaner har fått resultatet *större avvikelser*.

De tre riskerna; att styrdokument inte finns eller ej är uppdaterade, att klagomål och förbättringsförslag inte förs vidare utan stannar hos mottagaren samt att verksamheterna inte håller sin budgetram har fått resultaten *mindre avvikelser*.

De sistnämnda riskerna; att vi inte följer riktlinjer för bostadsanpassningsbidrag, hög sjukfrånvaro i förvaltningen samt att arbetet med att följa upp och vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro uteblir har fått resultatet *inga avvikelser*.

## 2.6 Åtgärder

### **Biståndsbeslut som inte följts upp i tid**

Även om det är ett fortsatt högt antal av beslut som inte följts upp i tid så visar denna kontroll ett mer positivt resultat från föregående rapporteringar. Fler beslut har följts upp mer skyndsamt och det är endast 3 beslut som inte omprövats på många dagar (42-93 dagar), och fem beslut som inte följts upp på 12-17 dagar. De flesta beslut har inte omprövats på 1-6 dagar vilket visar på att det har genomförts ett mer aktivt arbete inom biståndshandläggningen. Att det är ett fortsatt högt antal av biståndsbeslut som inte följts upp i tid beror på en ansträngd personalsituation. Oförutsedda sjukskrivningar samt tjänst (en av tre) varit mer eller mindre vakant under perioden står som anledningar till det. Gruppen kommer få förstärkning med 50 % under januari månad och från februari med 100 %. På så sätt räknar enheten med att kunna göra uppföljningarna i tid, efter utförd introduktionstid.

### **Ej aktuella genomförandeplaner**

Ett positivt resultat är alla brukare som kontrollerats på fem av sex enheter har genomförandeplaner och endast tre av tio brukare på den sistnämnda enheten saknar genomförandeplan. Det är en klar förbättring sedan föregående kontroll (2018). Det som verksamheterna behöver arbeta vidare med är att planerna följs upp i tid samt att tidpunkt för uppföljningarna står noterat i planerna. Förvaltningen skulle också behöva ett bättre systemstöd så att tillförlitlig statistik kan tas ut från verksamhetssystemet, som inte finns idag. Därför har inte kontroll kunnat göras på alla genomförandeplaner. Förhoppningen är att detta kan ske när förvaltningen börjar använda systemstöd i Lifecare.

### **Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag som stannat hos mottagaren**

Verksamheterna genomför ett aktivt och klanderfritt arbete gällande de synpunkter, klagomål och förbättringsförslag som inkommer till verksamheten. Resultatet blir ändå mindre avvikelser då det finns oklarheter kring vilka ärenden som ska tas vidare till diarieföring, och rutinerna kring det. Det finns också ett behov av ett mer systematiskt arbete kring hela processen samt en avsaknad av skriftlig rutin inom förvaltningen. En rutin ska arbetas fram i samband med uppbyggnaden av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och förvaltningen ska se till att verksamheterna har den kunskap som krävs gällande diarieföring av ärenden.

### **Styrdokument som inte finns eller inte är uppdaterade**

I denna första kontroll identifierades 18 beslut och/eller handlingar som är knutet till de olika styrdokumenten handlingsplaner, riktlinjer och regler. Fyra av sex handlingsplaner är gällande. 3 av 9 riktlinjer behöver ses över och revideras och ytterligare två riktlinjer behöver arbetas fram. Regler för årets frivilligsats behöver revideras. Kommunikationsplan för Årets frivilligsats ska upp till beslut 2020-02-05, handlingsplan för Framtidens socialnämnd presenteras i nämnd 2020-04-01. Riktlinjer för biståndsbedömning utifrån LSS samt riktlinjer för förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre är under pågående arbete, i väntan på nya direktiv. Riktlinjer för ekonomiskt bistånd, biståndsbedömning utifrån SoL samt anhörigbidrag ska revideras under året. Nämnd och förvaltning behöver också följa upp hur arbetet fortskrider med handlingsplanen för Lekebergs kommuns arbete med våld i nära relationer samt det ANDT-politiska programmet. Utöver ovanstående ska en samverkansplan för barns bästa presenteras för socialnämnd och kultur- och bildningsnämnd februari 2020.

### **Uppföljning av hög sjukfrånvaro samt verksamheternas budgetram**

Resultat av kontroll som genomförts gällande verksamheternas arbete med att följa upp och vidta åtgärder avseende den höga sjukfrånvaron visar på att cheferna gör det som rutinerna lyder och som förväntas av dem. Där av blir resultatet inga avvikelser. Det som ändå är viktigt att understryka är att förvaltningen fortfarande har en hög sjukfrånvaro, trots ovanstående arbete, vilket visar på att det behöver ske ett mer utvecklat arbete med sjukfrånvaron framledes.

Verksamheternas budgetram får resultatet mindre avvikelser på grund av en positiv avvikelse mot budget per 31/12. Detta är dock ett preliminärt resultat och det kan komma att ändras till bokslutet.