

Intern kontrollrapport  
per sista december 2020  
*Socialnämnden*

## Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll .....	3
1.1	Riskbedömningsmatris .....	4
2	Uppföljning .....	6
2.1	Administration .....	6
2.2	Ekonomi .....	11
2.3	Personal .....	12
2.4	Verksamhetsspecifik.....	16
2.5	Slutsatser av uppföljning .....	19
2.6	Åtgärder.....	20

## 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.

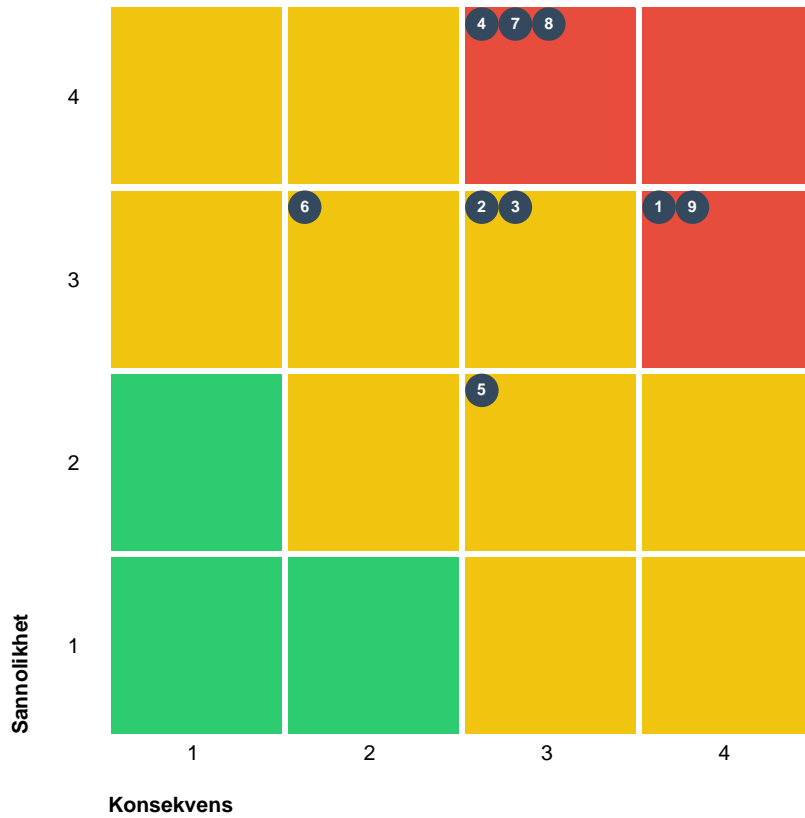
Varje år beslutar kommunstyrelsen om några särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin interna kontroll för det kommande året. Kontrollplanerna ska antas i samband med beslut om MER-plan och innehålla:

- 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 områdena administration, ekonomi, personal samt 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)

5 Kritisk 4 Medium | Totalt: 9

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1 <span style="color: red;">■</span> Att vi inte följer upp biståndsbeslut	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	2 <span style="color: yellow;">■</span> Att styrdokument som socialnämnden tagit beslut om inte upprättas eller uppdateras	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Ekonomi	3 <span style="color: yellow;">■</span> Verksamheterna håller inte sin budgetram	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Personal	4 <span style="color: red;">■</span> Hög sjukfrånvaro i förvaltningen	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	5 <span style="color: yellow;">■</span> Arbetet med att följa upp och vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen uteblir	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
Verksamhetsspecifik	6 <span style="color: yellow;">■</span> Klagomål och förbättringsförslag i verksamheten förs inte vidare utan stannar hos mottagaren	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	7 <span style="color: red;">■</span> Att genomförandeplaner inte upprättas och följs upp enligt författningskrav och framtagna riktlinjer	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	8 <span style="color: red;">■</span> Att journal enligt SoL, LSS, HSL ej förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	9 <span style="color: red;">■</span> Att narkotikaklassade preparat försvinner från patienternas läkemedelsskåp	3. Möjlig	4. Allvarlig	12

## 2 Uppföljning

### 2.1 Administration

#### 2.1.1 Att vi inte följer upp biståndsbeslut

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig	
Avstämning av antal beslut som inte är omprövade i tid.	Ta fram underlag och stämma av - tillfälle 1.	☹ Större avvikelser	2020-03-31	Maria Eck	
<b>Metod</b> Underlag tas fram från Procapita över fattade biståndsbeslut enl. SoL.	<b>Kommentar</b>				
	<b>Insats</b>		<b>Antal beslut som ej följts upp i tid</b>		
	Boendestöd		3		
	Kontaktperson LSS		3		
	Dagvård		1		
	Hemtjänst		8		
	Kontaktperson SOL		1		
	Korttidsboende		3		
	Ledsagarservice		4		
	Mattjänst		3		
	Trygghetslarm		6		
<b>Totalt</b>		<b>32</b>			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	För perioden 2020-01-01 – 2020-03-31 finns 32 beslut som inte följts upp i tid, vilket är en fördubbling av beslut som ej följts upp i tid, jämfört med föregående uppföljning. 8 beslut har dröjt mellan 10-84 dagar. Beslutet på 84 dagar är hemtjänst. Resterande ligger under 10 dagar.			
	Ta fram underlag och stämma av - tillfälle 2	☹ Större avvikelser	2020-06-30	Maria Eck
	<b>Kommentar</b>			
	<b>Beslut som inte följts upp i tid</b>			
	Daglig verksamhet LSS	1		
	Boendestöd	9		
	Dagverksamhet SOL	1		
	Kontaktperson LSS	3		
	Personlig assistans	1		
	Dagvård	3		
	Hemtjänst	11		
	Kontaktperson SOL	1		
	Korttidsboende	5		
	Mattjänst	2		
	Trygghetslarm	5		
	<b>Totalt</b>	<b>44</b>		



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig																
	<p>Under perioden 2020-04-01 – 2020-06-30 är det 44 beslut som inte följts upp i tid. Det är 12 fler än vid föregående genomgång.</p> <p>20 beslut har inte följts upp på 1-9 dagar</p> <p>22 beslut har inte följts upp på 10-245 dagar. Det är beslut om boendestöd som har flest antal dagar där uppföljning inte gjorts.</p>																			
	Ta fram underlag och stämma av - tillfälle 3	☹ Större avvikelser	2020-09-30	Maria Eck																
	<b>Kommentar</b>																			
	<table border="1"><tbody><tr><td>Hemtjänst</td><td>5</td></tr><tr><td>LSS daglig verksamhet</td><td>2</td></tr><tr><td>Boendestöd</td><td>7</td></tr><tr><td>Kontaktperson</td><td>1</td></tr><tr><td>Korttidsboende</td><td>2</td></tr><tr><td>Mattjänst</td><td>3</td></tr><tr><td>Trygghetslarm</td><td>5</td></tr><tr><td><b>Totalt</b></td><td><b>25</b></td></tr></tbody></table>				Hemtjänst	5	LSS daglig verksamhet	2	Boendestöd	7	Kontaktperson	1	Korttidsboende	2	Mattjänst	3	Trygghetslarm	5	<b>Totalt</b>	<b>25</b>
Hemtjänst	5																			
LSS daglig verksamhet	2																			
Boendestöd	7																			
Kontaktperson	1																			
Korttidsboende	2																			
Mattjänst	3																			
Trygghetslarm	5																			
<b>Totalt</b>	<b>25</b>																			
	<p>Under perioden 1 juli-30 september 2020 är det 25 beslut som inte följts upp i tid. Det är 6 ärenden där beslut nytt beslut dröjt mellan 23-87 dagar. Dessa beslut rör boendestöd, daglig verksamhet samt hemtjänst. Resterande 19 beslut har dröjt mellan 1-16 dagar.</p>																			





Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig																																	
	Ta fram underlag och stämma av, tillfälle 4	☹ Större avvikelser	2020-12-31	Maria Eck																																	
	<b>Kommentar</b>																																				
	<table border="1"><thead><tr><th>Beslut</th><th>Antal</th><th>Intervall</th></tr></thead><tbody><tr><td>Boendestöd</td><td>4</td><td>6-30 dagar</td></tr><tr><td>LSS boende barn och unga</td><td>1</td><td>384 dagar</td></tr><tr><td>Dagvård</td><td>1</td><td>11 dagar</td></tr><tr><td>Hemtjänst</td><td>7</td><td>3-29 dagar</td></tr><tr><td>Kontaktperson SOL</td><td>2</td><td>6-8 dagar</td></tr><tr><td>Korttidsboende</td><td>1</td><td>1 dag</td></tr><tr><td>Mattjänst</td><td>2</td><td>5-29 dagar</td></tr><tr><td>Trygghetslarm</td><td>2</td><td>8-29 dagar</td></tr><tr><td>Pers.ass</td><td>1</td><td>7 dagar</td></tr><tr><td><b>Summa:</b></td><td><b>21</b></td><td></td></tr></tbody></table>				Beslut	Antal	Intervall	Boendestöd	4	6-30 dagar	LSS boende barn och unga	1	384 dagar	Dagvård	1	11 dagar	Hemtjänst	7	3-29 dagar	Kontaktperson SOL	2	6-8 dagar	Korttidsboende	1	1 dag	Mattjänst	2	5-29 dagar	Trygghetslarm	2	8-29 dagar	Pers.ass	1	7 dagar	<b>Summa:</b>	<b>21</b>	
Beslut	Antal	Intervall																																			
Boendestöd	4	6-30 dagar																																			
LSS boende barn och unga	1	384 dagar																																			
Dagvård	1	11 dagar																																			
Hemtjänst	7	3-29 dagar																																			
Kontaktperson SOL	2	6-8 dagar																																			
Korttidsboende	1	1 dag																																			
Mattjänst	2	5-29 dagar																																			
Trygghetslarm	2	8-29 dagar																																			
Pers.ass	1	7 dagar																																			
<b>Summa:</b>	<b>21</b>																																				
	I kvartal 3 var 25 beslut inte uppföljda i tid. Vid kontroll kvartal 4 var det 21 beslut som inte var uppföljda i tid.																																				

### 2.1.2 Att styrdokument som socialnämnden tagit beslut om inte upprättas eller uppdateras

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Översyn av de styrdokument nämnden ansvarar för.	Årlig kontroll och sammanställning av styrdokument	😊 Mindre avvikelser	2020-12-31	Jenny Ardell
<p><b>Metod</b> Kontroll att alla nämndens styrdokument är aktuella och gällande, samt uppdaterats eller reviderats enligt beslut.</p>	<p><b>Kommentar</b> En kontroll har gjorts av de styrdokument som socialnämnden beslutat om. Det gäller handlingsplaner, riktlinjer och regler. Olika avtal, kontrakt, avgifter eller andra beslut som beslutats av nämnd ingår ej i kontrollen. Uppföljning har gjorts på de 18 identifierade beslut och/eller handlingar från föregående kontroll. Det har också genomförts en genomlysning av nya beslut som fattats under 2020.</p> <p>Resultatet visar att fem av sex handlingsplaner som identifierades 2019 är gällande. Tre av dessa planer (tillsynsplan gällande tillsyn av detaljhandel av tobaksvaror, MER-plan, intern kontrollplan) revideras från år till år. Vård- och omsorgsplan har en giltighet fram till år 2030 och handlingsplan för framtidens socialnämnd är gällande fram till år 2023. Kommunikationsplan "Årets frivilliginsats" har varit gällande under år 2020.</p> <p>Åtta av de elva identifierade riktlinjerna är gällande och har uppdaterats eller reviderats vid tillfälle mellan åren 2017-2020. I dagsläget finns inga upprättade styrdokument (riktlinjer) för biståndsbedömning utifrån LSS-lagstiftning samt för förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre. Riktlinjerna för anhörigstöd behöver högst sannolikt revideras i samband med att organisationen för anhörigstödet ses över. Reglerna för årets frivilliginsats är gällande efter revidering 2020.</p> <p>Utöver ovanstående styrdokument har tre styrande beslut tillkommit under 2020. En "Samverkansplan för barns bästa" har upprättats och antagits i socialnämnd under året. "Tillsynsplan för kommunens tillsyn av alkohollagen 2020" har reviderats och antagits. Det har också tagits ett beslut på att en "... åtgärdsplan för att minska sjukfrånvaron inom hemtjänsten, nattenheten och Linden" ska tas fram. Detta är under pågående arbete inom förvaltningen.</p> <p>Resultatet blir mindre avvikelser då eventuellt tre riktlinjer samt en åtgärdsplan behöver upprättas eller revideras.</p>			

## 2.2 Ekonomi

### 2.2.1 Verksamheterna håller inte sin budgetram

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av verksamhetens ekonomiska resultat.	Första uppföljningen	☹ Mindre avvikelser	2020-03-31	Sandra Magnusson
<b>Metod</b> Följa upp föregående kvartalsresultat av pengar ut och pengar in för att tidigare indikera riktning och möjliggöra ekonomisk styrning.	<b>Kommentar</b>			
	Utfallet för första kvartalet visar på ett överskott för nämnden totalt. Negativa avvikelser finns inom LSS personlig assistans barn- och unga samt särskilt boende, hemtjänst och sjuksköterskor och ekonomiskt bistånd.			
	Andra uppföljningen	😊 Inga avvikelser	2020-06-30	Sandra Magnusson
	<b>Kommentar</b>			
	Nämnden redovisar en positiv avvikelse mot den totala budgetramen.			
	Tredje uppföljningen	😊 Inga avvikelser	2020-09-30	Sandra Magnusson
<b>Kommentar</b>				
Budgeten för nämnden visar på ett överskott för perioden och följer helårsprognosen på ett överskott även vid årets slut.				
Fjärde uppföljningen	😊 Inga avvikelser	2020-12-31	Sandra Magnusson	
<b>Kommentar</b>				
Nämnden uppvisar ett överskott för 2020 med 3 297 tkr och håller därmed sin budgetram.				

## 2.3 Personal

### 2.3.1 Hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Ta fram statistik för sjukfrånvaro, per enhet.	Uppföljning 1	☹ Större avvikelser	2020-06-30	Maria Eck
<p><b>Metod</b> Gå in i Personec och ta fram uppgifter om sjukfrånvaro.</p>	<p><b>Kommentar</b> Den ackumulerade sjukfrånvaron per sista juni 2020 är 10,83 för Socialförvaltningen totalt. Vid senaste kontrollrapportern 2019 var siffran 8,39 och därmed en ökning för 2020. Det finns en svårighet i att värdera siffrorna för första halvåret i och med rådande pandemi och rekommendationen att stanna hemma vid minsta symptom.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialförvaltningen totalt 10,83%</li> <li>• Oxelgården 7,16 %</li> <li>• Linden 13,68 %</li> <li>• Hemtjänst 9,73 %</li> <li>• HSL/natt 11,59 %</li> <li>• HSL 8,46 %</li> <li>• Natten 15,65 %</li> <li>• Socialpsykiatri 27,38 %</li> <li>• Hasselbacken 17,94 %</li> <li>• Daglig verksamhet 10,78 %</li> <li>• Kastanjen 16,65 %</li> <li>• IFO 6,98 %</li> </ul>			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Uppföljning 2	☹ Större avvikelser	2020-12-31	Maria Eck
	<b>Kommentar</b> Den ackumulerade sjukfrånvaron per sista november 2020 är 10,13 %, totalt för socialförvaltningen. Det är en mindre förbättring från den senaste kontrollen, per sista juni 2020, då sjukfrånvaron låg på 10,83 %. Här nedan redovisas sjukfrånvaron per enhet:			
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oxelgården 9,81 %</li><li>• Linden 13,56 %</li><li>• Hemtjänst 9,38 %</li><li>• HSL 7,69 %</li><li>• Daglig verksamhet 7,55 %</li><li>• Hasselbacken/Socialpsykiatri 16,04 %</li><li>• Kastanjen 14,81 %</li><li>• IFO 5,47 %</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	2020-06-30	Jenny Ardell
<p><b>Metod</b> Inhämta och analysera de åtgärder som vidtagits på varje enhet.</p>	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Fem av åtta enheter har redovisat att det genomförts ett aktivt arbete med sjukfrånvaron. Det som lyfts fram är att det tas en skyndsam kontakt med den sjukskrivne, efter några få dagar från sjukskrivningsdatum. Rehabiliteringssamordnaren kontaktas vid behov och planering för återkommande rehabiliteringssamtal görs efter sex frånvarotillfällen/år. Regionhälsan involveras vid behov. Det har också initierats planering för och/eller anpassningar av arbetsuppgifter.</p> <p>Utöver ovanstående insatser som är riktat till den enskilde så har sjukfrånvaron funnits med som en punkt på APT. Diskussioner har skett enskilt och i grupp om förhindrande av arbetsrelaterad sjukskrivning samt vad en hälsosam arbetsplats kan vara. Det har också uppmuntrats att nyttja friskvårdsbidraget.</p> <p>Vidare har en enhet uppmärksammat att det finns planer på att införa hälsokontroller och se över rutiner för hur sjukfrånvaron hanteras. Det kommer också ske en analys av faktorer som stärker trivsel och välmående.</p>			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisning av resultat, uppföljning 2	😊 Inga avvikelser	2020-12-31	Jenny Ardell
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Samtliga enhetschefer följer upp sjukfrånvaro med ett telefonsamtal efter ett fåtal dagar, eller snabbare, efter anmäld frånvaro. Vid 4-6 sjukskrivningstillfällen genomförs rehabiliteringssamtal, i samverkan med personalspecialist. Kontakt tas med regionhälsan vid behov. Vid långtidsfrånvaro skapas en åtgärdsplan med olika åtgärder som ska leda till att medarbetaren kan återgå till arbete. Det kan till exempel handla om att få stöd i vidare kontakter eller se över arbetspassens förläggning, längd samt lättnad i arbetsuppgifter.</p> <p>Flera chefer lyfter upp enhetens sjukfrånvaro på APT, alternativt genomför andra samtal om sjukfrånvaro/frisknärvaro på arbetsplatsen.</p> <p>Under 2020 har antalet tillfällen med korttidsfrånvaro ökat, till följd av restriktioner utifrån smittspridning av Covid-19. Personal har behövt stanna hemma vid minsta symptom samt behövt vara hemma i väntan på provsvar. Det har också förekommit korttidsfrånvaro som inte är knutet till Covid-19. I två enheter (Linden och hemtjänsten) har utredningar och analyser av återkommande korttidsfrånvaro påbörjats. Enheterna har i en kartläggning bland annat identifierat orsaker knutet till milda symptom, fysiska eller psykiska besvär. Det finns också planer på att se över grupperns situation och belastning i relation till AML:s krav på organisation av arbetet, med hänsyn tagen till medarbetarnas förmåga och kapacitet avvägt den belastning de möter i sitt dagliga (eller nattliga) arbete.</p> <p>Resultatet blir inga avvikelser för att enheterna hanterar sjukfrånvaro enligt gällande rutiner. Det som i sammanhanget är viktigt att lyfta fram är att förvaltningen fortsätter ha hög frånvaro och att ytterligare åtgärder behöver införas, utöver de gällande rutinerna, för att sjukfrånvaron ska minska.</p>			

## 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	😊 Inga avvikelser	2020-06-30	Jenny Ardell
<b>Metod</b> Inhämta underlag från enhetschef, gör en sammanställning och redovisa vilka utredningar som gjorts samt vilka eventuella åtgärder och förbättringsåtgärder som vidtagits.	<b>Kommentar</b> Fem av åtta enheter har rapporterat att ett fåtal synpunkter och förbättringsförslag har inkommit till enhetschefernas kännedom. Det har handlat om verksamhetsspecifika insatser som berört brukare eller personal. Dessa har hanterats eller åtgärdats direkt av enhetschef. Två förbättringsförslag finns en mer långtgående planering för. Ett klagomål inkom som ledde till en Lex Sarah-utredning. Åtgärder har vidtagits utifrån resultat av utredningen.  Resultatet av kontrollen blir inga avvikelser baserat på det arbete som genomförts men förvaltningen har ett utvecklingsarbete framför sig inom området.			
	Gör sammanställning - tillfälle 2	😊 Inga avvikelser	2020-12-31	Jenny Ardell
	<b>Kommentar</b> Tre av åtta enheter (Daglig verksamhet, Hasselbacken, Oxelgården) har rapporterat att det inte inkommit några klagomål eller förbättringsförslag. I övriga enheter (HSL, IFO, Kastanjen) har inkomna klagomål hanterats med åtgärderna möten/samtal med klagolämnare eller anhöriga samt flytt av personal, till följd av en Lex Sarah utredning. I en enhet (Hasselbacken) hanteras förslag som en del av det löpande utvecklingsarbetet med medverkan från brukare, anhöriga eller god män. I annan enhet (IFO) finns det en tydlig arbetsgång hur klagomål som lämnas till IVO, som sedan vidarebefordras till verksamheten, hanteras. I två enheter (Hemtjänsten, Linden) finns det planer på att utveckla arbetet genom enkätutskick, revidering av material samt se över kommunikationsvägarna.  Utifrån ovanstående redovisning blir resultatet inga avvikelser.			



### 2.4.2 Att genomförandeplaner inte upprättas och följs upp enligt författningskrav och framtagna riktlinjer

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av aktuella genomförandeplaner.	Gör sammanställning av antal genomförandeplaner.	☹ Större avvikelser	2020-12-31	Maria Eck
<b>Metod</b> Inhämta underlag från enhetschef, gör en sammanställning och redovisa resultat (inom LSS, SÄBO och hemtjänst).	<b>Kommentar</b> Granskning av 10 % verkställighetsjournalerna har genomförts inom särskilt boende, hemtjänst och LSS. Resultaten varierar mellan enheterna. LSS är vid granskningen godkänd i sin helhet. På särskilt boende syns en förbättring främst gällande genomförandeplanerna och till viss del även i den löpande dokumentationen. Hemtjänsten behöver arbeta vidare med samtliga delar kring dokumentationen.  I granskningen kontrolleras om det finns en upprättad genomförandeplan, dess innehåll om den har följts upp. I denna risk har också den löpande journaldokumentationen kontrollerats. Det som granskats är om ett ärende kan följas över tid och om händelser av betydelse finns dokumenterade.  Bedömningen är sammantaget större avvikelse, även om vissa enheter är godkända.			

### 2.4.3 Att journal enligt SoL, LSS, HSL ej förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Genomgång av journaler (10 %).	Redovisning av resultat	☺ Mindre avvikelser	2020-06-30	Monika Gustavsson Maria Eck
<b>Metod</b> Journalgranskning enligt utarbetad mall.	<b>Kommentar</b> Social dokumentation (LSS och SOL) visar på större avvikelser inom SOL d.v.s. särskilt boende och hemtjänst. Ärenden går inte att följa över tid i de sociala journalerna. Genomförandeplaner beskriver inte i tillräcklig omfattning hur en insats ska utföras eller hur den enskilde deltagit i planeringen.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>Den löpande dokumentation som ska göra det möjligt att läsa sig till vad som har varit och vad som eventuellt är planerad är mycket bristfällig inom SOL.</p> <p>Inom LSS, bostad med särskild service kan ärenden följas, genomförandeplaner finns och uppdateras. Löpande dokumentation är tillräcklig för att kunna följa vad som hänt och vad som planeras. LSS verksamheten får godkänt.</p> <p>HSL-journalerna visar på mindre avvikelser. Journalerna är svåra att överblicka och det verkar inte finnas konsensus i framförallt sjuksköterskegruppen om var och hur man dokumenterar. Vissa journaler saknar häsohistoria och uppdaterat status vilket gör att man som vikarierande sjuksköterska får svårare att få en bild av patienten.</p>			
	Redovisning av resultat	😊 Mindre avvikelser	2020-12-31	Monika Gustavsson
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>HSL-journaler (ungefär 10 %) är granskade och visar en generell förbättring sedan föregående granskning men det är fortfarande en del brister. Det är framförallt uppdaterad vårdstatus som saknas. När det gäller hälsoanamnes, samtycken visar granskningen en förbättring.</p> <p>Resultatet av granskning av journaler inom Sol och LSS är noterat under risken "Att genomförandeplaner inte upprättas eller följs upp enligt författningskrav och framtagna riktlinjer".</p>			

#### 2.4.4 Att narkotikaklassade preparat försvinner från patienternas läkemedelsskåp

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Regelbunden kontroll i läkemedelsskåp.	Redovisning av resultat	😊 Inga avvikelser	2020-06-30	Monika Gustavsson
<b>Metod</b> Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka. Sammanställs av MAS.	<b>Kommentar</b> Kontroller i buffertförrådet och i patienternas läkemedelsförråd visar inga avvikelser			
	Redovisning av resultat	😊 Inga avvikelser	2020-12-31	Monika Gustavsson
	<b>Kommentar</b> Narkotikakontroller görs regelbundet och har inte visat några avvikelser under 2020			

#### 2.5 Slutsatser av uppföljning

Riskerna hög sjukfrånvaro, att vi inte följer upp biståndsbeslut samt att genomförandeplaner inte upprättas eller följs upp enligt författningskrav och framtagna riktlinjer har fått resultatet *större avvikelser*.

Riskerna att styrdokument som socialnämnden tagit beslut om inte upprättas eller uppdateras samt att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav har fått resultatet *mindre avvikelser*.

Riskerna arbetet med att vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro, klagomål och förbättringsförslag i verksamheten förs inte vidare utan stannar hos mottagaren, verksamheterna håller inte sin budgetram samt att narkotikaklassade preparat försvinner från patienternas läkemedelsskåp har fått resultatet *inga avvikelser*.

## 2.6 Åtgärder

### *Att vi inte följer upp biståndsbeslut*

Vid denna uppföljning fanns det 21 beslut som inte var uppföljda i tid. Det är en mindre förbättring från föregående uppföljning (sista september; 25 beslut) men värdet är ändå fortfarande högt. Den största anledningen till detta är på grund av personalbrist och ett ökat tryck från sjukhuset. Under slutet av november 2020 avslutade två biståndshandläggare sin anställning. Detta har inneburit att biståndgruppen varit en ordinarie handläggare på 100 % samt en handläggare som varit en extra resurs (som skulle fokuserat på uppföljningarna) kort. Det har också funnits ett ökat tryck från sjukhuset med personer som behövt komma hem och som har haft behov ut av många insatser. Detta har tagit mycket tid för handläggarna som behövt prioritera dessa ärenden.

### *Att styrdokument som socialnämnden tagit beslut om inte upprättas eller uppdateras*

Resultatet av denna uppföljning landade på att eventuellt tre riktlinjer samt en åtgärdsplan behöver upprättas eller revideras. Det har inte identifierats några politiska beslut på att de tre riktlinjerna ska upprättas men besluten har funnits med i diskussion så det kan finnas ett behov av att upprätta/revidera riktlinjer för att tydliggöra arbetsmetoderna. En åtgärdsplan för arbetet med sjukfrånvaro är under pågående arbete.

### *Hög sjukfrånvaro i förvaltningen*

Den ackumulerade sjukfrånvaron för hela socialförvaltningen per sista november 2020 var 10,13 %. Det är en mindre förbättring från den senaste kontrollen, per sista juni 2020, då sjukfrånvaron låg på 10,83 %. Sjukfrånvaron skiljer sig mycket mellan enheterna och vid denna kontroll var det tre enheter som hade högre frånvaro, från 13, 56 % eller högre. Förvaltningen har i samverkan med personalspecialist påbörjat flera aktiva åtgärder för att sänka sjukfrånvaron, bland annat mer kontinuerliga uppföljningar, enskilda intervjuer, kontakt med Regionhälsan och arbetsmiljöarbete. Detta arbete fortlöper under 2021.

### *Att genomförandeplaner inte följs upp eller upprättas enligt författningskrav och framtagna riktlinjer*

#### *Att journal enligt SoL, LSS ej förs enligt författningskrav*

I granskningen av journaler och genomförandeplaner på de särskilda boendena syns en förbättring (från föregående kontroll) främst gällande genomförandeplanerna och till viss del även i den löpande dokumentationen. Hemtjänsten behöver arbeta vidare med samtliga delar kring dokumentationen. Enheterna kommer fortsätta ta upp dokumentationen på arbetsplatsträffarna samt ha mer kontinuerliga kontroller på genomförandeplanerna.

*Att journal enligt HSL ej förs enligt författningskrav*

Kontrollen påvisar en generell förbättring sedan föregående granskning (per sista juni 2020), med det finns fortfarande en del brister.

Enheten har under hösten 2020 gått igenom dokumentation på planeringsdag. Det fanns också planer på kollegial granskning men detta har inte kunnat genomföras på grund av den rådande pandemin. Planerade förbättringsåtgärder är presentera resultatet av granskningen och ta upp detta för diskussion bland legitimerad personal. Övergången från Procapita till Lifecare kommer, på sikt, också att förenkla och förbättra dokumentationen.