



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	11
2.3	Personal.....	13
2.4	Verksamhetspecifik	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.

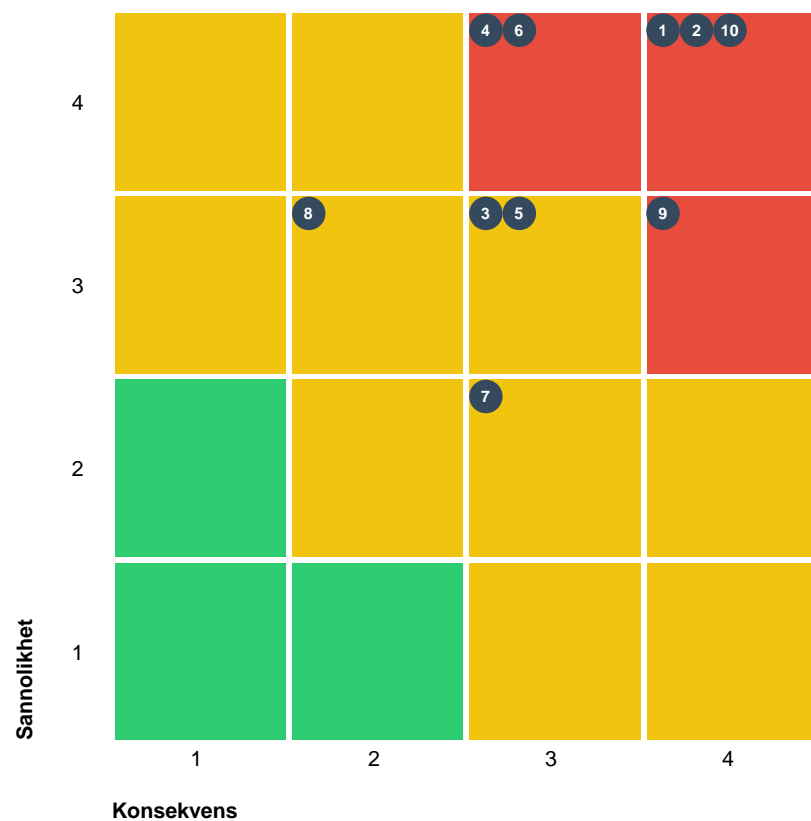
Varje år beslutar kommunstyrelsen om några särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin interna kontroll för det kommande året. Kontrollplanerna ska antas i samband med beslut om MER-plan och innehålla:

- 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 antages 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 administration, ekonomi, personal, 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)

6 Kritisk 4 Medium Totalt: 10



Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1 ■ Att biståndsbeslut inte omprövas i tid	4. Sannolik	4. Allvarlig	16
	2 ■ Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	4. Allvarlig	16
	3 ■ Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	3. Kännbar	9
	4 ■ Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
Ekonomi	5 ■ Att verksamheterna inte håller sin budgetram	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Personal	6 ■ Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	7 ■ Att arbetet med att följa upp och vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen uteblir	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
Verksamhetsspecifik	8 ■ Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner.	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	9 ■ Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	10 ■ Att basala hygien- och klädregler inte följs	4. Sannolik	4. Allvarlig	16



2 Uppföljning

2.1 Administration

2.1.1 Att biståndsbeslut inte omprövas i tid

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av antal beslut som inte är omprövade i tid. Gäller beslut under aktuell period samt bakåt i tiden.	Redovisas på socialnämnd	☹ Större avvikelser	2021-03-31	Maria Eck
Metod Underlag tas fram från verksamhetssystemet Procapita/Lifecare.	Kommentar Vid denna kontroll var det sju olika insatser, totalt 21 beslut, som inte följts upp i tid. Tolv beslut har inte följts upp på 1–3 dagar, åtta beslut på 6–21 dagar och ett beslut på 252 dagar.			
	Insats		Antal beslut som ej följts upp i tid	
	Hemtjänst		7 (1–17 dagar)	
	Korttidsboende		5 (1–17 dagar)	
	Boendestöd		3 (1–21 dagar)	
	Trygghetslarm		3 (2–10 dagar)	
	Personlig assistans		1 (252 dagar)	
	Mattjänst		1 (3 dagar)	
	Ledsagarservice		1 (1 dag)	
Totalt		21		



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig																								
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-06-30	Maria Eck																								
	Kommentar Vid denna kontroll var det sex olika insatser, totalt 16 beslut, som inte följts upp i tid. När det gäller boendestödbesluten finns ett intervall på 2–79 dagar, det beror på att det ibland är svårt att få kontakt med brukarna för en uppföljning. Sedan förra kontrollen så har antalet beslut som inte följts upp i tid minskat och antalet dagar i fördröjning likaså. Det är tydligt vid uttaget av uppgifter att handläggarna arbetar aktivt för att uppföljning ska ske i tid.																											
	<table border="1"><thead><tr><th>Beslut</th><th>Antal</th><th>Dagar</th></tr></thead><tbody><tr><td>Korttidsboende</td><td>3</td><td>1–2 dagar</td></tr><tr><td>Boendestöd</td><td>6</td><td>2–79 dagar</td></tr><tr><td>Trygghetslarm</td><td>2</td><td>2–12 dagar</td></tr><tr><td>Hemtjänst</td><td>3</td><td>1–2 dagar</td></tr><tr><td>Kontaktperson</td><td>1</td><td>22 dagar</td></tr><tr><td>Daglig verksamhet</td><td>2</td><td>7–19 dagar</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>16</td><td></td></tr></tbody></table>				Beslut	Antal	Dagar	Korttidsboende	3	1–2 dagar	Boendestöd	6	2–79 dagar	Trygghetslarm	2	2–12 dagar	Hemtjänst	3	1–2 dagar	Kontaktperson	1	22 dagar	Daglig verksamhet	2	7–19 dagar	Totalt	16	
Beslut	Antal	Dagar																										
Korttidsboende	3	1–2 dagar																										
Boendestöd	6	2–79 dagar																										
Trygghetslarm	2	2–12 dagar																										
Hemtjänst	3	1–2 dagar																										
Kontaktperson	1	22 dagar																										
Daglig verksamhet	2	7–19 dagar																										
Totalt	16																											
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-09-30	Maria Eck																								
	Kommentar Vid denna kontroll var det åtta olika insatser, totalt 18 beslut, som inte följts upp i tid. Besluten har inte följts upp på mellan 1–125 dagar. Tolv beslut har inte följts upp på 1–10 dagar, resterande beslut mellan 30–125 dagar. Det har skett en mindre ökning av antalet beslut sedan föregående kontroll (18 beslut sista juni 2021).																											



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-12-31	Maria Eck
	Kommentar Vid denna kontroll var det sju olika insatser, totalt 9 beslut, som inte följts upp i tid. Besluten har inte följts upp på mellan 1–150 dagar. Det är 3 beslut som går 10 dagar över uppföljningsdatum. Antalet beslut som inte följts upp i tid har halverats sedan senaste mätningen.			
	Beslut	Antal	Dagar	
	Insatser i ordinärt boende	3	7–150	
	Daglig verksamhet	1	1	
	Boendestöd	1	2	
	Kontaktperson SOL	1	3	
	SoL Korttidsboende	1	38	
	Kontaktperson LSS	1	4	
	Daglig verksamhet	1	8	
	Totalt	9		



2.1.2 Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-06-30	Maria Eck
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet ProCapita/Lifecare.	Kommentar			
	Kommentar Totalt har 32 verkställighetsjournaler granskats inom LSS och SoL, granskningen avser genomförandeplaner och journalanteckningar. Urval har skett genom att söka fram upprättade genomförandeplaner i det nya verksamhetssystemet Lifecare. Denna gång är urvalet endast baserat på nya upprättade planer. Inga nya planer har upprättats eller uppdaterats i det gamla systemet efter mars 2021. Samtliga granskade nya planer kan godkännas, dock finns det inte upprättade genomförandeplaner på alla brukare ännu men arbetet är på god väg. Inom socialpsykiatri kan samtliga granskade godkännas. Inom dagverksamheten finns inga genomförandeplaner upprättade, dock finns löpande dokumentation. Inom hemtjänsten som ännu inte gått över till nytt verksamhetssystem kunde ingen av de 10 granskade journalerna godkännas. Hemtjänstens dokumentation ska ske i Procapita fram till hösten 2021. Löpande dokumentation saknas i tillräcklig omfattning Den samlade bedömningen blir större avvikelse dock syns en pågående utveckling inom våra verksamheter och en förbättring syns redan nu. I mitten av maj var samtliga verksamheter över i det nya systemet och hemtjänsten kommer in under hösten.			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-12-31	Maria Eck
	Kommentar 25 SoL journaler har granskats varav 11 av 25 är godkända. Särskilt boende har väsentligen förbättrat sin dokumentation. De upprättade genomförandeplanerna är bra och den löpande dokumentationen har förbättrats. Hemtjänsten och dagverksamheten hade vid kontrolltillfället inga upprättade genomförandeplaner på de kontrollerade brukarna och inte heller löpande dokumentation i tillräcklig omfattning. Boendestöd har bra dokumentation genomgående.			



2.1.3 Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av LSS.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-06-30	Maria Eck
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet ProCapita/Lifecare.	Kommentar Totalt har 32 verkställighetsjournaler granskats inom LSS och SOL, granskningen avser genomförandeplaner och journalanteckningar. Urval har skett genom att söka fram upprättade genomförandeplaner i det nya verksamhetssystemet Lifecare. Inga planer har upprättats eller följts upp i det gamla systemet sedan mars 2021, därav urvalet. Inom bostad med särskild service och daglig verksamhet godkänns samtliga granskade journaler. Dock har inte alla brukare upprättade planer än. Den löpande dokumentationen bedöms var i tillräcklig omfattning. Personlig assistans behöver upprätta genomförandeplaner och löpande dokumentation.			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-12-31	Maria Eck
	Kommentar Inom LSS granskades 8 journaler varav 4 godkändes. Bostad med särskild service har bra genomförandeplaner och löpande dokumentation i tillräcklig omfattning, en granskad journal saknade dock genomförandeplan. På daglig verksamhet granskades tre journaler och samtliga saknade genomförandeplan.			



2.1.4 Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler som omfattas av HSL.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-06-30	Monika Gustavsson
Metod Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån verksamhetssystemet ProCapita/Lifecare.	Kommentar Förbättringar sedan föregående journalgranskning. Men det är relativt stora skillnader mellan enheterna och några områden kräver större insatser för att få en godkänd dokumentation. Enhetschef för HSL och sjuksköterskorna vars journaler är granskade är meddelade sina egna resultat.			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-12-31	Monika Gustavsson
	Kommentar Återigen förbättringar sedan föregående granskning. Men det finns ett fåtal journaler som inte är godkända. Vi behöver också arbeta vidare med att dokumentera samtycken.			

2.2 Ekonomi

2.2.1 Att verksamheterna inte håller sin budgetram

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av verksamhetens ekonomiska resultat.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2021-03-31	Ulrika Gonzalez Hedqvist
Metod Följa upp föregående kvartalsresultat av pengar ut och pengar in för att tidigare indikera riktning och möjliggöra ekonomisk styrning.	Kommentar Nämnden redovisar totalt sett ett överskott för perioden. Underskott finns dock inom Särskilt boende (Linden), Assistans LSS samt ekonomiskt bistånd. Pandemin påverkar fortfarande då flera enheter har en begränsad verksamhet och därmed en lägre kostnad. Kommunen får fortfarande ersättning från staten för en viss del av sjuklönekostnaden.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2021-06-30	Ulrika Gonzalez Hedqvist
	Kommentar Nämnden visar totalt sett ett överskott för perioden. Underskott finns dock inom Särskilt Boende (Linden), Assistens LSS (Kastanjen). Även IFO visar underskott främst vad gäller ekonomiskt bistånd men också vad gäller Övriga insatser för Vuxna. Flera enheter dras fortfarande med höga vikariekostnader, vilket delvis kan hänföras till Covid.			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2021-09-30	Ulrika Gonzalez Hedqvist
	Kommentar Nämnden redovisar totalt sett ett överskott. Underskott finns dock inom LSS, Särskilt Boende (Linden), Assistens LSS, samt hos IFO:s placeringar och ekonomiskt bistånd. Flera verksamheter har under året fått statliga bidrag som har hjälpt under tider med höga vikariekostnader.			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-12-31	Ulrika Gonzalez Hedqvist
	Kommentar Nämnden uppvisar ett mindre underskott för 2021 med 221 tkr och har därmed gått över sin budgetram.			



2.3 Personal

2.3.1 Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Ta fram statistik för sjukfrånvaro, per enhet.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-06-30	Carina Åkesson
Metod Gå in i Personec och ta fram uppgifter om sjukfrånvaro.	Kommentar Uppgifterna är från juni 2021.			
	<ul style="list-style-type: none">• SOF totalt: 12, 0%• Oxelgården: 12, 91 %• Linden: 13, 31 %• Hemtjänsten: 14, 76 %• Hälso- och sjukvård: 8, 37 %• Daglig verksamhet: 12, 25 %• Hasselbacken/Socialpsykiatrin: 12, 9 %• Kastanjen/Personlig assistans: 14, 5 %• Individ- och familjeomsorg: 2, 72 %			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2021-12-31	Carina Åkesson
	Kommentar Uppgifterna är från oktober 2021:			
	<ul style="list-style-type: none">• SOF totalt: 11,43%• Oxelgården: 11,1%• Linden: 13,33 %• Hemtjänsten: 13,15%• Hälso- och sjukvård: 8,47 %			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none">Daglig verksamhet: 11,43 %Hasselbacken/Socialpsykiatri: 17,5%Kastanjen/Personlig assistans: 15,1 %Individ- och familjeomsorg: 4,63 % <p>Sjukfrånvarostatistik har redovisats på alla årets socialnämndens sammanträden under 2021. Numera redovisas även sjukfrånvaron kopplat till intervall/antal dagar.</p>			

2.3.2 Att 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.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2021-06-30	Carina Åkesson
Metod Inhämta och analysera de åtgärder som vidtagits på varje enhet, i dialog med enhetschef.	Kommentar Rutin vid upprepad korttidsfrånvaro är skapad och antagen. Här är det av största vikt att det blir tidiga insatser från företagshälsovård eller vårdcentral. Arbetsanpassning har påbörjats i två rehab-ärenden, vilket innebär att dessa medarbetare erbjuds andra tjänster. Ekonomiskt stöd från Arbetsförmedlingen är ansökt och beviljat i ett av dessa ärenden. Vi ser även över möjligheten om det behövs utbildningar etc. och söker då medel via Omställningsfonden. På en av arbetsplatserna har enhetschefen stärkt upp med extra personal under sommaren för att minska stress och press bland medarbetare. Detta är en arbetsplats med hög sjukfrånvaro sedan en längre tid. Samtal genomförs kontinuerligt med personalspecialist och chefer där det finns medarbetare med frekvent sjukfrånvaro, eller har medarbetare med långa sjukskrivningar. Som arbetsgivare är det viktigt att medarbetare får de bästa förutsättningar för att kunna må bra på arbetet.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2021-12-31	Carina Åkesson
	Kommentar Åtgärder som vidtagits för att minska sjukfrånvaron är bland annat: <ul style="list-style-type: none">• Rutin vid upprepad korttidsfrånvaro. Denna rutin beskriver tydligt de steg som behöver tas för att starta upp en tidig rehabilitering.• Adato, nytt verktyg för att underlätta för ansvariga chefer att komma igång med rehabiliteringsarbetet. Adato implementerades i augusti/september. I samband med implementeringen/utbildningen så fick alla chefer tillgång till systemet. I Adato finns det tillgång till rutiner, mallar etc. Cheferna får även påminnelser från systemet om det finns medarbetare med hög sjukfrånvaro, samt att systemet påminner när det är dags att sätta in åtgärder.			

2.4 Verksamhetspecifik

2.4.1 Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagen rutin.

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställa hur synpunkter och förslag hanterats enligt framtagen rutin.	Redovisas på socialnämnd	😐 Mindre avvikelser	2020-12-31	Jenny Ardell
Metod Inhämta underlag från enhetschef.	Kommentar Ny rutin arbetades fram under hösten (i Lifecare) och kommunicerades i ledningsgrupp i november 2021. Inga synpunkter, förbättringsförslag eller klagomål har registrerats enligt kontroll som genomfördes i början av januari 2022. Med tanke på att ny rutin inte varit framtagen under större delen av året och att kontroll genomfördes kort efter framtagen rutin kan det finnas skäl till att rutinen inte är helt implementerad i verksamheterna.			



2.4.2 Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Regelbunden kontroll i läkemedelsförråd.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-06-30	Monika Gustavsson
Metod Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka. Sammanställs av MAS.	Kommentar			
	En mindre mängd (10 st. sömntabletter) av narkotikaklassade läkemedel har inte kunnat redovisas. Troligen utlämnad till patient men är inte avskriven i förrådet. Extra kontroller är vidtagna och inga fler avvikelser har setts.			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-12-31	Monika Gustavsson
	Kommentar			
	Under sommaren upptäcktes att det försvunnit vid fyra olika tillfällen narkotikaklassade läkemedel ur buffertförråd på en av våra enheter. Detta har gjort att vi installerat skåp i förråden för narkotikaklassade läkemedel med spårningsfunktion. Vilket gör att det kommer att bli enklare att utreda vid framtida svinn. Efter sommaren har inga ytterligare brister registrerats.			

2.4.3 Att basala hygien- och klädregler inte följs

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll på om basala hygien- och klädregler följs av omvårdnadspersonal	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-06-30	Monika Gustavsson
Metod Punktprevalensmätning av utsett hygienombud.	Kommentar			
	Punktprevalens mätning är gjord under våren. Vi ligger i nivå med rikets snitt. Klädreglerna följs bättre än basala hygienregler. Förvaltningens resultat har förbättrats sedan mätningen hösten 2020. Resultatet är redovisat för enhetscheferna som också har fått sitt enhetsresultat.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2021-12-31	Monika Gustavsson
	Kommentar Stora skillnader mellan enheterna. Förvaltningens totala resultat med rätt i alla delar som mäts är 64% av observationerna. Vilket är något sämre sedan våren 2021 men bättre än hösten 2020. Enheternas resultat varierar från 10% till 79% rätt i alla delar.			

2.5 Slutsatser av uppföljning

Riskerna "Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav", "Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav" och "Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen" har fått resultatet *större avvikelser*.

Riskerna "Att biståndsbeslut inte omprövas i tid", "Att verksamheterna inte håller sin budgetram", "Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav", "Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner", "Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd" och "Att basala hygien- och klädregler inte följs" har fått resultatet *mindre avvikelser*.

Riskerna "Att arbetet med att följa upp och vidta åtgärder avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen uteblir" och har fått resultatet *inga avvikelser*.

2.6 Åtgärder

Att journal enligt SoL, LSS och HSL inte förs enligt författningskrav

Förbättringar av dokumentationen, i genomförandeplan och i den löpande journalhanteringen, har skett under året men det finns fortfarande stora utvecklingsområden inom SoL och LSS. Det har varit en stor omställning för enheterna att gå över till nytt verksamhetssystem (Lifecare) och detta arbete kommer fortskrida under 2022. Varje enhet har ett dokumentationsombud som ska vara behjälplig i området. Inom HSL har det skett fler förbättringar sedan föregående kontroll.



Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Förvaltningen ligger kvar på en hög nivå gällande sjukfrånvaron, totalt för hela förvaltningen. Stora skillnader finns mellan enheterna. Rutin finns framtagen för korttidsfrånvaro. Ökad smittspridning av Covid-19 påverkar. Förvaltningen har också lyft behov av stöd på en kommunövergripande nivå.

Att biståndsbeslut inte omprövas i tid

Det har skett en stor förbättring av antal biståndsbeslut som inte omprövats i tid under året. Det är vid denna kontroll få beslut som inte följts upp i tid, och utifrån att det är fler faktorer som inverkar bakom uppföljningarna (och att det är mycket svårt att nå ett nollresultat) så är detta ett mycket positivt resultat. Enheten fortsätter att arbeta aktivt med uppföljningarna.

Att verksamheterna inte håller sin budgetram

Socialnämnd har överskridit sin budget med ett mindre underskott.

Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagen rutin

Rutin blev framtagen sent på året och verksamheterna har med stor sannolikhet inte haft möjlighet att implementera denna nya arbetsmetod. Det här är ett utvecklingsområde för förvaltningen under 2022.

Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd

Åtgärder har införts under hösten utifrån att ett antal händelser inträffade under sommaren. Inga nya försvinnanden har registrerats efter det.

Att basala hygien- och klädregler inte följs

Förbättringar har skett men det finns stora skillnader mellan enheterna. Förvaltningen kommer behöva fortsätta arbeta aktivt med området.