



Lekebergs  
kommun

# Åtgärdsplan

utifrån avvikelser i intern kontrollrapport  
per sista december 2021

## Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	<b>3</b>
<b>Risk: Att journal enligt SoL och LSS inte förs</b> .....	<b>4</b>
<b>enligt författningskrav</b> .....	<b>4</b>
<i>Resultat</i> .....	4
<i>Åtgärder</i> .....	4
<b>Risk: Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen</b> .....	<b>5</b>
<i>Resultat</i> .....	5
<i>Åtgärder</i> .....	5
<b>Risk: Att biståndsbeslut inte omprövas i tid</b> .....	<b>6</b>
<i>Resultat</i> .....	6
<i>Åtgärder</i> .....	6
<b>Risk: Att verksamheterna inte håller sin budgetram</b> .....	<b>7</b>
<i>Resultat</i> .....	7
<i>Åtgärder</i> .....	7
<b>Risk: Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav</b> .....	<b>8</b>
<i>Resultat</i> .....	8
<i>Åtgärder</i> .....	8
<b>Risk: Att basala hygien- och klädregler inte följs upp</b> .....	<b>9</b>
<i>Resultat</i> .....	9
<i>Åtgärder</i> .....	9
<b>Risk: Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd</b> .....	<b>10</b>
<i>Resultat</i> .....	10
<i>Åtgärder</i> .....	10
<b>Risk: Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner</b> .....	<b>10</b>
<i>Resultat</i> .....	11
<i>Åtgärder</i> .....	11

## Bakgrund

Socialnämnden har utifrån beslut i KS 2022-03-15 fått i uppdrag att ”redovisa en mer detaljerad åtgärdsplan för de kontrollmoment som har avvikelser”, utifrån intern kontrollrapport per sista december 2021. De kontrollmoment som vid uppföljningen fick resultatet större avvikelser respektive mindre avvikelser är:

### Större avvikelser

- Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav
- Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav
- Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen

### Mindre avvikelser

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

Denna rapport syftar till att presentera åtgärder som ska vidtas för att systematiskt förbättra utfallen samt motverka att nya avvikelser uppstår. Fullständiga uppgifter om riskerna, till exempel hur riskerna följs upp, redovisas i intern kontrollplan 2021.

## Risk: Att journal enligt SoL och LSS inte förs enligt författningskrav

### Resultat

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *större avvikelser*. Vid kontrolltillfället (november 2021) var det totalt 33 journaler som granskades inom de båda lagrummen.

Antalet journaler som blev godkända landade på 15, av totalt 33. Skillnader fanns mellan enheterna. De enheter som fick bra resultat hade många upprättade genomförandeplaner av fullgod kvalitet. Det har också skett förbättringar av den löpande dokumentationen sedan föregående kontroller. De enheter som fick sämre resultat saknar många upprättade genomförandeplaner. Den löpande dokumentation var inte tillräcklig i sin omfattning.

### Åtgärder

De åtgärder som presenterades i samband med intern kontrollrapport per sista december 2021 var att fortlöpande genomföra omställningsarbete; byte av verksamhetssystem, med kompletterande insatser. De dokumentationsombud som finns på enheterna ska vara behjälpliga i området; med de individuella genomförandeplanerna och den löpande journalhanteringen. Under 2021 och början av 2022 har socialförvaltningen genomfört en omfattande insats vid införande av nytt verksamhetssystem. Det nya verksamhetssystemet möjliggör en förbättrad dokumentation och i samband med införandet har personal fått utbildningar och genomgångar. Särskilda ombud, som ska hjälpa och vägleda övrig personal, har tillträtt i verksamheterna.

Socialförvaltningen genomför kontinuerliga uppföljningar av dokumentationen. Journalgranskningar finns med som kontrollmoment i MER-plan och i Intern kontrollplan och följs då upp i samband med prognosrapporteringar och kontrollrapporteringar, tre gånger per kalenderår. Vid behov genomförs granskningar med efterföljande dialog utöver de politiskt beslutade ramarna.

Resultatet vid journalgranskningarna inför prognosrapport 1 (april 2022) och delårsbokslutet (augusti 2022) visar på stora förbättringar men också skillnader mellan enheterna. Två av de större enheterna hade vid det första kontrolltillfället en måluppfyllnad på 110 % respektive 79 %. Tre andra enheter 83 % respektive 44 %. Den enhet med bäst resultat hade 100 % måluppfyllnad vid båda granskningarna och enheten med sämst resultat 20 % respektive 26 % måluppfyllnad. Det är en tiondel slumpmässigt utvalda brukare per enhet som kontrolleras. Det kan vid granskningstillfället tillkommit nya brukare, vilket kan inverka på resultaten då fullständig plan inte hunnit upprättas. Hela granskningen visar ändå på en stor förbättring sedan föregående kontroller. Det har tidigare saknats många upprättade genomförandeplaner vilket nu finns i högre omfattning inom de flesta verksamheter. Den löpande dokumentationen har förbättrats stort.

**Åtgärderna framåt blir:**

Åtgärd	Ansvarig
Fortsätta upprätta genomförandeplaner av god kvalitet	Enhetschef
Fortsätta utveckla löpande dokumentation av god kvalitet	Enhetschef
Fortsätta kompetensutveckla dokumentationsombud	Ledningsgrupp
Ha kontinuerliga genomgångar av dokumentationen med personalgrupper	Enhetschef
Fortsätta genomföra regelbundna journalgranskningar	Ledningsgrupp

## Risk: Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen

### Resultat

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *större avvikelser*. I rapporten redovisas sjukfrånvaron för oktober 2021 som då landade på 11,43 %, totalt för hela socialförvaltningen. Även här presenteras skillnader mellan enheterna, som lägst 4,63 % och som högst 17,5 %.

### Åtgärder

De åtgärder som presenterades i samband med uppföljningen i december var att det fanns rutin för hantering av upprepad korttidsfrånvaro samt att nytt verktyg införts för att stödja cheferna i arbetet med frånvaron. Rutinen beskriver de steg som behöver tas för att starta upp en tidig rehabilitering. Verktuget (Adato) underlättar ansvariga chefer att komma i gång med rehabiliteringsarbetet, bland annat med påminnelser vid hög sjukfrånvaro och när det bör tillfogas åtgärder.

Sjukfrånvaron har svängt med både ökade och minskade utfall i olika perioder och mellan olika enheter. Att vi också haft en pandemi som delvis står som bakomliggande orsak till resultatet gör värdena än mer svåra att analysera. Socialförvaltningen har med hjälp av HR-avdelningen fått i uppdrag att redovisa frånvaron mer precist, till exempel uppdelade uppgifter på långtidsfrånvaro och korttidsfrånvaro samt kostnader för verksamheterna. Detta för att kunna identifiera riskfaktorer i högre grad. Vid uppföljningen i samband med prognosrapport 1 redovisade socialförvaltningen en sjukfrånvaro på 10,9 % för mars månad. Skillnaderna mellan enheterna varierade mellan 3,62 % som lägst och 15,1 % som högst. Vid en uppföljning i augusti 2022 redovisade förvaltningen en sjukfrånvaro på 11,22 % (ackumulerat januari-juni 2022).

Vi ser en positiv trend sedan rapporteringen i december 2021 men vissa enheter sticker ut med högre frånvaro. Sett över tid kan förvaltningen se indikationer på att det finns flera bakomliggande orsaker till att sjukfrånvaron är och har varit hög.

Det sker idag en samverkan mellan socialförvaltningen och HR-avdelningen i området. De åtgärder som nyligen presenterats av personalspecialist (i samband med prognosrapport 1

2022) är fortsatt arbete med verktyget Adato och vid behov genomföra samtalsstöd, trepartssamtal samt ta hjälp av Regionhälsan. I oktober kommer Sunt arbetsliv bistå med resurser mot målet att kommunen ska få friskare arbetsplatser. HR-avdelningen har också på en kommunövergripande nivå påbörjat ett arbete med åtgärdsplan för sjukfrånvaro.

#### Åtgärderna framåt blir:

Åtgärd	Ansvarig
Fortsätta identifiera och analysera riskfaktorer knutet till sjukfrånvaron	Ledningsgrupp/HR
Frekvent använda verktyget Adato och genomföra åtgärder efter rutin	Enhetschef
Följa upp att rutinen för sjukfrånvaro efterlevs	Ledningsgrupp/HR
Fortsätta samverka med HR-avdelning när ytterligare insatser behövs	Enhetschef
Nyttja de kommunövergripande resurser som erbjuds	Ledningsgrupp
Upprätta gemensam strategi för frisknärvaro med HR-avdelning	Ledningsgrupp
Fortsätta genomföra regelbundna kontroller av sjukfrånvaron	Ledningsgrupp/HR

## Risk: Att biståndsbeslut inte omprövas i tid

### Resultat

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *mindre avvikelser*. Vid kontrolltillfället (november 2021) var det 9 beslut, inom 7 olika insatser, som inte följts upp i tid. Besluten har inte följts upp på mellan 1–150 dagar. Tre av dessa beslut passerade 10 eller fler dagar efter uppföljningsdatum. Resterande beslut följdes upp innan 10 dagar passerat.

### Åtgärder

Rapporteringen i december 2021 redovisar att det har skett förbättringar över tid gällande biståndsbeslut som inte omprövas i tid. 9 beslut är trots avvikelserna ett relativt bra resultat då det många gånger finns förklarliga anledningar till att biståndsbesluten inte kan omprövas den dag som är registrerad. Brukare som är svåra att nå/inte vill bli kontaktade och beslut som ligger kvar i väntan på nytt beslut är två exempel på detta. I uppföljningen per sista mars 2022 redovisar förvaltningen ett resultat på 11 beslut som inte omprövats i tid. Majoriteten av besluten hade 1 dags fördröjning, i fyra av besluten gick det inte att nå brukarna i tid men två beslut hade en försening på 104 - 151 dagar.

I den senaste granskningen, genomförd i augusti, är det endast 1 beslut som inte följts upp i tid. Detta visar att enheten arbetar aktivt med besluten, utifrån rutin och med bland annat regelbundna och gemensamma genomgångar av besluten.

**Åtgärderna framåt blir:**

Åtgärd	Ansvarig
Fortsätta arbeta aktivt enligt rutin med bl.a. kontinuerliga och gemensamma genomgångar av beslut	Enhetschef
Fortsätta genomföra regelbundna kontroller av ej uppföljda beslut	Ledningsgrupp

## Risk: Att verksamheterna inte håller sin budgetram

### Resultat

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *mindre avvikelser*. Vid denna uppföljning uppvisade nämnden ett mindre underskott på 221 tkr. Underskott fanns inom fem enheter. Ett överskott fanns inom tre andra ansvarsområden som till stor del balanserade upp underskottet. Det största underskottet bestod till stor del av placeringskostnader.

### Åtgärder

Prognosen, utifrån den ekonomiska uppföljningen som gjordes inför prognosrapport 1 2022, är ett underskott på 1650 tkr vid årets slut. Underskott finns främst inom personalkostnader, placeringar och personlig assistans. Det finns dock flera aspekter av osäkerhet i prognosen, dels på grund av en hög korttidsfrånvaro som kan fortskrida, dels en osäkerhet i samband med placeringar och LSS-ärenden under utredning. Prognosen tog hänsyn till bidrag om 2,1 mkr som inte hade bekräftats, vilket vid rapportskrivningen bekräftades med 2,6 mkr.

Socialförvaltningen har möjlighet att hämta in en mindre summa (ca 300 tkr) i en period med vakanta tjänster. Lediga platser inom särskilt boende medför att färre vikarier behöver tillsättas. Övriga områden som inverkar stort på budgetutfallet är likt ovan beskrivet personalkostnader och placeringar. Placeringskostnader är svårt att förutse och kan medföra stora underskott. Personalkostnader har förvaltningen en större påverkan på.

Socialförvaltningen har på socialnämndens sammanträde 2022-05-25 fått i uppdrag att redovisa en åtgärdsplan för budget i balans. Fler eller mer utvecklade åtgärder kommer presenteras i denna plan.

**Åtgärderna framåt blir:**

Åtgärd	Ansvarig
Fortsätta med månatliga genomgångar med ekonom om bl.a. åtgärder där det behövs	Enhetschef/ekonom/ förvaltningschef
Arbeta aktivt med scheman för att minska övertid och fyllnadstid	Enhetschef
Använda timvikarier i högre utsträckning för att förhindra övertid	Enhetschef
Anpassa bemanning efter beläggning i verksamheterna	Enhetschef

## Risk: Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav

**Resultat**

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *mindre avvikelser*. Av de journaler som granskades vid kontrolltillfället (november 2021) var det ett fåtal journaler som inte blev godkända. Det fanns brister i dokumentation av samtycken.

**Åtgärder**

Journalgranskningen genomförd våren 2022 kan inte riktigt jämföras med föregående års resultat. Alla patienter blev överförda till det nya verksamhetssystemet först under mitten på mars. Historiska uppgifter finns kvar i det gamla systemet. Det nya verksamhetssystemet är annorlunda uppbyggt, har andra rubriker som delvis försvårar att jämföra resultat över tid. De journalgranskningar som är gjorda sedan hösten 2019 visar ändå på succesivt förbättrade resultat men har trots det inte nått upp till godkända nivåer i alla delar.

Det nya verksamhetssystemet överensstämmer mer med de krav som finns på god dokumentation, vilket skapar förutsättningar för fler förbättringar. Övergången till det nya verksamhetssystemet har lyfts upp och diskuterats med HSL-personal på APT under hela våren 2022. Separata möten med dokumentationsombud har skett kontinuerligt. Då kort tid passerat sedan övergången behövs tid till implementering så att alla legitimerade kan känna sig trygga med hur och var anteckningarna ska göras. HSL-journalen är också mer komplext uppbyggd är journalen för baspersonal/enhetschef och tar därför längre tid att implementera.



**Åtgärderna framåt blir:**

Åtgärd	Ansvarig
Genomföra utbildning för legitimerad personal	MAS/Enhetschef
Resultat av granskningar tas upp med ansvariga för respektive journal	Enhetschef
Fortsatt fokus på dokumentation på HSL-träffar med legitimerade	MAS/MAR
Genomföra regelbundna träffar med dokumentationsombud för att få konsensus i innehåll samt se över de checklistor som är utarbetade	MAS/MAR
Fortsätta genomföra regelbundna journalgranskningar	MAS/MAR

**Risk: Att basala hygien- och klädregler inte följs****Resultat**

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *mindre avvikelser*. Förvaltningens totala resultat, med rätt i alla kontrollerade delar, var 64 %. Enheternas resultat varierade från 10 % till 79 % rätt i alla delar.

**Åtgärder**

Observationsstudierna i korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler som genomfördes under 2021 landade på ett resultat i linje med rikets genomsnitt. Studien som gjordes våren 2022 visade på ett försämrat resultat; 52,4 % för förvaltningen totalt, vilket är sämre än rikets snitt. Stora variationer finns mellan enheterna (10 - 80% korrekt i alla delar av riktlinjen).

Det åligger enhetscheferna att riktlinjerna tydliggörs och efterlevs av medarbetarna. Hygienombuden har också en viktig roll. Ombuden har fått och kommer fortsätta få utbildning av hygiensjuksköterska samt kallas till regelbundna träffar. Resultatet har vid flera tillfällen diskuterats på socialförvaltningens ledningsgrupp då förslag och redskap för implementeringsarbetet har visats.

**Åtgärderna framåt blir:**

Åtgärd	Ansvarig
Fortsätta genomföra regelbundna kontroller för att identifiera avvikelser	MAS
Genomföra kontinuerliga genomgångar av regler, rutiner i personalgrupper	Enhetschef
Vid behov nyttja MAS som resurs i verksamheterna	Enhetschef

## Risk: Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd

### Resultat

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *mindre avvikelser*. Under en period (sommaren 2021) försvann det narkotikaklassade läkemedel vid fyra olika tillfällen från ett buffertförråd på en av enheterna. Utifrån dessa händelser installerades det låsbara skåp med spårningsfunktion. Inga ytterligare brister registrerades efter denna installation.

### Åtgärder

Utifrån den vidtagna åtgärden beskriven ovan har det försvårats att narkotikaklassade läkemedel försvinner från de gemensamma förråden. Inga nya brister har uppkommit efter detta utifrån resultat efter kontrollräkning.

Under våren 2022 har enstaka brister uppstått i patienternas läkemedelsskåp dit baspersonal med delegering har tillträde. Planering pågår att uppdatera även dessa läkemedelsskåp med spårbarhet. Detta kan påbörjas först under 2023 och kommer vara en betydande åtgärd för att motverka att fler avvikelser registreras framledes.

#### Åtgärderna framåt blir:

Åtgärd	Ansvarig
Installera skåp med spårningsfunktion på samtliga läkemedelsskåp, med start av skåp innehållande narkotikaklassade preparat	Enhetschef
Genomföra kontroller för att identifiera eventuella avvikelser	MAS

## Risk: Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutin

## Resultat

Resultatet som redovisas i intern kontrollrapport per sista december 2021 är *mindre avvikelser*. Kontroll av inkomna synpunkter, förbättringsförslag eller klagomål genomfördes januari 2022. Vid den tidpunkten hade inget av ovanstående registrerats i verksamhetssystemet.

## Åtgärder

Utifrån att få synpunkter, förbättringsförslag eller klagomål tidigare har dokumenterats arbetades det fram en ny rutin för socialförvaltningen hösten 2021. Denna lyftes upp för information i ledningsgrupp i november 2021. Ny kontroll av inkomna ärenden genomfördes augusti 2022 med ett resultat på sex registrerade synpunkter eller klagomål. Dessa har lämnats av myndighet, medborgare, personal och anhörig, och berör tre av socialförvaltningens enheter. I verksamhetssystemet går det att utläsa vad ärendet berör, åtgärder samt tidpunkt för registrering och avslut.

Sex ärenden med ovanstående information är en förbättring sedan första kontrolltillfället men det finns fortfarande oklarheter kring om synpunkter, klagomål eller förbättringsförslag inkommer eller hanteras (dokumenteras) på korrekt sätt. Rutinen har inte funnits under en längre tid så en bakomliggande orsak kan vara att rutinen inte är tillräckligt implementerad i verksamheterna.

### Åtgärderna framåt blir:

Åtgärd	Ansvarig
Genomföra kontinuerliga genomgångar med personalgrupper, ledningsgrupp	Enhetschef
Genomföra fler kontroller av inkomna ärenden	Ledningsgrupp