

# Internkontrollrapport 3

## Socialnämnden

## Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll .....	3
1.1	Riskbedömningsmatris.....	4
2	Uppföljning.....	6
2.1	Administration .....	6
2.2	Personal.....	14
2.3	Verksamhetsspecifik .....	15
2.4	Slutsatser av uppföljning.....	19
2.5	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 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

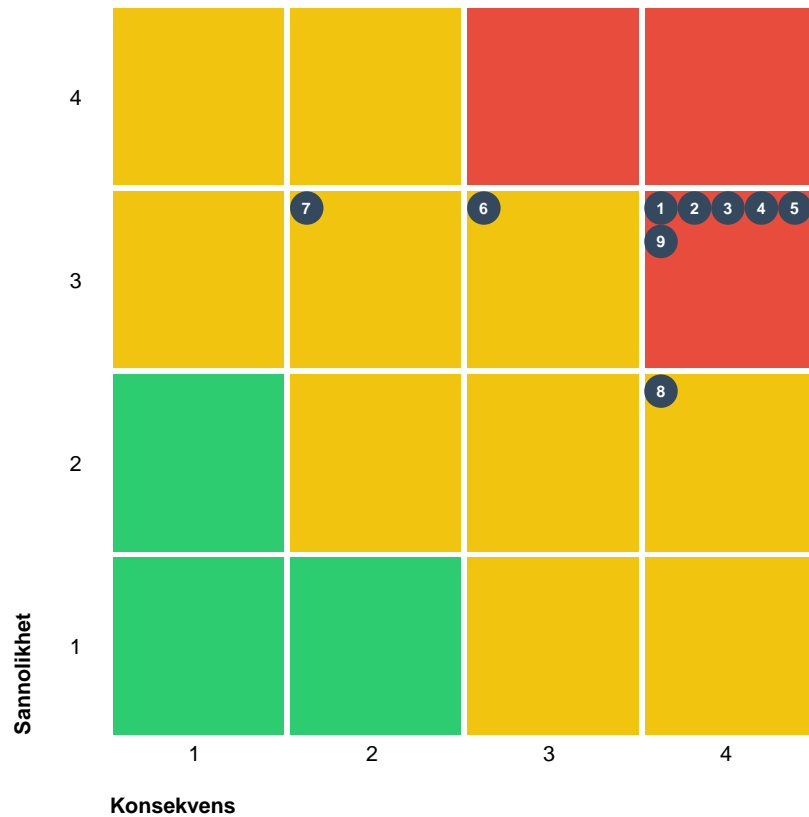
Respektive nämnd har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen och att regler och anvisningar antages för den interna kontrollen.

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:

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)

6 Kritisk 3 Medium Totalt: 9

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1 <span style="color: red;">■</span> Att biståndsbeslut inte omprövas i tid	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	2 <span style="color: red;">■</span> Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	3 <span style="color: red;">■</span> Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	4 <span style="color: red;">■</span> Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	5 <span style="color: red;">■</span> Att anmälningar inte hanteras omedelbart och att inte en skyddsbedömning genomförs inom 24h	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
Personal	6 <span style="color: yellow;">■</span> Att verksamheterna inte arbetar aktivt med optimal schemaplanering	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Verksamhetsspecifik	7 <span style="color: yellow;">■</span> Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner.	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	8 <span style="color: yellow;">■</span> Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsskåp	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8
	9 <span style="color: red;">■</span> Att det inte genomförs fullständig registrering inom kvalitetsregister BPSD	3. Möjlig	4. Allvarlig	12

## 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.	Kontroll 1 - biståndsbeslut	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-03-31	Kristina Michaelsen
<b>Metod</b> Underlag tas fram från verksamhetssystemet Lifecare.	<b>Kommentar</b> Mindre avvikelser som beror på att handläggaren inte har fått tag i brukare för uppföljning. Brukaren har exempelvis kunnat vara inlagd på sjukhus. Ytterligare en omständighet är att biståndsgruppen har haft hög arbetsbelastning och samtidigt har en ny handläggare varit under upplärning, jan, feb och mars 2024. Framöver kommer den nya handläggaren kunna arbeta mer självständigt vilket kommer innebära att IFO kommer att hinna ha tätare uppföljningar. Åtgärd: En av handläggarna drar ut uppföljningarna inför varje månad. Ärenden fördelas efter personnummer (handläggare har personnummerindelning). Uppföljningarna planeras in av handläggarna och följs upp löpande under perioden.			
	Kontroll 2 - biståndsbeslut	<input checked="" type="radio"/> Inga avvikelser	2024-12-31	Kristina Michaelsen
	<b>Kommentar</b> Följs upp i tid.			

#### 2.1.2 Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
----------------	-------------	--------	-----------	----------

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.	Kontroll 1 - Journal (SoL)	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-03-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
<b>Metod</b> Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare.	<b>Kommentar</b> <u>Linden</u> Har genomförandeplaner som dock inte är uppdaterade enligt rutin. <u>Oxelgården</u> Har genomförandeplaner som är uppdaterade enligt rutin. <u>Hemtjänsten</u> Verksamheten har börjat arbeta med genomförandeplaner och uppdaterar dessa enligt rutin. Åtgärder: Dokumentationsutbildning är påbörjad i mars 2024 och genomfördes tillsammans med flera sydnärkekommuner. Dokumentationsutbildningar har genomförts under kv2. Dokumentationsombuden kommer att utbilda alla kollegor i respektive verksamhet inom både SoL och LSS.			
	Kontroll 2 - Journal (SoL)	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-07-01	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
	<b>Kommentar</b> <u>Linden</u> Har genomförandeplaner som dock inte är uppdaterade enligt rutin. <u>Oxelgården</u> Har genomförandeplaner som är uppdaterade enligt rutin. <u>Hemtjänsten</u> Verksamheten har börjat arbeta med genomförandeplaner och uppdaterar dessa enligt rutin.			
	Kontroll 3 - Journal (SoL)	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-12-31	Eldin Memic



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p><b>Kommentar</b></p> <p><u>Linden</u></p> <p>Våning 1 – 16 brukare (10% ≈ 1,6 brukare)</p> <p><b>Kontroll 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Journalanteckningar:</b> Uppdaterade.</li><li>○ <b>Genomförandeplan:</b> Uppföljningsdatum 241017, men ingen uppföljning gjord och ingen ny genomförandeplan upprättad.</li></ul> <p><b>Kontroll 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Allt är uppdaterat enligt rutin.</li><li>○ Ansvarig för uppföljning är angiven.</li><li>○ Nästa uppföljning ska ske 250217.</li></ul> <p>Våning 2 – 19 brukare (10% ≈ 1,9 brukare)</p> <p><b>Kontroll 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Saknar genomförandeplan.</li><li>○ <b>Journalanteckning:</b> Uppdaterad.</li><li>○ <b>Verkställt beslut:</b> Daterat 241022.</li></ul> <p><b>Kontroll 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Har en genomförandeplan, men den är inte uppdaterad enligt uppföljningsdatum 231106.</li><li>○ Ingen dagsaktuell genomförandeplan.</li><li>○ <b>Journalanteckning:</b> Uppdaterad.</li></ul> <p><u>Oxelgården</u></p> <p>A-hus – 23 brukare (10% ≈ 2,3 brukare)</p> <p><b>Kontroll 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Uppdaterad och aktuell genomförandeplan.</li><li>○ Uppdaterad journalanteckning.</li></ul>			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p><b>Kontroll 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uppdaterad och aktuell genomförandeplan.</li> <li>○ Uppdaterad journalanteckning.</li> </ul> <p><b>B-hus – 22 brukare (10% ≈ 2,2 brukare)</b></p> <p><b>Kontroll 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uppdaterad och aktuell genomförandeplan.</li> <li>○ Uppdaterad journalanteckning.</li> </ul> <p><b>Kontroll 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uppdaterad och aktuell genomförandeplan.</li> <li>○ Uppdaterad journalanteckning.</li> </ul> <p><b><u>Hemtjänsten</u></b></p> <p>Totalt 317 brukare (10% ≈ 32 brukare)</p> <p><b>Genomförandeplan och fast omsorgskontakt (utdrag för 10 brukare)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har en gammal genomförandeplan från 240413, som är uppföljd enligt rutin. Nytt uppföljningsdatum är inlagt. Saknar fast omsorgskontakt.</li> <li>2. Har en ny och uppdaterad genomförandeplan med uppföljningsdatum. Har fast omsorgskontakt.</li> <li>3. Har en gammal genomförandeplan från 240413, som är uppföljd enligt rutin den 240921. Nytt uppföljningsdatum är inlagt. Saknar fast omsorgskontakt.</li> <li>4. Har uppdaterad genomförandeplan, men saknar fast omsorgskontakt.</li> <li>5. Har uppdaterad genomförandeplan, men saknar fast omsorgskontakt.</li> <li>6. Saknar genomförandeplan och fast omsorgskontakt.</li> <li>7. Har uppdaterad genomförandeplan och har fast omsorgskontakt.</li> <li>8. Har uppdaterad genomförandeplan och har fast omsorgskontakt.</li> <li>9. Har en genomförandeplan daterad 240531 med uppföljningsdatum 240826. Ingen uppföljning är dokumenterad, och ingen ny genomförandeplan har upprättats. Saknar</li> </ol>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>fast omsorgskontakt.</p> <p>10. Har uppdaterad genomförandeplan, men saknar fast omsorgskontakt.</p> <p><b>Sammanfattning</b></p> <p>Hemtjänsten har fast omsorgskontakt och genomförandeplaner för alla brukare, men alla har inte fast omsorgskontakt registrerade i systemet. Internkontrollen visar att vissa genomförandeplaner är gamla och inte har följts upp i tid, och att några vårdtagare saknar registrerad fast omsorgskontakt i systemet. Många genomförandeplaner är dock aktuella och har uppföljningsdatum.</p> <p>I årsredovisningen anges att alla vårdtagare har en fast omsorgskontakt eftersom det är den generella bilden av verksamheten. Internkontrollen visar dock att åtta av de granskade ärendena saknade registrerad fast omsorgskontakt vid granskningstillfället. Vid analys av denna diskrepans framkom att omsorgskontakten i vissa fall inte var registrerad i systemet, men att brukaren ändå hade en fast omsorgskontakt i praktiken. Orsaker inkluderar tidsfördröjning i registreringen av kontaktperson samt att omsorgskontakten inte formellt hade tilldelats i systemet trots att brukaren får insatsen.</p> <p>Verksamheten ser nu över rutinerna för att säkerställa att alla brukare har en registrerad fast omsorgskontakt i verksamhetssystemet och att uppföljningen blir ännu tydligare</p>			

### 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.	Kontroll 1 - Journal (LSS)	⬆️ Inga avvikelser	2024-06-30	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
<b>Metod</b> Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare.	<b>Kommentar</b> Alla granskade journaler inom LSS har genomförandeplaner. Två genomförandeplaner planeras att följas upp i andra halvan av augusti. Vissa granskade journalanteckningar har ingen notering om vad som framkommit efter en viss typ av uppföljning.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Kontroll 2 - Journal (LSS)	 Inga avvikelser	2024-12-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
<p><b>Kommentar</b></p> <p><b>Sammanställning av internkontroll – Granskning av genomförandeplaner och journalanteckningar inom LSS (10% stickprov)</b></p> <p>1. LSS övrigt – 25 brukare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antal granskade (10%):</b> 2,5 brukare.</li> </ul> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bristande journalföring i flera ärenden:</li> </ul> <p><b>Insats:</b> LSS personlig assistent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En brukare saknar journalanteckningar.</li> <li>▪ Senaste journalanteckning är daterad 220830.</li> <li>▪ Ingen registrerad insats.</li> </ul> <p><b>Insats:</b> LSS boende med särskild service och LSS daglig verksamhet (DV)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saknar genomförandeplan.</li> <li>▪ Senaste journalanteckning daterad 181129.</li> </ul> <p><b>Insats:</b> LSS korttillsyn ungdom över 12 år samt LSS personlig assistans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingen genomförandeplan finns.</li> <li>▪ Senaste journalanteckning daterad 240923.</li> </ul> <p>2. Personlig assistans – 8 brukare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antal granskade (10%):</b> 0,8 brukare.</li> </ul> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtliga granskade brukare har en aktuell genomförandeplan, och journalanteckningar är uppdaterade.</li> </ul> <p>3. Kastanjen – 14 brukare</p>				

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antal granskade (10%):</b> 1,4 brukare.</li> </ul> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtliga granskade brukare har en aktuell genomförandeplan, och journalanteckningar är uppdaterade.</li> </ul> <p>4. Hasselbacken – 12 brukare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antal granskade (10%):</b> 1,2 brukare.</li> </ul> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtliga granskade brukare har en aktuell genomförandeplan, och journalanteckningar är uppdaterade.</li> </ul> <p><b>Sammanfattning av internkontrollens resultat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inom <b>LSS övrigt</b> identifierades brister gällande avsaknad av genomförandeplaner och journalanteckningar för specifika insatser, samt mycket gamla journalanteckningar i vissa fall.</li> <li>• <b>Personlig assistans, Kastanjen</b> och <b>Hasselbacken</b> visade sig följa riktlinjerna, där alla granskade brukare har uppdaterade genomförandeplaner och journalanteckningar.</li> </ul>			

#### 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.	Kontroll 1 - Journal (HSL)	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-06-30	Ann-Mari Gustafsson
<b>Metod</b> Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare.	<b>Kommentar</b> Vissa förbättringar har skett sedan föra granskningen och en del värden är relativt oförändrade. Det diskuteras aktivt i sjuksköterske- och arbetsterapeutgruppen hur man kan påvisa att personen är aktiv och delaktig i sin vård och behandling. Det upplevs självklart men kan vara svårt att utläsa. Fortsatt arbete med att förtydliga personcentreringen. Dokumentationen fortsätter att utvecklas samtidigt som Lifecare är mer etablerat än tidigare. Journalsystemet har vissa utmaningar men vi ser en förflyttning i hur legitimerade			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>medarbetare tar sig an dokumentationen.</p> <p>Det finns behov av att fortsätta dokumentationsträffar främst med legitimerade, utveckla frastexter, lathund och manualer för att få en dokumentation som når upp till godkänt och för att få en journal som är översiktbar.</p>			
	Kontroll 2 - Journal (HSL)	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-12-31	Ann-Mari Gustafsson
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Sedan granskningen i våras kan vi se tydliga förbättringar på flera områden och det är nu ett rätt område kvar, vilket är utredandeplan med bakgrundsorsak. Det finns utredandeplaner i stor utsträckning, men det går inte att utläsa varför man startat dessa (bakgrundsorsak). Personens delaktighet beskrivs tydligare gällande på vilket sätt hen har varit delaktig i sin vård. Den största skillnaden är att det nu inte finns några journaler där detta helt saknas, även om det bara är helt uppenbart i 62% av journalerna. Det diskuteras aktivt i sjuksköterske- och arbetsterapeutgruppen hur man kan påvisa att personen är aktiv och delaktig i sin vård och behandling. Det har blivit lättare att utläsa i journalerna, även om det dokumenteras olika. Dokumentationsträffar med legitimerade fortlöper och vi har planerat att, med start våren 2025, genomföra kollegial journalgranskning för att utveckla och likrikta journalföringen.</p>			

### 2.1.5 Att anmälningar inte hanteras omedelbart och att inte en skyddsbedömning genomförs inom 24h

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	Kontroll 1 - Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	<input checked="" type="radio"/> Inga avvikelser	2024-03-31	Kristina Michaelsen
<b>Metod</b> Kontrollera att anmälningarna hanteras omedelbart	<b>Kommentar</b> Inga avvikelser			
	Kontroll 2 - Kontroll gällande	<input checked="" type="radio"/> Inga avvikelser	2024-06-30	Kristina

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare			Michaelsen
	Kontroll 3 - Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	⬆️ Inga avvikelser	2024-12-31	Kristina Michaelsen

## 2.2 Personal

### 2.2.1 Att verksamheterna inte arbetar aktivt med optimal schemaplanering

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Granskning av planering av personal i förhållande till behov i verksamhet.	Kontroll 1 - granskning av planering av personal i förhållande till behov i verksamhet	⬇️ Större avvikelser	2024-06-30	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
<b>Metod</b> Underlag inhämtas från verksamhetssystemet Time Care	<b>Kommentar</b> Två chefer är på plats sedan 12 augusti. Resterande del av aug, sept och okt kommer verksamheten att arbeta med scheman och bemannings optimering tillsammans med planerare och medarbetare.			
	Kontroll 2 - granskning av planering av personal i förhållande till behov i verksamhet	⬆️ Inga avvikelser	2024-12-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
	<b>Kommentar</b> Under hösten 2024 har flera schemaförändringar genomförts för att förbättra hållbarheten och effektiviteten i schemalaggnen. Bland annat planerades en minskning av nattpass och			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>justering av fridagar i enlighet med gällande avtal och arbetstidslagen. En omfattande schemaöversyn har skett för både dag- och nattpass, där turer kortas och omplaceras för att säkerställa dygns- och veckovila som följer arbetstidslagens krav. Målet har varit att samtliga verksamheter i kommunen ska använda samma schemaperioder för att möjliggöra samplanering och skapa jämnare arbetsbelastning över tid. Ett nytt schema väntades vara i bruk från 1 november, både för dag- och nattpersonal.</p> <p>För att stödja denna omstrukturering har nya moduler i schemaplaneringssystemet TimeCare införskaffats, inklusive Controllermodul, Produktionsplanering och Kompetensmodul. Dessa verktyg kommer att ge cheferna bättre kontroll över schemakostnaderna, möjliggöra detaljerade schemaanalyser och säkerställa budgetöverensstämmelse. Dessutom har arbetstidsmättet för nattarbete minskat från 10 till 9 timmar, vilket har minskat behovet av vikarier och frigjort resurser.</p> <p>För att stärka kopplingen mellan schemaplanering, ekonomi och bemanning, har alla medarbetare och chefer inom socialförvaltningen deltagit under hösten i utbildningsinsatser via Bemanningsakademien (BA). Dessutom kommer bemanningshandboken, som ursprungligen togs fram 2021, att uppdateras med nya riktlinjer för schemaläggning och arbetstidsförläggning.</p> <p>Organisationsöversyn pågår parallellt i samtliga verksamheter för att skapa klarhet kring rollfördelningar och arbetsuppgifter dag- och nattetid, med syftet att utveckla effektiva och hållbara rutiner framöver.</p>			

## 2.3 Verksamhetsspecifik

### 2.3.1 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.	Kontroll 1 - klagomål och synpunkter	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-06-30	Karin Botvalde Gremark

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig	
				(borttagen)	
<b>Metod</b> Inhämta underlag från verksamhetssystem (Lifecare) och enhetschef.	<b>Kommentar</b> Kontroll gjordes för perioden 240401-240812. En registrerad klagomål och synpunkt finns daterad 240516. Ingen uppdaterad status har skett i ärendet.				
	Kontroll 2 - klagomål och synpunkter	⬆️	Inga avvikelser	2024-12-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)
	<b>Kommentar</b> <b>Kontrollperiod 240812-241030</b> <b>Sammanfattning av klagomålet</b> En synpunkt inkom från god man, Charlotta Stöltenhielm, den 9 september 2024. Klagomålet rör personal på Lindens vårdboende och deras bemötande samt bristande information om brukares oplanerade sjukhusvistelse. God man upplevde okunskap och ovilja hos personalen att dela information och uttryckte missnöje över att inte ha blivit informerad trots tidigare erfarenheter av att få snabb återkoppling från tjänstgörande sjuksköterska vid akuta händelser. God man önskar att kontaktas och få återkoppling när brukaren återvänder eller om hälsotillståndet förändras <b>Återkoppling</b> Enhetschefen för Linden, Bernitha Karlsson, återkopplade till klagande den 19 september. I återkopplingen meddelar enhetschefen att personalens agerande följde rådande rutin, då informationen om kontakt med god man saknades i brukarens journal. Enhetschefen har nu dokumenterat att god man ska kontaktas vid sjukhusvistelser och förändringar i hälsotillstånd och förmedlat detta till legitimerad personal. <b>Analys av rutinföljande</b> Enligt Socialförvaltningens rutin ska alla klagomål och synpunkter registreras, och enhetschefen ansvarar för att återkoppla till klagande inom fem arbetsdagar. Om ärendet kräver en större utredning ska det även registreras som en avvikelse.				
<b>1. Registrering och hantering:</b> Klagomålet har dokumenterats enligt rutin i KLS, och					



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>enhetschefen har följt upp ärendet med nödvändiga åtgärder.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Återkoppling:</b> Enhetschefen återkopplade till klagande inom en rimlig tid, men det dröjde dock tio dagar istället för de stipulerade fem arbetsdagarna, vilket bör noteras.</li> <li><b>Tydlighet i instruktioner till personal:</b> En åtgärd har nu vidtagits för att säkerställa att god man informeras framöver, vilket stärker kvaliteten i kommunikationen framåt.</li> </ol> <p><b>Slutsats</b> Rutinen har i stort följts, men det finns viss avvikelse i den snabba återkopplingen som rutinen föreskriver.</p> <p><b>Klagomål som inkommit avseende schemaläggning</b> Ett separat ärende gällande synpunkter på schemaläggningen har upprättats i Platina, och två synpunkter inkom den 19 september via mejl. Synpunkterna besvarades samma dag av Socialnämndens ordförande, som bad klagande att kontakta berörda chefer för ett utförligare svar kring schemaläggningen. Eftersom detta bedöms som en verksamhetsfråga och ordförande hänvisar vidare till berörd chef, har själva klagomålet bemötts på ett sätt som är i linje med rutinerna. Klaganden har etablerat en direktkontakt med ordförande, som har besvarat frågan och sedan hänvisat vidare för ytterligare information. Därmed kan denna del ses som hanterad, eftersom ordföranden har svarat och klargjort att verksamhetsfrågorna ligger hos chef att besvara.</p> <p><b>Slutsats</b> Rutinen har följts.</p>			

### 2.3.2 Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsskåp

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Regelbunden kontroll i läkemedelsskåp.	Kontroll 1 - läkemedelsskåp	⬇ Större avvikelser	2024-06-30	Ann-Mari Gustafsson
<b>Metod</b> Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka samt oftare vid behov/händelser. Sammanställs av MAS.	<b>Kommentar</b> Efter åtgärder med speciella narkotikaskåp i läkemedelsrum och dokumentation i Signit så förekommer det ändå att det inte går att härleda var narkotiska preparat tagit vägen. Det är			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	en hög medvetenhet i sjuksköterskegruppen om detta. Då det fortsatt saknas narkotika som inte går att härleda är det ett stort behov av att installera läkemedelsskåp med spårbarhet på alla enheter. Det har framkommit att problem uppstått i samband med installation av dessa. Den nya digitaliseringsledaren har här en tydlig uppgift för att föra detta arbete vidare.			
	Kontroll 2 - läkemedelsskåp	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-12-31	Ann-Mari Gustafsson
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Under sommaren inkom avvikelser gällande att det fattades narkotika i läkemedelsförråd. Visst svinn kunde härledas men visst svinn fanns ingen förklaring till. Under sensommaren och tidig höst har narkotikakontroller gjorts varje vecka av 2 sjuksköterskor på boenden, där läkemedelsförråd finns. Kontrollerna glesades ut när kontrollerna kunde bekräfta att antalet stämde. I slutet av hösten kontrolleras förråden igen 1 gång/månad. Alla sjuksköterskor tar detta på stort allvar. MAS har gjort slumpvisa kontroller och då har det stämt väl.</p>			

### 2.3.3 Att det inte genomförs fullständig registrering inom kvalitetsregister BPSD

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammantagen bedömning, kontroll per enhet i kvalitetsregister BPSD	Kontroll 1 - Att det inte genomförs fullständig registrering inom kvalitetsregister BPSD	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-06-30	Ann-Mari Gustafsson
<p><b>Metod</b></p> <p>Underlag hämtas från kvalitetsregister</p>	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Fullständiga registreringar görs alltid, annars kommer de inte med i registret. Vi önskar dock att registreringarna ökar från nuvarande 21. En BPSD-utbildning genomfördes under våren och ytterligare en planeras till hösten. Under sommaren kommer man troligen inte hinna med fler registreringar.</p>			
	Kontroll 2 - Att det inte genomförs fullständig registrering inom	<input checked="" type="radio"/> Inga avvikelser	2024-12-31	Ann-Mari Gustafsson

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	kvalitetsregister BPSD  <i>Kommentar</i> Under det senaste halvåret har registreringarna i BPSD ökat. 38 registreringar är gjorda på 29 olika personer. Arbetet med att öka antalet registreringar behöver fortsätta under 2025.			

## 2.4 Slutsatser av uppföljning

Slutsatser av uppföljning

### Administration

- **Biståndsbeslut:** Mindre avvikelser uppstår främst på grund av hög arbetsbelastning och nya handläggares upplärning. Detta förväntas förbättras när nya medarbetare arbetar mer självständigt.
- **Journal enligt SoL:** Genomförandeplaner är ofta inte uppdaterade enligt rutin i vissa verksamheter, även om förbättringar skett.
- **Journal enligt LSS:** Vissa brister i journalföring och avsaknad av genomförandeplaner noterades inom specifika insatser. Andra enheter följer riktlinjerna.
- **Journal enligt HSL:** Förbättringar har skett, men brister kvarstår, särskilt gällande dokumentation av bakgrundsorsaker och personens delaktighet i vård.
- **Anmälningar:** Inga avvikelser noterades, och hanteringen av barn som far illa samt vuxna missbrukare följer rutinen.

### Personal

- **Schemaplanering:** Initiala avvikelser noterades, men omfattande förbättringar i schemaläggning har genomförts. Introduktion av nya moduler i planeringssystemet stärker kontroll och effektivitet.

### Verksamhetsspecifik

- **Klagomål och synpunkter:** Rutinerna för hantering av klagomål har i stort följts, men viss fördröjning i återkoppling noterades.
- **Narkotikaklassade preparat:** Brister kvarstår i spårbarhet trots installation av nya läkemedelsskåp. Kontroller har skärpts och medvetenheten är hög.
- **BPSD-register:** Registreringarna har ökat, men ytterligare insatser krävs för att nå målen.

## 2.5 Åtgärder

### Åtgärder

#### Administration

- Bättre planering av uppföljningar genom personnummerindelning och fördelning av ärenden.
- Fortsatt utbildning inom dokumentation för SoL och LSS. Dokumentationsombud ansvarar för att sprida kunskap i respektive verksamhet.
- Fortsatta dokumentationsträffar för HSL-journaler och införande av kollegial granskning våren 2025.

#### Personal

- Implementering av nya moduler i TimeCare-systemet för bättre schemaläggning och budgetkontroll.
- Utbildningar via Bemanningsakademin och uppdatering av bemanningshandboken.
- Organisationsöversyn för tydligare rollfördelning.

#### Verksamhetsspecifik

- Förbättring av rutiner för klagomålshantering och snabbare återkoppling.
- Installation av läkemedelsskåp med bättre spårbarhet på alla enheter. Digitaliseringsledaren ansvarar för att driva arbetet vidare.
- Fortsatt arbete med att öka registreringar i BPSD och planerade utbildningar för att stärka kompetensen.