

Intern kontrollrapport
per sista juni 2021
Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll.....	3
1.1	Riskbedömningsmatris	4
2	Uppföljning.....	6
2.1	Administration	6
2.2	Ekonomi.....	10
2.3	Personal	11
2.4	Verksamhetsspecifik.....	13
2.5	Slutsatser av uppföljning	14
2.6	Åtgärder.....	15

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:

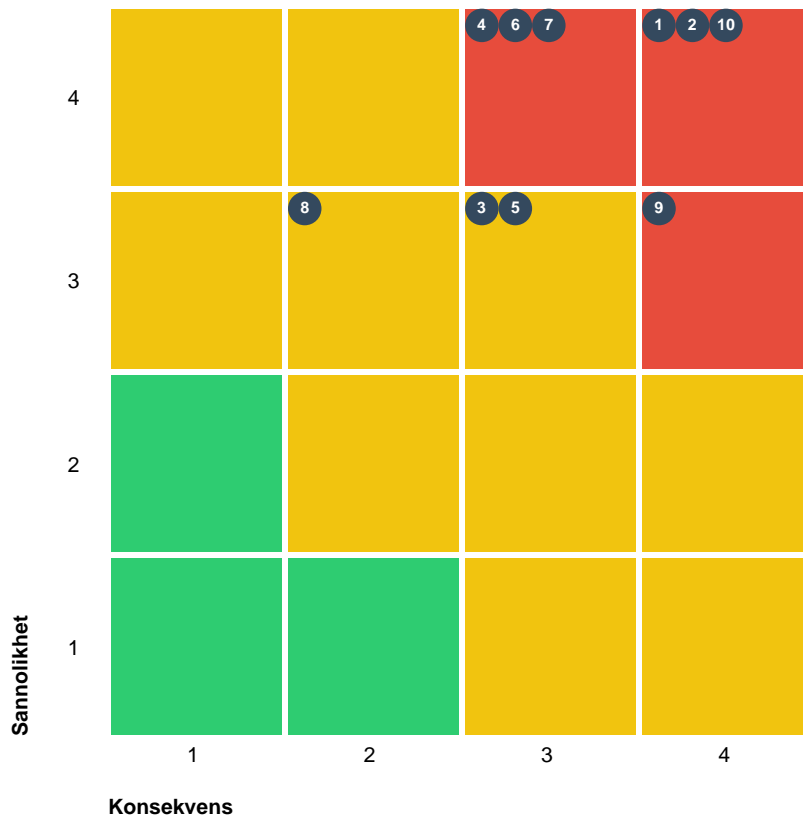
- Vilka rutiner samt vilka kontrollmoment som ska följas upp
- Omfattningen (frekvensen) på uppföljningen
- Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen
- Till vem uppföljningen ska rapporteras
- När rapportering ska ske
- Genomförd riskbedömning

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 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)

7 Kritisk 3 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	4. Sannolik	3. Kännbar	12
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.																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Insats</th> <th>Antal beslut som ej följts upp i tid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hemtjänst</td> <td>7 (1-17 dagar)</td> </tr> <tr> <td>Korttidsboende</td> <td>5 (1-17 dagar)</td> </tr> <tr> <td>Boendestöd</td> <td>3 (1-21 dagar)</td> </tr> <tr> <td>Trygghetslarm</td> <td>3 (2-10 dagar)</td> </tr> <tr> <td>Personlig assistans</td> <td>1 (252 dagar)</td> </tr> <tr> <td>Mattjänst</td> <td>1 (3 dagar)</td> </tr> <tr> <td>Ledsagarservice</td> <td>1 (1 dag)</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>21</td> </tr> </tbody> </table>		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		
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.	☐ Ej påbörjad	2021-09-30	Maria Eck																								
	Redovisas på socialnämnd.	☐ Ej påbörjad	2021-12-31	Maria Eck																								

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 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 socialpsykiatrin 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 avvikelser, 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.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Maria Eck

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, där av 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.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Maria Eck

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. 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.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Monika Gustavsson

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.			
	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) och assistans 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.	— Ej påbörjad	2021-09-30	Ulrika Gonzalez Hedqvist

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Ulrika Gonzalez Hedqvist

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/Socialpsykiatri: 12,9 % • Kastanjen/Personlig assistans: 14,5 % • Individ- och familjeomsorg: 2,72 % 			
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Carina Åkesson

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
<p>Metod Inhämta och analysera de åtgärder som vidtagits på varje enhet, i dialog med enhetschef.</p>	<p>Kommentar</p> <p>Rutin vid upprepad korttidsfrånvaro är skapad och antagen. Här är det av största vikt att det blir tidiga insatser från företagshälsovård eller vårdcentral.</p> <p>Arbetsanpassning har påbörjats i två rehab-ärenden, vilket innebär att dessa medarbetare erbjudits 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Carina Åkesson

2.4 Verksamhetsspecifik

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	☐ Ej påbörjad	2020-12-31	Jenny Ardell
Metod Inhämta underlag från enhetschef.	Kommentar			

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 narkotikaklassad 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.	☐ Ej påbörjad	2021-12-31	Monika Gustavsson

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 sin enhets resultat.			
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2021-12-31	Monika Gustavsson

2.5 Slutsatser av uppföljning

I denna rapport har nio risker följts upp och analyserats:

Riskerna "Att biståndsbeslut inte omprövas i tid" och "Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen" har fått resultatet *större avvikelser*.

Riskerna "Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav", "Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav", "Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav", "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 "Att verksamheterna inte håller sin budgetram" har fått resultatet *inga avvikelser*.

2.6 Åtgärder

Att biståndsbeslut inte omprövas i tid

Antal beslut som inte följts upp i tid har minskat sedan föregående kontroll. Det har också skett en förbättring i antalet dagar i fördröjning. Det är tydligt vid uttaget av uppgifter att handläggarna arbetar aktivt för att uppföljning ska ske i tid.

Orsakerna bakom resultatet härleds till att det varit svårt att nå brukare vid tidpunkt för uppföljning. Brukare kan också varit inlagda på sjukhus och det skett en avvaktan på att nytt beslut ska fattas. Personalstyrkan har i perioder inte varit fulltalig på grund av sjukdom och vård av barn.

Att det föreligger hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Förvaltningen har en fortsatt hög sjukfrånvaro, men detta utfall (från juni) är den lägsta procentsatsen hela förvaltningen nått ut av årets månader hittills. Det är också fortsatt stor skillnad mellan enheterna. Sex av åtta enheter har en lägre sjukfrånvaro jämfört med föregående månad (maj). De två enheterna som har en ökad frånvaro når ändock målet en sjukfrånvaro under 9,77 %.

En bidragande orsak till den höga sjukfrånvarostatistiken är corona-pandemin som gör att alla medarbetare ska vara hemma vid förkylningssymtom. Långtidssjukrivna medarbetare påverkar också resultatet. Utöver det aktiva arbete som redan genomförs ska flera enheter aktualisera nya processer för att sjukfrånvaron ska minskas.

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

Förvaltningens enheter genomför en stor utveckling i omställningen från ProCapita till Lifecare. Detta sker i olika tidsintervaller vilket bland annat står som orsak till att det förekommer skillnader mellan enheterna. Den senaste granskningen påvisar dock en generell förbättring av dokumentationen i detta tidiga skede av omställningen. Hemtjänsten är sist ut med planerad övergång hösten 2021.

Inom LSS -personlig assistans behöver både genomförandeplaner och den löpande dokumentationen upprättas. Ett aktivt arbete med plan på förbättringar startar upp under hösten 2021. En särskilt ansvarig för dokumentation har anställts.

Journalföring inom HSL visar på stora skillnader mellan enheterna. Resultatet går igenom på APT och analyseras närmare med ansvariga. En handlingsplan ska upprättas och nya kontroller ska genomföras.

Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd

Regelbundna kontroller genomförs enligt rutin. Enhetschef inom HSL/korttidsenhet ska se över möjligheten att införa loggbara skåp där de narkotikaklassade preparaten kan förvaras.

Att basala hygien- och klädregler inte följs

Förvaltningens resultat har förbättrats sedan mätningen hösten 2020 och vi ligger nu i nivå med rikets snitt. Klädreglerna följs bättre än basala hygienregler. Enheterna arbetar fortlöpande med information/utbildning utifrån riktlinjer. Skyddsutrustning används och försiktighetsåtgärder genomförs.