



Lekebergs
kommun

2022-08-23

Intern kontrollrapport
per sista juni

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.....	10
2.4	Verksamhetsspecifik	12
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.

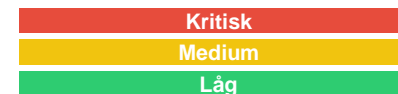
Varje år beslutar kommunstyrelsen om några särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin interna kontroll för det kommande året. Kontrollplanerna ska antas i samband med beslut om MER-plan och innehålla:

- 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 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 delområdena administration, ekonomi, personal och 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	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8
	4 ■ Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
Ekonomi	5 ■ Att verksamheterna inte håller sin budgetram	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Personal	6 ■ Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen	4. Sannolik	4. Allvarlig	16
	7 ■ Att förbättrade åtgärder inte införs samt inte får avsedd effekt avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
Verksamhetsspecifik	8 ■ Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutin.	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	9 ■ Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	10 ■ Att det inte genomförs fullständiga registreringar inom kvalitetsregister Senior Alert för vårdprevention	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.	Redovisas på socialnämnd	😊 Mindre avvikelser	2022-03-31	Maria Eck
Metod Underlag tas fram från verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Biståndsbesluten som inte följts upp i tid har minskat succesivt och handläggarna har en bra rutin för uppföljningar. När det gäller besluten inom ordinärt boende så är det en dags fördröjning på uppföljningen. Beslut som dröjt längst finns inom daglig verksamhet och boendestöd på 104 respektive 151 dagar.			
	Insats		Antal	
	Boendestöd		4	
	Dagverksamhet		1	
	Daglig verksamhet		1	
	Insatser i ordinärt boende		5	
	Totalt		11	



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2022-06-30	Maria Eck
	Kommentar Vid denna kontroll så finns endast 1 beslut om dagverksamhet som inte följts upp i tid och det rör sig då om 6 dagar. Statusen sätts till inga avvikelser då det rör sig om få antal dagar och ett nollresultat förefaller orimligt.			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Ej påbörjad	2022-09-30	Maria Eck
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Ej påbörjad	2022-12-31	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	2022-06-30	Maria Eck
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Den löpande sociala dokumentation förbättras gradvis. Fortfarande saknas en del genomförandeplaner inom verksamheterna. Särskilt boende har en avsevärd förbättring och utveckling i arbetet med den sociala dokumentationen. Hemtjänsten har fortfarande ett stort arbete att göra. Inom boendestöd/socialpsykiatriin håller dokumentationen fortsatt hög nivå. Resultat per enhet: <ul style="list-style-type: none">• Hemtjänsten- 13% godkända planer. Den löpande dokumentationen är begränsad och kan inte godkännas.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none">• Linden- 50% godkända planer. Den löpnade dokumentationen kan godkännas men behöver fortsätta att utvecklas.• Oxelgården- 75% godkända planer. Den löpande dokumentationen kan godkännas.• Gläntan- 100% godkända planer. Den löpande dokumentationen kan godkännas. <p>I det fortsatta arbetet med den sociala dokumentationen behöver helhetsperspektiv på dygnet finnas med. Hur brukaren vill ha det på natten saknas i många delar. Den totala bedömningen för kontrollområdet blir större avvikelse och det är hemtjänstens resultat som gör att den bedömningen görs.</p>			
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2022-12-31	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	2022-06-30	Maria Eck
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Denna granskning hamnar LSS verksamheten på 44%. Det lägre resultatet beror på att de granskade journalerna inom inte kunde godkännas. Resultat per enhet: <ul style="list-style-type: none">• Daglig verksamhet- 0% godkända planer. Det finns 6 planer på 36 brukare, dock var det ingen av dessa planer som kom med i granskningen denna gång.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none">Hasselbacken- 100% godkända planer. Det finns 10 planer på 11 brukare. Dokumentationen är av god kvalitet.Kastanjen- 50% godkända planer. Det finns 10 planer på 13 brukare. En av de granskade hade ingen plan upprättad.			
	Redovisas på socialnämnd.	☹️ Ej påbörjad	2022-12-31	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	2022-06-30	Monika Gustavsson
Metod Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Vi har sedan mars 2022 gått över till att skriva journaler i Lifecare HSL därför kan denna journalgranskning (som gjordes maj-juni) inte i sin helhet jämföras med tidigare års resultat. Det tar tid innan ett nytt arbetssätt faller på plats hos alla. De punkter som går att jämföra med tidigare år visar på ungefär likvärdigt resultat. De enheter som tidigare fick mest kritik har förbättrats sedan föregående granskning.			
	Redovisas på socialnämnd.	☹️ Ej påbörjad	2022-12-31	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.	☹ Större avvikelser	2022-06-30	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 underskott för perioden. Prognosen för helåret ligger på -1 650 tkr. Då har förvaltningen räknat med ännu erhållna statsbidrag om drygt 2 mkr. De större underskotten ligger inom LSS och IFO.			
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2022-12-31	Ulrika Gonzalez Hedqvist

2.3 Personal

2.3.1 Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Ta fram statistik för sjukfrånvaro, per enhet.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-06-30	Carina Åkesson
Metod Underlag hämtas från Personec.	Kommentar Uppgifterna är för perioden 1 april - 30 juni 2022. Nedan redovisas fördelning i procent i antal dagar personal har varit sjukskrivna, för förvaltningen totalt. 1 dag: 4,7 % 2–14 dagar: 31 %			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	15–28 dagar: 4,0 % 29–59 dagar: 6,6 % 60–90 dagar: 6,3 % 91 dagar: 47,4 % Den högsta andelen personal är sjukskrivna i 91 dagar eller fler. En hög andel är också sjukskrivna 2–14 dagar.			
	Redovisas på socialnämnd.	<input type="checkbox"/> Ej påbörjad	2022-12-31	Carina Åkesson

2.3.2 Att förbättrade åtgärder inte införs samt inte får avsedd effekt avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställa åtgärder som vidtagits för att minska sjukfrånvaron.	Redovisas på socialnämnd.	<input checked="" type="checkbox"/> Inga avvikelser	2022-06-30	Carina Åkesson
Metod Inhämta uppgifter om de förbättrade åtgärder som vidtagits på varje enhet. En analys av förväntad avsedd effekt ska genomföras.	Kommentar Sjukfrånvaron har minskat från 11,43 till 9,17 % för perioden 2022-04-01 - 2022-06-30.			
	Redovisas på socialnämnd.	<input type="checkbox"/> Ej påbörjad	2022-12-31	Carina Åkesson



2.4 Verksamhetsspecifik

2.4.1 Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner.

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställa hur synpunkter och förslag hanterats enligt framtagna rutiner.	Redovisas på socialnämnd	😊 Mindre avvikelser	2022-06-30	Jenny Ardell
Metod Inhämta underlag från verksamhetssystem (Lifecare) och enhetschef.	Kommentar Det finns sex registreringar i systemet (Lifecare), inkomna/registrerade mellan 2022-01-19 - 2022-06-07. 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. Det är en förbättring sedan första kontrolltillfället men det finns fortfarande oklarheter kring om synpunkter, klagomål eller förbättringsförslag inkommer eller hanteras (dokumenteras) på korrekt sätt.			
	Redovisas på socialnämnd.	— Ej påbörjad	2022-12-31	Jenny Ardell

2.4.2 Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Regelbunden kontroll i läkemedelsförråd och läkemedelsskåp.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2022-06-30	Monika Gustavsson
Metod Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka samt oftare vid	Kommentar Vi har inga avvikelser i Läkemedelsförråden (dit endast sjuksköterskor har tillgång) sedan vi			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
behov/händelser. Sammanställs av MAS.	införde separata skåp som kan loggas för narkotikaklassade läkemedel. Det finns enstaka avvikelser i läkemedelsskåpen som är hos varje patient (dit har all delegerad baspersonal och sjuksköterskor tillgång). På sikt behöver vi även där gå över till skåp som kan loggas för att mer få kontroll på om det är stöder eller slarv som är orsaken till bristerna vid kontroll av saldo.			
	Redovisas på socialnämnd.	Ej påbörjad	2022-12-31	Monika Gustavsson

2.4.3 Att det inte genomförs fullständiga registreringar inom kvalitetsregister Senior Alert för vårdprevention

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammantagen bedömning, kontroll per enhet i kvalitetsregister Senior Alert	Redovisas på socialnämnd	Inga avvikelser	2022-06-30	Monika Gustavsson
Metod Underlag hämtas från Senior Alert.	Kommentar Förvaltningens resultat är godkänt. Det finns registrerat bakomliggande orsaker vid risk, åtgärdsplan vid risk och utförda åtgärder vid risk. Hemvården har bäst resultat. Det finns en del skillnader mellan enheterna.			
	Redovisas på socialnämnd	Ej påbörjad	2022-12-31	Monika Gustavsson



2.5 Slutsatser av uppföljning

I denna rapport har tio risker följts upp och analyserats:

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

Riskerna "Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav", "Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp" och "Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner" har fått resultatet *mindre avvikelser*.

Riskerna "Att biståndsbeslut inte omprövas i tid", "Att förbättrade åtgärder inte införs samt inte får avsedd effekt avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen" och "Att det inte genomförs fullständiga registreringar inom kvalitetsregister Senior Alert för vårdprevention" har fått resultatet *inga avvikelser*.



2.6 Åtgärder

Att journal enligt SoL, LSS inte förs enligt författningskrav

Enheterna behöver fortsätta arbeta aktivt med att upprätta genomförandeplaner samt utveckla den löpande dokumentationen. Kontinuerliga genomgångar ska ske med personal och dokumentationsombuden kommer vara behjälpliga i hanteringen. Granskningar kommer ske löpande (utifrån styrdokument och efter behov) med efterföljande dialog om resultaten.

Att verksamheterna inte håller sin budgetram

Enheterna kommer behöva fortsätta ha täta/månatliga genomgångar med ekonom för att analysera åtgärder som behöver vidtas. Vikarier i fullgod omfattning behöver tillsättas och användas i högre utsträckning för att minska kostnader för övertid. Bemanningen behöver anpassas utifrån beläggning och behov i verksamheterna.

Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen

Även om en högre andel av personalen är sjukskrivna 91 dagar eller fler är det också en hög andel som är sjukskrivna 2–14 dagar. Under samma period förra året (2021) var det 30,2 % av personalen som var frånvarande på grund av sjukdom i 2–14 dagar. Detta visar att vi efter ett år fortfarande ligger kvar på en hög nivå gällande korttidsfrånvaron. Förklaringen till den höga procentsatsen när det gäller mer än 91 dagar beror på att det är personer som är långtidssjukskrivna med diagnoser som inte är arbetsrelaterade. Ansvariga chefer har vetskap om diagnoser och skapar handlingsplaner för återgång i arbete. Förvaltningen behöver fortsätta arbeta aktivt med både korttid- och långtidsfrånvaron. Åtgärder finns beskrivna i särskild åtgärdsplan (Åtgärdsplan utifrån intern kontrollrapport per sista december 2021).

Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav

Legitimerad HSL-personal ska genomgå en utbildning under hösten 2022 och dokumentationen kommer stå i fokus på kommande HSL-träffar. Det kommer också ske regelbundna träffar med dokumentationsombud. Regelbundna journalgranskningar kommer genomföras och resultatet av granskningarna delas till ansvarig för respektive journal.

Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp

Det finns planer på att uppdatera läkemedelsskåpen som finns hos patienterna, så att även dessa har en spårningsfunktion. Detta kommer ske under 2023 och vara en betydelsefull åtgärd för att motverka försvinnanden. Det behöver också ske regelbundna kontroller för att upptäcka eventuella avvikelser.



**Lekebergs
kommun**

2022-08-23

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

Det finns en misstanke om att rutinen som upprättats inte har implementerats i tillräcklig omfattning på enheterna. Åtgärderna framåt blir då att genomföra kontinuerliga genomgångar med personal och ledningsgrupp, i syfte att uppmärksamma och informera, samt genomföra fler granskningar under året.