

# Internkontrollrapport 2 för 2024

## Socialnämnden

## Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll .....	3
1.1	Riskbedömningsmatris.....	4
2	Uppföljning.....	6
2.1	Administration .....	6
2.2	Personal.....	9
2.3	Verksamhetsspecifik .....	10
2.4	Slutsatser av uppföljning.....	12
2.5	Åtgärder .....	12

## 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.

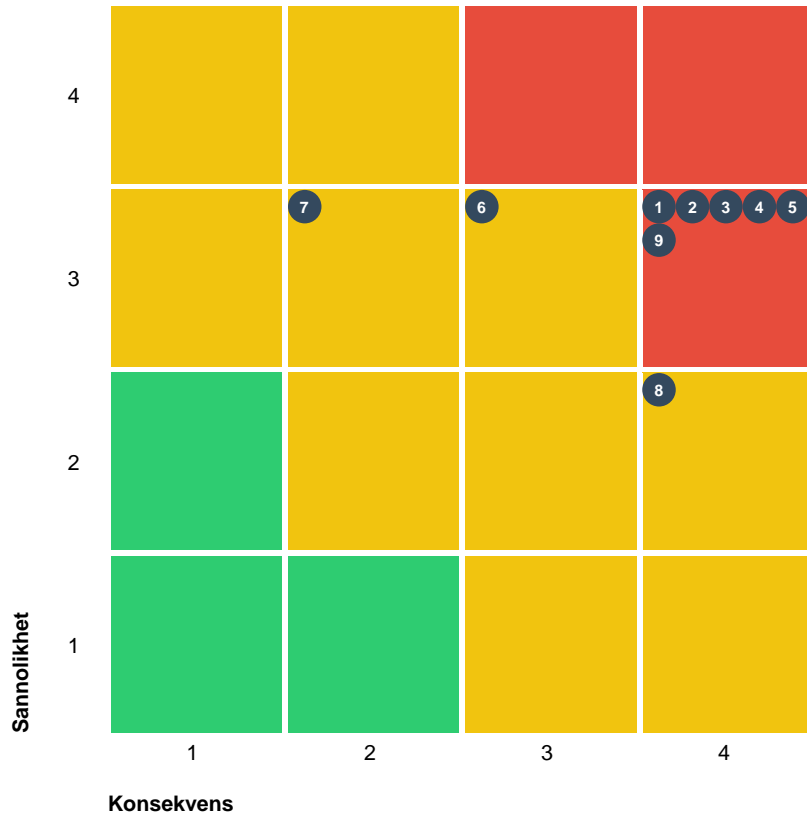
Varje nämnd ska minst ha en fastställd rutin för hur planering och rapportering av internkontrollarbetet ska gå till samt introduktion av nyanställda om vad intern kontroll innebär.

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
----------	------	-------------	------------	-----------

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 type="radio"/> Ej påbörjad	2024-12-31	Kristina Michaelsen

#### 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.	Kontroll 1 - Journal (SoL)	<input type="radio"/> Mindre avvikelser	2024-03-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
<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> Har genomförandeplaner inte är uppdaterade enligt rutin. Verksamheten kommer att påbörja arbetet under våren. Åtgärder: Dokumentationsutbildning är påbörjad i mars 2024 och genomförs tillsammans med flera sydnärkekommuner. Dokumentationsutbildningar kommer att genomföras under kommande tre månader. 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> Har genomförandeplaner inte är uppdaterade enligt rutin. Verksamheten kommer att påbörja arbetet under våren.			

### 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.			
	Kontroll 2 - Journal (LSS)	⌛ Ej påbörjad	2024-12-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)

### 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)	◯ 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. Dokumentation fortsätter att utvecklas samtidigt som Lifecare är mer etablerat än tidigare. Journalsystemet har vissa utmaningar men vi ser en förflyttning i hur legitimerade medarbetare tar sig an dokumentationen. 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			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	att få en journal som är översiktbar.			
	Kontroll 2 - Journal (HSL)	⌚ Ej påbörjad	2024-12-31	Ann-Mari Gustafsson


### 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	⬆️ Inga avvikelser	2024-03-31	Kristina Michaelsen
<b>Metod</b> Kontrollera att anmälningarna hanteras omedelbart	<b>Kommentar</b> Inga avvikelser			
	Kontroll 2 - Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	⬆️ Inga avvikelser	2024-06-30	Kristina Michaelsen
	Kontroll 3 - Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	⌚ Ej påbörjad	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	Kontroll 1 - granskning av	⬇️ Större avvikelser	2024-06-30	Karin Botvalde

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
behov i verksamhet.	planering av personal i förhållande till behov i verksamhet			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	 Ej påbörjad	2024-12-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)

## 2.3 Verksamhetsspecifik

### 2.3.1 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.	Kontroll 1 - klagomål och synpunkter	 Mindre avvikelser	2024-06-30	Karin Botvalde Gremark (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	 Ej påbörjad	2024-12-31	Karin Botvalde Gremark (borttagen)

### 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 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	⌚ Ej påbörjad	2024-12-31	Ann-Mari Gustafsson

### 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	○ Mindre avvikelser	2024-06-30	Ann-Mari Gustafsson
<b>Metod</b> Underlag hämtas från kvalitetsregister	<b>Kommentar</b> 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.			
	Kontroll 2 - Att det inte genomförs fullständig registrering inom	⌚ Ej påbörjad	2024-12-31	Ann-Mari Gustafsson

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	kvalitetsregister BPSD			

## 2.4 Slutsatser av uppföljning

Slutsats av uppföljning:

Uppföljningen visar att försenade omprövningar av biståndsbeslut främst beror på svårigheter att nå brukare, till exempel när de är inlagda på sjukhus, samt på hög arbetsbelastning och att en ny handläggare varit under upplärning. För att förbättra situationen har åtgärder vidtagits, där uppföljningar planeras och fördelas systematiskt av handläggarna inför varje månad, vilket förväntas leda till tätare uppföljningar i framtiden.

Vidare har genomförandeplanerna i vissa verksamheter, såsom Linden och hemtjänsten, inte uppdaterats enligt rutin, medan Oxelgården följer dessa krav. För att säkerställa korrekt dokumentation har dokumentationsutbildningar initierats i mars 2024, och dessa utbildningar kommer att fortsätta under de kommande tre månaderna. Dokumentationsombud kommer att utbilda kollegor för att förbättra dokumentationen enligt SoL, LSS och HSL.

I fråga om schemaplanering arbetar verksamheten nu aktivt med att optimera scheman och bemanning, med stöd av nya chefer och planerare. När det gäller hantering av klagomål och synpunkter har en förbättring skett, och rutinerna följs upp och åtgärdas vid behov.

Vidare så har vi trots införandet av speciella narkotikaskåp och dokumentation i Signit, ett kvarstående problemet med att vissa narkotiska preparat inte kan spåras. Det finns en hög medvetenhet om problemet bland sjuksköterskorna, men situationen understryker ett stort behov av att installera läkemedelsskåp med full spårbarhet på alla enheter. Problemen som har uppstått vid installationen av dessa skåp måste hanteras, och den nya digitaliseringsledaren har en viktig roll i att driva detta arbete framåt och säkerställa att lösningen implementeras effektivt.

Avslutningsvis går vi in på BPSD. Inom detta ligger det till på det sättet att fullständiga registreringar alltid genomförs, men det finns ett behov av att öka antalet registreringar från den nuvarande nivån på 21. En BPSD-utbildning har redan genomförts under våren och ytterligare en planeras till hösten, vilket kan bidra till att förbättra registreringsfrekvensen. Under sommaren förväntas dock få nya registreringar göras, vilket indikerar att det behövs ytterligare insatser för att öka takten i registreringarna framöver.

## 2.5 Åtgärder

Åtgärder för förbättring:

**1. Planering av uppföljningar:**

Handläggare planerar och fördelar uppföljningar systematiskt inför varje månad för att säkerställa att beslut omprövas i tid.

**2. Dokumentationsutbildning:**

Genomförs under våren 2024 för att förbättra dokumentationen enligt SoL, LSS och HSL, med stöd av dokumentationsombud som utbildar kollegor.

**3. Schemaplanering:**

Optimering av scheman och bemanning pågår med stöd av nya chefer och planerare.

**4. Hantering av klagomål:**

Rutiner för att ta emot, utreda och åtgärda klagomål har förbättrats och följs upp regelbundet.

**5. Läkemedelsskåp:**

Installera läkemedelsskåp med full spårbarhet på alla enheter för att säkerställa att narkotiska preparat kan härledas korrekt. Hantera de problem som uppstått vid installationen genom att ge den nya digitaliseringsledaren ett tydligt uppdrag att leda och övervaka implementeringsprocessen, säkerställa att skåpen fungerar som avsett, och utbilda personalen i korrekt användning.

**6. BPSD:**

För att öka antalet registreringar i BPSD-registret, planera in ytterligare utbildningstillfällen och se till att alla berörda medarbetare är väl förtrodda med processen. Prioritera registreringsarbetet även under perioder med hög arbetsbelastning, och överväg att schemalägga specifika tider för registreringar för att säkerställa kontinuitet och ökad frekvens i registreringarna.