

Internkontrollrapport 3

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll	3
1.1	Riskbedömningsmatris.....	4
2	Uppföljning.....	7
2.1	Administration	7
2.2	Ekonomi	39
2.3	Verksamhetsspecifik	43
2.4	Slutsatser av uppföljning.....	44
2.5	Åtgärder	45

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

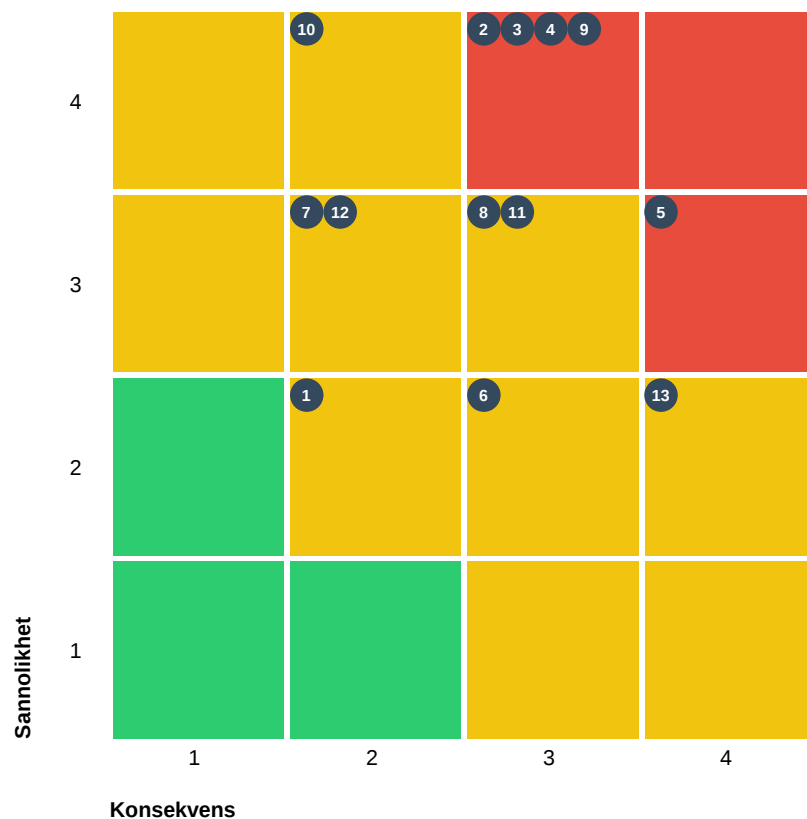
Respektive nämnd har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen och att regler och anvisningar antages för den interna kontrollen.

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



Kritisk
Medium
Låg

	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)

5 Kritisk 8 Medium Totalt: 13

Kategori	Risk		Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1	 Att biståndsbeslut inte omprövas i tid	2. Mindre sannolik	2. Lindrig	4
	2	 Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	3	 Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	4	 Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	5	 Att anmälningar inte hanteras omedelbart och att inte en skyddsbedömning genomförs inom 24h	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	6	 Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska uppdateras vid behov minst två gånger per år.	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
	7	 Att det brister i kontinuitet, delaktighet och uppföljning av vård insatser	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	8	 Brist i omvårdnad och behandling vid palliativ vård	3. Möjlig	3. Kännbar	9
	9	 Att man inte följer basala hygienriktlinjer	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	10	 Politiska underlag är inte kvalitetssäkrade inför politisk hantering	4. Sannolik	2. Lindrig	8
Ekonomi	11	 Att verksamheterna inte arbetar aktivt med optimal schemaplanering	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Verksamhetsspecifik	12	 Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner.	3. Möjlig	2. Lindrig	6

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
	13  Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsskåp	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8

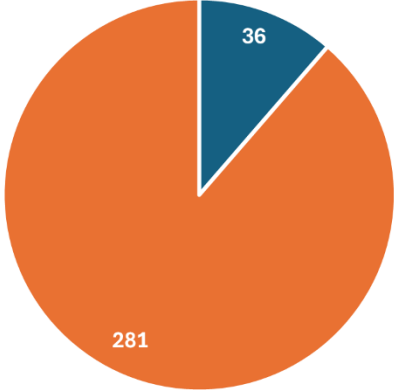
2 Uppföljning

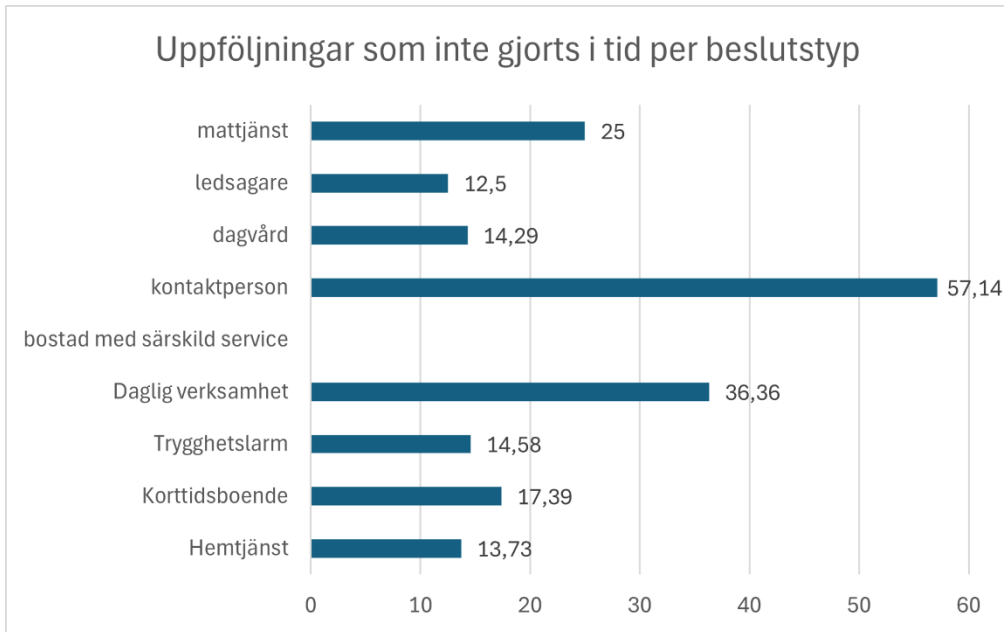
2.1 Administration

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 2 - biståndsbeslut	☐ Mindre avvikelser	2025-06-30	Kristina Michaelsen, Eldin Memic
Metod Underlag tas fram från verksamhetssystemet Lifecare. Tydligt fokus på aktuell period: Identifiera och räkna antalet beslut som inte har omprövats inom den fastställda tidsramen under den specifika mätperioden	Kontroll 1 - Biståndsbeslut	☐ Mindre avvikelser	2025-03-31	Kristina Michaelsen, Eldin Memic
	Kommentar Granskningsperiod: KV1 Totalt antal granskade beslut: 281 Totalt antal beslut där uppföljning inte skett i tid : 36 (12,81%)			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	 ■ Antal uppföljningar som inte gjorts i tid ■ Totalt granskade Fördröjning varierar mellan 1 och 22 dagar De vanligaste försenade beslutstyperna inkluderar: Hemtjänst (14 av 102 granskade fall, 1-9 dagars fördröjning). Totalt: 13,73% Korttidsboende (8 av 46 granskade fall, 1-14 dagars fördröjning). Totalt: 17,39% Trygghetslarm (7 av 48 granskade fall, 1-8 dagars fördröjning). Totalt: 14,58% Daglig verksamhet (4 av 11 granskade fall, 1-3 dagars fördröjning). Totalt: 36,36% Bostad med särskild service (1 av 1 granskade fall, 1 dagars fördröjning). Totalt: 100%			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig																				
	Kontaktperson (4 av 7 granskade fall, 1-22 dagars fördröjning). Totalt: 57,14% Dagvård (1 av 7 granskade fall, 4 dagars fördröjning). Totalt: 14,29% Ledsagning (1 av 8 granskade fall, 1 dagars fördröjning). Totalt: 12,5% Mattjänst (5 av 20 granskade fall, 1-8 dagars fördröjning). Totalt: 25% Uppföljningar som inte gjorts i tid per beslutstyp <table><thead><tr><th>Beslutstyp</th><th>Procent</th></tr></thead><tbody><tr><td>kontaktperson</td><td>57,14</td></tr><tr><td>Daglig verksamhet</td><td>36,36</td></tr><tr><td>mattjänst</td><td>25</td></tr><tr><td>Korttidsboende</td><td>17,39</td></tr><tr><td>Hemtjänst</td><td>13,73</td></tr><tr><td>Trygghetslarm</td><td>14,58</td></tr><tr><td>dagvård</td><td>14,29</td></tr><tr><td>ledsagare</td><td>12,5</td></tr><tr><td>bostad med särskild service</td><td>0</td></tr></tbody></table>				Beslutstyp	Procent	kontaktperson	57,14	Daglig verksamhet	36,36	mattjänst	25	Korttidsboende	17,39	Hemtjänst	13,73	Trygghetslarm	14,58	dagvård	14,29	ledsagare	12,5	bostad med särskild service	0
Beslutstyp	Procent																							
kontaktperson	57,14																							
Daglig verksamhet	36,36																							
mattjänst	25																							
Korttidsboende	17,39																							
Hemtjänst	13,73																							
Trygghetslarm	14,58																							
dagvård	14,29																							
ledsagare	12,5																							
bostad med särskild service	0																							
	Kommentar: Mindre avvikelser som beror på att handläggaren inte har fått tag i brukare för uppföljning. Brukaren har exempelvis kunnat vara inlagd på sjukhus eller har en problematik som försvårar																							

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	kontakten. Avvikelserna beror även på tidsbrist och mänskliga faktorn. Oftast handlar det om en/få dag/ar. 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 av att uppföljningarna sker i tid kommer att göras en gång i veckan på samråd.			
	Kontroll 3 - biståndsbeslut	☐ Mindre avvikelser	2025-12-31	Kristina Michaelson, Eldin Memic
	Kommentar Under perioden 1 oktober till 31 december 2025 finns 3 stycken beslut där verkställighetsdatum infaller före beslutsdatum. Fördröjningen rör sig om 1–2 dagar. 1 avser hemtjänst, 1 trygghetslarm och 1 växelvård.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig									
	Granskningsperiod: KV4 2025 Totalt antal granskade beslut: 146 Totalt antal beslut där uppföljning inte skett i tid: 3 (2.05%) Antal uppföljningar som inte gjorts i tid Totalt granskade <table><tr><th>Kategori</th><th>Antal</th><th>Procent</th></tr><tr><td>Antal uppföljningar som inte gjorts i tid</td><td>3</td><td>2.05%</td></tr><tr><td>Totalt granskade</td><td>146</td><td>100%</td></tr></table>				Kategori	Antal	Procent	Antal uppföljningar som inte gjorts i tid	3	2.05%	Totalt granskade	146	100%
Kategori	Antal	Procent											
Antal uppföljningar som inte gjorts i tid	3	2.05%											
Totalt granskade	146	100%											

2.1.2 Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav

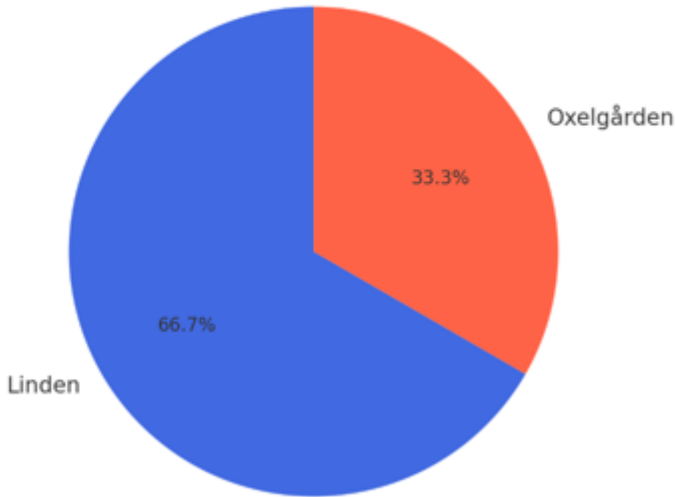
Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.	Kontroll 1 - Journal (SoL)	 Mindre avvikelser	2025-03-31	Eldin Memic
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare. Journalgranskning enligt framtagna mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare	Kommentar Linden Kontrollmoment – 36 brukare (10% ≈ 3,6 brukare) Kontroll 1: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 250317, ingen genomförandeplan upprättad. Ska enligt rutin upprättas 250331 ○ Kommentar: Enligt rutin har man 14 dagar på sig från verkställt datum att upprätta en genomförandeplan. Kontroll 2: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 250307, ingen genomförandeplan upprättad. ○ Kommentar: hade till 21 mars på sig att göra en genomförandeplan. Prioriterar bort att göra genomförandeplaner i systemet pga hårt drabbad av magsjuka och influensa. Finns en insatsplan på papper som inte lagts in i systemet. Kontroll 3: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 230526, upprättad genomförandeplan 240902, uppföljningsdatum 250228, ingen uppföljning gjord. Genomförandeplan är upprättad enligt rutin. ○ Kommentar: Tidigare kontaktperson har varit sjukskriven, tidigare kontaktperson har ersatts med ny. Uppföljning har inte gjorts enligt plan.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Kontroll 4: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum x, ingen genomförandeplan upprättad. ○ Kommentar: Enligt rutin: ska man upprätta genomförandeplan på växelvård/korttidsboende inom en vecka. För närvarande jobbar verksamheten med insatsplan - på papper och penna. Framöver kommer verksamheten se över att börja med digitala genomförandeplaner. • Totalt antal genomförandeplaner som gått över tid: 2 st som skulle ha följts upp under KV1 månad. Den ena kom in i stickprov. Den andra har ansvarig kontaktperson fått en påminnelse av chef och uppföljning av ovanstående har skett med chef. • Kommentar: Pågående genomförandeplaner följs upp 2 gånger per år. Varje 6 månader. <u>Oxelgården</u> Kontrollmoment – 47 brukare (10% ≈ 4,7 brukare) Kontroll 1: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 200430, ny upprättad genomförandeplan 250208, uppföljningsdatum 250608. Senast genomförandeplan är upprättad enligt rutin. Kontroll 2: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 171107, senast upprättad genomförandeplan 240213. Uppföljningsdatum 250415. För långt fram. ○ Kommentar: Kontaktperson har lagt ett uppföljningsdatum för långt fram i tiden. Kontakt kommer tas med kontaktperson och kommer tas upp på APT. En dialog angående genomförandeplaner och vikten av att lägga in rätt uppföljningsdatum enligt rutin (var 6 månad)			

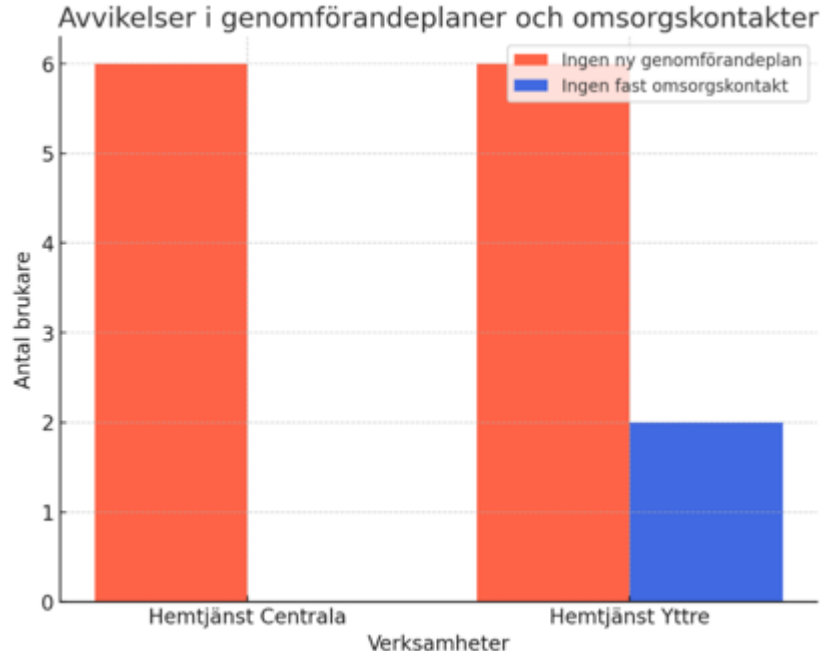
Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Kontroll 3: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 150917, senast upprättad genomförandeplan 241004, uppföljningsdatum 250505. Genomförandeplan är upprättad enligt rutin. Kontroll 4: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 220423, senast upprättad genomförandeplan 250312, uppföljningsdatum 250331. Genomförandeplan är upprättad enligt rutin. ○ Kommentar: Kort uppföljningsdatum på grund av förändrade behov. Kontroll 5: ○ Journalanteckningar: Uppdaterad. ○ Genomförandeplan: Verkställt datum 220907, senast upprättad genomförandeplan 250325, uppföljningsdatum 250626. Genomförandeplan är upprättad enligt rutin. • Totalt antal genomförandeplaner som gått över tid: 1 st som skulle ha följts upp under mars och som har passerat. • Kommentar: Rutinen är att när man som chef går in på hemsärm och ser notis om att uppföljning passerat så skickar man ut till avdelningarna som en påminnelse till dag och natt att det är dags och uppdatera för att kontaktperson tar tag i det. Grafisk sammanställning av kontrollresultaten för Linden och Oxelgården			



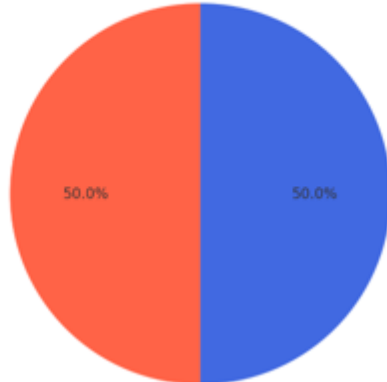
Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig									
	Översikt av kontroller och försenade genomförandeplaner												
	The bar chart displays the number of controlled users (blue bars) and delayed implementation plans (red bars) for two locations: Linden and Oxelgården. The y-axis represents the number of users/plans, ranging from 0 to 5. For Linden, there are 4 controlled users and 2 delayed plans. For Oxelgården, there are 5 controlled users and 1 delayed plan. <table><tr><th>Verksamheter</th><th>Kontrollerade brukare</th><th>Försenade genomförandeplaner</th></tr><tr><td>Linden</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Oxelgården</td><td>5</td><td>1</td></tr></table>				Verksamheter	Kontrollerade brukare	Försenade genomförandeplaner	Linden	4	2	Oxelgården	5	1
	Verksamheter	Kontrollerade brukare	Försenade genomförandeplaner										
Linden	4	2											
Oxelgården	5	1											
	Linden	Oxelgården											

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig						
	Andel försenade genomförandeplaner per verksamhet  <table><caption>Data for Pie Chart: Andel försenade genomförandeplaner per verksamhet</caption><thead><tr><th>Verksamhet</th><th>Andel (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Linden</td><td>66.7%</td></tr><tr><td>Oxelgården</td><td>33.3%</td></tr></tbody></table> Hemtjänsten Totalt 249 brukare (10% ≈ 24,9 brukare) Hemtjänst centrala 13 journaler kontrollerades 6 hade ingen ny upprättad genomförandeplan. alla 13 har en fast omsorgskontakt inlagd. Avvikelser som framkommit: Kontroll 1: Upprättat 220405 och uppföljning 250612. För lång uppföljningstid från upprättad tid. Sträcker sig längre än rutin. Kontroll 2: Upprättat 220502 och uppföljning 250417. För lång uppföljningstid från upprättad tid. Sträcker sig längre än rutin. Uppföljning inlagd 241011. (behöver upprättas en ny genomförandeplan)				Verksamhet	Andel (%)	Linden	66.7%	Oxelgården	33.3%
Verksamhet	Andel (%)									
Linden	66.7%									
Oxelgården	33.3%									

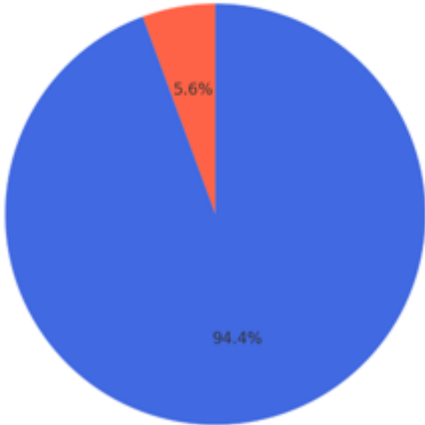
Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Kontroll 3: Upprättat 240531 och uppföljning 240826. Ingen uppföljning dokumenterad och ingen ny genomförandeplan upprättad. Kontroll 4: Upprättat 240920 och uppföljning 250320. Ingen uppföljning dokumenterad och ingen ny genomförandeplan upprättad. Kontroll 5: Upprättat 220413 och uppföljning 250501. Uppföljning dokumenterad 240921 och ingen ny genomförandeplan upprättad. Kontroll 6: Upprättat 240920 och uppföljning 250905. Uppföljning dokumenterad 250305 och ingen ny genomförandeplan upprättad. HEMTJÄNST YTTRE 12 journaler kontrollerades, 6 har ingen ny genomförandeplan, 2 har ingen fast omsorgskontakt inlagd. Avvikelser som framkommit: Kontroll 1: Upprättat 220330 och uppföljning 250331. Uppföljning dokumenterad 240921 och ingen ny genomförandeplan upprättad. Kontroll 2: Ingen fast omsorgskontakt inlagd i systemet. Kontroll 3: Ingen genomförandeplan inlagd i systemet. Kontroll 4: Ingen genomförandeplan inlagd i systemet. Kontroll 5: Ingen genomförandeplan inlagd i systemet. Kontroll 6: Ingen genomförandeplan och ingen fast omsorgskontakt inlagd i systemet Kontroll 7: Ingen genomförandeplan inlagd i systemet. Kommentar från verksamheten: Orak till att två brukare inte har inlagd fast omsorgskontakt beror på att en av dessa har enbart mattjänst som insats och den andra har flyttat och avslutats i systemet efter rapporterad kontroll från verksamhetscontroller. Avvikelse kvarstår på grund av att brukare inte hade inlagd fast omsorgskontakt under perioden som insats var pågående.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig									
	Avvikelser i genomförandeplaner och omsorgskontakter  Antal brukare Verksamheter Legend: - Ingen ny genomförandeplan (Red) - Ingen fast omsorgskontakt (Blue) <table><tr><th>Verksamhet</th><th>Ingen ny genomförandeplan</th><th>Ingen fast omsorgskontakt</th></tr><tr><td>Hemtjänst Centrala</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>Hemtjänst Yttre</td><td>6</td><td>2</td></tr></table>				Verksamhet	Ingen ny genomförandeplan	Ingen fast omsorgskontakt	Hemtjänst Centrala	6	0	Hemtjänst Yttre	6	2
Verksamhet	Ingen ny genomförandeplan	Ingen fast omsorgskontakt											
Hemtjänst Centrala	6	0											
Hemtjänst Yttre	6	2											



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig						
	Andel brukare utan ny genomförandeplan  <table><tr><th>Service</th><th>Andel</th></tr><tr><td>Hemtjänst Centrala</td><td>50.0%</td></tr><tr><td>Hemtjänst Yttre</td><td>50.0%</td></tr></table>				Service	Andel	Hemtjänst Centrala	50.0%	Hemtjänst Yttre	50.0%
Service	Andel									
Hemtjänst Centrala	50.0%									
Hemtjänst Yttre	50.0%									



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Andel brukare med och utan avvikelser Brukare med avvikelser  94.4% Brukare utan avvikelser Här är ett cirkeldiagram som visar andelen brukare med och utan avvikelser inom hemtjänsten. Endast 14 av 249 brukare har någon form av avvikelse, vilket motsvarar ungefär var 18:e brukare.			
	Kontroll 2 - Journal (SoL)	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-30	Eldin Memic
	Kommentar Alla kontrollerade journaler har genomförandeplaner som är uppdaterade enligt rutin.			
	Kontroll 3 - Journal (SoL)	◯ Mindre avvikelser	2025-12-31	Eldin Memic
	Kommentar <u>Särskilt boende</u> 8 journaler granskade, 4 på Oxelgården och 4 på Linden. Delaktighet: I 6 av 8 fall har brukaren varit delaktig vid upprättande av genomförandeplan, i 1			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	fall har brukaren inte varit delaktig, och i 1 fall saknas uppgift. I 5 av 8 fall framgår det inte på vilket sätt brukaren varit delaktig. Mål och delmål: I 2 av 8 fall saknas uppgift om mål, och i samtliga 8 fall saknas delmål. Insatsdetaljer: I 3 av 8 fall framgår vad, hur och när insatsen ska utföras, i 3 fall framgår det inte, och i 2 fall saknas uppgift. Uppföljning: I 5 av 8 fall är uppföljning inte planerad i tid, och i 6 av 8 fall framgår inte resultat av uppföljningen. Övrig dokumentation: Kontaktperson är dokumenterad i 2 av 8 fall. <u>Hemtjänsten</u> Delaktighet: I 12 av 23 fall har brukaren varit delaktig, i 6 fall har brukaren inte varit delaktig, och i 1 fall saknas uppgift. I 4 fall framgår det inte på vilket sätt brukaren varit delaktig. Mål och delmål: I 21 av 23 fall saknas uppgift om mål. Insatsdetaljer: I 21 av 23 fall framgår vad, hur och när insatsen ska utföras, i 1 fall framgår det inte. Uppföljning: I 23 av 23 fall är uppföljning planerad i tid Övrig dokumentation: 1 av 23 har inte fast omsorgskontakt inlagd i systemet.			

2.1.3 Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 25 % slumpmässiga utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av LSS.	Kontroll 1 - Journal (LSS)	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-30	Eldin Memic
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare. Journalgranskning enligt framtagna mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare	Kommentar	Alla granskade journaler inom LSS har genomförandeplaner.		
	Kontroll 2 - Journal (LSS)	⬆️ Mindre avvikelser	2025-12-31	Eldin Memic
	Kommentar	Delaktighet: I 4 av 6 fall har brukaren varit delaktig, i 2 fall har brukaren inte varit delaktig. I 3		

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	fall saknas kommentar om hur delaktigheten skett. Genomförandeplan: Finns i 5 av 6 fall, saknas helt i 1 fall. Mål och delmål: Mål framgår i 5 fall Insatsdetaljer: Delvis uppfyllda – vad, hur, när och vem framgår i 4 fall, men insatsdetaljer saknas i flera insatser. Uppföljning: I samtliga fall är uppföljning inte planerad inom 6 månader och resultat saknas. Övrig dokumentation: Kontaktperson dokumenterad i 4 fall.			

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	2025-06-29	Micaela Larsson (borttagen)
Metod Journalgranskning enligt framtagna mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Två granskningar har genomförts under våren. I den första granskningen blev resultatet klart sämre än föregående års granskningar. I närmare analys av resultatet framkom att mer än hälften av de slumpade journalerna saknades nya/aktuella insatser utan innehåll äldre ordinationer av överlåtens hälso- och sjukvård (delegerade uppgifter). Därav syns inte resultatet av det arbete som genomförts med legitimerade avseende dokumentation. Bland annat har uppgifter om delaktighet minskat kraftigt i den första granskningen. Ett resonemang har förts omkring journalgranskningens metod. En ny granskning genomfördes där det först säkerställdes att insatserna var aktuella i tid (nyare än 1 år) och det fanns ny dokumentation. Detta gjorde att patienter med enbart överlåtens hälso- och sjukvård (delegerade uppgifter) inte tog med i urvalet. I granskning två uteslöts också patienter som tillhör den regionala primärvården eftersom mallen inte är anpassad till dessa. Resultatet av granskning två finns i nedan tabell och är uppställd i relation till föregående tre granskningar.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Vår - 25 (2) Vår - 25 (1) Höst - 24			
	Finns närmaste anhörig registrerad med namn, relation och telefonnummer?	100%	100%	95%
	Framgår det om närmaste anhörig ska kontaktas nattetid eller inte?	78%	68%	89%
	Har den enskilde namngiven OAS?	100%	91%	100%
	Har den enskilde namngiven AT?	78%	64%	80%
	Framkommer det vem som är ansvarig läkare?	83%	73%	86%
	Överkänslighet, dokumenterad på rätt plats och varför?	65%	59%	62%
	Finns samtycke till NPÖ?	100%	95%	100%
	Finns registrerat samtycke till kvalitetsregister där det är aktuellt?	86%	70%	83%
	Är samtycke efterfrågat vid skyddsåtgärder (leg ansvarsområde)?	100%	100%	100%
	Finns det medicinska diagnoser (under annan dokumentation)?	96%	95%	100%
	Finns ICF-dokumentation?	74%	55%	80%
	Finns det reg i kvalitetsregister (GD009) för de som ska ingå?	67%	75%	67%
	Finns det utredandeplan med bakgrundsorsak?	83%	39%	57%
	Finns det utredande åtgärder?	100%	88%	100%
	Finns resultat beskrivet?	100%	100%	100%
	Finns det behandlande åtgärder?	100%	100%	100%
	Finns resultat beskrivet?	100%	100%	100%
	Kan man se en röd tråd i journalen?	100%	81%	90%
	Är läkemedelsgenomgång gjord sista året (XV022 eller XV023) för de som ingår?	61%	73%	70%
	Finns det uppgifter om patientens delaktighet? (syns i beh.plan)	100%	54%	100%
	Vårdplanering dokumenterad (AU124, AU125, AW010)?	100%	83%	86%

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Kontroll 2 - Journal (HSL)	☐ Mindre avvikelser	2025-12-30	Maria Linby
	Kommentar Journalgranskning har genomförts tre gånger under året. Nedan tabell visar en sammanställning innehållande jämförelse med tidigare granskningar.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig		
			Höst -25	Vår - 25 (2)	Vår - 25 (1)	Höst - 25
	Finns närmaste anhörig registrerad med namn, relation och telefonnummer?		100%	100%	100%	91
	Framgår det om närmaste anhörig ska kontaktas nattetid eller inte?		68%	78%	68%	81
	Har den enskilde namngiven OAS?		86%	100%	91%	100
	Har den enskilde namngiven AT?		82%	78%	64%	81
	Framkommer det vem som är ansvarig läkare?		80%	83%	73%	81
	Överkänslighet, dokumenterad på rätt plats och varför?		59%	65%	59%	61
	Finns samtycke till NPÖ?		100%	100%	95%	100
	Finns registrerat samtycke till kvalitetsregister där det är aktuellt?		73%	86%	70%	81
	Är samtycke efterfrågat vid skyddsåtgärder (leg ansvarsområde)?		100%	100%	100%	100
	Finns det medicinska diagnoser (under annan dokumentation)?		91%	96%	95%	100
	Finns ICF-dokumentation?		81%	74%	55%	81
	Finns det reg i kvalitetsregister (GD009) för de som ska ingå?		57%	67%	75%	61
	Finns det utredandeplan med bakgrundsorsak?		91%	83%	39%	51
	Finns det utredande åtgärder?		95%	100%	88%	100
	Finns resultat beskrivet?		95%	100%	100%	100
	Finns det behandlande åtgärder?		100%	100%	100%	100
	Finns resultat beskrivet?		100%	100%	100%	100
	Kan man se en röd tråd i journalen?		82%	100%	81%	91
	Är läkemedelsgenomgång gjord sista året (XV022 eller XV023) för de som ingår?		76%	61%	73%	71
	Finns det uppgifter om patientens delaktighet? (syns i beh.plan)		91%	100%	54%	100
	Vårdplanering dokumenterad (AU124, AU125, AW010)?		100%	100%	83%	85
	Är brytpunktssamtal dokumenterad (uppmärksamhetsignal eller under behandlingsplan sen palliativ vård)?		80%	100%	100%	71

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	2025-03-30	Eldin Memic, Marcus Thevathason
Metod Kontrollera att anmälningarna hanteras omedelbart	Kommentar Verksamheten har upprättat en tydlig ärendeprocess för hantering av inkomna orosanmälningar. Ett mottagningsschema har tagits fram, där ansvarig personal hanterar mottagningen varje dag. Den som har mottagning ansvarar för att granska inkomna anmälningar och skyddsbedömning samt säkerställa att de fördelas till rätt person inom personalgruppen. Vid en ny anmälan lämnas ärendet vidare för skyddsbedömning hos teamledare, som sedan ansvarar för att fördela ärendet vidare för fortsatt hantering. (om inte mottagningsekreterare hanterar ärendet)			
	Kontroll 2 - Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-29	Eldin Memic, Marcus Thevathason
	Kontroll 3 - Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	⬆️ Inga avvikelser	2025-12-30	Eldin Memic, Marcus Thevathason

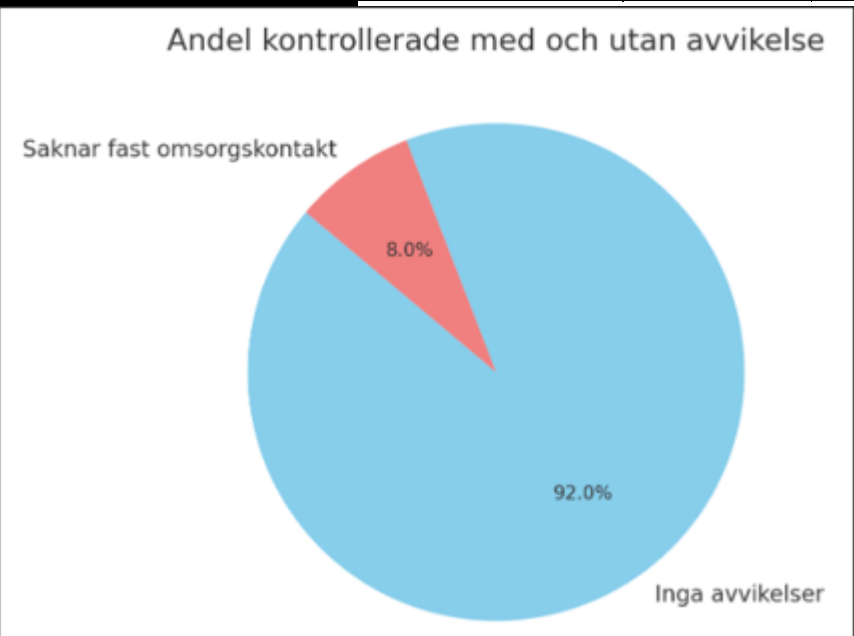
2.1.6 Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska uppdateras vid behov minst två gånger per år.

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska	Kontroll 1 - Journal	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-30	Eldin Memic

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
uppdateras vid behov minst två gånger per år				
Metod Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare	Kontroll 2 - Journal	 Inga avvikelser	2025-12-31	Eldin Memic

2.1.7 Att det brister i kontinuitet, delaktighet och uppföljning av vård insatser

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Att alla brukare ska ha en fast omsorgskontakt som är undersköterska.	Kontroll 1 - Journal	 Mindre avvikelser	2025-03-31	Eldin Memic
Metod Underlag hämtas från Lifecare	<i>Kommentar</i>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Andel kontrollerade med och utan avvikelse  Av totalt 25 kontrollerade framkom det att 2 journaler hade ingen fast omsorgskontakt inlagd i systemet. Kontrollen bestod av 13 journaler inom hemtjänst centrala och 12 journaler inom hemtjänst yttre. 2 Avvikelser framkom hos hemtjänst yttre. Här är uträkningarna för hur ofta avvikelserna inträffar: 2 av 249 brukare saknade en fast omsorgskontakt: ≈ var 125:e brukare Kommentar från verksamheten:			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Orak till att två brukare inte har inlagd fast omsorgskontakt beror på att en av dessa har enbart mattjänst som insats och den andra har flyttat och avslutats i systemet efter rapporterad kontroll från verksamhetscontroller. Avvikelse kvarstår på grund av att brukare inte hade inlagd fast omsorgskontakt under perioden som insats var pågående.			
	Kontroll 2 - Journal	 Mindre avvikelser	2025-06-30	Eldin Memic
	Kommentar 1 granskat ärende hade inte fast omsorgskontakt inlagd i systemet. Från och med 1 juli 2026 blir det krav hos särskilt boende att varje brukare har en fast omsorgskontakt. Kontroll kommer inkludera särskilt boende från och med juli månad.			

2.1.8 Brist i omvårdnad och behandling vid palliativ vård

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Andel kompletta registreringar i palliativa registret är samtliga bedömningar gjorts	Kontroll 1	 Mindre avvikelser	2025-06-29	Micaela Larsson (borttagen)
Metod	Kommentar			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Ta fram statistik från palliativa registret. Samtliga moment ska vara utförda och registrerade.				

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Kontroll 2	☐ Mindre avvikelser	2025-12-30	Micaela Larsson (borttagen)
	Kommentar Resultatet nedan är en sammanställning av registreringar i Svenska Palliativregistret december 2024 till och med november 2025. Av de sex olika indikatorer som kommunen ansvarar för uppfyller två av dessa målvärdet.			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig																								
	Spindeldiagram över kvalitet Period 2024-12 – 2025-1 <table><tr><th>Kriterium</th><th>Målvärde</th><th>Resultat</th></tr><tr><td>Efterlevandesamtal</td><td>75</td><td>75</td></tr><tr><td>Läka</td><td>75</td><td>75</td></tr><tr><td>Smärtskattats sista levnadsvecka</td><td>75</td><td>75</td></tr><tr><td>Symtomskattats sista levnadsvecka</td><td>75</td><td>75</td></tr><tr><td>Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka</td><td>75</td><td>75</td></tr><tr><td>Utan trycksår (kategori 2-4)</td><td>75</td><td>75</td></tr><tr><td>Mänsklig närvaro i dödsögonblicket</td><td>75</td><td>75</td></tr></table>				Kriterium	Målvärde	Resultat	Efterlevandesamtal	75	75	Läka	75	75	Smärtskattats sista levnadsvecka	75	75	Symtomskattats sista levnadsvecka	75	75	Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	75	75	Utan trycksår (kategori 2-4)	75	75	Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	75	75
Kriterium	Målvärde	Resultat																										
Efterlevandesamtal	75	75																										
Läka	75	75																										
Smärtskattats sista levnadsvecka	75	75																										
Symtomskattats sista levnadsvecka	75	75																										
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	75	75																										
Utan trycksår (kategori 2-4)	75	75																										
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	75	75																										

2.1.9 Att man inte följer basala hygienriktlinjer

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och kläddregler	Kontroll 1	Mindre avvikelser	2025-06-29	Maria Linby
Metod PPM mätning genomförs av hygienombud på respektive enhet	Kommentar Resultatet baseras på PPM-mätning som genomfördes under april 2025. 103 kontroller är utförda. Kontroller har gjorts i samtliga verksamheter inom vård och omsorg.			
	Basal hygien		Andel korrekt i 4 steg	
	Bangatan 10		100%	
	Daglig verksamhet		100%	
	Domarringsvägen 1-7		22%	
	Hemtjänsten		70%	
	HSL		90%	
	Linden		77%	
	Oxelgården		74%	
	Totalt		71%	
	Tre av verksamheterna når upp till 90% gällande basal hygien, resterande har större brister. Domarringsvägen 1-7 sticker ut med ett mycket lågt resultat.			
	Käldregler		Andel korrekt i 4 steg	
	Bangatan 10		100%	
Daglig verksamhet		71%		
Domarringsvägen 1-7		89%		

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Hemtjänsten	70%		
	HSL	100%		
	Linden	100%		
	Oxelgården	100%		
	Totalt	94%		
	Resultatet ser bättre ut när det gäller efterlevnad av klädregler. 94% är korrekt i efterlevnad av klädregler. Två personer har haft ringar på sig och fem personer har inte följt regler gällande hår. Dessa personer ger stor effekt på totala andelen eftersom de befinner sig i verksamheter där få kontroller är gjorda. Sammantaget är andelen korrekt i samtliga steg (både basal hygien och klädregler) 73%			
	Korrekt efterlevnad i samtliga steg			
	Bangatan 10	100%		
	Daglig verksamhet	71%		
	Domarringsvägen 1-7	22%		
	Hemtjänsten	60%		
	HSL	90%		
	Linden	77%		
	Oxelgården	74%		
	Totalt	73%		
	Analys:			



Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig																	
	I Januari gick hygiensjuksköterskan i pension. Hygiensjuksköterska hade ansvaret för att utbilda samordna hygienombuden. MAS påbörjade under våren 2025 ett arbete med hygienombuden i verksamheterna. MAS har därefter blivit sjukskriven och arbetet avstannade. Vi ser ett tydligt behov av att stärka grundkunskapen kring basal hygien i verksamheterna. Det finns en digital utbildning i basal hygien som verksamheterna får i uppdrag att genomföra under hösten.																				
	Kontroll 2	Mindre avvikelser	2025-12-30	Maria Linby																	
	Kommentar																				
	Resultatet baseras på PPM-mätning som genomfördes under november 2025. 102 kontroller är utförda. Kontroller har gjorts i samtliga verksamheter inom vård och omsorg.																				
	<table><tr><th>Basal hygien</th><th>Andel korrekt i 4 steg</th></tr><tr><td>Bangatan 10</td><td>100%</td></tr><tr><td>Daglig verksamhet</td><td>100%</td></tr><tr><td>Domarringsvägen 1-7</td><td>50%</td></tr><tr><td>Hemtjänsten</td><td>50%</td></tr><tr><td>HSV</td><td>100%</td></tr><tr><td>Linden</td><td>48%</td></tr><tr><td>Oxelgården</td><td>76%</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>63%</td></tr></table>				Basal hygien	Andel korrekt i 4 steg	Bangatan 10	100%	Daglig verksamhet	100%	Domarringsvägen 1-7	50%	Hemtjänsten	50%	HSV	100%	Linden	48%	Oxelgården	76%	Totalt
Basal hygien	Andel korrekt i 4 steg																				
Bangatan 10	100%																				
Daglig verksamhet	100%																				
Domarringsvägen 1-7	50%																				
Hemtjänsten	50%																				
HSV	100%																				
Linden	48%																				
Oxelgården	76%																				
Totalt	63%																				
	3 av 7 områden når godkänt resultat. Domarringsvägen 1-7 har förbättrat sitt resultat avsevärt sedan förra mätningen, däremot ser vi försämringar i efterlevnad till basala hygienriktlinjer i två andra verksamheter: hemtjänsten och Linden. I sammanställning av mätningarna framgår att de brister som finns i huvudsak gäller att personal missar att sprita händerna innan vårdsituationen samt att förkläde inte används där det ska.																				

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Klädregler		Andel korrekt i 4 steg	
	Bangatan 10		100%	
	Daglig verksamhet		100%	
	Domarringsvägen 1-7		100%	
	Hemtjänsten		100%	
	HSV		100%	
	Linden		93%	
	Oxelgården		96%	
	Totalt		96%	
	Gällande klädregler så uppfyller samtliga verksamheter målet på 90%.			
	Korrekt efterlevnad i samtliga steg			
	Bangatan 10		100%	
	Daglig verksamhet		100%	
	Domarringsvägen 1-7		50%	
	Hemtjänsten		50%	
	HSV		100%	
	Linden		48%	
	Oxelgården		76%	
	Totalt		63%	

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Omtag med arbete med hygienombud behöver göras. All personal behöver påminnas om gällande rutiner och riktlinjer kring basal hygien.			

2.1.10 Politiska underlag är inte kvalitetssäkrade inför politisk hantering

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll att ärenden för politiskt beslut är kompletta och färdiga på utsatt stoppdatum	Kontroll 1 - politiska beslut	☐ Mindre avvikelser	2025-03-31	Emil Pettersson
Metod Kontrollera antal ärenden som är kompletta på utsatt stoppdatum	Kommentar Under rapportperioden har 2 sammanträden för socialnämnden ägt rum. Ett sammanträde ägde rum 5 februari och det andra ägde rum 19 mars. Stoppdatum för att färdigställa underlag inför sammanträdet 5 februari var 14 januari. Underlag till samtliga ärenden var färdigställda inför stoppdatumet, men vissa mindre redaktionella justeringar behövde göras under beredningen. Stoppdatum för att färdigställa underlag inför sammanträdet 19 mars var 25 februari. Underlag till de flesta ärenden var färdigställda inför stoppdatumet, men vissa mindre redaktionella justeringar behövde göras under beredningen. Ett par ärenden saknade färdigställda underlag i form av tjänsteskrivelser. Dessa underlag kompletterades innan socialnämndens arbetsutskotts sammanträde 11 mars.			
	Kontroll 2 - politiska beslut	☐ Mindre avvikelser	2025-06-30	Emil Pettersson
	Kommentar Under rapportperioden har 2 sammanträden för socialnämnden ägt rum. Ett sammanträde ägde rum 23 april och det andra ägde rum 21 maj. Stoppdatum för att färdigställa underlag inför sammanträdet 23 april var 25 mars. Underlag till de flesta ärenden var färdigställda inför stoppdatumet, men vissa mindre redaktionella justeringar behövde göras under beredningen. Ett par ärenden saknade färdigställda underlag			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	i form av tjänsteskrivelser. Dessa underlag kompletterades innan socialnämndens arbetsutskotts sammanträde 8 april. Stoppdatum för att färdigställa underlag inför sammanträdet 21 maj var 29 april. Underlag till de flesta ärenden var färdigställda inför stoppdatumet, men vissa mindre redaktionella justeringar behövde göras under beredningen. Ett par ärenden saknade färdigställda underlag i form av tjänsteskrivelser. Dessa underlag kompletterades innan socialnämndens arbetsutskotts sammanträde 13 maj. Ett ärende fick hanteras utanför nämndens beredningsprocess då behovet att lyfta det för beslut kom efter att beredning av övriga ärenden hade genomförts.			
	Kontroll 3 - politiska beslut	 Mindre avvikelser	2025-12-31	Emil Pettersson
	Kommentar Under rapportperioden har 4 sammanträden för socialnämnden ägt rum. Ett sammanträde ägde 3 september, 8 oktober, 5 november och 10 december. Stoppdatum för att färdigställa underlag inför respektive sammanträde var 12 augusti, 15 september, 7 oktober och 17 november. Inför dessa sammanträden så var underlag till de flesta ärenden var färdigställda inför stoppdatumet, men vissa mindre redaktionella justeringar behövde göras under beredningen inför vardera sammanträde. Ett antal ärenden saknade färdigställda underlag, huvudsakligen i form av tjänsteskrivelser. Brist på färdigställda tjänsteskrivelser gick att finna inom samtliga beredningsprocesser under rapporteringsperioden. De flesta ej färdigställda underlag kompletterades innan socialnämndens arbetsutskotts sammanträde som sista beredande instans innan nämndens sammanträde. Underlag till de flesta ärenden var färdigställda inför stoppdatumet, men vissa mindre redaktionella justeringar behövde göras under även efter arbetsutskottets sammanträde.			

2.2 Ekonomi

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	 Mindre avvikelser	2025-03-31	Eldin Memic
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Time Care. Och från controller modulen. Chef för varje verksamhet har uppföljning en gång per månad tillsammans med ekonom och förvaltningschef.	Kommentar Schemaplanering Uppföljning har gjorts enligt plan men kontrollerna har inte kunnat göras fullt ut då vissa chefer inte hade gjort sina uppföljningar i tid. Några har haft svårt att förstå hur uppföljningen ska göras så det har inte gått att kontrollera fullt ut om schemaplaneringen varit optimal. På några enheter har man inte följt Bemanningshandbokens regler fullt ut. Verksamheterna har inte heller inte kommit igång med samplaneringen mellan enheter för att boka ut alla resursspass. Första schemaperioderna har flera enheter obokade resursspass som kostar, men detta är en mognadsfråga och det har gått för kort tid ännu för att resursspassen ska kunna användas fullt ut. Det kräver även att medarbetarna har accepterat och är inskolade i annan verksamhet. Åtgärd: Förtydligande hur och när uppföljningen ska gå till har gjorts, samt förtydligande att det är obligatoriskt att följa Bemanningshandboken. Detta är en stor förändring och ett helt nytt sätt för medarbetare, chefer och planerare att jobba med schema och förändring tar tid. LSS LSS har en optimerad graf i förhållande till verksamhetens behov. De skorstenar som ev blir, resulterar i resursspass som används vid ev frånvaro och liknande, bokas av bemanningen. Vid varje frånvaropass ser verksamheten över verksamhetens behov och tillsätter endast den tid som behövs, gäller både kort och lång-tidsfrånvaro. Bangatan			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Har överkapacitet under en period från den 17 mars. Ett pers. ass. ärenden upphörde den 11 mars. En tillsvidare anställd assistent är överflyttad till Bangatan. Hon kommer att täcka för en person som är långtidssjukskrivning samt ha Resurspass i sitt schema. Det kommer att innebära några skorstenar i denna schemaperiod. Hennes procent ryms inom budget på Bangatan. Bangatan har en graf som stämmer bra men behovet kommer troligen förändras när verksamheten har 3 nya boende som flyttar in under april månad. Den sista flyttar in 9 april. Verksamheten kommer att behöva justera grafen när verksamheten har kartlagt behovet. HSV HSV arbetar efter omvårdnadsansvar för patienterna och man ser alltid till att försöka optimera så gott det bara går. HSV håller sig inom grafen och HSV försöker förhålla sig till nollvikarierar så mycket det bara går och låter ssk täcka upp för varandra under korttidsfrånvaron. Oxelgården Gällande bemanningsoptimering så ser verksamheten fortsatt en fördelning där verksamheten exempelvis har en högre bemanning än verksamheten optimalt hade önskat vissa veckodagar. Verksamheten har vissa dagar låg bemanning på morgonen fram till 8:30 på grund av dygnsvila och arbetspassens längd. På avdelningar där verksamheten har många i personalgruppen som arbetar deltid, har verksamheten väldigt lite tid för överrapportering på grund av de korta arbetspassen. Linden Verksamheten jobbar med planering var 4:e vecka inför varje ny schemaperiod så det blir så optimerad bemanning som möjligt. Skorstenar läggs resurspass som ska bokas ut, oftast är det mellan 13-16 men inte varje dag. Grafen är enligt bemanningskraven så det ser bra ut. Åtgärd Åtgärden är en aktiv schemaplanering där verksamheten inför varje ny period justerar. Verksamheten täcker även aktivt mellan avdelningar beroende på var behovet är störst. En framtida åtgärd om gränsen för samma fridagar går vid 80% istället för 70% blir nytt schema för de aktuella personerna.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Hemtjänsten Personal och schemaläggning Vid ändringar i bemanningsbehov sker dialog med resurs som ansvarar för schemaläggning. Vikarier beställs utifrån planeringen och schemat läggs efter verksamhetens behov. Planeringen av vikarier sker med utgångspunkt från grafen, men ibland uppstår luckor i schemat. Resurstid skickas till bemanningsenheten för registrering så att den räknas som arbetstid. Schemaläggning och bemanning Grafen visar en bra bemanning dagtid, men överkapacitet förekommer ibland. Kvällspassen är ofta underbemannade, vilket är en medveten strategi då vikarier kan täcka upp. Ordinarie personal fokuserar på dagpassen, medan kvällspassen bokas med vikarier och en viss andel ordinarie personal. Kontroll mot TimeCare visar få "skorstenar" (ojämn fördelning av arbetstid). Åtgärder Utvärdering av planering: Konsult från RLDatix granskar gårdagens planering för att identifiera förbättringsområden. Veckovis uppföljning: Verksamheten har en rutin att granska planeringen en gång per vecka. Resurser för schemaläggning: Extra resurser har tillsatts för att underlätta schemaläggningen. Konsultstöd: RLDatix genomför regelbundna kontroller för att optimera schema och bemanning. Veckovisa avstämningar: Genomförs för att följa upp helgpas och den övergripande planeringen. Ny planerare rekryterad: Tillträder den 22 maj och genomgår en tvåveckors introduktion. Införande av ny modul: En besöksuppföljningsmodul har köpts in, med första resultat förväntat i mars. Justering av insatser: Resurstid som tidigare varit obokad i systemet ses över och registreras			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	som arbetstid. Uppföljning av obokade pass: Vid verksamhetsuppföljning diskuteras obokade resurspass som en kontrollfunktion för att identifiera eventuella förändringar i behovet. Denna genomlysning och planering ska bidra till en mer optimerad och behovsanpassad personalplanering i verksamheten.			
	Kontroll 2 - granskning av planering av personal i förhållande till behov i verksamhet	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-30	Eldin Memic
	Kommentar Verksamheterna jobbar aktivt med optimering av schemaplanering. Schemaplanering är ett prioriterat område inom varje verksamhet. Vid frånvaro täcks passen i första hand upp med interna resurser, främst genom planerade resurspass. Flexibilitet finns att justera schemat med 4–6 veckors framförhållning vid förändrade verksamhetsbehov. Vissa verksamheter har Schemaansvariga på varje avdelning, inklusive nattorganisationen. Vissa verksamheter kommer jobba med att under hösten kommer dessa att lägga en hel schemaperiod själva. Andra verksamhetsområden har en schemansvarig för hela verksamheten. genom att ha en schemaansvarig som medarbetare vänder sig till och har en ständig dialog med så stärker det samverkan, förståelse för planeringsförutsättningar och bidrar till en bättre arbetsmiljö. Det ökar även medarbetarnas delaktighet.			
	Kontroll 3 - granskning av planering av personal i förhållande till behov i verksamhet	⬆️ Inga avvikelser	2025-12-31	Eldin Memic

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	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-30	Eldin Memic
Metod Inhämta underlag från verksamhetssystem (Lifecare) och enhetschef.	Kontroll 2 - klagomål och synpunkter	◯ Mindre avvikelser	2025-12-31	Eldin Memic
	Kommentar Under 2025 gjordes 3 registreringar i systemet Lifecare. Dessa har lämnats av personal och berör de enheter inom Socialförvaltningens som bedriver äldreomsorg. I verksamhetssystemet går det att utläsa vad ärendet berör och tidpunkt för registrering och avslut. Enbart en rapport har en åtgärd inlagd. Resterande har lagt in en anteckning som svar på synpunkten.			

2.3.2 Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsskåp

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Regelbunden kontroll i läkemedelsskåp.	Kontroll 1 - läkemedelsskåp	⬆️ Inga avvikelser	2025-06-30	Micaela Larsson (borttagen)
Metod Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka samt oftare vid behov/händelser. Sammanställs av MAS.	Kommentar Kontroll av narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsförråd har genomförts en gång per månad. Fram till och med maj månad finns inget svinn.			
	Kontroll 2 - läkemedelsskåp	⬆️ Inga avvikelser	2025-12-30	Micaela Larsson (borttagen)
	Kommentar Kontroll av narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsförråd har genomförts en gång per			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	månad. Fram till och med 1 december finns inget svinn			

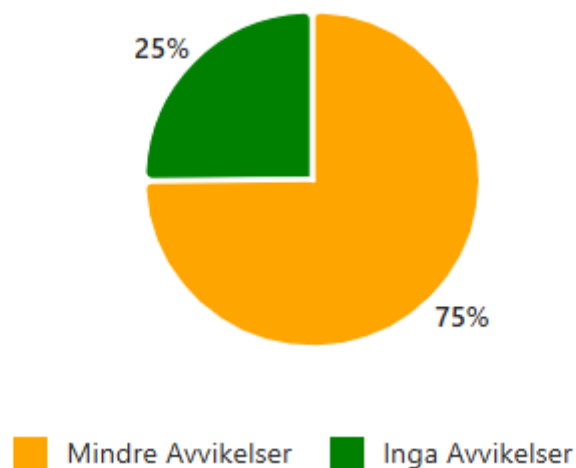
2.4 Slutsatser av uppföljning

Slutsats av uppföljningen (decemberkontroller):

Sammanställningen visar att majoriteten av kontrollerna har genomförts enligt plan. Av totalt 12 kontroller som hade deadline under december månad har **9 kontroller resulterat i mindre avvikelser**, medan **3 kontroller inte visade några avvikelser**.

De mindre avvikelserna är främst kopplade till dokumentation (journalföring enligt SoL, LSS och HSL), hygienrutiner samt kvalitetssäkring av politiska underlag. Avvikelseerna bedöms som mindre och har i huvudsak sin grund i rutinförbättringar och resursutmaningar.

Åtgärder har identifierats och påbörjats för att säkerställa förbättrad efterlevnad inför kommande period. Sammanfattningsvis bedöms internkontrollen fungera tillfredsställande, men fortsatt fokus krävs på dokumentationsrutiner och hygienarbete för att nå full måluppfyllelse.



2.5 Åtgärder

För att minska förekomsten av mindre avvikelser och säkerställa en högre grad av efterlevnad har följande åtgärder vidtagits eller initierats:

Biståndsbeslut och uppföljning

Handläggarna har infört en rutin där uppföljningar dras ut inför varje månad och planeras in löpande. Ärenden fördelas efter personnummer, och kontroll av att uppföljningarna sker i tid görs veckovis på samrådsmöten.

Schemaplanering och resursoptimering

Förtydliganden har gjorts kring hur och när uppföljning ska ske, samt att Bemanningshandboken är obligatorisk att följa. Verksamheterna arbetar aktivt med schemaplanering inför varje ny period och justerar bemanningen vid behov. Samplanering mellan enheter används för att minska obokade resursspass.

Hygienrutiner

En digital utbildning i basal hygien har införts som obligatorisk för all vård- och omsorgspersonal. Arbetet med hygienombud har återupptagits, och personalen påminns regelbundet om gällande rutiner och riktlinjer. PPM-mätningar genomförs kontinuerligt för att följa upp efterlevnaden.

Genomförandeplaner och dokumentation

Chefer skickar påminnelser när uppföljningar passerat och tar upp rutiner för uppföljningsdatum på APT. Dialog förs med personal om vikten av att lägga in korrekta uppföljningsdatum och att dokumentera genomförandeplaner enligt rutin.

Kvalitetssäkring av politiska underlag

Ansvar och stoppdatum har tydliggjorts. Saknade tjänsteskrivelser kompletteras innan arbetsutskottets sammanträden, och beredningsprocessen följs upp för att säkerställa att underlag är färdigställda i tid.

Palliativ vård

Rutiner för registrering i Svenska Palliativregistret har setts över, och utbildning för personal kring indikatorer och målvärden har initierats.