



	Dokumentrubrik Rapport för förvaltningschef	
	Dokumenttyp Rapport	Upprättat datum 2023-02-27
Kvalitetsområde 9 - Uppföljning, utvärdering, egenkontroll och erfarenhetsåterföring	Upprättad av Utvecklingsledare Marie Karlsson	Reviderat datum
Gäller för verksamhetsområde Socialförvaltningen	Ansvarig Socialchef	Version 1
Kopplad till process Internkontroll	Kopplad till dokument Internkontrollplan	Antal Sidor 2

Granskningsrapport enligt socialförvaltningens internkontrollplan 2022

1. Internkontroll

Rapport för förvaltningschef

Nämnd/förvaltning/enhet	Socialförvaltningen
Kontrollområde (rutin/system)	Internkontrollplan 2022
Rapportering till (befattning)	Socialchef
Kontroll avser tidsperiod	År 2022
Kontroll utförd datum	2023-02-20

2. Resultat

Internkontrollplanen innehåller totalt 13 kontrollmoment. Granskningarna har utförts av ekonom, nämndsekreterare, personalspecialist, enhetschefer, sjuksköterska, administratör, utvecklingsledare och objektspecialist för Time Care.

Metod för granskning framgår av internkontrollplanen.

Redovisning av resultat från genomförda granskningar

2.1 Loggkontroll i Procapita

Loggkontrollen syftar till att säkerställa att enbart medarbetare kopplade till enheten läst och dokumenterat i aktuell verksamhet. Det har skett förändringar i användningen av verksamhetssystemet Procapita, Verksamheterna arbetar numera huvudsakligen i Lifecare Utförare, vilket innebär att loggningar till stor del inte görs i Procapita.

Loggkontroller i Procapita har på grund av resursbrist inte kunnat prioriteras så att befintlig rutin för loggning kunnat följas. Enstaka kontroller har genomförts och en avvikelse har upptäckts.

Åtgärder:

- En övergång från Procapita till Lifecare Utförare har skett vilket innebära att loggkontroller enklare ska kunna tas fram i och med den utveckling som gjorts av programmet. En översyn av kontrollområdet och kontrollmomentet behöver göras i den antagna internkontrollplanen för 2023, rutinen för loggning behöver revideras.

2.2 Beslutsprocess

Rutinen fungerar, inga brister har framkommit vid kontroll. Socialnämnden och socialnämndens arbetsutskott fattade 149 beslut under år 2022. Alla beslut utom ett har verkställts.

Beslut som är myndighetsutövning eller formalia samt arbetsutskottets beslut som är förslag till beslut för socialnämnden är inte inräknade i rapporten.

2.3 Sekretess

Kontroll av bild och meddelande i mobil har genomförts genom stickprov.

- Ingen avvikelse har upptäckts på Smedsgården A1-A2.
- På Smedsgården A3-A4 har vissa brister uppmärksammats; ett SMS med bild på trycksår, okänd kroppsdel, har skickats till sjuksköterska.
- Smedsgården B1-B2 samt C1 – C2 har ingen avvikelse uppmärksammats.
- Hemtjänsten har under minst två tillfällen stickprovskontroller genomförts i syfte att se att inga sekretessklassade bilder eller texter finns i mobiltelefonerna. Två avvikelser

har upptäckts vid granskningen; Kallelse till läkar-/sjukbesök och skärmsklipp av dagens arbetsdag.

- Ingen avvikelser inom Boendestöd, Svalan, Blålockan och Torebergsvägen.
- Ekbackens gruppboende, vissa brister har uppmärksammats; bild som visar en brukares utslag på bålen har skickats till sjuksköterska och inte raderats därefter.
- Inom assistansgruppen har brister uppmärksammats; bild på insatsschema förvarat i galleriet i mobilen.

Åtgärder:

- Mobiltelefonerna har raderats och personalen påminns på APT om att ingen känslig information får sparas på telefonerna. Om bild ska tas är det viktigt att den raderas så snart som möjligt.
- Information på APT 1 gång/termin om vad som inte får finnas på arbetsmobilerna. Det finns behov av att utveckla rutinen för dokumentation av genomförda granskningar.

2.4 Delegationsordning enligt SN

Totalt har 256 beslut granskats. Av dessa avser 100 beslut fattade inom IFO, 55 avser funktionsstöd och 101 avser vård och omsorg. Samtliga beslut har fattats av delegat i enlighet med delegationsordningen alternativt av delegats chef.

2.5 Socialnämndens värdegrund

En målsättning är att socialnämndens värdegrund ska vara en stående punkt på dagordningen för APT inom hela förvaltningen. Syftet är att hålla innehållet i värdegrunden aktuellt och att väcka tankar och funderingar kring bemötande, integritet, delaktighet och så vidare. Enhetscheferna har haft värdegrunden på dagordningen vid cirka vart fjärde APT.

2.6 Avtal

Det finns vissa brister i rutinen.

Vid kontroll av leverantörer för placeringar av barn och unga inom IFO har stickprov gjorts utifrån ramavtalsleverantörer. Det framgår inte alltid på fakturorna vilken typ av placering det är vilket gör att det är svårt att veta om tjänsten har upphandlats.

När det gäller köp av chefskonsulter har kostnaden överstigit direktupphandlingsgränsen men ramavtal saknas, vilket är en brist.

Åtgärder:

När det kommer till köp av konsulttjänster för exempelvis sjuksköterskor saknas ramavtal, då tjänsten är direktupphandlad. Här bör man se över om det skulle vara fördelaktigt att göra en upphandling.

Se över behovet av ramavtal för köp av konsulttjänster.

2.7 Kontroll av medel från Migrationsverket

Rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning. Samtliga mottagna ersättningar har stämts av med aktuell lista för placeringar av ensamkommande unga, barn samt ensamkommande asylsökande barn.

2.8 Utbetalningar via Procapita - utbetalning sker till den som fått beslut om bistånd

Inga brister har upptäckts vid genomförd granskning.

2.9 Rehabilitering

194 rehabärenden har varit aktuella under år 2022 och 114 ärenden var avslutade 2022-12-31. Av de avslutade har 92 personer återgått i arbete, 12 har avslutat sin anställning, 1 visstidsanställning har upphört, 8 är tjänstlediga och 1 har beviljats sjukersättning. Övriga 80 är fortsatt aktuella för rehabilitering. Rehabiliteringssamtal har genomförts enligt rutin.

2.10 Läkemedelshantering

Under 2022 har 107 av 132 (81 procent) internkontrollrapporter lämnats in till MAS från kontrollansvariga sjuksköterskor och det är en ökning med sex procent om man jämför med 2021. Det är framför allt internkontrollrapporter från ett hemsjukvårdsområde som har saknats under 2022.

Totalt under 2022 har det rapporterats 50 avvikelser i internkontrollen om hanteringen av narkotikaklassade läkemedel. Det har gällt brist i saldo i narkotikajournal, felräkningar i narkotikajournal, förväxlade narkotikajournaler mellan två olika läkemedel, att det helt saknats narkotikajournal, narkotikaklassade läkemedel som inte används och som sparats för länge i läkemedelsförråd och borde ha kasserats, lådor som inte varit korrekt uppmärkta för narkotika klassade läkemedel och läkemedel som förvarats utan originalförpackning vilket innebär att utgångsdatum och batchnummer inte finns kvar.

De flesta av dessa avvikelser är i efterhand utredda, brister hittade och åtgärdade av ansvariga sjuksköterskor.

Akut- och buffertförrådet

Elva avvikelser är rapporterade där det saknats läkemedel vid kontrollräkning och endast två har kunnat redas ut. Förrådsansvarig sjuksköterska har i samband med dessa avvikelser gjort tätare kontrollräkningar.

Hemsjukvården (fem områden)

På område ett har inte internkontrollen fungerat under året, endast en inlämnad kontrollrapport. Enhetschef HSL är informerad för att åtgärda.

Område två, tre och fyra har sammantaget haft två avvikelser, dessa har kunnat redas ut.

På område fem har det under våren fr.o.m. februari t.o.m. juni 2022 varit tjugo avvikelser av varierande slag. Orsak är till största delen att inte läkemedelsförrådet har varit tillräckligt underhållet av ansvariga sjuksköterskor. MAS och enhetschef för HSL har under våren haft tillsyn och fått återkoppling kontinuerligt så att det skapades ordning. Inga problem kvarstår under hösten 2022.

Syrenen och Borgmästargården

Två avvikelser varav en utretts och återfunnits.

Smedsgården

Hade femton avvikelser där tolv har kunnat redas ut. Tre avvikelser har inte utretts eller återfunnits.

Åtgärder:

- Att få in internkontroller fungerar till största delen bra. Den största orsaken när det inte fungerar är när kontrollansvarig sjuksköterska slutar och ersättare ska informeras om att ta över uppdraget och få det att fungera systematiskt. MAS har informerat enhetschef för HSL om att rutin för internkontroll inte fungerat inom ett område under 2022. Behöver åtgärdas till 2023.

- Det som inte alltid fungerar är att förrådsansvarig sjuksköterska följer upp internkontrollen på sitt område genom att utreda brister/överskott/anmärkningar och åtgärda orsaker till dessa avvikelser och därefter alltid återkoppla skriftligt till MAS. Behöver återkommande tas upp i sjuksköterskegruppen av enhetschef för HSL.
- vid varje uttag och tillförsel av kontrolläkemedel i förråd, ska alltid läkemedlet kontrollräknas och dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet p.g.a. att det är så många olika sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Detta behöver regelbundet tas upp i sjuksköterskegruppen.

2.11 Frånvarorapportering i Personec självservice

- I Lerbäck/Hammar finns brister i rutinen. Ett antal personer har inte lagt in sin frånvaro i Personec. Enhetschef har rapporterat in frånvaron i systemet.
- Hemtjänst Torggruppen har visat på att vissa medarbetare brister i rapporteringen i Personec. Enhetschefen har trots påminnelser till medarbetaren, varit den som fått rapportera in frånvaron i systemet.
- Ekbackens gruppbostad och personlig assistans; brister finns i rutinen. De flesta kontaktar sin chef, informerar om sin frånvaro samt rapporterar in sin frånvaro i Personec. Vissa avvikelser har upptäckts.
- På Smedsgården A, B-C nedre, B-C övre, Borgmästargården, Syrenen har ingen avvikelse uppmärksamats vid granskningen.
- Inom nattpatrullen, schemaplaneringen, resursplaneringen och verksamhetsstöd har ingen avvikelse uppmärksamats vid granskningen.

Åtgärder:

- Enhetscheferna har tagit upp på APT om allas ansvar för att registrera sin frånvaro. Personalen uppmanas även att be om stöd vid problem att registrera frånvaro. Enhetschef följer upp inför lönekörning att den frånvaro som anmälts också läggs in i Personec.
- Enhetscheferna har säkerställt metod för att följa upp att sjukfrånvaro ska registreras både i schemaläggningssystemet och i Personec självservice.
- Om brister avseende självrapporering i personec upprepas efter information och praktiskt stöd från enhetschef kommer ett arbetsrättsligt perspektiv att tillämpas.

2.12 Dokumentation

Inom Smedsgården, Borgmästargården, Syrenen och Dagverksamheten saknas genomförandeplaner till ett antal brukare.

Rutin för kontroll av att genomförandeplaner finns upprättad men har allvarliga brister inom hemtjänsten, så till vida att det fortfarande finns ett stort antal brukare som saknar aktuella genomförandeplaner.

Inom funktionsstöd är det ett antal genomförandeplaner som inte är uppdaterade på grund av att beslutet behöver följas upp av myndighetsutövaren innan genomförandeplanen revideras. Vissa verksamheter saknar genomförandeplaner, till exempel har assistansgruppen inte haft tillgång till genomförandeplaner i verksamhetssystemet. Detta har åtgärdats under januari 2023.

Åtgärder:

- Medarbetaren planerar in genomförandeplaner där denne är kontaktperson samt att genomförandeplaner följs upp vid team.

- Inom hemtjänsten ha genomgång av dokumentation och genomförandeplaner gjorts.
- Utbilda dokumentationsombud i att upprätta genomförandeplaner i Lifecare och att därefter kunna handleda sina kollegor.
- Avsätta tid för upprättande av genomförandeplaner. Bra om personalen själva kan planera in detta i schemat så att brukare och personal är förberedda.
- Vid varje teamträff tas aktuella genomförandeplaner upp.
- Lista har lämnats från enhetschef till biståndshandläggare på ärenden inom boendestöd som är aktuella för omprövning inom Funktionsstöd.
- Verksamheten Svalan inom Funktionsstöd har en utsedd person som har ett riktat uppdrag att göra genomförandeplaner med alla deltagare.
- Se över rutinen för uppföljning av genomförandeplaner.

3. Sammanfattning behov av åtgärder

3.1 Loggkontroll Procapita

En översyn av kontrollområdet och kontrollmomentet behöver göras i den antagna internkontrollplanen för 2023, rutinen för loggning behöver revideras.

3.2 Sekretess

Det finns behov av att utveckla rutinen för dokumentation av genomförda granskningar. Information på APT 1 gång/termin om vad som inte får finnas på arbetsmobilerna.

3.3 Avtal

Se över behovet av ramavtal för köp av konsulttjänster.

3.4 Läkemedelshantering

Rutin för internkontroll har inte fungerat inom ett område under 2022. Behöver åtgärdas till 2023.

Förrådsansvarig sjuksköterska ska följa upp internkontrollen på sitt område genom att utreda brister/överskott/anmärkningar och åtgärda orsaker till dessa avvikelser. Därefter ska alltid återkoppling göras skriftligt till MAS. Behöver återkommande tas upp i sjuksköterskegruppen av enhetschef för HSL.

Vid alla uttag och tillförsel av kontrolläkemedel i förråd, ska alltid läkemedlet kontrollräknas och dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet då det är så många olika sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Detta behöver regelbundet tas upp i sjuksköterskegruppen.

3.5 Frånvarorapportering i Personec

Enhetscheferna informerar återkommande på APT om allas ansvar att registrera sin frånvaro i Personec. Personalen uppmanas att be om stöd vid eventuella svårigheter att registrera frånvaro. Enhetschef följer upp inför lönekörning att den frånvaro som anmälts också läggs in i Personec.

Om brister avseende självrapportering i Personec upprepas efter information och praktiskt stöd från enhetschef kommer ett arbetsrättsligt perspektiv att tillämpas.

3.6 Dokumentation

- Utbilda dokumentationsombud i att upprätta genomförandeplaner i Lifecare och att därefter kunna handleda sina kollegor.
- Avsätta tid för upprättande av genomförandeplaner. Bra om personalen själva kan planera in detta i schemat så att brukare och personal är förberedda.
- Vid varje teamträff ska aktuella genomförandeplaner tas upp.

- Se över rutinen för uppföljning av genomförandeplaner.

Askersund 2023-02-28

Therése Johansson
Socialchef