

Uppföljning intern kontroll 2022

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	3
3 Uppföljning	4
3.1 Ekonomi.....	4
<i>Risk: Risk för stora kostnader utöver budget för externa placeringar</i>	4
3.2 Personal.....	6
<i>Risk: Risk för bristande kompetensförsörjning</i>	6
3.3 Kvalitet.....	8
<i>Risk: Risk för bristande läkemedelshantering</i>	8
3.4 Invånare.....	10
<i>Risk: Risk för att synpunkter från invånare inte tillvaratas</i>	10
4 Analys av uppföljningsarbetet	11

1 Inledning

Enligt kommunallagen 6 kap 6 § skall nämnden tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande mål, riktlinjer och föreskrifter. Detta brukar benämnas intern kontroll.

Reglemente för intern kontroll har fastställts av kommunfullmäktige 2015-10-22. Anvisningar för intern kontroll har senast reviderats 2018-09-26 av kommunstyrelsen. Enligt anvisningarna framgår bland annat att respektive nämnd ska anta internkontrollplan för innevarande år senast i mars månad. Av reglementet framgår också att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att:








- En organisation ska upprättas för den interna kontrollen.
- Plan för intern kontroll, som bygger på en riskanalys, antas för varje kalenderår

Av reglementet framgår att den interna kontrollen med rimlig grad av säkerhet ska säkerställa att följande uppnås:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.
- Tillförlitlig ekonomisk rapportering och information om verksamheten.
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer mm.
- Eliminering av risker för korruption och ekonomisk svindel

Planen baseras på en risk- och väsentlighetsanalys av processer och rutiner som bedömdes särskilt viktiga att granska. Resultatet av uppföljningen ska, med utgångspunkt för antagen plan, rapporteras till nämnden senast februari månad. Uppföljningsrapporten ska redovisa de resultat som årets kontroller gett samt de åtgärder som ska vidtas vid avvikelser.

2 Sammanfattning

Process/rutin	Risk	Kontrollaktivitet	Resultat	Åtgärd
Ekonomi	Risk för stora kostnader utöver budget för externa placeringar	Redovisning till arbetsutskottet av samtliga externa placeringar	 Mindre avvikelse	
Personal	Risk för bristande kompetensförsörjning	Kontroll av varför medarbetare slutar genom uppföljning av uppsägningar	 Större avvikelse	
		Kontroll av äldreomsorgslyftets omfattning	 Större avvikelse	
		Kontroll av stagnerad kompetensutveckling	 Ingen avvikelse	
Kvalitet	Risk för bristande läkemedelshantering	Apotekets externa granskning	 Större avvikelse	
		Intern granskning	 Större avvikelse	
		Antal enkla läkemedelsgenomgångar jämfört med antal patienter som är över 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel	 Större avvikelse	

Process/rutin	Risk	Kontrollaktivitet	Resultat	Åtgärd
		läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i särskilt boende		
Invånare	Risk för att synpunkter från invånare inte tillvaratas	Kontroll av att invånares synpunkter har hanterats, utretts och återkopplats enligt rutin	◆ Mindre avvikelse	

3 Uppföljning

3.1 Ekonomi

Risk: Risk för stora kostnader utöver budget för externa placeringar

Riskbedömning

◆ 4. Lindrig

Kontrollaktivitet: Redovisning till arbetsutskottet av samtliga externa placeringar

Resultat

◆ Mindre avvikelse

Kontrollansvarig

Respektive berörd avdelningschef

Kommentar

Individ och familjeomsorgen

Under 2022 har individ- och familjeomsorgen (IFO) haft 29 externa placeringar. Placeringarna är huvudsakligen enskilda individer, men en individ som under placering går från barn till vuxen placeras om och räknas därför som två placeringar. Då IFO har ett uttalat öppenvårdsperspektiv provas öppenvård alltid i första hand, om det inte är ärenden som gäller våld i nära relation, där det finns behov av en akut skyddsplacering. Dessa ärenden är få i nuläget och IFO har inte haft placeringskostnad för dessa ärenden. IFO har under året placerat några barnärende som provats under lång tid i öppenvård där problematiken är större, trots intensiva insatser. I vissa ärenden, framför allt missbruk och socialpsykiatri, finns ibland inget alternativ än en nödvändig placering. I dessa fall handlar det om att rädda liv, förhindra LVM och öppenvården har i stort sett alltid provats. Missbruksärenden har kortare placeringstider och placerade utslussas via öppenvården. Öppenvården har förhindrat ett par LVM under året genom att arbeta mer intensivt. Socialpsykiatriärenden är ibland svåra att ha i eget boende beroende på hur deras psykiska ohälsa ter sig över tid. De ärenden som är placerade är personer där de enligt psykiatrin är färdigbehandlade, men där de inte klarar av att bo på egen hand och behöver heldygnsvård längre tid, ibland permanent.

IFO-placeringar under 2022

Institution Vuxen missbruk 7 st

Institution Vuxen ej missbruk 7 st

Institution Barn 3 st

Familjehem 3 st

Integrationsverksamhet (ensamkommande barn 4 stödboende, 2 HVB, 3 familjehem)

Kontrollmomentet visar en mindre avvikelse. IFO går ett underskott på ca 490 tkr (utifrån en budget på 7748 tkr) gällande externa placeringar. Detta utgör 6,3 % av budget. Verksamheten bedömer att under 10 % av budget är en ringa avvikelse.

LSS-verksamhet

Under 2022 har LSS-verksamheten haft totalt 28 externa placeringar. Placeringarna är huvudsakligen pågående placeringar. Boende för vuxna personer har verksamheten under året kunnat verkställa en placering i egen regi. Övriga placeringar gäller personer som har särskilt betydande och omfattande behov av stöd och hjälp som inte kan tillgodoses i egen regi. Boende för barn gäller också en individ som har omfattande omvårdnadsbehov och där verksamheten bedömer att kostnaden hade varit betydligt högre i egen regi. En person har placering i daglig verksamhet enligt kammarrättsdom, två personer har extern daglig verksamhet då kommunen för närvarande inte har rätt kompetens och anpassade lokaler för att tillgodose behoven. Verksamheten har kunnat verkställa en placering av daglig verksamhet i egen regi. Detta tack vare att verksamheten har utvecklat den dagliga verksamheten för att passa fler individer som annars hade placerats externt. Placeringar i korttidsvård och korttidsvistelse gäller för personer där den interna verksamheten inte kan möta individernas behov.

LSS-placeringar under 2022

Boende för vuxna 5 st

Boende för barn 1 st

Daglig verksamhet 4 st

Korttidsvistelse 8 st

Korttidsvård 4 st

SoL-internat 6 st

Hälsa, vård och omsorg

Under året har tre personer varit placerade inom verksamheten för Hälsa vård och omsorg. Under hösten 2022 har ytterligare en person placerats externt. Anledning till placeringar är att den interna verksamheten inte kan möta det speciella behovet. Verksamheten har haft budget för fyra placeringar och budgeten har därmed inte överskridits.

Åtgärder

IFO kommer fortsätta arbeta mer förebyggande och öka samverkan med bland annat barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt vuxenpsykiatri för att förebygga behovet av externa placeringar. Detta är i linje med den nya socialtjänstlagen, om den skulle träda i kraft. Gemensamt för samtliga verksamheter är att det genomförs täta uppföljningar av placeringar för att säkerställa god kvalitet för brukaren samt för att utvärdera att placeringen är det bästa alternativet.

3.2 Personal

Risk: Risk för bristande kompetensförsörjning

Riskbedömning

■ 9. Kännbar

Kontrollaktivitet: Kontroll av varför medarbetare slutar genom uppföljning av uppsägningar

Resultat

■ Större avvikelse

Kontrollansvarig

Förvaltningschef, avdelningschefer, enhetschefer

Kommentar

Individ- och familjeomsorgen

Risken för bristande kompetensförsörjning för IFO är liten då personalomsättningen är och har varit låg under några år. Resultatet är bibehållen kompetensen och kvalitén har höjts. Det som kan bli en risk, med väldigt erfaren person, är att deras behov av utbildning är på en högre nivå än basutbudet. Det finns även risk att de inte får ny kunskap. En del av personalomsättningen har varit intern inom IFO, där medarbetare valt att pröva andra tjänster och uppdrag inom den egna avdelningen. Avgångssamtal genomförs med de medarbetare som sagt upp sig på egen begäran

LSS-verksamheten

Personalomsättningen i LSS-verksamheten är något högre än föregående år. Under året har omsättningen bland annat varit på enhetschefnivå, avdelningschefsnivå samt att en del av personalomsättningen har varit intern inom LSS-verksamheten. Av de som har avslutat sina tjänster har några valt att gå vidare till andra kommuner och statlig verksamhet. Av de avgångssamtal som genomförts med medarbetare som valt att avsluta sin anställning inom funktionsstödverksamheten under året går det inte att se en röd tråd till anledningen varför man valt att sluta.

Hälsa, vård och omsorg

Inom HVO är personalomsättningen högre i år än föregående år. Personalomsättningen i äldreomsorgen är bland annat på enhetschefsnivå men även bland vårdpersonal. I kommunens HSL-verksamheter är det framför allt hög omsättning bland legitimerad personal. Anledningen till personalomsättningen inom HVO är organisatoriska förändringar som gjort att medarbetare och chefer valt att avsluta sina tjänster.

Inom LSS och HVO är personalomsättningen högre än föregående år därmed görs bedömningen att kontrollaktiviteten visar en större avvikelse.

Åtgärder

IFO har hanterat behov av kompetensutveckling genom att genomföra utbildningar som inte är på basnivå utan mer fördjupade kurser. Att personalomsättningen är fortsatt låg har till stor del berott på att enhetscheferna, trots att det är en ny ledningsgrupp, genom handledning blivit synkade kring vårt gemensamma uppdrag, vilket spridit sig till medarbetare. Enhetscheferna

har också anammat det tillitsbaserade ledarskapet.

LSS-verksamheten har arbetat för ett ökat samarbete mellan boenden. Verksamheten arbetar också att ta fram ett kompetenspaket för att skapa en gemensam grund. Vidare arbetar verksamheten med ett närvarande och tillitsbaserat ledarskap som ska öka medarbetarnas delaktighet i arbetet.

Inom HVO genomförs olika satsningar för att minska personalomsättningen samt för att verksamheten ska upplevas som en mer attraktiv arbetsgivare. Satsningar som genomförs är bland annat äldreomsorgsreformen som syftar till att kompetensutveckla medarbetare. Heltidresan syftar till att säkerställa kompetensförsörjningen samt att erbjuda medarbetarna möjligheten att arbeta heltid. Verksamheten håller på att implementera en struktur för bättre teamarbete och inom särskilt boende och hemtjänsten kommer verksamheterna utökas med specialistkompetens som blir ett stöd för övriga medarbetare.

Kontrollaktivitet: Kontroll av äldreomsorgslyftets omfattning

Resultat

■ Större avvikelse

Kontrollansvarig

Enhetschefer rapporterar till aktuell avdelningschef

Kommentar

Kontrollmomentet visar en avvikelse gentemot budget då fler medarbetare studerat än tidigare och de har studerat på heltid. Förutsättningarna som gavs i statsstödet, för att det inte skulle bli kostnadsdrivande för kommunerna, var studier på 50% samt arbete på 50%. Verksamheten har brutit i sin planering och uppföljning av hur många medarbetare som studerar inom ramen för bidraget.


Under 2022 har sju medarbetare avslutat sina utbildningar inom ramen för äldreomsorgslyftet, vara två av dem avslutade studierna i förväg. Utöver dem har ytterligare 17 personer pågående utbildningar inom ramen för bidraget. Merparten av de medarbetare som studerar inom ramen för äldreomsorgslyftet utbildar sig till undersköterskor, enstaka personer har läst kurser för att bygga på sin kompetens. Satsningen äldreomsorgslyftet startade 2020 och under året har fler medarbetare utbildat sig än under de föregående åren. Det finns en vilja bland de medarbetare som påbörjat utbildning att studera vidare. Det finns också ett stort behov av undersköterskor i verksamheten för att klara lagkravet om fast omsorgskontakt och för att möta det ökade behovet av stöd från kommunens vård och omsorg som väntas.

Åtgärder

Det pågår dialog mellan fackförbund och arbetsgivaren att medarbetaren ska studera 50% och arbeta 50%. Detta för att minska en större budgetavvikelse 2023 samt att bidraget ska planeras bättre och följas upp mer löpande under året. Verksamheten inväntar besked om kommunen erhåller statligt stöd under 2023 eller inte.

Kontrollaktivitet: Kontroll av stagnerad kompetensutveckling

Resultat

 Ingen avvikelse

Kontrollansvarig

Utbildningsstrateg

Kommentar

För att motverka stagnerad kompetensutveckling ges medarbetare kompetensutveckling genom äldreomsorgsreformen. 1 december 2022 har det genomförts totalt 3814 timmar kompetensutveckling, utbildningar och kurser, under året. Den genomsnittliga närvaron är 83,25%. Den främsta anledningen till frånvaron är att medarbetare varit frånvarande för sjukdom. All frånvaro registreras och återkopplas till chef för möjligheten att följa upp och ge stöd till medarbetare. Närvarofrågan lyfts också löpande i ledningsgruppen. På de utbildningar där frånvaron varit avvikande har fokus medfört bättre närvaron. Närvaron på dessa utbildningar har blivit bättre över tid, tack vare åtgärd och uppföljning av chef och samordnare/verksamhetsplanerare.

Åtgärder


Planerna finns att köpa in en digital utbildningsplattform. Genom plattformen kommer all närvaro/frånvaro att kunna följas upp på ett mer systematiskt sätt vilken också förväntas att bidra till förbättrat närvaron på utbildningar.

Arbetet med reformen fortsätter under 2023 med målsättningen att erbjuda all tillsvidareanställd personal i genomsnitt upp till fem timmar kompetensutveckling i veckan. Verksamheten bedömer att reformen innebär goda förutsättningar för fortsatt kompetensutveckling av medarbetare och förbättrat kvalitet.

3.3 Kvalitet

Risk: Risk för bristande läkemedelshantering

Riskbedömning

 9. Kännbar

Kontrollaktivitet: Apotekets externa granskning

Resultat

 Större avvikelse

Kontrollansvarig

Apoteket

Kommentar

Apotekets externa granskning är genomförd. Granskningen innebär att en farmaceut granskar omvårdnadsansvariga sjuksköterskors läkemedelshantering. Detta innebär också att genomförd granskning inkluderar granskning av läkemedelshantering i kommunens särskilda boenden,

gruppbestäder och hemsjukvård i ordinärt boende.

Granskningen visar generellt låg följsamhet när det gäller narkotikakontroller, förvaring av läkemedel och riskbedömning av vilka läkemedel som inte behöver förvaras inlåsta hos den enskilde. Annat som framkom i granskningen var brister i signeringslistor, läkemedelslistor och dokumentation om den enskildes läkemedelshantering. Anledningen till bristerna är sannolikt relaterat till både stor omsättning av sjuksköterskor och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Även bristande erfarenhet av kommunal hemsjukvård hos nyanställda sjuksköterskor är betydande. Åtgärder inför 2022 var framtagna såsom motsvarande granskning av läkemedelshantering av MAS, genomgång av Rutin för läkemedelshantering med sjuksköterskorna, extern läkemedelsutbildning och täta uppföljningar av följsamhet i sjuksköterskornas narkotikakontroller.

Socialstyrelsen har uppmärksammat dessa risker nationellt och kommer genomföra dialoger med samtliga kommuner och regioner för att identifiera nationella åtgärdsområden samt förtydliga apotekens och regionernas ansvar.

Åtgärder

Rutin för delegering har reviderats och krav på kompetensnivån höjts samt kvalitetssäkrats genom att en utsedd sjuksköterska utför utbildningar och kunskapsprov varje vecka. Rutin för enhetschefernas ansvar i uppföljning av delegerad personals följsamhet har förtydligats. Dessa åtgärder genomfördes under november 2022 och det är för tidigt att utvärdera effekterna av åtgärderna. Läkemedelsutbildning riktad till enhetscheferna är inplanerad under 2023. Egenkontroller utifrån nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kommer ha samma upplägg 2023 som 2022.

Kontrollaktivitet: Intern granskning

Resultat

 Större avvikelse

Kontrollansvarig

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kommentar

Den interna granskningen som genomfördes av MAS under våren och som även är inplanerad i december 2022, har samma upplägg som den externa granskningen som genomfördes av farmaceut från apoteket. Granskningen visar på samma resultat som vid den externa granskningen. Under granskningen som genomfördes av MAS framgick att berörda sjuksköterskor inte förstått resultatet av den externa granskningen.

Åtgärder

MAS har sedan granskningen haft enskilda samtal med berörda sjuksköterskor om identifierade brister och vilka åtgärder som behövdes vidtas. Återkoppling även i grupp på generell basis. Ny intern granskning är inplanerad i december 2022.

Kontrollaktivitet: Antal enkla läkemedelsgenomgångar jämfört med antal patienter som är över 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i särskilt boende

Resultat

 Större avvikelse

Kontrollansvarig

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med primärvårdsansvarig läkare och farmaceut

Kommentar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning. Vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är över 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i särskilt boende. Därefter ska dessa patienter erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång om året. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Det kräver en god samverkan mellan behandlande läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. (HSLF-FS Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården 2017:37)

Under pandemin har läkemedelsgenomgångar varit nedprioriterade framför allt på grund av bristande resurser i primärvården. Under 2022 har andelen läkemedelsgenomgångar ökat, men sannolikt med anledning av uppehållet under pandemin, har det under senhösten framkommit att förberedande åtgärder och samverkan med ansvarig sjuksköterska i läkemedelsgenomgångar generellt brustit oberoende av vilken hälsovalsenshet som det rört sig om.


Åtgärder

Åtgärder för att se över rutin och samverkansformer relaterat till läkemedelsgenomgångar kommer att ses över inför 2023.

3.4 Invånare

Risk: Risk för att synpunkter från invånare inte tillvaratas

Riskbedömning

 6. Lindrig

Kontrollaktivitet: Kontroll av att invånares synpunkter har hanterats, utretts och återkopplats enligt rutin

Resultat

 Mindre avvikelse

Kontrollansvarig

Respektive avdelningschef

Kommentar

I slutet av 2021 infördes ett nytt verksamhetssystem för hantering av avvikelser samt synpunkter och klagomål. I samband med det infördes även en e-tjänst på lomma.se där medborgarna kan lämna synpunkter och klagomål digitalt. E-tjänsten möjliggör en bättre service till medborgarna. Systemet innebär att samtliga inkomna synpunkter och klagomål samlas i ett system vilket möjliggör rapportering, utredning och sammanställning i enlighet med kraven utifrån Socialstyrelsens författning om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Under hösten infördes kvalitetsråd inom socialförvaltningens verksamheter. Kvalitetsråden hålls avdelningsvis, förvaltningsvis och syftar bland annat till att gå igenom avvikelser och inkomna synpunkter och klagomål i lärande syfte samt att säkerställa hantering och uppföljning.

Under perioden 1 januari 2022 - 1 december 2022 har det inkommit 227 synpunkter och klagomål via e-tjänsten varav 40 av dem är under utredning. En del av klagomålen som inkommit under året har hanterats och utretts som avvikelse. Genomgången av inkomna klagomål visar att 127 av dem har tagits emot i systemet inom 0–2 dagar vilket är enligt rutin. 53 har tagits emot inom 3–7 dagar och 47 har tagits emot efter tidigast 7 dagar, en del av dem med långa handläggningstider. De med längst handläggningstider är inom äldreomsorgen, vilken också är den verksamhet där det inkommer flest antal klagomål. Orsaker till de långa handläggningstiderna beror delvis på omsättningen av chefer i verksamheten samt bristande introduktion. Avdelningschef för äldreomsorgen har haft individuella uppföljningar med enhetschefer under hösten för att säkerställa hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. Avstämningarna har fått effekt då hanteringen ökat. Kontrollmomentet visar en mindre avvikelse då alla klagomål inte tas emot inom de antal dagar som anges i rutin.

Åtgärder

Under 2023 kommer verksamheterna fortsatt följa upp hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål. Arbetet med de lokala (avdelningsvis) och centrala (förvaltningsövergripande) kvalitetsråden syftar till att övergripande följa upp och analysera inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser samt följa upp följsamhet till rutiner och arbeta med ständiga förbättringar.

4 Analys av uppföljningsarbetet

Bedömningen är att förvaltningen delvis uppnått målen med den interna kontrollen. Vad gäller kontrollaktiviteten gällande äldreomsorgslyftet så visar det sig att det är fler än vad verksamheten i förväg trodde som har valt att påbörja utbildning inom ramen för äldreomsorgslyftet. Att fler väljer att utbilda sig till undersköterskor är mycket positivt då verksamheten behöver fler anställda med utbildningen. Konsekvensen det fått för verksamheten att fler har valt att utbilda sig är att verksamheten har överskridit den summa som erhållits genom avsett statsbidrag. Verksamheten har brustit i planering och uppföljningen av bidraget. Den andra större avvikelsen finns inom patientsäkerhetsarbetet inom hälsa- vård och omsorgsverksamheten. Kontrollaktiviteter är inplanerade i december för att följa upp arbetet. Inga allvarliga vårdskador har hittills rapporterats som baseras på brister i läkemedelshanteringen.

Socialstyrelsen har uppmärksammat dessa risker nationellt och kommer genomföra dialoger med samtliga kommuner och regioner för att identifiera nationella åtgärdsområden samt

förtydliga apotekens och regionernas ansvar.

Uppföljningen av årets plan för intern kontroll visar på att risker kvarstår inom områden kompetensförsörjning och patientsäkerhetsarbete. Uppföljning och kontroll inom dessa områden är av stor vikt för att förhindra avvikelser mot budget och patientsäkerhet.

Uppföljningen av externa placeringar och hantering av synpunkter och klagomål visar på mindre avvikelser. Vad gäller uppföljning av hantering av synpunkter och klagomål bedömer förvaltningen att det införda IT-systemet och arbetssätt med kvalitetsråd och individuella uppföljningar tillgodoser behovet av uppföljning.