

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Kontrollpunkt 1

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete <i>Myndighet</i> <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Chefer använder de verktyg som finns för analys och riskbedömningar, planerar och genomföra åtgärder med ett helhetsperspektiv - vilket framgår av dokumentation - <i>synpunkter och klagomål</i> - <i>missförhållanden</i> - <i>vårdskada</i>	6 (2*3)	MAS/ Kvalitetssamordnare SAS/ Kvalitetssamordnare

Kontroll

Inför socialnämndens sammanträde i juni 2020 gjordes en analys av redovisade brister vid uppföljning av Internkontrollplanen 2019 samt en tidsatt handlingsplan för åtgärderna av bristerna. Analysen gjordes tillsammans med förvaltningens enhetschefer som fanns på plats, representerade från samtliga verksamhetsområden. Det som framkom som de främsta bristerna är att verksamheter inte uppfyller de lagstadgade kraven på dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet.

Det som framkommit i analysen är bland annat att det varit ett större fokus på andra delar av verksamheterna, avsaknad av förankrad/uttalad struktur, mål och kontinuitet för kvalitetsarbetet, byten av chefer etc. Det finns en upprättad analys, redovisad till nämnden i juni 2020. I övrigt gjordes analyser utifrån varje granskningsområde i Intern kontrollplan 2019 och sammanfattades, kortfattat och med en åtgärdsplan för uppföljning i förvaltningens ledningsgrupp.

Mallar/verktyg som tagits fram ska användas. Dessa mallar ger ett stöd i dokumentationen av analys, risk- och konsekvensbedömningar. Olika steg i analysen kommer med på ett strukturerat sätt. En utbildningsdag för samtliga chefer genomfördes den 24 september 2020 utifrån ledningsföreskriften för systematiskt kvalitetsarbete.

Det är en fortsatt brist på analys av resultat, riskbedömningar, planering och genomförande av åtgärder och på så sätt saknas det dokumentation av det i det systematiska kvalitetsarbetet.

Enhetschefer har mera systematiskt påbörjat ett arbete med att i de registrerade avvikelserna för verksamheten göra uppföljningar och dokumenterar åtgärder. Enligt enhetschefer så diskuteras avvikelser av olika slag kontinuerligt i arbetsgrupper. I en uppföljning med ett par enkätfrågor till dokumentationsombuden ställs frågan hur grupperna tillsammans med sin chef följer upp avvikelser, de flesta svarar att det diskuteras på arbetsplatsen men från någon grupp har nämnts att så inte sker, ingen återkoppling sker alls. Detta svar har redovisats chefer.

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Kontrollpunkt 2

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Risk- och konsekvensanalys med handlingsplan vid verksamhetsförändringar <i>Myndighet</i> <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	På lokal verksamhetsnivå eller på en övergripande, organisatorisk nivå - <i>chefer på alla nivåer känner till rutinen</i> - <i>upprättade Risk- och konsekvensanalyser, dokumenterade och redovisade</i>	6 (2*3)	MAS/Kvalitetssamordnare SAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

Den 24 september 2020 genomfördes en utbildningsdag för samtliga chefer inom socialförvaltningen. En genomgång av gällande ledningsföreskrift, rutiner, mallar/verktyg att använda vid systematiskt kvalitetsarbete. En särskild mapp för Kvalitetsarbete finns upprättad där dessa dokumenterade analyser, risk – och konsekvensbedömningar ska läggas in.

Chefer på alla nivåer ska nu känna till grunder och krav utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete, rutiner och dokumentationsverktyg etc.

Kvalitetsmöten med enhetscheferna, som funktionerna SAS och MAS håller, ska fortsätta med månadsvisa avstämningar som sker varannan månad enskilt och varannan månad i grupper, med en början i januari 2020. Kvalitetsmöten innefattar uppföljning av pågående kvalitetsarbeten, kan även innefatta stöd i dokumentation, analysarbete och fortsatt planering för utveckling och förbättringar.

Det finns ett färre antal upprättade risk- och konsekvensanalyser på brukarnivå, även gällande arbetsmiljö. Större delen av dessa från en och samma verksamhet inom socialt stöd. Enstaka från vård och omsorg.

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Kontrollpunkt 3

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Myndighetsutövning <i>Myndighet</i>	Utredningar, uppföljningar och beslut sker rättssäkert - <i>utredningstid, barn håller lagstadgad tid, som längst 4 månader</i> - <i>för verkställd insats finns gällande beslut</i>	6 (2*3)	SAS/ Kvalitetssamordnare

Kontroll

Utredningstid barn och unga

Kontroll har skett vid fyra tidpunkter utifrån sporadiskt valda månader. Antal avslutade utredningar samt utredningstider över 122 dagar på dessa redovisas här.

- Avslutade i **februari** = 13 varav tre utredningar över 122 dagar (123, 124, 146 dagar) inget beslut på förlängd utredningstid
- Avslutade i **maj** = 10 varav en utredning över 122 dagar (183 dagar) finns ett icke signerat beslut om förlängd utredningstid av förvaltningschef, som vid tidpunkten ej är i tjänst
- Avslutade i **augusti** = 7 varav tre utredningar över 122 dagar (123, 123, 143 dagar) inget beslut på förlängd utredningstid. Utredningen på 143 dagar hade avslutats tidigare (inom ramen för fyra månader) men återöppnats då beslutsmotivering saknades därav löpte utredningstiden vidare. Orsaken är dokumenterad i journalanteckning
- Avslutade i **november** = 19 varav en utredning över 122 dagar (134) inget beslut på förlängd utredningstid.

Gällande beslut på verkställd insats

Enligt uppgift från 1:e socialsekreterare och enhetschefen för Myndighet äldreomsorg och funktionsnedsättning, LSS framkommer följande.

Gällande uppföljning av tidsbegränsade beslut är verksamheten nu ikapp.

Det kan finnas något äldre beslut enligt LSS som kvarstår. Det har tidigare brustit i uppföljningar av tidsbegränsade beslut främst gällande korttidsboende och kontaktperson, verkställighet som har fortgått utan beslut.

En genomgång pågår i ärenden inom socialpsykiatri. Bedömningen är att det inte finns insatser som pågår utan gällande beslut.

Generellt gällande uppföljningar.

Varje insats följs upp en gång per år. På äldreområdet hinner verksamheten med uppföljningar av beslut men inom LSS är det en eftersläpning på grund av lång sjukskrivningsperiod förra hösten och vintern. Bedömningen är att vara ikapp med uppföljningar i slutet av februari 2021.

I övrigt finns inga indikationer på att verkställighet fortgår utan gällande beslut.

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Kontrollpunkt 4

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Mat och måltider <i>Vård och omsorg</i> <i>Socialt stöd, LSS</i>	Mat och måltider på boende är en central aktivitet under dagen. Ibland det enda som ger ett avbrott i vardagen. - <i>rutin för mat och måltider finns upprättad, är väl känd i verksamhet och följs</i> - <i>rutin för nattfasta finns upprättad, är väl känd i verksamheten och följs</i>	9 (3*3)	MAS/Kvalitetssamordnare SAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

En granskning genomfördes i december månad 2020. Genomförandet skedde dels genom intervju via Teamsmöten med kostombud från Hagen, Hemgården dels genom en enkät till enhetscheferna för respektive boende. Granskningen har dokumenterats i en kortare rapport. Granskning av 50 genomförandeplaner. Gruppboestad LSS har ej deltagit.

Bedömningen är att det generellt fungerar bra med kost och måltider. Medvetenhet finns om vikten av tätare mål och begränsad nattfasta samt om måltidsmiljöns betydelse. Personalen har en avgörande betydelse för utfallet av måltiden på alla sätt och det är viktigt att de boendes behov och personliga önskemål kommer fram.

Nya medarbetare/vice kostombud känner inte till rutinen kost och måltider och dess innehåll vilket är en brist. Där finns bl.a. beskrivning av kostombudens ansvar och uppgift i sin roll. Det är viktigt att nya kostombud får vetskap om vad som ingår i uppdraget och vilket mandat för uppdraget vederbörande har.

Enligt uppgift finns kostpärmar på boendena och dess innehåll ska vara känt av personalen. Om verksamheterna har valt att ha information samlad, kanske rutiner och checklistor i pappersform, i en särskild kostpärm, så är det viktigt att dokument uppdateras när det sker en revidering etc.

Det förefaller vara som rutin generellt inom vissa enheter och på korttidsboendet, att de boende inte kan göra något val av maträtt, trots att det finns två huvudmål varje dag att välja på. Det beställs en och samma maträtt till alla. Det beskrivs vara svårigheter när personer med kognitiv svikt står inför val och det kan skapa oro och frågor varför det är olika maträtter som serveras.

Om boende har särskilda behov och önskemål gällande kost och måltider är det viktigt att detta framgår i den enskildes genomförandeplan. I aktgranskningen framkommer att en bra dokumentation förs kring den boendes behov av stöd kring mat och måltider, önskemål, tycker om etc. I åtta av 50 genomförandeplaner finns dokumentation särskilt riktad för natten, att ge något till livs.

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Samarbetet med kostenheten/köket uppges fungera bra. Det finns dock önskemål om mer variation av kosten. Enligt uppgift varierar det i vilken omfattning enhetscheferna är involverade kring verksamhetens arbete med kost och måltider. Sjuksköterskor är involverade när det är behov av specialkost och uppmärksammar personalen på när en boende går ner vikt och vad personalen då behöver tänka på.

Enhetscheferna har tagit del av den nationella brukarundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* gällande frågorna kring mat och måltider. Kostombuden kände inte till undersökningen. Resultatet från undersökningen har inte diskuterats eller analyserats vidare inom arbetsgrupperna.

Kontrollpunkt 5

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Patientsäkerhet <i>Vård och omsorg</i> <i>Socialt stöd, LSS</i>	Följsamhet till rutin i lednings-systemet - <i>hygienrutinen är väl känd i verksamhet och följs</i>	9 (3*3)	MAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Under året 2020 har mycket uppmärksamhet riktats mot följsamhet till basala hygienrutiner mer än någon gång tidigare. Vi har haft möjligheten att arbeta på fältet och följa upp om rutiner gällande hygien är kända och om det finns följsamhet i verksamheten till skriven rutin.

Samtlig personal har haft flera utbildningar i basala hygienrutiner och kunskap runt användande av skyddsutrustning. Utbildningarna har varit obligatoriska.

De rutiner som finns i handbok är kända i verksamheten och följsamheten är stor. År 2020 har präglats av samt även stor del av år 2021 kommer att präglas av arbete och diskussioner runt basala hygienrutiner och följsamheten av de rutiner som är antagna.

De hygienrutiner som finns i handbok bör skrivas samman samt uppdateras. Det finns flera rutiner rörande hygien, vilket försvårar att söka i/arbete efter handbokens hygienrutiner.

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Kontrollpunkt 6

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Dokumentation <i>Hemsvjukvård</i>	Dokumentation enligt lagstiftning - <i>vårdplaner/funktions- och aktivitetsplan finns upprättade</i> - <i>journal förs</i>	6 (2*3)	MAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

Genomgång av dokumentation inom hemsvjukvård enligt gällande lagstiftning har under året inte genomförts.

Dock under icke granskning har uppmärksamats brister, ibland stora sådana, i genomförandeplaner samt journalföring.

Kontrollpunkt 7

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Hälsa och arbetsmiljö <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Lagstiftningens krav på veckovila följs - <i>personal får den lagstadgade veckovilan som gäller</i>	6 (3*3)	Verksamhetschefer - <i>vård och omsorg</i> - <i>socialt stöd</i>

Kontroll

Verksamhetschefer har den 27 januari tagit ut rapporter ur schemaplaneringsverktyget "Time care" på samtliga schemagrupper inom vård och omsorg samt socialt stöd för att läsa ut hur den lagstadgade veckovilan efterlevs i enheterna. Tyvärr gick det ej att få en sammanställning. Samtliga enhetschefer har fått svara på sin respektive tidrapport och förklara de avvikelser som visas, de chefer som ej svarat under kontrollperioden följs upp av respektive verksamhetschef.

Inför varje ny schemaperiod görs kontroll av tidsregler i schemaplaneringsverktyget "Time Care-planering" av chef. Utifrån de inbyggda tidkontrollerna i planeringsverktyget utförs kontroller i närtid om följsamheten av arbetstidslagen och avvikelser från kontrollerna kan därmed åtgärdas direkt.

Veckovilan följs i samtliga enheter med några undantag där byten av pass kan ha gjort att veckovilan förkortats eller vid direkta fel i schemaplaneringen tex att rast ej planerats in som den ska under en schemaperiod. Individuella och frivilliga önskemål har också orsakat att veckovilan i vissa fall blivit kortare, då utifrån en frivillighet hos medarbetaren. Återkommande brister åtgärdas av ansvarig enhetschef.

Uppföljning av Intern kontroll 2020

Skala för risk- och väsentlighetsbedömning

Risk

Sannolikhetsnivåer för fel:

Osannolik;	Risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå. (1)
Mindre sannolik;	Risken är mycket liten att fel ska uppstå. (2)
Möjlig;	Det finns risk för att fel ska uppstå. (3)
Sannolik;	Det är mycket troligt att fel kan uppstå. (4)
Mycket sannolik;	Det är mycket troligt att fel ska uppstå. (5)

Väsentlighet

Påverkan på verksamheten/kostnaden om fel uppstår:

Försumbar;	Är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen. (1)
Lindrig;	Uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen. (2)
Kännbar;	Uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen. (3)
Allvarlig;	Är så stor så att fel helt enkelt inte bör inträffa. (4)
Mycket allvarlig;	Är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa. (5)