

Åsa Fasth  
Produktionschef Omsorg  
08-124 57 369  
asa.fasth@ekero.se

## **PM - Kommunstyrelsen - Återrapportering av Produktion Omsorgens Internkontrollplan för åren 2014-2015**

Dnr KS16/32-010

### **Bakgrund**

I enlighet med KRS 01:17 ( Dnr nr KS 13/251-002) - Reglemente för Intern kontroll i Ekerökommun anges att även produktionsenheter ska ingå i det samlade systemet för intern kontroll.

Under 2013 arbetade ledningsgruppen för produktionsenhet omsorg fram en internkontrollplan för åren 2014 -2105 . Den har dock inte redovisats och därmed inte antagits av Kommunstyrelsen.

Med anledning av detta bifogas dokumenten urval till Internkontroll plan 2014-2015 samt internkontrollplan 2014-2015. Dokumenten följer den angivna strukturen med väsentlighets- och riskanalys.

### **Återrapportering**

Avvikelsehantering -att avvikelser omhändertas, dokumenteras korrekt i verksamheterna.

Resultat: avvikelserna omhändertogs i allt för stor utstäckning muntligt. Två olika avvikelseblanketter har fastställts. En blankett där personal anmäler avvikelser samt en utredningsblankett ämnad för chef. Kontrollmomenten har därefter skett i strukturerad form för att kontrollera dels blanketternas giltighet och dels efterlevnad.

Ekonomistyrning – att beslutade kostnadsreduceringar får avsedd effekt.  
Resultat: Upprättade handlingsplaner har haft en god efterlevnad.

Fakturering - Stickprov har genomförts av Ekonomienheten.

Resultat: förbättringsområden finns. Kontrollmomentet kvarstår till 2016 års internkontrollplan.

Genomförandeplan – Att genomförandeplanen och tillhörande dokumentation är ändamålsenlig

Resultat: fortsatt arbete ligger under 2016 i linjen. Effekterna av arbetet kommer att följas upp i internkontroll plan för år 2017.

Åsa Fasth  
Produktionschef Omsorg

**Bilagor:**

Bilaga 1 - Urval till Internkontrollplan 2014-2015 Produktionsenhet Omsorg

Bilaga 2 - Internkontrollplan 2014-2015 Produktionsenhet Omsorg

Bilaga 3 - Sammanfattning internkontroll – Genomförandeplan Produktion omsorg  
2015

Bilaga 4 - Rapport utvärdering av avvikelshanteringen inom Produktion Omsorg

Bilaga 5 – Sammanfattning internkontroll 2015

Bilaga 6 - Metod vid internkontroll 2015

Bilaga 7 – Stickprovskontroll förtroendekänsliga poster

**Bilaga 1 – Urval till Internkontrollplan 2014-2015 Produktionsenhet Omsorg**
**Datum: 2014-04-02**

Område = Rutin/process/system	Kommentar	Konsekvens	Sannolikhet	Summa:
<b>AVVIKELSEHANTERING</b>	<b>ATT AVVIKELSER SOM UPPSTÅR DOKUMENTERAS OCH OMHÄN- DERTAS I VERKSAMHETRNA SÅ ATT BRISTER INTE UPPREPAS OCH SYSTEMFEL UPPTÄCKS</b>	4	4	16
<b>DOKUMENTATION</b>				
Uppdrag	Kan saknas, åtgärdas vid införande av verksamhetssystem Pulsen			
Vårdplanering	Combine			
Genomförandeplan	Låg riks att den saknas, finns liten risk att den inte är aktuell, att den äe ett verktyg i vardagen bedöms som sannolikt	3	2	6
Socialjournal	Att journal inte finns mkt liten risk			
Uppföljning	Finns risk att uppföljningar inte görs.			

<b>KVALITETSSÄKRA EFTERLIVENAD AV GENOMFÖRANDEPLAN SOM ETT VERKTYG FÖR PLANERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING</b>	<b>SAKNAS DEN STRUKTUREADE ARBETETSSÄTTET MED UPPDATERING AV GENOMFÖRANDEPLANER OCH DOKUMENTRAD UPPFÖLJNING UPPFÖ KAN DET PÅVERKA DEN ENSKILDE NEGATIVT</b>	4	3	12
<b>KOMPETENSUTVECKLING I FÖRHÅLLANDE TILL FÖRÄNDRADE BRUKARBEHOV</b>	<b>VI BESLUTAR ATT DET ÄR ETT CHEFSANSVAR ATT SÄKERSTÄLLA ATT RÄTT KOMPETENS FINNS</b>	4	2	8

**Bilaga 2 – Internkontrollplan 2014-2015 Produktionsenhet Omsorg**
**Datum: 2014-04-08**

Område = Rutin/process/system	Kontrollmoment	V o R- bedömning	Metod	Tidpunkt/ Frekvens	Kontroll- ansvarig	Rapport till:
Avvikelsehantering	Att avvikelser omhändertas och dokumenteras tillfredställande i verksamheterna	16	4-5 fallstudier med händelseanalys  Datainsamling intervjuer och granskning	Pågående under 2014-2015	Produktionschef	KS
Ekonomistyrning	Att beslutade kostnadsreduceringar får avsedd effekt	12	Analys av resultatindikation  Handlingsplan  Uppföljning av handlingsplan	9 ggr/år	Produktionschef	KS
Upphandling/inköp	Att regelverken för upphandling/inköp följs	9	Kontroll av avvikelser	15 oktober	Upphandlingschef	KS

Genomförandeplan	Att genomförandeplanen och den tillhörande dokumentationen är ändamålsenlig och ett verktyg i det dagliga arbetet	9	Stickprov av den enskildes dokumentation  (Genomförandeplan och social journal)	Klart  Nov -15	Verksamhetsu tvecklare  Produktions- chef	KS
Fakturering	Att fakturor avseende kurs och konferens samt uppvaktning konteras i enlighet med gällande regelverk	9	Stickprov av fakturor	1ggr/år  31/10-15	Ekonomien- heten	KS

### **Bilaga 3 - Sammanfattning internkontroll – Genomförandeplan Produktion omsorg 2015**

Internkontrollarbetet har organiserats och genomförts i produktionens ledningsgrupp. Verksamhetsutvecklaren har ansvarat för att förbereda och dokumentera internkontrollen.

#### **Riskbedömning**

I risk och väsentlighetsanalysen uppskattades riskpoängen för genomförandeplaner till 9 och därför som en angelägen process att kontrollera (se internkontrollplan nästa sida).

#### **Kontrollmoment**

Fokus för kontrollen: Att genomförandeplanen och den tillhörande dokumentationen är ändamålsenlig och ett verktyg i det dagliga arbetet. De specifika frågeställningarna var:

#### **Genomförandeplan**

- Framkommer det vad personen ska ha hjälp/stöd i – vad stödet syftar till/ska bidra till
- Framkommer det vad, när och hur personen behöver/ska få stöd
- Går det att se/känna hur den enskilde deltagit i planeringen och att dennes åsikter tagits med?
- Framkommer personens grad av självständighet/integritet d v s vilka delar i insatsen personen gör själv och i vilka moment och på vilket sätt personalen ska ge hjälp/stöd

#### **Social journal**

- Går det att följa:
  - När och hur insatser/stöd planerats och följts upp (t ex genomförandeplan upprättats/reviderats/följts upp)
  - Situationen/förmågor för den enskilde utvecklas, bedömningar, åtgärder som vidtas, förändringar i stödet (mer eller mindre stöd/hjälp än planerat)
  - Utifrån förändringar, syns det om det leder till revidering/uppdatering av genomförandeplan

#### **Metod och tillvägagångssätt**

Granskning av 19 ärenden utifrån framtagna granskningsmall. Urvalet bestod av:

Verksamheter	Antal ärenden	Urvalsförfarande
Ekgården	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Genomförandeplanerna</b> ska vara upprättade under 2015</li> <li>• <b>Social journal</b> för <u>samma personer</u> minst 3 månader och löpa 1 mån före respektive efter genomförandeplanens upprättande (d v s om genomförandeplan är upprättade i september ska journalen vara från aug-okt).</li> <li>• <b>Uppdrag/beställning</b> och <b>rutiner</b> om de ej är inkluderade i genomförandeplan.</li> </ul>
Färingsöhemmet	2	
Hemtjänst	2	
Boendestöd	1	
LSS-verksamheter/chefsområde	2/chef=11	
<b>Totalt</b>	<b>19</b>	

Analysarbetet genomfördes av produktionens ledningsgrupp i grupper om 2-3 chefer. Granskningsmallen innehöll både standardiserade frågor och öppna frågor för att beskriva och värdera informationen. Utifrån resultaten gjordes en sammanfattande bedömning av förbättringsåtgärder som tidsattes (se bilaga 2a).

### Resultat av gjorda kontroller

Granskningen av dokumentationen visade att:

1. Genomförandeplanerna är till stor del ändamålsenliga och ett verktyg i det dagliga arbetet.
  - Identifierade förbättringar: lyfta fram hur den enskilde deltagit i planering av insatser och den enskildes åsikter, vad han/hon vill.
2. Social journal är inte ändamålsenlig.
  - Dokumentationen följer inte genomförandeplanen. Det går inte att utläsa hur den enskildes situation och förmågor utvecklar sig i relation till satta mål och insatser och vad det leder till.
  - Saknas ofta uppgifter om när och hur genomförandeplan, upprättats, reviderats.

Den sammanfattande bedömningen var att processen (rutinanvisning) behöver förankras ytterligare. Enheterna behöver jobba vidare med syftet och hur genomförandeplan och social journal ska samspela för att det ska gå att följa hur situationen och stödinsatser utvecklar sig för den enskilde.

### Slutsatser och förslag till åtgärder

Förslag till åtgärder: Förbättringsområdet läggs in i enheternas verksamhetsplaner för 2016. Varje enhet ser över och ombesörjer eventuella utbildningssatsningar i kommande kompetensutvecklingsplan.



## Uppföljning

Uppföljning av processen: verksamhetsberättelser 2016

Uppföljning av effekter: internkontrollplan 2017.

Rutin, Process	Kontroll- moment	VoR	Metod	Tidpunkt frekvens	Kontroll- ansvarig	Rapport till
Genomför andeplan	Att genomförandepla nen och den tillhörande dokumentationen är ändamålsenlig och ett verktyg i det dagliga arbetet	9	Stickprov av den enskildes dokumentation (Genomförandepl an och social journal)	Sept -15	Verksamhets -utvecklare	KS

Internkontrollplan för processen: Genomförandeplan 2015

## Bilaga 4 - Rapport utvärdering av avvikelshanteringen inom Produktion Omsorg

### Internkontroll 2014-2015

#### Bakgrund & syfte

Under 2014 genomfördes en internkontroll av avvikelshanteringen inom Produktion Omsorgs ledningsgrupp. Resultatet från internkontrollen ledde till ett utvecklingsarbete att tydliggöra hanteringen och ta fram mallar för att rapportera och utreda avvikelser enligt SoL/LSS som beror på fel och brister i verksamheten. Processen och de nya mallarna sjuksattes i början av år 2015. Information till medarbetarna har skett inom varje chefs ansvarsområde med förtydliganden och tillgång till mallarna på intranätet.

Implementeringen har följts upp i ledningsgruppen vid två tillfällen och vissa justeringar har gjorts. Nästa steg var att utvärdera medarbetarnas kännedom och upplevelse av avvikelshanteringen – vad är lätt och vad är svårt - för att få ett underlag till om processen behöver ytterligare stöttning.

#### Metod och urval

För att kunna få alla enheter representerade, skapa ett tillfälle till utbyte/lärande så valde vi att hålla fyra fokusgrupper fördelade enligt tabellen nedan. Två enheter (Boendestöd och Svalans gruppbostad) var förhindrade att medverka.

Tillfälle	Verksamheter	Antal personer
1	Färingsöhemmet, Ekgården, hemtjänst	8
2	Personlig assistans, Boendestöd	2
3	LSS	6
4	LSS	6
	Totalt	22

Ambitionen i fokusgrupperna var att skapa dialog mellan deltagarna utifrån följande huvudområden:

- Vilken typ av avvikelser hanterar enheterna?
- Hur är flödet/processen i avvikelshanteringen?
- Om man använt nya rapportblanketten och vad man tycker om den?

En frågeguide hade tagits fram inför fokusgrupperna (se bilaga). Den följdes inte ordagrant utan fokusgruppsledarna använde den för att se till att alla frågeställningar belystes.

## Resultat

### Exempel på avvikelser

Verksamheterna fick ge exempel på avvikelser i de olika verksamheterna oavsett via vilken blankett de rapporteras.

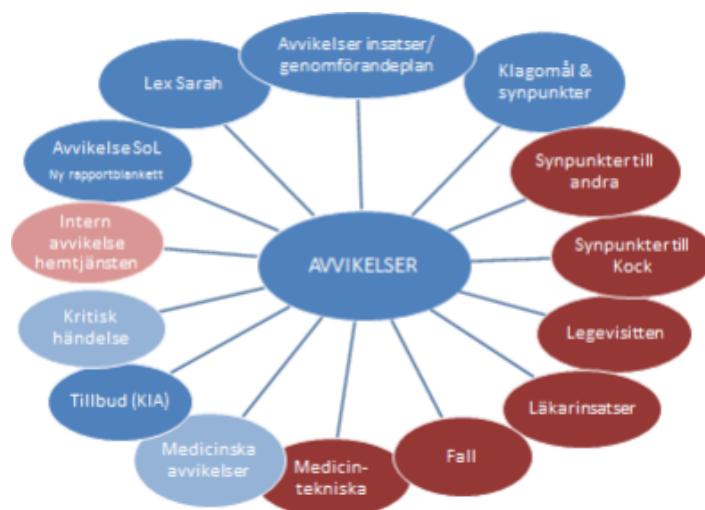
**Äldreomsorgen** gav exempel som: om man inte hunnit med insats pga personalbrist, Signeringslistor saknas, Hittar läkemedel på golvet, Brister i rutiner, Fall, Rymningar, Larm.

**Personlig assistans:** Medicinska avvikelser: från vårdcentralen då de kan upptäcka att något gått fel. De skickar oftast åtgärder som man fixar på enheten skickas sammanställning till Mas, Personal blir utsatt fysisk/psykiskt hos en brukare, personalens arbetsmiljö ex inte får värma mat hos brukare som tidigare överenskommits, Personal stuckit sig på insulinnål.

**LSS:** Hotfullt beteende/våld från brukare ex anv knivar, Brukare Ep-anfall, Mediciner ex personal gett brukare men den har inte tagit, eller fått fel medicin, Klagomål ex grannar klagar, Glömt ge medicin, Tillbud/olyckor, Utåtagerande (ibl används rysslistor eller annan registrering)

### Olika system/blanketter för olika typer av avvikelser

En mindmap med olika avvikelser visade att det skilde sig lite mellan verksamhetsområdena. Äldreomsorgen hade betydligt fler typer av avvikelseblanketter. För avvikelser SoL/LSS motsvarande fel och brister i verksamheten som påverkar kvaliteten nämndes tre olika: Nya rapportblanketten, Intern avvikelse hemtjänsten, kritisk händelse (här fanns olika kännedom om dess existens och syfte).



Förklaring: Blåa – alla har/haft; Röda – enbart Äldreboendena; Rosa - Enbart hemtjänst.

### Flödet för hantering av avvikelser

Det fanns en liknande grund i hur avvikelserna hanteras från att de uppmärksammas.



På äldreboendena är sjuksköterskan ofta mottagare av avvikelserapporten och utreder händelsen. Men man upplevde en viss otydlighet i vem som gör vad. I övriga verksamheter är det chefen.

Flera uttrycker en osäkerhet i gången, man frågar när det inträffar och blir vägleda av kollegor, chef eller andra nyckelpersoner.

Alla enheter försöker införa att den som uppmärksammat händelsen skriver rapport.

Få känner till utredningsblanketten, vad som görs efter man lämnat in rapporten. Återkoppling till den som lämnat avvikelserapporten är bristfällig. Förutom på daglig verksamhet, LSS där de numer får en skriftlig återkoppling med förslag på åtgärder.

Det är vanligare att åtgärder diskuteras i arbetsgruppen inom LSS-verksamheterna. På äldreboende mer vanligt att man får höra eller läsa om genomförda åtgärder, förändrade rutiner.

Få diskuterar "hur många avvikelser" de haft i verksamheten under året för att se om det finns gemensamma orsaker, generella förbättringsområden.

### Blankett för att rapportera avvikelser

Alla var överens om att det är alldeles för många blanketter som gör det svårt att veta hur man ska göra från gång till gång. Lätt att ta fel blankett. Alla tycker att det borde förenklas på något sätt.

Olika förslag lyftes som: går det att ha en blankett och någon/chef eller den som utreder styr/sorterar processen rätt. Alternativt en blankett men med alternativ att kryssa om det handlar om bemötande, tillbud, fel/brist i verksamheten, medicinska avvikelser osv. Får avvikelser från andra verksamheter på många olika sätt. Vore enklare om det fanns en generell i kommunen.

Medarbetarna efterfrågar mer kunskap om skillnaden mellan olika avvikelser, bättre tillgänglighet och vägledning till rätt blankett. Ej möjligt att söka och hitta på intranätet.

De flesta känner till nya avvikelseblanketten, men det är det inte så många som använt den. Den anses tydlig. Förslag på vissa förtydliganden i rubriker. Finns två versioner i omlopp på daglig verksamhet. Hemtjänsten använder en intern avvikelseblankett som togs fram i samband med Qualis. Den är inarbetad och man har fått personal att börja skriva därför inte implementerat den nya ännu.

### **Information och förankring**

Enheterna fått information på APT, information om processen och blanketter har lagts ut på intranätet. Flera känner sig ändå osäkra, tycker inte att de inte har tillräcklig kunskap om vad och varför. Förlitar sig på chef och andra nyckelpersoner i verksamheten att fråga när händelse inträffat.

Flera blev överväldigade av att det fanns så många olika avvikelser och rädda att de inte gör rätt, att de kanske missar att rapportera saker som de är skyldiga att göra. Ytterligare utbildningsinsatser efterfrågas. Likaså att det görs något med materialet/hanteringen så att man förstår/känner betydelsen av det.

Många har förstått och lyfter att nyttan är att: Säkerställa att vi gör rätt, underlag för att lära, hitta åtgärder för att förebygga, kunna gå tillbaka upptäcka brister, underlag till andra insatser, mer resurser, få en överblick av händelser, förebyggande arbete, koppling mellan riskanalyser och avvikelser.

### **Andra saker som lyfts**

- Att hinna skriva, göra
- Gråzoner – om avvikelse är medicinsk eller SoL ex saknas signeringslistor.
- Ska alla nyp, rivningar dokumenteras/anmälas. Man blir van/var dag på vissa enheter.
- Tillbud – även inkludera brukare?
- När en insats inte kan genomföras p g a personalbrist hanteras inte som en avvikelse. Löser med brukaren byta dag eller dyl.
- Oklart vad, hur mycket ska skrivas/hanteras inom ramen för brukarens sociala dokumentation (journal – genomförandeplan)
- Har brukaren rätt att bli informerad om avvikelserapporteringen. Hur transparanta ska vi vara? Har vi en skyldighet att lämna ut rapporten? Vissa skulle bli kränkta, arga om de visste att vi dokumenterar hot, våld mm kan försvåra samarbetet eller ge skuld känslor hos brukaren.
- Var ska det sparas, I brukarens pärm, särskild pärm?

**Sammanfattning**

Avvikelsehanteringen har uppmärksamats i och med årets utvecklingsarbete. Nya pärmar, information har iordningsställts, men kunskapen/arbetssättet är inte införlivad hos medarbetarna.

Det råder en viss förvirring kring begrepp och blanketter. I fokusgrupperna kom många förslag på hur rapporteringsförfarandet skulle kunna förenklas och underlätta att göra rätt samt behov av mer utbildning. Behöver höja medvetenheten, göra det oftare för att få in vanan och fånga upp nyttan.

Vissa saker i processen behöver förtydligas gällande vem gör vad, visa på de olika stegen i processen, var dokumentationen ska förvaras, skiljelinjen mellan avvikelser i individens insatser/situation/förmågor och vad som ska dokumenteras och hanteras med åtgärder i den enskildes journal/genomförandeplan och när det är ett fel/ brist i verksamheten som bör rapporteras och hanteras som avvikelse.

## Bilaga. Frågeguide avvikelshantering

### Presentationsrunda

#### Inledning – varför – syfte

1. Vad är avvikelser – Vad tänker enheterna på? "Mindmap"
2. Exempel på avvikelser...?
3. Varför jobbar vi med avvikelser – vilken nytta tycker medarbetarna man har av det?
4. Hur har man fått information om avvikelser och hur de ska hanteras?
5. Vet man var man hittar information om avvikelshantering?
6. Hur är gången? Från det att någon upptäcker ett fel/en brist/risk?
7. Vad händer sen...?
8. Vad är lätt/svårt?
9. Får den som rapporterat/lämnat uppgiften någon återkoppling?
10. Känner igen rapport-blanketten respektive utredningsblanketten?
11. Använder man andra blanketter...?
12. Om använt blanketten, vad är lätt/svårt i blanketten?

## Bilaga. Resultatredovisning uppdelat per fokusgrupp/verksamhetsområde

### Olika typer av avvikelshantering

<b>Äldreboende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillbud och olyckor KIA</li> <li>• Kritisk händelse (borttagen)</li> <li>• Avvikelse insatser/genomförandeplan (social journal)</li> <li>• Avvikelse SoL (Ny blankett)</li> <li>• Lex Sarah</li> <li>• Klagomål och synpunkter</li> <li>• Synpunkter till andra</li> <li>• Synpunkter till kock</li> <li>• Medicinska avvikelser</li> <li>• Medicintekniska</li> <li>• Fall</li> <li>• Läkarsatser</li> <li>• Legevisitten</li> </ul>	<b>LSS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillbud och olyckor KIA</li> <li>• Kritisk händelse (borttagen)</li> <li>• Avvikelse insatser/genomförandeplan (social journal)</li> <li>• Avvikelse SoL (Ny blankett)</li> <li>• Lex Sarah</li> <li>• Klagomål och synpunkter</li> <li>• Medicinska avvikelser</li> </ul>
<b>Hemtjänst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillbud och olyckor KIA</li> <li>• Kritisk händelse (borttagen)</li> <li>• Avvikelse insatser/genomförandeplan (social journal)</li> <li>• Avvikelse SoL (Ny blankett) /<u>intern avvikelseblankett</u></li> <li>• Lex Sarah</li> <li>• Klagomål och synpunkter</li> <li>• Medicinska avvikelser</li> </ul>	<b>Personlig assistans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillbud och olyckor KIA</li> <li>• Avvikelse SoL (Ny blankett)</li> <li>• Lex Sarah</li> <li>• Klagomål och synpunkter</li> <li>• Medicinska avvikelser</li> </ul>



## Flödet/processen

<p><b>Äldreboende</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uppmärksammar fel/brist</li> <li>2. <i>Säbo</i>: Berättar för /ringer på ssk. <i>Hemtjänst</i>: Personal kollar om ok annars ringer ambulans/Dsk ibl</li> <li>3. Tar hand om personen</li> <li>4. <i>Säbo</i>: den som var med skriver rapport samt i brukarens sociala journal -&gt; ssk kompletterar. <i>Säbo</i>: Utredning görs av ssk/chef. <i>Hemtjänst</i>: chef. Då diskuterar man med fler och försöker ta reda på vad som hände, varför det kunde hända. Dokumenterar i HSL-journal. Fyller i åtgärder i ex fallrapport.</li> <li>5. Genomföra åtgärder ändra i rutiner, information mm för att se till att inkluderas i det dagliga arbetet.</li> <li>6. Ingen formell återkoppling. Tar upp på APT, avdelningsmöten om ändringar i rutiner. Återkoppling till anhöriga -&gt; vårdplaneringsmöten (beroende på vad de vill ha för kontakt, veta, meddelar alltid om det uppstått skada).</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otydlig arbetsordning, vem ska göra vad.</li> <li>- Ska blanketten alltid lämnas till chef, vem ska utreda</li> </ul>	<p><b>LSS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uppmärksammar fel/brist</li> <li>2. Hjälper/åtgärder</li> <li>3. Ringer chef/DV använder reflektionstid (1/2 h, 2ggr/v i slutet av arbetsdagen) /Den som var med om händelsen skriver rapport</li> <li>4. Diskuterar i arbetsgrupp /med chef/APT, konferens – Vissa har stående punkt, vissa säger till om har en punkt till dagordningen.</li> <li>5. beslutar om åtgärder. DV chef ger direktåterkoppling/förslag på åtgärder som diskuteras med involverade</li> <li>6. Dialog med brukare /dokumentera förändring i rutiner/gp</li> <li>7. När det ska följas upp skrivs in i dagbok alternativ (läser föregående protokoll eller chef håller koll på uppföljning). DV gemensamma stora APT där diskuteras mer "lärandet" av avviken/ gemensamma förbättringar.</li> <li>8. Förvaring, oklart. I brukarpärm eller särskild pärm.</li> </ol>
<p><b>Hemtjänst</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Uppmärksammar brist/fel</i>. Den som var med skriver rapport ger till -&gt; chef (anv produktionens klagomålsblankett/intern rapport).</li> <li>• Använde samma exempel med fall. Usk kollar hur det är med personen, kontaktar ambulans, sjukvårdsrådgivning, dsk</li> <li>• Chef utreder</li> <li>• Förändrar rutiner. Tar upp på APT.</li> </ul>	<p><b>Personlig assistans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uppmärksammar avvikelse</li> <li>• Ev direkta åtgärder</li> <li>• Ringer chef</li> <li>• Den som uppmärksammat händelsen ska helst göra ett skriftligt underlag, men kan få hjälp med rapporten</li> <li>• Chef utreder, beslut om åtgärder diskuteras på gruppmöten</li> <li>• Sammanställer/samlar olika typer av avvikelser i särskild pärm</li> </ul>

### "Nya" blanketten - avvikelserapporten

<b>Äldreboende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• För många blanketter – behöver man ha så många olika?</li> <li>• Vissa skriver på en och samma blankett</li> <li>• Kan den som tar emot informationen avgöra istället eller</li> <li>• En blankett med förvalda alternativ</li> <li>• Endast några använt den nya blanketten – kallar den SoL-blanketten</li> <li>• Enstaka synpunkter/önskemål om förtydligande på blanketten.</li> <li>• Var ska blanketten sparas/förvaras – i brukarpärm eller särskild pärm?</li> </ul>	<b>LSS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Man behöver gå igenom skillnaden mellan blanketterna och varför man använder dessa mer.</li> <li>• Löser ofta problemen utan att sätta igång pappersexercisen</li> <li>• Inte alltid tid att skriva direkt – kan man använda diktafon, som stöd för minnet (diskuterade möjligheten att spara i det formatet)</li> <li>• Stödfrågorna i blanketten bra.</li> <li>• Händelseförlopp ev förtydliga att man ska få med när, var, hur</li> <li>• Frågan om vilka faktorer som bidrog till händelsen är inte det spekulationer och det ska vi väl inte göra ... diskuterade att det är medarbetarnas möjlighet att bidra till trådar att följa upp i utredningen.</li> <li>• Det som krånglar till det är att det finns för många olika blanketter</li> <li>• Det skulle underlätta om det fanns en och samma</li> <li>• Blanketten ska vara lätt att hitta, Går ej att söka på Ekot. Hittade möjlighet att lägga till som egen favorit för att korta sökvägarna.</li> <li>• Finns 2 versioner i omlopp på DV</li> <li>• Ev en blankett med kryssbar alternativ</li> </ul>
<b>Hemtjänst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Använder sin interna avvikelseblankett som togs fram i samband med qualis. Den är inarbetad. Och de har fått igång personalen att skriva. Därför inte implementerat den nya än hos medarbetarna. Men ledningen provat den.</li> <li>• Avvikelser från andra (handläggare) eller synpunkter som kommer till enheten kommer i alla möjliga former. Kan det inte vara en kommungemensam?</li> </ul>	<b>Personlig assistans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbetarna (som deltog) inte använt nya blanketten specifikt.</li> <li>• Ledningen använt.</li> <li>• Tradition att ringa in avvikelser - Jobbar på att få personalen att skriva (skriftligt underlag på händelsen)</li> <li>• Frågar ledningen vilken blankett. Hjälper till att rapportera om personalen inte kan, har tillgång till dator</li> <li>• Har en pärm med alla typer av avvikelser.</li> </ul>

### Information/förankring

- Fått info på APT, inför sommaren gjordes pärmar iordning/info på Ekot
- Fått information men inte kunskap. Förlitar sig på att det finns nyckelpersoner i verksamheterna att fråga; vilken blankett, hur göra
- Kan man skapa en grupp som kommer och runt och utbildar så att man får förstahandsinformation på plats på enheten. Information hur använda blanketterna.
- Tydliggöra vem som gör vad i flödet
- Saknar information om lagkrav och skyldigheter för att uppfylla dem gällande avvikelser.
- Få kännedom om utredningsblanketten (vad chefen gör).

### Nyttan

- Säkerställa att vi gör rätt
- Underlag för att lära, åtgärder för att förebygga - Kunna gå tillbaka upptäcka brister
- Underlag till andra insatser, mer resurser
- Få en överblick av händelser, förebyggande arbete
- Fått lära oss koppling mellan riskanalyser och avvikelser i form av hot/våld
- Man måste använda materialet, det måste leda till något. Om detta inte används då kan det vara att man tappar lusten.

### Svårigheter

- Att hinna skriva, göra
- Att hitta blanketterna, att ta rätt blankett. För många blanketter.
- Gtråzoner – om avvikelse är medicinsk eller SoL ex saknas signeringslistor.
- Ska alla nyp, rivningar dokumenteras/anmälas. Man blir van/vardag på vissa enheter.
- Tillbud – även inkludera brukare?
- När en insats inte kan genomföras p g a personalbrist hanteras inte som en avvikelse. Löser med brukaren byta dag eller dyl. Men få ingen sammanställning på om det händer ofta... som kan vara en källa till missnöje hos brukare/personal.
- Oklart vad, hur mycket ska skrivas/hanteras inom ramen för brukarens social dokumentation (journal – genomförandeplan)
- Har brukaren rätt att bli informerad om avvikelserapporteringen. Har vi en skyldighet att lämna ut rapporten? Vissa skulle bli kränkta, arga om de visste att vi dokumenterar hot, våld mm kan försvåra samarbetet eller ge skuld känslor hos brukaren.
- Var ska det sparas, i brukarens pärm, särskild pärm?

## **Bilaga 5 – Sammanfattning internkontroll 2015**

Internkontrollen genomfördes vecka 47 samt vecka 48 år 2015. Utifrån kvantiteten på verifikationer i respektive ansvar så har olika metoder används. De olika metoderna redovisas i en separat bilaga till respektive sammanställning av internkontrollen.

De problemområden som diskuterats där vi (se undertecknade) ser möjlighet till förbättring är sammanfattade nedan.

- Flertalet fakturor har blivit beslutsattesterade av en deltagare. I de fall när chefer tillsammans deltagit ser vi gärna att enskild del plockas ut och konteras upp separat. Därefter beslutattesteras enligt gällande rutin av behörig chef.
- Felaktig moms
- Vid resor (taxi, buss, tåg, flyg) saknas ofta både syfte med resan samt förteckning över samtliga resenärer
- Deltagarlista ej bifogad med verifikationen
- Syfte ej specificerat i verifikationen
- Agenda ej bifogat med verifikationen
- Avsaknad av information om vart underlag till verifikationen kan hämtas

Vi har vid internkontrollen även uppmärksammat att manuella signeringar försvårar vårt arbete att säkerställa vår internkontroll. Därav har vi sett över vår blankett och infogat ett nytt fält för namnförtydligande. Denna förändring implementeras och informeras om december 2015.

Vår rekommendation är att se över rutinen med underlag och se till att alla i verksamheterna underlättar för revisorer samt Skatteverket om en revision skulle ske. Detta kan enkelt göras genom att bifoga samtliga bilagor till respektive faktura.

Ekerö 2015-11-24

Ann-Christine Hägg, Ulrika Östling, Kerstin Liljegren, Gunilla Mörne samt Ann-Charlotte Nyrén

**Bilaga 6 - Metod vid internkontroll 2015**

Granskning har gjorts enligt nedanstående metod.

- Alla transaktioner med belopp 500 kr eller mer.
- Samtliga verifikationer där antalet verifikationer i ansvaret understigit 30 stycken.

Där antalet verifikationer överstigit 30 stycken har vi tagit 60% av totalen, därefter var tredje verifikation.

För ansvar:

8107 Har vi granskat 216 verifikationer till ett totalbelopp av 1.004.820 sek

Ekerö 2015-11-23

Ann-Charlotte Nyrén

Ulrika Östling

**Bilaga 7 – Stickprovskontroll förtroendekänsliga poster**

Ansvar:	8107	Område:	Produktion omsorg
För period from-tom ÅÅMM - ÅÅMM:	20141101-20151031		

Kto	Delområde	Beskrivning av urval	Kontroll antal st	Belopp kr	Deltagarlista saknas, antal	Innehåll saknas, antal	Felaktig moms, antal	Felaktig attest, antal	Övrig notering
7651	Kurs/konferens o annan komp.utv. personal	enligt direktiv	92	478 341 kr	1,09%	6,52%		2,17%	Fakturan är ej utställd till Ekerö kommu
7652	Kurs/konferens förtroendevalda	enligt direktiv	0	0 kr					
9408	Interna kostnader kurs o konferens	enligt direktiv	43	85 820 kr	27,91%	4,65%		32,56%	
7101	Representation extern	enligt direktiv	1	500 kr					
7111	Intern representation	enligt direktiv	35	381 373 kr	2,86%	2,86%			
7112	Uppvaktning internt	enligt direktiv	26	29 431 kr		19,23%		7,69%	
9409	Interna kostnader personal representation	enligt direktiv	0	0 kr					
7051	Tjänsteresor (ej bilers se 552)	enligt direktiv	1	625 kr		100,00%			
7052	Lokala resor buss och taxi	enligt direktiv	10	12 028 kr		80,00%			
7053	Hotell och logi	enligt direktiv	0	0 kr					
7054	Övriga resekostnader	enligt direktiv	8	16 702 kr	12,50%	25,00%			P-bot!
7055	Resor/utbildning EU	enligt direktiv	0	0 kr					

Datum:	2015-11-23
Kontrollansvarig:	
Namnförtydligande	Lotta Nyrén

(Kto: 2014-01)