



Uppföljning Internkontroll 2022

Socialnämnden
2022

1 Inledning

Denna rapport är en uppföljning av nämndens/bolagets internkontrollplan för 2022. I detta inledande avsnitt ges en övergripande beskrivning av nämndens/bolagets arbete med internkontroll. Härfter följer avsnitt 2 *Riskanalys* som närmare beskriver de risker som nämnden beslutat att granska och/eller åtgärda 2022 och grunderna för detta. Slutligen redovisas i avsnitt 3 *Analys och uppföljning* resultatet av genomförda granskningar och åtgärder kopplade till respektive risk.

2 Riskanalys

Inom internkontroll används följande bedömningsskala för att värdera tänkbara risker:




1-3 (grönt) - risken bedöms inte vara sannolik och/eller bedöms ej ha några större konsekvenser om den inträffar

4-8 (gult) - risken bedöms ha viss möjlighet att inträffa och/eller kan få lindriga eller kännbara konsekvenser om den gör det

9-16 (rött) - risken bedöms ha relativt hög sannolikhet att inträffa och kan få kännbara eller allvarliga konsekvenser om den gör det.





Nedan summeras de risker som prioriterats av nämnden vid internkontroll 2022 (inklusive kommungemensamma risker - dessa är markerade med ett **G** och behandlas KS). Beroende på typ av risk har i sin tur *åtgärder* eller *granskningar* genomförts. Genomförande och utfall av åtgärderna/granskningarna redovisas närmare under 3.1 samt 3.2.






Risk nr.	Risk	Beskrivning av risk	Risikvärde
1	 Bristande rutiner för arkivhantering	Ett fullt kommunarkiv har lett till en svårhanterlig process gällande ärenden och handlingar. Förvaltningarna ser ett problem med att det inte finns rutin över hur man ska gå tillväga när arkivet är fullt och vart dessa ärenden och handlingar ska läggas.	12
3	 Felaktiga reglemente	Risk för att nämndernas reglementen och bolagens ägardirektiv inte återspeglar den verksamhet som nämnderna bedriver på grund av brister i a jour-hållning, vilket kan leda till svårigheter i ansvarsutkrävande.	9
2	 Bristande kunskap om GDPR	Det framgår en övergripande risk att medarbetare i kommunen ej innehar en adekvat kunskap relaterat till GDPR	16
4	Dokumentanteringsplanen är inaktuell	Felaktig hantering av nämndens dokument. Kommunledningsförvaltningen kommer hösten 2021 att ta fram ny rutin för kommunen för att riskminimera	9
5	Läkemedelsstöld i ordinärt boende.	Risk för stölder av läkemedel i ordinärt boende.	12
6	Felaktigt nyttjande av bankkort	Risken är att korten hanteras felaktigt, att dessa används vid felaktiga tillfällen.	12
7	Basala hygienrutiner och klädregler inte följs	Risken för smittspridning ökar om rutinen inte följs.	12
8	Tvärprocess saknar aktualitet	Medborgare kan hamna mellan stolarna om ansvaret är otydligt	12



3 Analys och uppföljning

3.1 Granskningar

Risk	Granskning	Uppföljning av granskning
 Felaktiga reglemente	Undersöka möjlighet för förtydligande	Kontrollmoment Socialnämndens reglemente behandlades via kommunledningsförvaltningens beredning i fullmäktige 2022-12-19, § 18 <i>Revidering av reglemente för kommunstyrelsen och övriga nämnder.</i> <i>(Beslutas i KS)</i> 
 Bristande kunskap om GDPR	Undersöka kunskapsnivå om GDPR	Kontrollmoment Kommunens kunskapsnivå om GDPR kommer att sammanställas och redovisas i samlad analys av kommunledningsförvaltningen i samband med årsredovisning. <i>(Beslutas i KS)</i> 
Läkemedelsstöld i ordinärt boende	Läkemedelsstöld	Kontrollmoment Kontroll mot avvikelssystem gällande förekomst av betydande läkemedelssvinn i ordinärt boende, gällande narkotikaklassade läkemedel och via intervjuer av enhetschefer och sjuksköterskor med erfarenhet av förekommande stölder. Granskning Förvaltningens medicinska sjuksköterska (MAS) har genomfört granskningen under sommaren 2022. Resultat Granskningen visar att det förekommer större läkemedelsstölder i en del hemvårdsområden periodvis. Omfattningen av svinn där enstaka doser av läkemedel försvunnit är vanligast förekommande. Förlust av större mängder av läkemedel orsakar större lidande för patienten. Vårdgivaren brast i sitt ansvar att säkerställa att obehöriga har tillgång till läkemedel. Bedömning Granskningen har utförts i enlighet med beslutad kontrollplan och får godkänt. Åtgärdsförslag Rutiner för att säkerställa läkemedelshantering har uppdaterats av MAS. Ansvarig sjuksköterska ska göra en riskbedömning i det enskilda fallet för att säkerställa läkemedelshantering.

Risk	Granskning	Uppföljning av granskning
		Hemvårdsområdets enhetschef och sjuksköterska ska i samråd säkerställa förvaring med spårbar nyckel. Åtgärden infördes den 1:e september 2022 och kommer att följas upp. 
Felaktigt nyttjande av bankkort	Kontroll av transaktioner	<p>Kontrollmoment</p> <p>Kontroll av bankkortstransaktioner</p> <p>Granskning</p> <p>Granskningen utfördes av controller och verksamhetsutvecklare under oktober månad</p> <p>Samtliga fakturor bokförda under perioden granskades utifrån kommunens Riktlinjer för hantering och inköp av <i>First Card</i> – Inköpskort inom Trelleborgs kommun. Totalt kontrollerades 21 fakturor och av dessa är 15 fakturor (76%) hanterade enligt riktlinjerna. I fem fall saknar fakturorna bilagda kopior på kvittan på de inköp som fakturorna avsåg.</p> <p>Bedömning</p> <p>Granskningen har utförts i enlighet med beslutad kontrollplan och får godkänt.</p> <p>Åtgärdsförslag</p> <p>I de fall där riktlinjerna inte följts har verksamhetsutvecklare kontaktat dem som hanterat bankkortet felaktigt för genomgång. Utöver detta kommer riktlinjerna åter skickas ut till samtliga innehavare av inköpskort. </p>
Tvärprocess saknar aktualitet	Efterlevnad av framtagna intern process	<p>Kontrollmoment</p> <p>Kontroll att tvärprocesser för myndighetsutövning enligt lag för SoL, HSL och LSS efterlevs.</p> <p>Granskning</p> <p>Kvalitetsstrategi och förändringsledare har, på uppdrag av ansvariga avdelningschefer, under hösten 2021 och våren 2022 genomfört granskningar av två tvärprocesser inom förvaltningen.</p> <p>Tvärprocess för myndighetsutövning vuxna mellan SoL och funktionsstöd LSS, granskningen av antagna process genomfördes med berörda enhetschefer. Granskningen av tvärprocessarbetet för HSL-insatser inom funktionsstöd LSS genomfördes i olika gruppkonstellationer, beroende på frågan, med berörda enhetschefer, sjuksköterska och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).</p> <p>Resultat</p> <p>Båda granskningarna ledde till förbättringsåtgärder i tvärprocesserna. Nya tvärprocesser är framtagna och beslutade av berörda chefer. De nya arbetssätten tillämpas av personal i verksamheterna.</p> <p>Bedömning</p> <p>Granskningen har utförts i enlighet med beslutad kontrollplan och får godkänt. </p> <p>Åtgärdsförslag</p> <p>De nya tvärprocesserna kommer följas upp under 2023, för att säkerställa efterlevnaden.</p>

3.2 Åtgärder

Risk	Åtgärd	Uppföljning av direktåtgärder
 Bristande rutiner för arkivhantering	Upprätta en lathund/anvisningar	<p>Vidtagna åtgärder</p> <p>Kommunarkivet har upprättat anvisningar som bolag och förvaltningarna ska följa. Lathunden kommer att publiceras på kommunens Intranät Trellnet under januari 2023. </p> <p><i>(Beslutas i KS)</i></p>
Dokumenthanteringsplanen är inaktuell	Uppdaterad dokumenthanteringsplan	<p>Vidtagna åtgärder</p> <p>Avdelningarnas verksamhetsutvecklare, MAS, nämndsekreterare och kvalitetsstrateg har sett över och reviderat antagna dokumenthanteringsplaner.</p> <p>Översynen överlämnades till kommunarkivet den 20 oktober 2022 för samråd med kommunens arkivarie enligt gällande praxis.</p>

Risk	Åtgärd	Uppföljning av direktåtgärder
		<p>Resultat</p> <p>Nämndens fyra antagna dokumenthanteringsplaner har nu omarbetats till en gemensam plan för socialnämnden. Dokumenthanteringsplanen utgår från kommunstyrelsens beslut om kommungemensam dokumenthanteringsplan för styrande och stödjande verksamheter (KS 2022-03-02, § 46), som innebär att nämnders och kommunledningsförvaltningens dokumenthanteringsplaner enbart ska innehålla information om kärnverksamhetens processer.</p> <p>Bedömning</p> <p>Åtgärden har utförts i enlighet med beslutad kontrollplan. Åtgärden får godkänt.</p> <p>Åtgärder</p> <p>Beslut om den nya dokumenthanteringsplanen tas i socialnämnd under första delen av 2023 när samrådet med kommunarkivet har fullföljts.</p>
Basala hygienrutiner och klädregler inte följs	Ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	<p>Vidtagna åtgärder</p> <p>Vårdpersonal som utför nära patientarbete har under våren deltagit i nationell punktprevalensmätning <i>Basala hygienrutiner och klädregler</i> enligt SKR.</p> <p>Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under april månad granskat resultatet av den åtgärdsgranskning som genomfördes under vecka 11-12 2022. Mätningens metod baserades på observationsstudier av omvårdnärare medarbetare.</p> <p>Resultatet</p> <p>Åtgärden visade att observationen av legitimerad personal var utan anmärkning. Mellan grupperna vårdbiträde och undersköterska fanns det inga större skillnader, men det fanns en betydande förbättringspotential.</p> <p>Bedömning</p> <p>Åtgärden har utförts i enlighet med beslutad kontrollplan. Åtgärden får godkänt.</p> <p>Åtgärdsförslag</p> <p>Resultatet visade på behov av fortsatt arbete med vårdhygien. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kommer att tillse att;</p> <ul style="list-style-type: none">- ny mätning genomförs under 2023- rutin tas fram för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning

+