

Slutrappport Internkontroll 2023

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanfattning kontroller 2023






Utgångspunkt

Arbete med intern styrning och kontroll 2023 har utgått från Vård- och omsorgsnämndens Internkontrollplan 2023.

Inledning

Kommunens riktlinjer säger att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Nämnden ansvarar för att kommunövergripande styrregler och övriga bestämmelser följs inom sitt verksamhetsområde. Nämnden är ansvarig för att internkontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I riktlinjerna framgår att nämnden skall ges delredovisning av arbetet två gånger per år samt en årlig sammanställning då samtliga granskningar gjorts.

Denna rapport redovisar arbetet med internkontrollåret 2023. Vård- och omsorgsnämnden beslutar årligen om vilka identifierade risker i förvaltningens verksamheter som ska undersökas genom internkontroll. Dessa framgår i en Internkontrollplan. Under 2023 genomfördes internkontroll kopplat till sex risker (risk tre och fyra granskades tillsammans och redovisas i en rapport) i förvaltningens verksamheter. I tre av kontrollmomenten som granskats framkommer avvikelser och åtgärdsförslag har presenterats som kommer att vidtas under 2024.


Kontrollmoment	Bedömning
Kontroll av om varje brukare har en fast omsorgskontakt och om denne är en undersköterska.	
Kontroll av om chefer och medarbetare har god processkunskap och rutinkännedom.	
Kontroll av hur chefer arbetar med hanteringen av SoL/LSS/HSL avvikelser	
Kontroll av om förvaltningen bemannas utifrån grundbemanning	
Kontroll av om rutinen för begränsningsåtgärder efterlevs	

Uppföljning av risker och kontrollmoment 2022

Risk 1

Risk att brukarna inte har en fast omsorgskontakt vilket kan få konsekvensen att brukare påverkas negativt.

Kontrollmoment	Metod
Kontroll av om varje brukare har en fast omsorgskontakt och om denne är en undersköterska.	Åttio brukare inom ordinärt boende från sjutton olika hemtjänstområden valdes slumpmässigt fram. Genom telefonsamtal till respektive hemtjänstgrupps gruppleddare efterfrågades; <ul style="list-style-type: none">➤ om brukaren har en fast omsorgskontakt➤ om denne är utbildad undersköterska

Bedömning	Resultat
	Resultatet visade att samtliga av de åttio brukarna har en fast omsorgskontakt och att sjuttionio av dessa är en utbildad undersköterska. Personen som inte är undersköterska är under utbildning till att bli det.

Åtgärd

Säkerställ att samtliga brukare inom ordinärt boende har en fast omsorgskontakt och att denne är en undersköterska.

Svar från verksamheterna


Verksamhetschef Äldreomsorg:

Arbetet med Fast omsorgskontakt har varit lyckat och målet att alla brukare ska veta vem som är Fast omsorgskontakt är uppnått. Dock kvarstår en del arbete att säkra kompetensen i rollen. Arbete med att säkerställa kompetensen hos alla undersköterskor kopplat till Fast omsorgskontakt pågår och en arbetsgrupp har satts samman för att hitta en struktur för kartläggning av kunskapsnivå samt en plan för vidareutbildning efter kartläggning. Även introduktionen kommer ses över för att fortsätta utveckla detta och hålla i. Fast omsorgskontakt blir allt viktigare och kopplas även tydligare ihop med målbild 2035 på enheterna. Dialog och utveckling fortsätter och är prioriterat.

Risk 3 & 4

Risk att det brister gällande processkunskap samt rutinkännedom hos chefer och medarbetare i förvaltningen, vilket kan leda till brister i verksamheternas kvalitet med konsekvensen att brukare påverkas negativt

Kontrollmoment	Metod
Kontroll av om chefer och medarbetare har god processkunskap och rutinkännedom.	Under våren har det genomförts en inventering, genom dialog och Mentifrågor, i samtliga ledningsgrupper inom vård- och omsorgsförvaltningen, inklusive förvaltningsledningen, utvalda kvalitetsäkringsamordnare och utvecklare. Syftet med inventeringen var att synliggöra nuvarande ledningssystem, processer och rutiner och få klarlagt hur det används i det dagliga arbetet.

Bedömning	Resultat
	Inventeringen har kartlagt vilket stöd chefer och stödfunktioner har av nuvarande ledningssystem, dvs rutiner och processkartor. Resultatet visade på flera utmaningar: <ul style="list-style-type: none">➤ Användbarheten och tillgängligheten-

Bedömning	Resultat
	<p>Upplevelsen är att ledningssystemet och processerna är svåröverblickbara samt att processerna inte är anpassade för att läsas i mobiltelefon.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Delprocesser <p>Upplevelsen är att antalet delprocesser är för många, att delprocesserna inte hänger ihop med varandra och att det inte framgår vilket värde som skapas för brukaren/individ.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rutiner <p>Upplevelsen är att</p> <ul style="list-style-type: none"> • det är svårt att hitta rutiner genom att söka på namn, • det är för många rutiner, • det är svårt att söka efter rutinerna. Man söker rutiner på internportalen och inte i processen, vilket medför att man får upp alla slags träffar ex från andra förvaltningar, • man måste ta hjälp ibland av annan funktion för att hitta rätt rutin, • att rutinen inte svarar upp mot behov vilket leder till att man skapar egna rutiner lokalt, • vissa rutiner används frekvent och upplevs som viktiga, t ex introduktion, sällanhändelser

Resultat

Resultatet visar att det finns brister i nuvarande ledningssystem vilket är en bidragande orsak till att chefer och medarbetare inte har en fullgod tillgång och kunskap gällande aktuella processer och rutiner.

Inventeringen visar på ett behov av att förbättra överblicken, minska antalet processer och att göra det enklare att söka/hitta rätt rutin som också är tillgänglig via både dator och mobil.

Pågående arbete utifrån resultatet

Utifrån resultatet har det satts ihop en arbetsgrupp bestående av ledningsfunktioner enhetschefer, avdelningschef, verksamhetschef och nyckelfunktioner från alla verksamhetsområden och från stab som genom fyra workshops under våren har tagit fram en huvudprocess som tydligt kopplar till värdet för brukaren/individ.

Nästa steg är att utvalda utvecklare och medarbetare från alla verksamhetsområden och stab under sommaren och hösten kommer att kartlägga alla områden som berörs av en ny huvudprocess (delprocesser, rutiner, indikatorer, avvikelshantering, kontroll och uppföljning, forum osv).

Åtgärd

Förvaltningen säkerställer via kvalitetschef att de utmaningar som framkom i inventeringen åtgärdas samt att den nya huvudprocessen, med dess delprocesser och rutiner färdigställs.

Respektive verksamhetschef/bistånds- samt HR-chef säkerställer att huvudprocessen och dess delprocesser och tillhörande rutiner implementeras. Säkerställ också att information om arbetet med huvudprocessen går ut till chefer och medarbetare för att underlätta att processen används och upplevs som ett stöd i det dagliga arbetet.

Svar från:


Gemensamt svar från verksamhetscheferna inom (Kvalitet, Äldreomsorg, Område funktionshinder, Hälso och sjukvård, Bistånd och HR): Det finns en konkret planering för att revidera nuvarande delprocesser samt att fatta beslut om hur vårt stöd i form av dokument ska se ut för ledningsfunktioner respektive medarbetare. I det kommande arbetet finns representation från samtliga verksamhetsområden och stabsfunktioner. Arbetet kommer att pågå under 2023 och 2024. Dialog och löpande information kring hur arbetet fortskrider sker månadsvis på Ledningsgrupp Kvalité och i förvaltningsledning. Samtliga verksamhetschefer arbetar vidare i sina egna verksamheter med implementering av både huvudprocess och kommande processer samt

dokument. Verksamhetschefer har stöd av sina utvecklare som ingår i utvecklingsarbetet och som också deltar i dokument och processförvaltargruppen.

Risk 5

Risk att det brister i förvaltningens nuvarande hantering av SoL/LSS/HSL avvikelser vilket kan leda till brister i verksamheternas kvalitét med konsekvensen att brukare påverkas negativt.

Kontrollmoment	Metod
Kontroll av hur chefer arbetar med hanteringen av SoL/LSS/HSL avvikelser	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enkät till berörda enhetschefer varav det totalt är 39 chefer som svarat ➤ Enskilda intervjuer med 12 slumpvis utvalda enhetschefer med representation från Äldre området, Område Funktionshinder samt Hälso- och sjukvårdsområdet. <p>Syftet med frågeställningarna i intervjuerna och enkäten är att kontrollera och förstå hur arbetet med avvikelser hanteras i dag och vilka utmaningar samt förbättringsmöjligheter som finns.</p>

Bedömning	Resultat																																													
	<p>Resultat från enkäten:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bedömer du att du har tillräckligt med tid för att hantera avvikelser?</th> <th>Antal</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alltid</td> <td style="background-color: #008000;">6</td> <td style="background-color: #008000;">15,8</td> </tr> <tr> <td>Oftast</td> <td style="background-color: #008000;">22</td> <td style="background-color: #008000;">57,9</td> </tr> <tr> <td>Bara ibland</td> <td style="background-color: #FFD700;">9</td> <td style="background-color: #FFD700;">23,7</td> </tr> <tr> <td>Aldrig</td> <td style="background-color: #FF0000;">1</td> <td style="background-color: #FF0000;">2,6</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bedömer du att du arbetar i enlighet med gällande rutin för hantering av avvikelser?</th> <th>Antal</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alltid</td> <td style="background-color: #008000;">18</td> <td style="background-color: #008000;">47,4</td> </tr> <tr> <td>Oftast</td> <td style="background-color: #008000;">18</td> <td style="background-color: #008000;">47,4</td> </tr> <tr> <td>Bara ibland</td> <td style="background-color: #FFD700;">2</td> <td style="background-color: #FFD700;">5,3</td> </tr> <tr> <td>Aldrig</td> <td style="background-color: #FF0000;">0</td> <td style="background-color: #FF0000;">0</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Efterfrågas information om avvikelser från din närmaste chef?</th> <th>Antal</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alltid</td> <td style="background-color: #008000;">2</td> <td style="background-color: #008000;">5,3</td> </tr> <tr> <td>Oftast</td> <td style="background-color: #008000;">6</td> <td style="background-color: #008000;">15,8</td> </tr> <tr> <td>Bara ibland</td> <td style="background-color: #FFD700;">20</td> <td style="background-color: #FFD700;">52,6</td> </tr> <tr> <td>Aldrig</td> <td style="background-color: #FF0000;">10</td> <td style="background-color: #FF0000;">26,3</td> </tr> </tbody> </table>	Bedömer du att du har tillräckligt med tid för att hantera avvikelser?	Antal	%	Alltid	6	15,8	Oftast	22	57,9	Bara ibland	9	23,7	Aldrig	1	2,6	Bedömer du att du arbetar i enlighet med gällande rutin för hantering av avvikelser?	Antal	%	Alltid	18	47,4	Oftast	18	47,4	Bara ibland	2	5,3	Aldrig	0	0	Efterfrågas information om avvikelser från din närmaste chef?	Antal	%	Alltid	2	5,3	Oftast	6	15,8	Bara ibland	20	52,6	Aldrig	10	26,3
Bedömer du att du har tillräckligt med tid för att hantera avvikelser?	Antal	%																																												
Alltid	6	15,8																																												
Oftast	22	57,9																																												
Bara ibland	9	23,7																																												
Aldrig	1	2,6																																												
Bedömer du att du arbetar i enlighet med gällande rutin för hantering av avvikelser?	Antal	%																																												
Alltid	18	47,4																																												
Oftast	18	47,4																																												
Bara ibland	2	5,3																																												
Aldrig	0	0																																												
Efterfrågas information om avvikelser från din närmaste chef?	Antal	%																																												
Alltid	2	5,3																																												
Oftast	6	15,8																																												
Bara ibland	20	52,6																																												
Aldrig	10	26,3																																												

Bedömning	Resultat	
Har du som chef fått en tillräcklig introduktion gällande hantering av SoL/LSS/HSL avvikelser?	Antal	%
Stämmer precis	12	31,6
Stämmer ganska bra	16	42,1
Stämmer ganska dåligt	10	26,3
Stämmer inte alls	0	0

Frågorna inom de enskilda intervjuerna har adresserat följande områden: (Resultatet visade på flera utmaningar)

➤ *Sammanställning och analys*

Åtta (67 %) av enhetscheferna uppger att det på något sätt sammanställer och analyserar avvikelserna och detta kan ske av chefen eller i en arbetsgrupp. Tre av enhetscheferna uppger att de inte ser något behov av att göra en sammanställning då avvikelserna i deras verksamheter är väldigt få. En enhetschef anger att sammanställning endast sker om det rör upprepade avvikelser kopplad till en enskild medarbetare.

Analysen sker av enhetschef, utsedd arbetsgrupp och/eller tas upp på APT.

Den samlade bilden är att de flesta gör någon form av sammanställning men att den inte är så detaljerad och tydligt uppdelad i olika kategorier för att tydligt se vilka mönster som återkommer. Alla anger att arbetet leder till förbättring av verksamheten men att effekten kanske inte alltid är så stor i förhållande till hur mycket arbetstid som läggs på att hantera avvikelser.

➤ *Utredning, uppföljning och återkoppling*

Alla enhetschefer uppger att avvikelser utreds i teamet när det finns behov för detta. Det är vanligt att avvikelser tas upp och utreds på APT samt på teamträffar. För utredning av HSL avvikelser så tas kontakt med sjuksköterska när behov uppstår. De enhetschefer som har bakgrund/utbildning inom HSL har lättare att på egen hand utreda dessa avvikelser. En enhetschef uppger att det kan vara svårt att få tag på sjuksköterska för att få hjälp i denna fråga då det varit många bemanningssköterskor som varit kopplade till verksamheten.

Återkoppling av hanterade avvikelser sker i första hand på APT men också på teamträffar, avvikelsemöte och genom personlig återkoppling till berörd medarbetare. Gällande uppföljning av resultat för utförda åtgärder så är det endast ett fåtal enhetschefer som säger att det utförs systematiskt.

Elva av de intervjuade enhetscheferna vet inte var de hittar sammanställningen av verksamhetsavvikelser eller om det finns en sådan framtagen.

➤ *Introduktion och efterfrågan*

Ingen av enhetscheferna anser att de fått någon riktig introduktion till arbetet med att hantera avvikelser. De har fått lära sig genom att läsa handbok och rutiner samt rådfråga sina kollegor. Det är endast en av de tillfrågade cheferna som anger att det finns en efterfrågan från närmsta chef gällande arbetet med avvikelser.

➤ *Förbättringsförslag som framkom från enhetscheferna*

- Personen som skriver en avvikelse bör ej gradera utifrån allvarlighetsgrad på avvikelserna utan det bör utföras av den som följer upp
- HSL - avvikelser bör utredas av sjuksköterska och inte av enhetschef (ex svårt att veta vilken medicin som är narkotika klassade för enhetschefer)
- Önskar någon form av notis om att en avvikelse inkommit utan att behöva logga in i systemet
- Lätt att missa det som bakdateras, önskar att systemet ger en notis om dessa avvikelser

Bedömning	Resultat
	<ul style="list-style-type: none"> • Krångligt i Viva när enhetscheferna täcker för varandra under exempelvis semester, måste då flytta avvikelserna mellan varandra för att till slut hamna på rätt enhet • Enhetscheferna kan inte registrera avvikelser på sin egna verksamhet- får ej följa upp, kan tex vara brukare som ger synpunkter och då kan enhetscheferna ej registrera detta som en avvikelse • Önskar att systemet tar fram bättre statistik och överblick över registrerade avvikelser • Höj kompetensen om hur man ska hantera avvikelser och arbeta bättre med uppföljning • Mer stöd till enhetscheferna för att utföra analys av avvikelser • Önskar se vilka avvikelser som den egna personalen skriver på andra verksamheter • Kan vara svårt att veta vad som är en SOL avvikelse, önskar tydligare information om detta. • HSL-avvikelser kan bli väldigt många, då behövs det en balans i vad som ska anges • Önskar bättre introduktion och utbildning till att hantera avvikelser gäller främst nya chefer men även repetitionstillfällen för de som arbetat en längre tid. • Önskar möjlighet att bättre få möjlighet att prioritera vilka avvikelser som är viktiga att hantera och då se bortom de satta tidsramar som finns idag och kanske bortprioritera de som inte är lika viktiga att hantera. • Tydligare efterfrågan och uppföljning från närmsta chef • Mindre fokus på satta tidsramar och mer på effekten som önskas

Resultat

Resultatet visar att det finns brister i nuvarande hantering av avvikelser vilket kan leda till brister i verksamheternas kvalitet med konsekvensen att brukare påverkas negativt.

Intervjuerna visar på ett behov av att förbättra förmågan att analysera inkomna avvikelser och följa upp huruvida föreslagna åtgärder gett effekt. Tydligheten i hur arbetet ska utföras kan förbättras samt efterfrågan från högre chef bör stärkas. Detta bekräftas av enkätsvaren. Enkäten visar också på att det är knappt hälften av enhetscheferna som anser att de alltid arbetar efter gällande rutin, och i fritext i så beskrivs att de som inte alltid förhåller sig till rutinen då tänker på att de inte fullt kan leva upp till de tidsramar som är satta för hantering av inkomna avvikelser.

Pågående arbete utifrån resultatet

Under hösten 2023 har ett utvecklingsinitiativ startats upp som har till uppgift att titta på hur vi kan förbättra hanteringen och lärandet utifrån våra avvikelser. Gruppen ska också se över hur våra arbetsätt bör anpassas till den nya avvikelsemodulen i Viva som förvaltningen kommer att få tillgång till under 2024. Gruppen har gjort en kartläggning gällande arbetet där de har:

- Deltagit på forum för att prata avvikelser med enhetschefer inom äldreomsorgen och uppmärksamma behov och önskemål.
- Inhämtat behov och önskemål från avdelningschefer.
- Fört dialog med andra kommuner.

Under våren 2024 planerar de att hålla en workshop med enhetschefer och stödfunktioner för att se vad för behov och önskemål som finns kopplat till avvikelser och arbetsätt.

Målet med utvecklingsinitiativet är att ta fram förslag till arbetsätt för en avvikelshantering som är värdeskapande och ändamålsenlig där den nya modulen i Viva nyttjas.

Åtgärd

Förvaltningen säkerställer via kvalitetschef att de utmaningar som framkom i den genomförda kontrollen åtgärdas och efterlevs.

Svar från:


Gemensamt svar från verksamhetscheferna inom (Kvalitet, Äldreomsorg, Område funktionshinder och Hälso och sjukvård):

Internkontrollen bekräftar bilden som finns kring att arbetet med avvikelser har en tyngdpunkt i att utreda och att det systematiska förbättringsarbetet är svårare att upprätthålla av enhetschef. De planerade aktiviteterna för 2024 kommer att ha dessa teman som inriktning med målet att förändra arbetsätten med avvikelser så att det upplevs ge mer värde och ge andra förutsättningar att arbeta systematiskt med förbättring och uppföljning.

Risk 6

Risk att förvaltningen inte kan bemanna utifrån grundbemanning vilket kan ge konsekvensen att brukare och medarbetare påverkas negativt.

Kontrollmoment	Metod
Kontroll av om förvaltningen bemannas utifrån grundbemanning	➤ Det genomfördes en mätning av "andel avslag av beställningar" av kategorin vakant tjänst till bemanningsenheten och resultaten jämfördes tre år tillbaka i tiden.

Bedömning	Resultat			
	2021	2022	2023	
	Antal beställningar:	15663	16177	13815
	Godkända beställningar:	95,8%	95,1%	95.9 %
	Differens mot målet:	0.8%	0.1%	0.9%

Resultat

Resultatet visar på att bemanningen inte har blivit lägre än målet om 95% tillsättningsgrad under de tre senaste åren. Konklusionen blir således att bemanningsenheten möjlighet att korttidsbemanna vakanta tjänster inte har försämrats nämnvärt under de senaste tre åren. Konklusionen är snarare att det skett en liten men gradvis förbättring under de undersökta åren 2021 till 2023 avseende avslag kopplat till vakant tjänst.

Åtgärd

Ingen åtgärd behövs då resultatet lever upp till målet om 95% tillsättningsgrad.

Svar från:


HR-chef

Förvaltningen har under 2023 arbetat för att säkra grundbemanningen på Vård- och omsorgsboende och därmed ta bort vakanta rader, därmed minskas även behovet av timanställda. Förvaltningen har ett långsiktigt mål om att vid utgången av 2027 ha nått nyckeltalet att inte använda timvikarier i verksamheten annat än under sommarperioden.

Risk 7

Risk att rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder inte efterlevs vilket kan ge konsekvensen att brukare far illa.

Kontrollmoment	Metod
Risk att rutinen förskydds- och begränsningsåtgärder inte efterlevs vilket kan ge konsekvensen att brukare far illa.	➤ Enkät till berörda enhetschefer varav det totalt är 39 chefer som svarat ➤ Telefonintervjuer: Oannonserade telefonsamtal med kontrollfrågor till 12 slumpmässigt utvalda enhetschefer inom utförarverksamheten: äldre och funktionshinderområdet.

Bedömning	Resultat			
	Känner du till den nya reviderade versionen av rutinen?	Antal	%	
	Ja	35	89,7	
	Nej	4	10,3	
	Bedömer du att du arbetar i enlighet med gällande rutin för skydds- och begränsningsåtgärder?	Antal	%	
	Alltid	24	64,9	
	Oftast	9	24,3	
	Bara ibland	3	8,1	
	Aldrig	1	2,7	
	Resultat från enkäten:			
	Har rutinen varit ett stöd för dig när du haft ärenden kopplat till skydds- och begränsningsåtgärder?	Antal	%	
	Alltid	15	40,5	
	Oftast	15	40,5	
	Bara ibland	5	13,5	
	Aldrig	2	5,4	

Risk	Beskrivning	Kommentar		
	Känner du till den nya (reviderade versionen) av rutinen?	Ja	92%	Alla utom en av de tillfrågade enhetscheferna känner till den nya reviderade versionen av rutinen.
		Nej	8%	
	Bedömer du att du arbetar i enlighet med gällande rutin för skydds- och begränsningsåtgärder?	Ja	55%	Mer än hälften anger att de arbetar enligt den nya rutinen, resterande enhetschefer anger att de har som målsättning att så snart som möjligt implementera rutinen fullt ut men att de i dagsläget inte uppfyller allt som står i rutinen.
		Inte fullt ut, arbetar med att implementera arbetssättet enligt rutinen	45%	
		Nej	0%	
	Har rutinen varit ett stöd för dig när du haft ärenden kopplat till skydds- och begränsningsåtgärder?	Ja	100%	Samtliga enhetschefer anger att rutinen varit ett stöd i arbetet.
		Nej	0%	

När upprättar ni dokument "kartläggning, riskanalys och bedömning"?	Vid behov och i samband med inflyttning	16%	Två enhetschefer anger att de upprättar dokumentet både vid inflyttning och när behov uppstår. Åtta av cheferna anger att det sker när behoven uppmärksammas. En chef anger att det sker vid inflyttning. En chef anger att de inte använder dokumentet men att enhet ska göra ett omtag och då börja arbeta med dokumentet. Enligt rutinen ska det göras "när behov uppstår".
	Vid behov	67%	
	Vid inflyttning	8%	
	Har inte börjat använda dokumentet än	8%	
Av vem upprättas det?	EC	42%	Fem enhetschefer anger att det är chefen som ansvarar för att dokumentet uppdateras. Fem enhetschefer anger att det kan göras av olika roller och att det är allas ansvar att se till att dokumentet upprättas. Inom en enhet är det Kvalitetssäkerhetssamordnare (KSS) och gruppleddare som upprättar dokumentet och på en enhet där arbetet ej kommit igång upprättas ej detta dokument än. Enligt rutinen så är Enhetschef för enheten där brukaren har sitt boende är huvudansvarig för att riskbedömning genomförs och dokumenteras i journal det är däremot inte bestämt vem som ska upprätta dokumentet och därmed kan alla dessa svar vara i enlighet med rutinen
	KSS och gruppleddare	8%	
	Gemensamt ansvar för alla personal	42%	
	Genomförs ej	8%	
"Sker det i samarbete med brukaren och vid behov dennes närstående?"	Ja, vid behov	67%	Åtta enhetschefer anger att det sker i samarbete om behov eller önskemål om detta finns. Tre enhetschefer anger att det inte sker i samarbete.
	Nej	25%	
	Genomförs ej	8%	
När kallas "tvärprofessionella teamet samman"?	Vid behov	67%	Åtta enhetschefer anger att det tvärprofessionella teamet kallas samman då behov uppstår. Fyra enhetschefer anger att det sker främst vid de månatliga teamträffarna.
	Teamträffar	33%	

Resultat

Resultatet visar att den nya rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder är känd av de flesta enhetscheferna inom utförarverksamheten för äldre och funktionshinderområdet. Drygt hälften av de tillfrågade cheferna både utifrån enkät och intervju anger att de följer de nya rutinen. De som inte följer rutinen fullt ut i dag anger att de inte hunnit med att anpassa sig till den nya rutinen men arbetar för att göra det så snart som möjligt. Rutinen anses ändamålsenlig och inga större önskemål om förändringar har framkommit.

Åtgärd

Säkerställ att samtliga enheter arbetar i enlighet med framtagna rutiner.

Svar från verksamheterna

Verksamhetschef Äldreomsorg:

Fortsätta följa upp den nya rutinen och efterfråga hur det går i verksamheterna och skapa förutsättningar för enheterna att implementera rutinen. Säkerställa ett nära ledarskap genom färre medarbetare/chef som kommer att ske under 2024 som ger förutsättningar för dialog med medarbetare och uppföljning där denna rutin är en del av det arbetet.

Verksamhetschef Funktionshinder:

Avdelningscheferna får i uppgift att lyfta Rutinen för skydds och begränsningsåtgärder på sina ledningsgrupper och därmed säkerställer att samtliga enheter arbetar i enlighet med framtagna rutiner.