

GRANSKNINGS RAPPORT INTERN KONTROLL 2018

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr 2018/0048

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Uppföljning av kontrollaktiviteter	4
Kommungemensamma	4
<i>Systematiskt brandskydd.....</i>	<i>4</i>
<i>Självskattning av kontrollmiljö för dokumenthantering och informationssäkerhet.....</i>	<i>8</i>
Nämndspecifika	11
<i>Uppföljning av fakturor på belopp som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01--2018-05-31 - fokus upphandling.....</i>	<i>11</i>
<i>Uppföljning av fakturor på belopp som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01--2018-05-31 - fokus redovisning</i>	<i>12</i>
<i>Uppföljning av fakturor på belopp som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01--2018-05-31 - fokus moms</i>	<i>13</i>
<i>Uppföljning av egenkontroller enligt SOSFS 2011:9.....</i>	<i>13</i>
Uppföljning av förbättringsåtgärder från tidigare år	21
Utvärdering av nämndens sammanvägda interna kontrollarbete	22

Bilagor

Bilaga 1: Systematiskt brandskyddsarbete - sammanställning externa enheter

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens verksamhet är inriktad på äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade utgör grunden som verksamheten vilar på och kompletteras av annan lagstiftning och föreskrifter bland annat rörande sekretess, dokumentation och patientsäkerhet.

Vård och omsorgsnämnden fastställde 2018-01-31, § 5 *Handlingsplan för intern kontroll 2018*, gällande förvaltningens samtliga verksamhetsområden.

Årets interna kontroll innehåller två kommungemensamma kontrollaktiviteter som fastställts av kommunstyrelsen gällande systematiskt brandskyddsarbete och kontrollmiljön avseende dokumenthantering och informationssäkerhet.

De nämndspecifika kontrollaktiviteterna har inriktats på ekonomiområdet och kontroll av fakturor på belopp över 40 000 kr samt egenkontroller inom området medicintekniska produkter, dokumentation, måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister, journalföring, behandling av personuppgifter samt avvikelser.

Granskningsrapporten av förvaltningens interna kontroll 2018 innehåller redovisning av årets specifika kontrollaktiviteter samt kontroller som hanteras i andra system som exempelvis egenkontroller enligt SOSFS 2011:9.

Resultatet visar att riskbedömningen inför den interna kontrollen och urvalet av kontrollaktiviteter omfattat relevanta områden.

Uppföljningen visar flera goda resultat samt avvikelser i olika omfattning. Sammantaget konstateras att det finns brister på flera punkter som kan innebära vissa kvalitets- och effektivitetsförluster inom verksamheten genom att rutinerna inte fungerar optimalt eller inte följs. Avvikelsena har olika dignitet och omfattning vilket inte riktigt speglas i den grafiska presentationen i rapporten där det endast presenteras som avvikelse/ingen avvikelse oavsett omfattningen av avvikelsen.

På de områden där det finns avvikelser kommer åtgärdsplaner att upprättas.

Uppföljning av upprättade åtgärdsplaner genomförs i samband med slutrapport för intern kontroll som rapporteras till vård- och omsorgsnämnden i maj 2019.

Förvaltningen bedömer, att den interna kontrollen är tillräcklig för att anse att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt enligt gällande lagar och regler.

Uppföljning av kontrollaktiviteter

Kommungemensamma

Kommunstyrelsen har beslutat om två kommungemensamma kontrollaktiviteter för 2018:

- att myndighetskrav kring systematiskt brandskyddsarbete följs,
- att kontrollmiljön avseende dokumenthantering och informationssäkerhet är tillfredsställande.

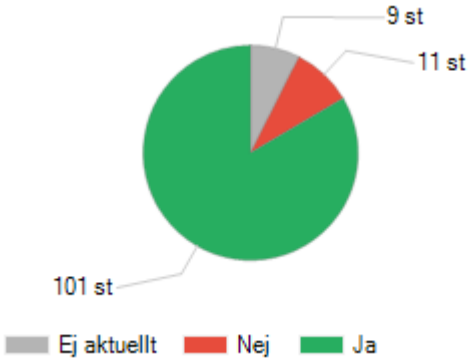
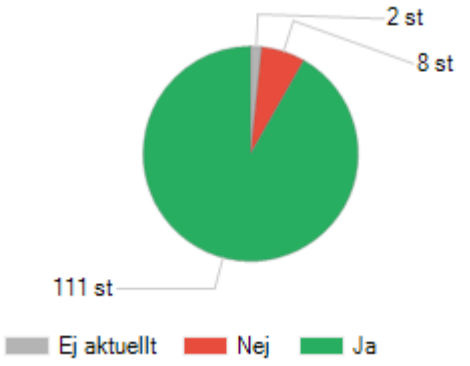
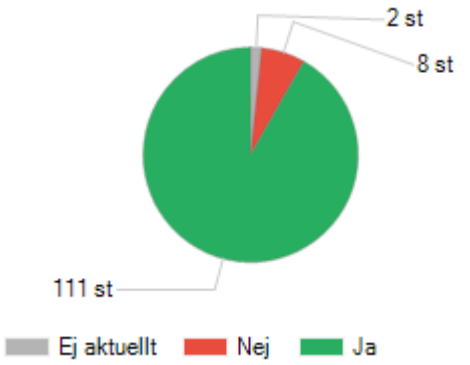
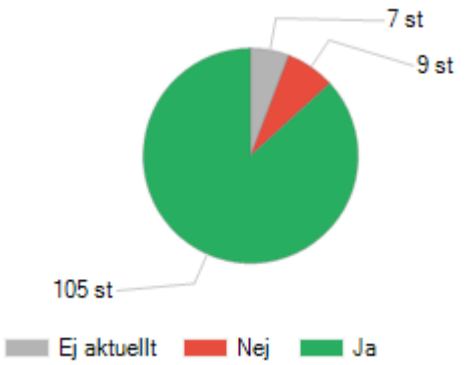
En enkät med elva frågor om systematiskt brandskyddsarbete har besvarats av enheter i intern regi samt av samtliga externa utförare inom ramen för LOU (se bilaga 1).

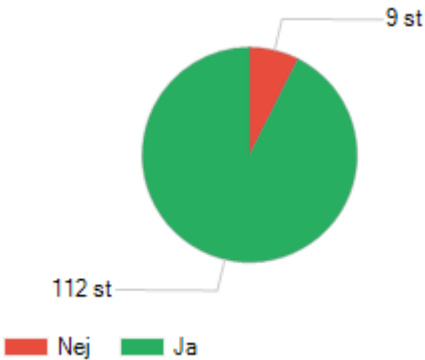
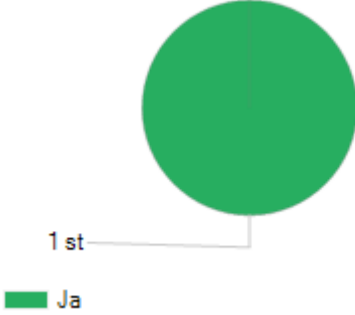
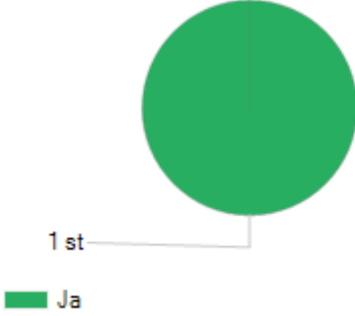
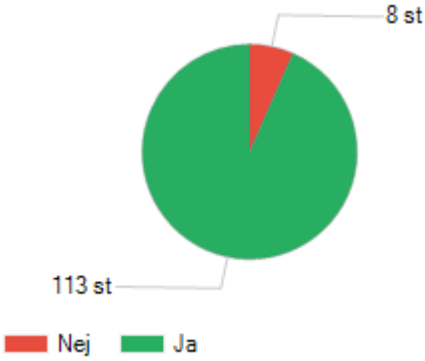
Sex system inom förvaltningen har omfattats av kontrollen avseende dokumenthantering och informationssäkerhet. Utifrån fjorton frågor har en självskattning av respektive system genomförts.

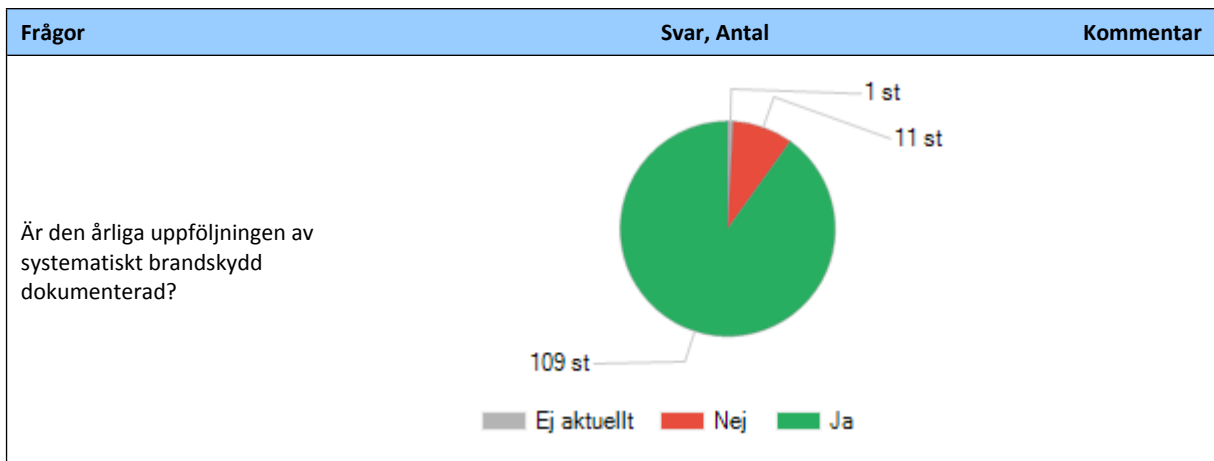
Systematiskt brandskydd

Alla verksamheter ska ha ett systematiskt brandskyddsarbete, vilket bör bedrivas förebyggande och som åtgärder i händelse av inträffad brand. Systematiskt brandskydd bör dokumenteras för att säkerställa underhåll och att skäliga brandskyddsåtgärder, både tekniska och organisatoriska utförs. Dokumentationen styrs av behovet i det enskilda fallet och det ser olika ut beroende av vilken typ av verksamhet som avses.

Frågor	Svar, Antal	Kommentar
Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan fastighetsägare och nyttjanderättshavaren/ hyresgäst?	<p>111 st 9 st 1 st</p> <p>Ej aktuellt Nej Ja</p>	
Är ansvarsfördelningen mellan fastighetsägare och nyttjanderättshavaren/ hyresgäst dokumenterad?	<p>108 st 12 st 1 st</p> <p>Ej aktuellt Nej Ja</p>	

Frågor	Svar, Antal	Kommentar
<p>Finns dokumentation av byggnadstekniskt brandskydd ?</p>	 <p>101 st</p> <p>11 st</p> <p>9 st</p> <p>■ Ej aktuellt ■ Nej ■ Ja</p>	
<p>Finns dokumentation av drift- och underhållsrutiner för brandskyddsmaterial?</p>	 <p>111 st</p> <p>8 st</p> <p>2 st</p> <p>■ Ej aktuellt ■ Nej ■ Ja</p>	
<p>Finns en tydlig beskrivning av arbetsuppgifter för enskilda befattningshavare i brandskyddsorganisationen?</p>	 <p>111 st</p> <p>8 st</p> <p>2 st</p> <p>■ Ej aktuellt ■ Nej ■ Ja</p>	
<p>Har det utförts någon grundläggande brandskyddsutbildning för anställda?</p>	 <p>105 st</p> <p>9 st</p> <p>7 st</p> <p>■ Ej aktuellt ■ Nej ■ Ja</p>	

Frågor	Svar, Antal	Kommentar
<p>Utförs det utbildning/information om brandskyddsrutiner vid nyanställningar?</p>	 <p>A pie chart with a large green section (Ja) and a small red section (Nej). The green section is labeled '112 st' and the red section is labeled '9 st'. A legend below shows a red square for 'Nej' and a green square for 'Ja'.</p>	
<p>Finns det personal som utför "heta arbeten"?</p>	 <p>A pie chart that is almost entirely green, representing 'Ja'. A small portion is missing, and the green section is labeled '1 st'. A legend below shows a green square for 'Ja'.</p>	<p>Aktuellt endast i en enhet</p>
<p>Är personal som utför "heta arbeten" certifierade?</p>	 <p>A pie chart that is almost entirely green, representing 'Ja'. A small portion is missing, and the green section is labeled '1 st'. A legend below shows a green square for 'Ja'.</p>	<p>Aktuellt endast i en enhet</p>
<p>Görs det någon årlig uppföljning av systematiskt brandskydd?</p>	 <p>A pie chart with a large green section (Ja) and a small red section (Nej). The green section is labeled '113 st' and the red section is labeled '8 st'. A legend below shows a red square for 'Nej' and a green square for 'Ja'.</p>	



Förvaltningens sammanfattande kommentar

Enhetschefer inom vård och omsorgsnämndens förvaltningsområde, interna och externa enheter, har besvarat frågor som rör det systematiska brandskyddet.

Bangatan 10: en del brister finns , åtgärdsplan upprättas.

Hemvård, rehabilitering och service (HRSS): en del brister finns, vilka kommer att aktualiseras/åtgärdas i samband med den årliga uppföljningen som kommer i november 2018.

Särskilt boende (SBÄ): gott resultat, några få avvikelser med angivna åtgärder

Stöd och aktivering: de brister som finns kommer att åtgärdas av berörda enhetschefer utifrån respektive enhets specifika behov.

Boende och Habilitering: i stort sett visas ett gott resultat. Vissa svårigheter finns avseende gränsdragningen av ansvaret för lägenheter som ligger utspridda i bostadsbeståndet.

Externa enheter: Resultatet är gott och visas i bilaga 1 till granskningsrapporten.

Sammantaget är resultatet varierande vad gäller den interna verksamheten. Flertalet av enheterna arbetar med det systematiska brandskyddet i enlighet med de föreskrifter och reglementen som finns. Områden att utveckla och förbättra finns exempelvis vad gäller ansvarsfördelning, årlig uppföljning, dokumentation, utbildning.

Verksamhetsområdet Särskilt boende, som har ett gott resultat, har vid tidigare år kontrollerat just arbetet med det systematiska brandskyddet inom sitt verksamhetsområde.

Resultatet är gott vad gäller externa enheter.

Åtgärder

I de verksamhetsområden där det framkommit brister ansvarar verksamhetschef för att det upprättas åtgärdsplaner på enhetsnivå. Åtgärderna ska säkerställa att det systematiska brandskyddsarbetet sker i enlighet med gällande myndighetskrav.




Självskattning av kontrollmiljö för dokumenthantering och informationssäkerhet

Inom vård- och omsorgsnämnden har följande sex system granskats:

- KeyWin: verktyg/mjukvara för att förenkla nyckelhantering
- LapsCare: verktyg inom hemvården för att planera besöken hos brukarna.
- Phoniro: digitalt låssystem för att öppna och låsa brukares dörrar inom hemvården. Låsen fungerar som en legitimation av hemvårdens personal.
- Traka32_VoO: förvaringsskåp för att säkrare kunna hantera nycklar ute på enheterna.
- UMO: Trygghetstelefoner inom hemvården.
- Procapita VOO: verksamhetsstöd för handläggning, avgiftshantering och vårddokumentation.

Kommunens gemensamma systemförvaltningsmodell består av gemensamma principer, arbetssätt, och processer som ger stöd i de aktiviteter som ska genomföras för att upprätthålla kvalitet, upprätthålla informationssäkerheten, hantera verksamhetskrav och vidareutveckla systemet. För varje system ska en systemförvaltningsplan tas fram, där ansvar, processer, aktivitetslistor och kostnader dokumenterats.

Informationssäkerheten styrs av en informationssäkerhetspolicy.

Frågor		Kommentar
Finns det en upprättad systemförvaltningsplan?		Två av totalt sex system har upprättad systemförvaltningsplan (ProCapita och Phoniro). För tre av de återstående systemen uppger systemförvaltarna för respektive system att arbetet har eller kommer att påbörjas under hösten 2018. Ett system saknar helt en systemförvaltningsplan (KeyWin).
Är systemförvaltningsplanen lätt att ta fram för berörd personal?		I de två system där systemförvaltningsplan finns, bedöms att den är lätt att ta fram för berörd personal. För övriga system blir frågan inte relevant.
Är systemförvaltningsplanen lätt att ta till sig för berörd personal?		I de två system där systemförvaltningsplan finns, bedöms att den är lätt att ta till sig för berörd personal. För övriga system blir frågan inte relevant.

Frågor	Kommentar
<p>Har informationen i systemet klassats enligt kommunens modell för klassning av information (KLASSA)?</p>	<p>I tre av totalt sex system har informationen klassats enligt kommunens modell (Procapita, LapsCare, KeyWin). För övriga tre system saknas en klassning av information.</p>
<p>Är en risk och sårbarhetsanalys genomförd?</p>	<p>Risk- och sårbarhetsanalys har genomförts för två av totalt sex system (Procapita, LapsCare). För övriga fyra system saknas risk- och sårbarhetsanalyser.</p>
<p>Finns informations- och arkivdokumentation enligt kommunens arkivreglemente upprättat?</p>	<p>I ett av systemen pågår arbete med informations- och arkivdokumentation (Procapita). Saknas i övriga.</p>
<p>Är informations- och arkivdokumentationen lätt att ta fram för berörd personal?</p>	<p>I ett av systemen där det pågår arbete med informations- och arkivdokumentation, bedöms att dokumentationen är lätt att ta fram för berörd personal. För övriga system har svaret NEJ lämnats.</p>
<p>Är informations- och arkivdokumentationen lätt att ta till sig för berörd personal?</p>	<p>I ett av systemen där det pågår arbete med informations- och arkivdokumentation, bedöms att dokumentationen är lätt att ta till sig för berörd personal. För övriga system har svaret NEJ lämnats.</p>
<p>Finns aktuella arkivbeskrivningar?</p>	<p>Arkivbeskrivningen är aktuell och omfattar samtliga system.</p>

Frågor	Kommentar
<p>Är arkivbeskrivningen lätt att ta fram för berörd personal ?</p>	<p> Arkivbeskrivningen omfattar samtliga system och finns tillgänglig via inloggad.</p>
<p>Är arkivbeskrivningen lätt att ta till sig för berörd personal?</p>	<p> Arkivbeskrivningen omfattar samtliga system och finns tillgänglig via inloggad.</p>
<p>Finns gallringsrutiner för relevanta områden (exempelvis information, användarkonton, loggar etc)?</p>	<p> I tre av totalt sex system finns gallringsrutiner (Procapita, LapsCare, KeyWin). För övriga tre system saknas gallringsrutiner.</p>
<p>Finns personuppgiftsbiträdesavtal med externa leverantörer som behandlar nämndens personuppgifter?</p>	<p> I ett system finns äldre personbiträdesavtal (UMO). I två system finns upprättat men ej undertecknat avtal. För tre system saknas avtal.</p>
<p>Finns det en upprättad registerförteckning för behandling av personuppgifter?</p>	<p> För samtliga sex system finns upprättad registerförteckning.</p>

Förvaltningens sammanfattande kommentar

Kontrollaktiviteten har visat sig vara relevant för de system som granskats/självskattats inom vård- och omsorgsförvaltningen. Det finns brister på flera kontrollpunkter. Omfattningen av bristerna varierar dels mellan systemen, dels i hur långt arbetet med dokumenthantering och informationssäkerhet framskridit. I och med GDPR-lagstiftningens ikraftträdande har arbetet med arkivbeskrivningar och personuppgiftsbiträdesavtal aktualiserats under året. Arkivbeskrivningarna fastställdes av nämnden i oktober 2018.

Av de sex system som har granskats inom vård- och omsorgsförvaltningen har arbetet med dokumenthantering och informationssäkerhet kommit längst avseende verksamhetssystemet Procapita.

Åtgärder

Kontrollmiljön för dokumenthantering och informationssäkerhet är ett utvecklingsområde för förvaltningen. Ett förvaltningsövergripande grepp kommer att tas för att säkerställa att de riktlinjer och rutiner som fastställts i kommunens gemensamma systemförvaltningsmodell följs.

En första åtgärd är att se över och tydliggöra roller och ansvar mellan systemägare och systemförvaltare. Vidare kommer förvaltningen att ta fram informations- och arkivdokumentation, gallringsrutiner i enlighet med kommunens systemförvaltningsmodell och reglementen.

Nämnds specifika

Nämnds specifika kontrollaktiviteter:

- Uppföljning av fakturor som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01 - 2018-05-31
- Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Kontrollaktivitet:

Uppföljning av fakturor på belopp som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01--2018-05-31 - fokus upphandling

Frågeställningar

Kontrollaktiviteten avser flera moment såsom att fakturan avser upphandlade varor/tjänster enligt avtal som en direkt upphandling eller på annat sätt.

Resultat

Hur fördelas sig upphandlingen/inköpen? Inköp enligt avtal, inköp efter en direktupphandling eller på annat sätt.

I kontrollaktiviteten har 104 fakturor granskats. Av granskade fakturor kom 28% (25 fakturor) från kommungemensamma ramavtal, 33% (34 fakturor) från direkt upphandling och 39% (45 fakturor) var upphandlat på annat sätt.

I resultatet som avser anskaffning på annat sätt finns fakturor (8 stycken) som avser bidrag för bostadsanpassning som inte omfattas av upphandlingsreglerna eftersom det är bidrag där vård- och omsorgsförvaltningen är ombud för mottagaren. Här finns också fakturor (10 stycken) som avser konferenser/planeringsdagar och utbildning för specifik inriktning för aktuell målgrupp.

När det gäller direktupphandling finns brister då kommunens riktlinjer inte följs fullt ut. Bland annat saknas dokumentation och registrering av handling i diariet (W3D3).

Sammanfattande bedömning



Åtgärder

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar i projektet "Effektiv inköpsorganisation". Mot bakgrund av resultatet finns ett informations- och utbildningsbehov som avser direktupphandling och aktiviteter i samband med en direktupphandling. Det behövs gemensamma verktyg i kommunen för att administrera och hantera direktupphandling. Vård- och omsorgsförvaltningen utgår från att frågan om direktupphandling är en del i det fortsatta arbetet med "Effektiv inköpsorganisation". Utbildning och uppföljning gällande direktupphandling kommer att genomföras under 2019.

Kontrollaktivitet:

Uppföljning av fakturor på belopp som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01--2018-05-31 - fokus redovisning

Frågeställningar

Hur är fakturan redovisad; som driftkostnad eller investering?

Resultat

Av 104 fakturor redovisades 85% (87 fakturor) i driftredovisningen och 15% (17 fakturor) som en investering.

Bedömningen är att granskade fakturor har redovisats rätt enligt gällande redovisningsprinciper.

Sammanfattande bedömning



Kontrollaktivitet:

Uppföljning av fakturor på belopp som överstiger 40 000 kronor exklusive moms för tiden 2017-01-01--2018-05-31 - fokus moms

Frågeställningar

Är momsen rätt redovisad?

Resultat


Samtliga 104 fakturor är redovisad med moms på rätt sätt.


Sammanfattande bedömning



Uppföljning av egenkontroller enligt SOSFS 2011:9

Förvaltningens arbete avseende riskanalys och egenkontroller formulerades under 2016 och har sedan dess utvecklats. Utifrån författningen *SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet* har förvaltningens ledningssystem utarbetats och egenkontroller fastställts. Egenkontrollerna fastställs i förvaltningens ledningsgrupp och genomförs löpande under året. Resultaten från egenkontrollerna rapporteras löpande i förvaltningens IT-ledningsstöd och ger verksamheterna förutsättningar för att arbeta systematiskt med förbättringsarbetet, då det är möjligt att snabbt fånga upp negativa trender och försämrade resultat. I den interna kontrollen har resultatet från egenkontrollerna sammanställts och analyserats på. Resultatet ger underlag för att beskriva fokusområden i kommande års verksamhetsplaner.

Egenkontroll	Utfall, Antal
<p data-bbox="237 1541 798 1630">Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av medicintekniska produkter, säkra hjälpmedel</p>	 <p data-bbox="909 1433 1396 1758">A pie chart with a red section representing 3 deviations and a green section representing 1 no deviation. Labels '1 st' and '3 st' point to the green and red sections respectively. A legend below the chart shows a red square for 'Avvikelser' and a green square for 'Inga avvikelser'.</p>
<p data-bbox="237 1798 633 1825">Kommentarer per verksamhetsområde</p> <p data-bbox="237 1834 713 1861"><i>Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:</i> Sammantaget är resultatet för besiktning av medicintekniska produkter är godkänd.</p> <p data-bbox="237 1921 488 1948"><i>Särskilt boende för äldre:</i> Verksamhetsområdet kommer att tillsätta två hjälpmedelsadministratörer bland annat för att säkerställa att förebyggande underhåll samt besiktning utförs enligt avtal. Funktionerna kommer även att inventera grundutrustning på enheterna.</p>	

Egenkontroll	Utfall, Antal						
<p><i>Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:</i> Utifrån inrapporterade resultat planeras inga övergripande åtgärder inom verksamhetsområdet. De två enheter som behöver göra åtgärder hanterar det på enhetsnivå, där enhetschef behöver planera in tätare egenkontroller för att tidigare uppmärksamma och återkoppla om besiktning och förebyggande underhåll inte utförs enligt avtal.</p> <p><i>Boende och habilitering för personer med funktionsnedsättning:</i> Kontrollen indikerar att det finns enstaka avvikelser på enstaka enheter utan allvarlighetsgrad gällande att servicekontrollerna är försenade. De enheter med avvikelser har lagt egen åtgärdsplan för att komma tillrätta med bristerna. Det går inte att utläsa någon övergripande problematik gällande hjälpmedel. Avvikelse finns i verksamheten men planerar inga övergripande åtgärder.</p>							
<p>Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Medicintekniska produkter, förskrivningsprocessen</p>	 <table border="1"> <caption>Data for Pie Chart: Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Medicintekniska produkter, förskrivningsprocessen</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avvikelse</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Inga avvikelser</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Antal	Avvikelse	1	Inga avvikelser	2
Kategori	Antal						
Avvikelse	1						
Inga avvikelser	2						
<p>Kommentarer per verksamhetsområde</p> <p><i>Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:</i> Av de inkomna underlagen för egenkontroll av förskrivningsprocess är 84% positiva svar och medeltalet blir en fyra. Av de inkomna underlagen är 78 % positiva svar, enligt resultatet blir medeltalet en stark trea.</p> <p><i>Särskilt boende för äldre:</i> Säkerställa att ansvar och roller vid personalomsättning fungerar så att beslutstöd för rehabpersonal används för att tydliggöra patientens delaktighet samt att förskrivaren följer förskrivningsprocessen. Genomgång av beslutstöd och förskrivningsprocessen. Detta har inte varit tydligt för all rehabpersonal. Såväl befintlig som nyanställd personal ska få genomgång av detta av kvalitetsutvecklare HSL.</p> <p><i>Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:</i> Utifrån det inrapporterade resultatet följs förskrivningsprocessen vid förskrivning av rullstolar. Behovsbedömningen sker i hög grad utifrån beslutstöd för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Inga övergripande åtgärder planeras inom verksamhetsområdet.</p>							

Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av dokumentation vid handläggning av ärenden SoL LSS



Kommentarer per verksamhetsområde

Myndighetsfunktion:

Resultatet av egenkontrollen avseende hela processen för handläggning och dokumentation visar på att hela processen som helhet fungerar väl, men att det finns delar som behöver förbättras. Det finns tydliga behovsbeskrivningar om individuella mål i majoriteten, dock behöver målen i flera fall blir tydligare.

Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av dokumentation av genomförda insatser SoL LSS



Kommentarer per verksamhetsområde

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Samtliga kontroller under året är inte genomförda på alla enheter. En åtgärd inför nästa år är att ta upp kontrollerna regelbundet på ledningsgruppen och följa upp resultatet. Det arbetas systematiskt med social dokumentation ute på samtliga enheter, finns dock fortfarande brister hos våra medarbetare. Genom fortsatt stöd och utbildningsinsatser på enheterna fortsätter arbetet med social dokumentation.

Särskilt boende för äldre:

Vi ser att samtliga kontroller inte är utförda under året på alla enheter. Här finns olika orsaker och skäl. En åtgärd är att vi regelbundet har genomgång inför kontroller samt uppföljning av resultat på ledningsgrupperna. Detta skapar en god systematik. Kommentarer från de olika enheterna kan sammanfattas i att det fortfarande finns frågetecken av vad som är en händelse av vikt. En del skriver fortfarande HSL i den sociala journalen och använder journalen som en information medarbetare emellan. Medarbetarna på enheterna har fått utbildning i dokumentation. Vissa enheter kom dock igång sent med utbildningarna. Trots utbildning i dokumentation finns brister hos en del medarbetare, något som verksamhetsområdet arbetar vidare med.

Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:

Utifrån det inrapporterade resultatet planeras inga övergripande åtgärder inom verksamhetsområdet. Enheterna fortsätter sitt arbete kring dokumentation utifrån enhetsspecifika behov.

Boende och habilitering för personer med funktionsnedsättning:

Under våren har ca hälften av Boende LSS:s enheter (totalt 41 enheter) genomgått verksamhetsuppföljning. Halvtidsresultatet av detta stärker enhetschefernas uppfattning att enheterna på Boende LSS är bra på att skriva sakligt och att det framgår varifrån eventuella uppgifter kommer från i dokumentationen. Men dokumentationen saknar delar som bör finnas med i en social journal, ex att beställningen inkommit, när genomförandepånen upprättad osv. Det finns även behov av att förtydliga genomförandepånen hur medarbetarna ska stödja brukaren för att uppnå målen och utveckla den sociala journalen kring bedömningar, beslut om åtgärder, uppföljningar och resultatet av vidtagna åtgärder.

Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister, Senior alert, riskbedömning och uppföljning



Kommentarer per verksamhetsområde

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Fortsätta arbetet med att registrera och strukturerat följa upp åtgärder i teamen

Särskilt boende för äldre:

Fortsätta arbetet med att registrera och strukturerat följa upp åtgärder i teamen. Under 2018 påbörjades ett strukturerat arbetssätt i teamen. Detta har ännu inte fått full effekt ute på alla enheter. En åtgärd är regelbunden återkoppling av kvalitetsutvecklare HSL på nätverk för legitimerad personal samt på ledningsgrupp för enhetschefer.

Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Svenska palliativregistret - indikatorn "Utförd smärtskattning"



Kommentarer per verksamhetsområde

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Verksamheten behöver förbättra sina resultat inom främst tre områden – "Utförd validerad smärtskattning", eftersamtal erbjudet samt "munhälsa bedömd". Bra resultat gällande mänsklig närvaro i dödsögonblicket, avliden utan trycksår samt god läkemedelsbehandling.

Särskilt boende för äldre:

Resultatet för kvalitetsåret för 2017/2018 har förbättrats sedan föregående kvalitetsår. Målet är satt till 50 procent men detta är endast uppnått vid en mätning, kvartal 4 2017 då det låg på 65 procent. Det visar att sjuksköterskor inom särskilt boende fortfarande har behov av att öka användningen av validerade smärtskattingsinstrument.

Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:

Från verksamhetsområdet har det inte rapporterats några väntade dödsfall i Palliativregistret. Därför har man inte kunnat följa utfallsvärdet av indikatorn "Utförd smärtskattning" under den aktuella perioden.

Boende och habilitering för personer med funktionsnedsättning:

Inga förväntade dödsfall har förekommit därför har kunnat följa något utfallsvärde

Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret avs BPSD-registret, bemötandeplan

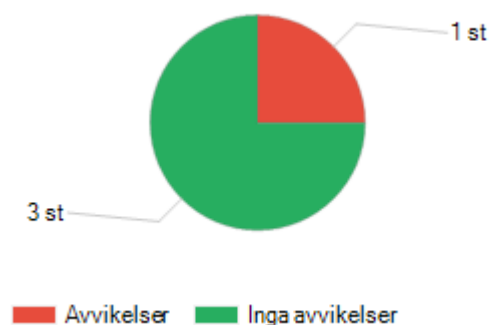


Kommentarer per verksamhetsområde

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Verksamhetens sammantagna BPSD-NPI poäng är 17.6 och riket är 19.7.

Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret avs Journalföring i hälso- och sjukvården, dokumentation i patientjournalen



Kommentarer per verksamhetsområde

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Bedömningar som underlag till ordinationer finns i de flesta journaler, alltid när det gäller rehabpersonalens dokumentation. Forskrivna hjälpmedel är alltid dokumenterade så att de är spårbara.

Särskilt boende för äldre:

En av bristerna är att det saknas bedömning som underlag till flera ordinationer. Detta kommer att lyftas vid olika forum som APT och nätverksträffar.

Resultatet kan också härledas till att nuvarande granskningsmall inte är uppdaterad utifrån hur journalföringen ser ut idag. Detta har inneburit att resultaten delvis blir missvisande. Granskningsmallen kommer att revideras inom kvartal 4 2018.

Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:

Utifrån inrapporterat resultat planeras inga övergripande åtgärder inom verksamhetsområdet. Enheten fortsätter sitt arbete med dokumentation utifrån sina specifika behov.

Boende och habilitering för personer med funktionsnedsättning:

Utfallsvärdet är bra. Någon särskild handlingsplan utöver redan planerade insatser görs inte

Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret avseende genomförda kontroller av journalloggar.



Kommentarer per verksamhetsområde

Myndighetsfunktion:

Loggkontroller är genomförda enligt rutin och diarieförda. Vid samtliga tillfällen har kontrollen varit utan anmärkning.

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Av 22 enheter inom HRSS har 16 rapporterade enheter inga avvikelser gällande kontroll av journalloggar. 6 enheter har ej rapporterat in i stratsys. Verksamheten kommer att arbeta strukturerat med kontrollen och följa upp det på ledningsgruppen.

Särskilt boende för äldre:

Av 17 enheter har 13 enheter följföljt kontrollerna enligt rutin. En enhet har genomfört årets kontroller. Dessa är inte spårbara diariet. Vet inte vart de har tagit vägen då de inte inkommit. Tre enheter har inte utfört årets sex kontroller. Två av dem har utfört tre och en fyra kontroller.

I och med att verksamhetsområdet kommer att arbeta strukturerat med intern kontroll på ledningsgrupp kommer resultatet att förbättras.

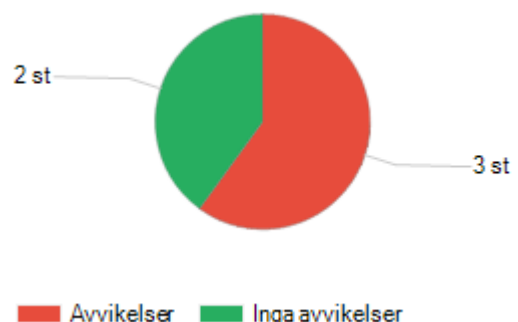
Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:

Loggkontroller har gjorts under året och inga avvikelser är rapporterade. Inga åtgärder planeras inom verksamhetsområdet.

Boende och habilitering för personer med funktionsnedsättning:

2018-04-01 genomfördes en omorganisation - från att ha varit 14 område till att bli 15 område. Detta innebär svårighet att räkna antalet gjorda loggkontroller per område då enheterna till viss del kom att byta område. Det finns genom egenkontrollerna en god uppfattning att egenkontrollerna för loggkontroller är genomförda. Överslagsräkningen på det antal som är registrerade och antalet som borde finnas kan ha en felmarginal. Detta beroende på att det i registreringen är svårt att följa upp de registrerade loggkontrollerna / område.

Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Avvikelser



Kommentarer per verksamhetsområde

Myndighetsfunktion:

Avvikelser används som underlag i det systematiska förbättringsarbetet. Finns med som stående punkt på ledningsmötet. Vi vill förbättra vårt arbete inom detta område, och håller på att utveckla vår modell för sammanställning och analys.

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer:

Av 22 st egenkontroller för enheten HRSS, är 18 stycken utförda. 8 enheter har resultatet bra, 5 enheter utmärkt och 3 mindre bra, 4 enheter ej acceptabelt då det inte är infört i stratsys. Enheterna fortsätter att arbeta med att rapportera och följa upp avvikelser utifrån enhetens behov. Verksamheten behöver arbeta strukturerat med att följa upp avvikelser under året och det kommer att tas upp på ledningsgruppen som ett förbättringsområde.

Särskilt boende för äldre:

Av 17 rapporterade enheter använder 16 enheter avvikelser som underlag för det systematiska förbättringsarbetet. På en enhet har avvikelser inte legat till grund för systematiskt förbättringsarbete. Avvikelse har hanterats fel eller inte alls. På den avvikande enheten pågår utvecklingsarbete. Överlag ser enheterna att man kan förbättra och utveckla verksamheten genom att arbeta mer med återkoppling och uppföljning.

Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning:

Utifrån det inrapporterade resultatet planeras inga övergripande åtgärder inom verksamhetsområdet. Enheterna fortsätter arbetet kring att rapportera och hantera avvikelser utifrån enhetsspecifika behov.

Boende och habilitering för personer med funktionsnedsättning:

Egenkontrollen omfattar 41 enheter, varierande resultat har framkommit. I dokumentationen gällande registrerade avvikelser kan ett överslag göras. Det finns under kvalitetsåret 708 avvikelser registrerade vilket kan sättas i proportion innebörden av ca 2,4 avvikelser per brukare och år. 323 stycken av avvikelserna är avslutade. Detta innebär en avslutnings frekvens på ca 46%.

Förvaltningens sammanfattande kommentar

Medicintekniska produkter: Egenkontrollen har inte besvarats av samtliga enheter. Utfallet för egenkontrollen av medicinteknisk säkerhet visar att det finns brister både i den egna verksamheten och hos Sodexo (som utför besiktningar och förebyggande underhåll). Ett stickprov på uppgifter för 37 individuellt förskrivna lyftar visar till exempel att knappt hälften av lyftarna blivit besiktigade. Nio lyftar är dock registrerade på avlidna brukare och de uppgifterna borde ha uppdaterats av förskrivare. Utvecklingen går dock i positiv riktning och totalt sett har resultatet förbättrats jämfört med föregående år.

Det finns förbättringsområden främst inom SBÅ när det gäller behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel.

Dokumentation vid handläggning av ärenden Sol LSS: Resultatet av egenkontrollen avseende hela processen för handläggning och dokumentation visar på att processen som helhet fungerar väl, men att det finns enstaka delar som behöver förbättras. Det finns tydliga behovsbeskrivningar om individuella mål i majoriteten, dock behöver målen i flera fall bli tydligare.

Dokumentation av genomförda insatser Sol LSS: HRSS rapporterar att av 18 enheter har 9 inte rapporterat egenkontrollen, medan övriga 9 rapporterar resultat utmärkt-bra-mindre bra. Övriga tre verksamhetsområden rapporterar om avvikelser, som även kommit i dagen vid genomförda verksamhetsuppföljningar. En arbetsgrupp bestående av medarbetare från myndighetsfunktionen samt kvalitetsutvecklarna i respektive verksamhetsområde arbetar för att formulera stöd för utförare i att dokumentera enligt fastställda rutiner.

Måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister: Egenkontrollen besvaras av verksamhetsområdena HRSS och SBÅ och avser hur enheterna arbetar förebyggande och i enlighet med Senior alert. Det finns fortfarande delar i arbetsmetodikerna som behöver förbättras inom båda verksamhetsområdena relaterat till de mål som ledningsgrupp VOO har formulerat.

Utförd smärtskattning: Ledningsgruppen fastställde under våren 2018 resultatmålet att utfallsvärdet för indikatorn *Utförd smärtskattning* i Svenska palliativregistret skulle vara minst 50 procent hösten 2019. Verksamheternas resultat redovisas en gång i kvartalet. Under 2018 uppnådde förvaltningen resultatmålet vid en kvartalsredovisning.

BPSD-registret bemötandeplan: Egenkontrollen besvaras av verksamhetsområdena HRSS och SBÄ som båda uppvisar ett gott resultat relaterat till det mål som ledningsgrupp VOO har formulerat.

Journalföring i hälso- och sjukvården, dokumentation i patientjournalen:

Förvaltningen ansvarar för att regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i journal enligt gällande författning. Verksamheterna utför journalgranskning kvartalsvis med hjälp av en checklista. En verksamhet redovisar brister i kopplingen bedömningar-ordinationer, men överlag är förvaltningens resultat bra.

Genomförda kontroller av journalloggar: Förvaltningen ansvarar för att göra systematiska och återkommande stickprovskontroller av journalloggar för att granska om medarbetare obehörigen läser journaluppgifter. Enligt rutin ska enhetschefer med personalansvar granska journalloggar varannan månad. Resultatet av antalet genomförda granskningar ska redovisas årligen i egenkontroll. Tre av fem verksamheter uppger att rutinen för kontroll av journalloggar inte alltid följs.

Avvikelse

Avvikelse varierar mellan de olika egenkontrollerna och de olika verksamheterna. Resultatet visar att riskbedömning och urval av egenkontrollaktiviteter omfattat relevanta områden.

Åtgärder

Det finns behov av åtgärder inom samtliga verksamhetsområden i olika omfattning. Enheterna genomför egenkontrollerna löpande (halvårs- och årsvis) under året. Åtgärdsplaner kommer att upprättas på enhets- och verksamhetsnivå och kommer även att diskuteras vid ledningsmöten.

Uppföljning av förbättringsåtgärder från tidigare år

Intern kontroll 2017 är genomförd och avslutad. Granskningen visade att det fanns avvikelser i 10 av totalt 14 kontrollaktiviteter och åtgärder planerades. Vid den slutliga uppföljningen hade beslutade åtgärdsplaner fullföljts och resultatet av granskningen bedömdes vara tillfredställande. Arbetet är en del i förvaltningens systematiska förbättringsarbete. Slutrapporten anmäldes vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2018-05-08 (dnr VOO 2017/0510).

Utvärdering av nämndens sammanvägda interna kontrollarbete

Kontrollmiljö

Inom vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde finns omfattande krav på kvalitet och uppföljning. Styr- och kontrollmiljön inom vård- och omsorgsförvaltningen präglas av tydlig ansvarsfördelning mellan de olika enheterna och välfungerande rutiner. Den interna kontrollen är en del i nämndens årshjul och det finns ett kommungemensamt nätverk till stöd i arbetet. Kommunens IT-ledningsstöd (Stratsys) ger stöd för struktur och rapportering.

Inom förvaltningen leds och samordnas arbetet med intern kontroll inom kvalitetsenheten.

Det finns en god systematik i uppföljningsarbetet, kontrollaktiviteterna är väl genomförda och det finns en mogenhet i organisationen beträffande det interna kontrollarbetet.

Information/Kommunikation

Information och kommunikation sker inom organisationen genom ledningsgrupp och till nämnd samt genom information på intranätet - Inloggad. Det finns ingen specifikt upprättad kommunikationsplan för intern kontroll vilket är ett utvecklingsområde.

Under året informeras vård- och omsorgsnämnden löpande om verksamhets-, kvalitets- och ekonomiuppföljningar som kontinuerligt och systematiskt genomförs. Information om den interna kontrollen publiceras på Lund.se.

Kontrollaktiviteter

Förutom de kontrollaktiviteterna som beslutats i *Handlingsplan för intern kontroll 2018* genomförs omfattande kontroller på ett flertal olika sätt och med stor bredd utifrån gällande lagar och föreskrifter. Verksamhetsinriktade uppföljningar med fokus på säkerhet och kvalitet genomförs kontinuerligt inom de olika verksamhetsområdena. Uppföljningarna syftar också till att skapa en god redovisning, god personal/lönehantering, att trygga kommunens tillgångar samt att förhindra förluster till följd av okunskap eller oegentligheter.

För att få en helhetsbild av förvaltningens interna kontroll beskrevs i *Handlingsplan för intern kontroll 2018* en övergripande bild av löpande kontroller och aktiviteter med karaktär av intern kontroll. Kontrollaktiviteterna och revisionsfrågorna besvaras i *Granskningsrapport intern kontroll* eller i andra särskilda rapporter under året.

Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljning har under hösten 2017 samt under 2018 genomförts enligt en modell som omfattar enkät till chef, verksamhetsbesök med intervju av medarbetare, dokumentationsgranskning och återkopplingsmöte. Uppföljningen kommer i december att ha genomförts i samtliga 118 enheter i intern och extern regi.

Det ena området för verksamhetsuppföljningen är kvalitetsarbete med fokus på systematiskt förbättringsarbete, processer och rutiner, samverkan, värdegrund, lex Sarah, läkemedel, nutrition, skydds- och begränsningsåtgärder, basal hygien, munhälsa, fallprevention och smärta. Det andra området är dokumentationsgranskning i både verksamhetssystem och fysiska akter.

Rapportering av resultat sker både skriftligt och muntligt till berörd enhetschef och verksamhetschef. Vid negativa resultat har verksamhetschef ansvar för att tillsammans med enhetschef upprätta åtgärdsplan och besluta om uppföljning av denna.

Verksamhetsuppföljningen är en del i förvaltningens systematiska förbättringsarbete och belyser både generella och lokala förbättringsområden. Resultatet från verksamhetsuppföljningen och planerade förbättringsområden redovisas av verksamhetschef vidare till ledningsgrupp och nämnd.

Förvaltningens sammantagna resultat analyseras och rapporteras i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som lämnas till nämnden i mars 2019.

Individuell uppföljning av SoL/LSS beslut

Myndighetsfunktionen planerar och genomför årligen individuell uppföljning av samtliga SoL och LSS beslut.

Kvalitetsuppföljning på individnivå

Vid den individuella uppföljningen erbjuds brukaren att besvara ett antal frågor beträffande den upplevda kvaliteten i utförandet av beviljade insatser. Resultatet redovisas löpande på enhets-/verksamhetsnivå till ledningsgrupp och nämnd. Förvaltningens sammantagna resultat analyseras och rapporteras i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som lämnas till nämnden i mars 2019.

Uppföljning av genomförandeplan

I samband med uppföljningen granskar handläggaren aktuell genomförandeplan med fokus på brukarens delaktighet och inflytande, genomförandeplanens innehåll och målsättning. Resultatet redovisas löpande på enhets-/verksamhetsnivå till ledningsgrupp och nämnd. Förvaltningens sammantagna resultat analyseras och rapporteras i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som lämnas till nämnden i mars 2019.

Ekonomisk uppföljning

Den ekonomiska uppföljningen redovisas till nämnd och består av månadsrapporter, delårsrapporter samt bokslutsrapport. Uppföljningen har skett på enhets-/verksamhets- och nämndsnivå med kommentarer om utfall och prognos.

Uppföljningen har följt kommunens fastställda plan för ekonomisk uppföljning.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljöarbetet har genomförts i enlighet med arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2001:1 och i enlighet med kommunens gemensamma styrdokument.

Risakanalys/Riskbedömning

Riskbedömningar genomfördes i arbetet med framtagandet av *Handlingsplan för intern kontroll 2018 och* redovisades i handlingsplanen. Inför fastställande av handlingsplan för intern kontroll 2019 kommer förvaltningens ledningsgrupp att genomföra förnyad riskanalys.

Riskbedömningen består av inventering av risker utifrån förvaltningens processer och delprocesser med urval och avgränsningar.