

SLUTRAPPORT INTERN KONTROLL 2019

Vård- och omsorgsnämnden
VOO 2019/0012

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Granskning 2019	4
Kommungemensamma kontrollaktiviteter	4
Nämndspecifika kontrollaktiviteter	5

Sammanfattning

Handlingsplanen för intern kontroll 2019 fastställdes av vård- och omsorgsnämnden vid sammanträdet 2018-12-12. Planen omfattade tre kommungemensamma kontrollaktiviteter; riskanalys kring bedrägligt /oegentligt beteende, granskning av nämnder och styrelsers följsamhet mot rutiner kring direktupphandling samt kontroll av attestlistor.

De tre nämndspecifika kontrollaktiviteterna var inriktade på vård- och omsorgsområdet och avsåg kontroll av att hälso- och sjukvårdspersonal innehar giltig yrkeslegitimation, att kommunens riktlinjer för medarbetares bisysslor följs samt att rutin följs ifråga om avslutande av HSL-journal.

Egenkontroller har genomförts inom områdena medicintekniska produkter, dokumentation vid handläggning av ärenden enligt SoL och LSS, måluppfyllelse i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret, dokumentation i patientjournaler samt kontroll av journalloggar.

Granskningsrapporten, som godkändes vid nämndens sammanträde 2019-12-18, § 130, visade avvikelser i tre av sex interna kontrollaktiviteter samt inom sex av sju egenkontrollsområden. Inom de områden där avvikelser förekom har verksamheterna planerat för eller vidtagit åtgärder för att rätta till brister och förebygga fel framöver.

I enlighet med förvaltningens rutin upprättas denna slutrapport efter uppföljning av upprättade åtgärdsplaner. Slutrapporten innehåller dels resultatet av granskningen 2019 för de områden där avvikelser förekom, dels kommentarer om arbetet med åtgärderna.

Den slutliga uppföljning som genomförts visar att åtgärder avseende intern kontroll 2019 är genomförda eller är planerade att genomföras under 2020. Bedömningen är att resultatet av den genomförda granskningen är tillfredsställande och att beslutade åtgärdsplaner har följts. Med denna slutrapport avslutas därmed arbetet med intern kontroll 2019.

Granskning 2019

Förvaltningen har genomfört kontrollaktiviteter i enlighet med handlingsplan för intern kontroll 2019.

Kommungemensamma kontrollaktiviteter

Granskning av nämnder och styrelsers följsamhet mot rutiner kring direktupphandling

Frågor	DU 1	DU 2	DU 3	DU 4	DU 5	Kommentar
Kontroll av ekonomi och delegation	●	●	●	●	●	Kommentar
Stämna av behov	●	●	●	●	●	
Begära offert	●	■	●	●	●	
Pröva offert	●	■	●	●	●	
Fatta beslut	●	■	●	●	●	
Skriva avtal	●	■	●	●	●	
Informera om beslut	●	■	●	●	■	
Dokumentera upphandling	■	■	■	●	■	
Arkivera och diarieföra	●	■	●	●	●	

Vid granskningen kontrollerades fem direktupphandlingar (DU); Inhyrd personal i ekonomigruppen, Dfind Finance & Executive AB (DU1), Inköp av luftkonditionering, ELON Flemmings Hushåll AB (DU2), Handledningsuppdrag, Mirakelboxen AB (DU3), Inköp av interaktiv projektor Tovertafel, Goesart AB (DU4) och Teknisk projektledare i Blended Care-projektet, RISE (Research Institutes of Sweden AB) (DU5).

Genomförda eller planerade åtgärder kopplade till kontrollaktiviteten

Under 2019 har information lämnats i verksamheternas ledningsgrupper om de nio stegen som avser direktupphandling. Informationen har lämnats av representanter från kommunkontorets upphandlingsenhet vid dessa tillfällen.

Information om förutsättningar för direktupphandling och de nio stegen inklusive den sammanfattning som ska göras efter en direktupphandling kommer att ges till samtliga chefer, handläggare och medarbetare som på något sätt är delaktiga i någon del av direkt upphandling.

Kontroll av attestlistor

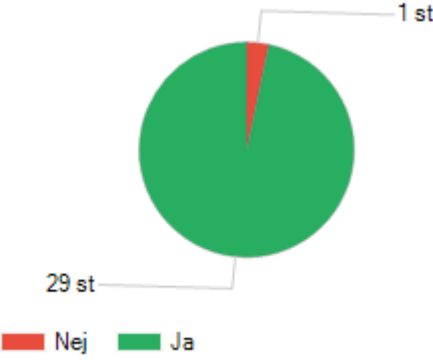
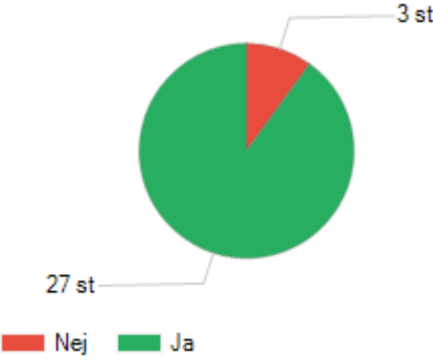
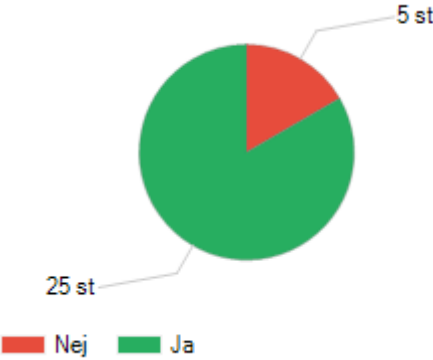
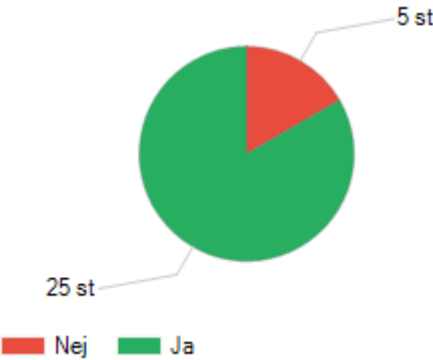
I granskningen ingick två moment: självskattning och ett beskrivande moment. I momentet som jämförde förvaltningens attestregister med rapport från ekonomisystemet Raindance fanns avvikelser.

Genomförda eller planerade åtgärder kopplade till kontrollaktiviteten

Kontakter och avstämning med kommunkontorets ekonomiavdelning är genomförd. Förändringar i förvaltningens attestförteckning följs löpande upp i Raindance register över beslutsattestanter.

Nämndspecifika kontrollaktiviteter

Säkerställa att kommunens riktlinje för medarbetares bisysslor följs

Fråga	Svar, Antal	Kommentar
Har du som chef fått information om hur bisysslor ska hanteras?	 <p>29 st 1 st</p> <p>Nej Ja</p>	
Tas frågan om bisyssla upp på introduktionen för nyanställda?	 <p>27 st 3 st</p> <p>Nej Ja</p>	
Tas frågan om bisyssla upp på medarbetarsamtalet?	 <p>25 st 5 st</p> <p>Nej Ja</p>	
Diariet för alla godkända bisysslor?	 <p>25 st 5 st</p> <p>Nej Ja</p>	

Genomförda eller planerade åtgärder kopplade till kontrollaktiviteten




Under 2019 fastställdes en ny kommungemensam riktlinje för bisysslor, på Vård- och omsorgsförvaltningen togs en rutin fram som förtydligar hanteringen av bisysslor. Samtliga chefer på förvaltningen har informerats om den nya riktlinjen och rutinen. I kommunen har även mallen för medarbetarsamtal uppdaterats så att frågeställningen om medarbetares bisysslor ingår. Genom användningen av den kommungemensamma mallen kommer frågan tas upp i samband med det årliga medarbetarsamtalet.


Två av verksamhetsområdena har även haft uppe och gått igenom rutinen vid ett ledningsgruppsmöte för att säkerställa att den är känd och efterlevs i verksamheten.

I samband med granskningen framfördes behov av förtydligande av riktlinjen kring vad som ska förhandlas med de fackliga organisationerna. Vård- och omsorgsförvaltningen har tagit fram en ny rutin för bisysslor där det framgår att alla bisysslor som nekas av enhetschef ska förhandlas med HR-chef enligt delegationsordning.

Uppföljning av egenkontroller enligt SOSFS 2011:9

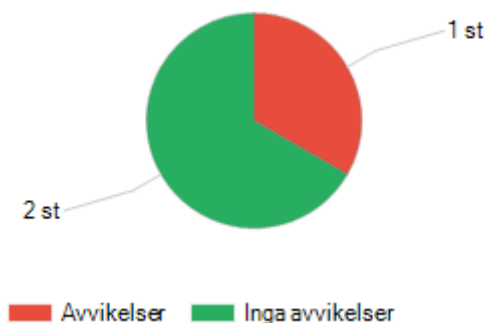
Egenkontroll	Utfall, Antal	Resultat, Antal
<p>Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av medicintekniska produkter, säkra hjälpmedel</p>	 <p>1 st</p> <p>3 st</p> <p>Avvikelser Inga avvikelser</p>	
Kommentarer per verksamhetsområde		
<u>Hemvård, rehabilitering och service för seniorer</u> <p>Det sammanlagda resultatet för HRSS ligger mycket bra. Några av de enheter som rapporterat ett sämre resultat noterar att de varit i kontakt med Sodexo men att det ändå inte kommit till stånd en besiktning/förebyggande underhåll.</p>		
<u>Särskilt boende för äldre</u> <p>Förebyggande underhåll av sängar och rullstolar brister på fyra enheter. Resultatet påvisar att det brister i vilka sängar/rullstolar som finns registrerade på enheterna och vilket antal sängar/rullstolar som finns på enheten. Det råder stora variationer i antal sängar/rullstolar som fått förebyggande underhåll på berörda enheter. Det är icke acceptabelt på tre enheter och som åtgärd har man lagt arbetsorder till Sodexo. Detta är en brist som kommer att säkerställas efterhand som hjälpmedelsassistenterna kommer i fas med sitt uppdrag. Resultatet av hjälpmedelsassistenternas uppdrag återspeglas tydligt i resultatet mellan åren 2017/2018 och 2018/2019. Besiktning av lyftar har ett betydligt bättre resultat för verksamhetsområdet. Två enheter har ett mindre bra resultat där endast 60-74% är besiktigade.</p>		
<u>Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning</u> <p>Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdssängar har hanterats utan anmärkning under året.</p>		
<u>Boende LSS</u> <p>Verksamhetsområdet har 13 enheter med lyftar. 2 enheter har inte svarat. 1 enhet har angivet att det inte är aktuellt. Verksamhetsområdet har 6 enheter med vårdssängar och rullstolar. Kontrollen indikerar att det finns 1 enstaka avvikelse utan allvarlighetsgrad gällande att servicekontrollen inte är utförd. Det går även att analysera uteblivet svar som avvikelse. Det går inte att utläsa någon övergripande problematik gällande hjälpmedel. Avvikelse - singular, finns i verksamheten men planerar inga övergripande åtgärder utifrån denna.</p>		

Egenkontroll	Utfall, Antal	Resultat, Antal
<p>Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Medicintekniska produkter, förskrivningsprocessen</p>	 <p>1 st</p> <p>1 st</p> <p>■ Avvikelser ■ Inga avvikelser</p>	
<p>Kommentarer per verksamhetsområde</p> <p><u>Hemvård, rehabilitering och service för seniorer</u> Resultatet inom verksamhetsområdet hemvård, rehabilitering och service för seniorer visar ett bra resultat. Av de inkomna underlagen för egenkontroll av förskrivningsprocess är andelen 90% positiva svar. Beslutsstöd används i hög grad vid förskrivning av rullstol.</p> <p><u>Särskilt boende för äldre</u> Förskrivningsprocessen och behovsbedömningen gällande rullstolar följs till 50-69% vilket inte är acceptabelt. Resultatet borde vara 100%. Åtgärder framtagna.</p>		
<p>Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av dokumentation vid handläggning av ärenden SoL LSS</p>	 <p>1 st</p> <p>■ Inga avvikelser</p>	
<p>Kommentarer per verksamhetsområde</p> <p><u>Myndighetsfunktion</u> Resultatet av egenkontrollen avseende hela processen för handläggning och dokumentation visar på att hela processen som helhet fungerar väl. Resultatet visar samtidigt att det finns delar som behöver utvecklas så som t.ex. att det i större utsträckning ska framgå den enskildes uppfattning och egna resurser.</p>		
<p>Intern kontroll av verksamhetsrådets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister, Senior alert, riskbedömning och uppföljning</p>	 <p>2 st</p> <p>■ Avvikelser</p>	

Egenkontroll	Utfall, Antal	Resultat, Antal						
<p>Kommentarer per verksamhetsområde</p> <p><u>Hemvård, rehabilitering och service för seniorer</u></p> <p>I Senior alert planeras det åtgärder vid konstaterad risk däremot ligger resultatet för utförda åtgärder lägre men har ökat jämfört med tidigare. Balansträning och styrketräning ligger på en delad 15.e plats och når inte upp till målet att dessa ska finnas bland de fem vanligaste åtgärderna. Grupper för balansträning har startats upp på träffpunkterna. De enheter som vill ha stöd med arbetet i Senior alert ska få detta under kommande år.</p> <p><u>Särskilt boende för äldre</u></p> <p>Åtgärder vid konstaterad risk samt utförande av åtgärder ligger på en bra nivå.</p> <p>Det finns dock stora brister när det gäller såväl balansträning som styrketräning i syfte att förebygga fall där det enligt kvalitetsregistret Senior alert prioriteras för lite. I kvalitetsregistret finns fem underrubriker till förebyggande åtgärder vid fall. Åtgärderna är snarlika vilket ger utrymme för tolkningsmöjlighet. Resultatet av frågeställningen kan eventuellt ha påverkats av detta och därmed vara missvisande. En första åtgärd är en genomgång med rehabpersonal för att säkerställa att vi tolkar lika.</p>								
<p>Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller under kvalitetsåret av Svenska palliativregistret - indikatorn "Utförd smärtskattning"</p>  <table border="1"> <caption>Data from pie chart: Intern kontroll av verksamhetsområdets genomförda egenkontroller</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inga avvikelser</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Avvikelse</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>			Kategori	Antal	Inga avvikelser	3	Avvikelse	1
Kategori	Antal							
Inga avvikelser	3							
Avvikelse	1							
<p>Kommentarer per verksamhetsområde</p> <p><u>Hemvård, rehabilitering och service för seniorer</u></p> <p>Resultatet för smärtskattning i Svenska Palliativregistret är inte uppnått utan resultatet för verksamhetsområdet ligger under målet på 50 %. Under året har det vidtagits åtgärder i syfte att förbättra resultatet, på nätverksträffar har sjuksköterskorna fått diskutera vad som ska göras för att resultatet ska bli bättre och förslagen finns i åtgärdsplanen i Stratsys. Inom HRSS har det också startats upp ett palliativ nätverk som arbetar för att förbättra den palliativa vården och bland annat smärtskattningen.</p> <p><u>Särskilt boende för äldre</u></p> <p>Föregående kvalitetsår var resultatet inte tillfredsställande då målet var satt till 50%. Detta uppnåddes endast vid en mätning. En föreläsning gällande smärtskattning anordnades eftersom man såg ett behov av att sjuksköterskor inom särskilt boende behövde öka användningen av validerade smärtskattningsinstrument.</p> <p>Aktuellt kvalitetsår visar att resultatet nu ligger mellan 55,6 - 58.3%.</p> <p><u>Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning</u></p> <p>Halvår 1 var det ingen patient från verksamhetsområdet registrerad i Svenska palliativregistret. Halvår 2 blev egenkontrollen ej aktuell för Stöd och aktivering då det endast är sjuksköterskor som kan registrera i Svenska palliativregistret, och sjuksköterskorna gick över till verksamhetsområde HRSS 2019-04-01.</p> <p><u>Boende LSS</u></p> <p>Halvår 1 var det ingen patient från verksamhetsområdet registrerad i Svenska palliativregistret. Halvår 2 blev egenkontrollen inte aktuell för Boende LSS då det endast är sjuksköterskor som kan registrera i Svenska palliativregistret, och sjuksköterskorna gick över till verksamhetsområde HRSS 2019-04-01.</p>								

Egenkontroll	Utfall, Antal	Resultat, Antal
--------------	---------------	-----------------

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



Kommentarer per verksamhetsområde

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer

Utfallet är godkänt. I journalerna finns det bedömningar som underlag till ordinationerna däremot saknas det dokumentation kring individuella planer t.ex samordnad individuell plan eller individuell vårdplan. Inte heller skyddsåtgärder har varit aktuellt i någon av de granskade journalerna inom verksamhetsområdet. Avvikelser dokumenteras i avvikelsemodulen.

Särskilt boende för äldre

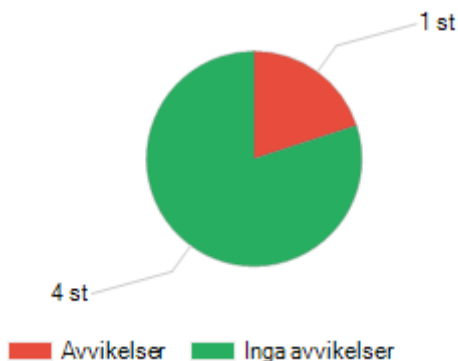
Resultatet under kvalitetsåret försämrades från halvår 1 på 89% till halvår 2 till 75%. Det saknades främst bedömning till ordinationerna.

Försämringen är inte godtagbar och åtgärder sätts in.

Boende LSS

Inte aktuellt för Boende LSS då verksamhetsområdet inte genomför dokumentation i HSL patientjournal.

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



Kommentarer per verksamhetsområde

Myndighetsfunktion

Genomförda loggkontroller har utförts utan anmärkning och inga avvikelser har identifierats.

Hemvård, rehabilitering och service för seniorer

Granskning av kontrollaktiviteten visar att 24 av 25 enheter har genomfört loggkontroller enligt gällande rutin.

De enhet som rapporterat att man inte följt rutinen beror på ett chefsbyte under året. Inga andra åtgärder vidtages.

Särskilt boende för äldre

Verksamheten har utfört kontroll av journalloggar med ett utmärkt resultat.

Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning

Loggkontroller har gjorts utan avvikelser under året. Under våren förändrades rutinen för loggkontroll. Förändringar i rutinen för loggkontroll har inneburit förseningar i hantering och diarieföring av loggkontroller för de enhetschefer vars framslumpade medarbetare saknat loggar. Detta har lyfts med kvalitetsenheten.

Egenkontroll	Utfall, Antal	Resultat, Antal
Boende LSS		
<ul style="list-style-type: none"> I de rapporterade avvikelserna anges inga avvikelser bland journalloggarna. Avvikelsen består av att 10 områden av 15 rapporterat internkontrollen felaktigt. Det finns en svårighet att söka fram de utförda journalloggarna i w3d3 pga hur de registrerats områdesvis. Behovet med att söka fram loggkontrollerna hör i hop med nya enhetschefer och omstrukturering i områdesindelningen. Under våren förändrades rutinen för loggkontroll vilket medförde att utskicket av loggkontroller förändrats, detta innebär att enhetschefer, vars framslumpade 4 medarbetare inte haft några loggar, inte fått något utskick = ingen loggkontroll utförd trots följsamhet av rutin. Det förtydligas inte i informationen kring kontrollen i Stratys att antalet loggkontroller enligt rutin, dvs 2 stycken per enhetschef och tillfälle behövs för att kunna markera resultat inga avvikelser. Detta innebär att det inte utifrån internkontrollen går att utläsa om egenkontrollerna utförts enligt gällande rutin. 		

Genomförda eller planerade åtgärder kopplade till kontrollaktiviteten

Verksamheterna har genomfört eller kommer att genomföra följande förbättringsåtgärder för att nå upp till målvärden.

Medicintekniska produkter, säkra hjälpmedel

Förvaltningens leverantör av hjälpmedel kommer med start under 2020 att planera arbetet med förebyggande underhåll av hjälpmedel enligt ett årshjul. Arbetsterapeuter/fysioterapeuter kommer även fortsättningsvis att bevaka att förebyggande underhåll på individuellt förskrivna hjälpmedel utförs.

Hjälpmedelsassistenter har påbörjat en översyn av grundutrustning på de särskilda boendena för att säkerställa att hjälpmedel är registrerade på rätt enhet.

Medicintekniska produkter, förskrivningsprocessen

Arbetet med att bli bättre på att använda förskrivningsprocessen och behovsbedömning enligt beslutsstöd fortsätter på APT och nätverksträffar inom SBÄ. Verksamhetsområdet planerar att genomföra en internutbildning i beslutsstöd för medarbetare samt uppdatera dokumentet om beslutsstöd under 2020.

Måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister, Senior alert, riskbedömning och uppföljning

Alla Hemvårdsområden har erbjudits stöd i arbetet med Senior alert.

Arbetet med balans- och styrketräning kommer att fortsätta under 2020.

Svenska palliativregistret - indikatorn "Utförd smärtskattning"

För att nå målet att alla ska smärtskattas sista levnadsveckan fortsätter arbetet inom HRSS med det palliativa nätverket för att öka kunskapen om palliativ vård och smärtskattningen.

Nya palliativa studiecirkelar planeras att starta till hösten 2020.

Serviceavtal är tecknat för Svenska palliativregistret vilket innebär att det går att kostnadsfritt beställa material av bland annat smärtstickor och analyser.

Yrkesspecifik nätverksträff med inbjudna föreläsare gällande smärta och smärtskattning planeras under hösten 2020.

Journalföring i hälso- och sjukvården, dokumentation i patientjournalen

SBÄ planerar att återkommande diskutera dokumentation i patientjournal på APT och nätverksträff för legitimerad personal.

Genomförda kontroller av journalloggar

Boende LSS planerar för ett upplägg och samarbete med registratorerna som gör det möjligt för enhetschefer att söka fram loggkontroller på ett enklare sätt.

Boende LSS ser ett behov av att den övergripande rutinen förtydligas gällande vad för utskick som ska göras då det saknas loggar.