



Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 1

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete <i>Myndighet</i> <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Chefer använder de verktyg som finns för analys och riskbedömningar, planerar och genomföra åtgärder med ett helhetsperspektiv - vilket framgår av dokumentation - <i>synpunkter och klagomål</i> - <i>missförhållanden</i> - <i>vårdskada</i>	6 (2*3)	MAS/ Kvalitetssamordnare SAS/ Kvalitetssamordnare

Kontroll

Alla chefer säger sig känna till att risk och konsekvensanalyser ska upprättas vid verksamhetsförändringar, lika tydligt tycks inte kunskaper om vikten av att dokumentera analyser av olika former av resultat t.ex. utifrån avvikelserapportering i alla lagrum HSL, LSS och SoL eller brukarundersökningar. Sammantaget finns sju dokumenterade analyser av varierande kvalitet. Avsedd mall har inte använts i hälften av analyserna, avsedd mall kan underlätta att på ett strukturerat sätt, i dialogen på arbetsplatsen, ta sig från "vad är resultatet/problemet till åtgärdsplan" och som ger en tydligare beskrivning av vad som ligger till grund och vad analysen bygger på. Dokumenterade uppföljningar saknas helt. Kontrollpunkten avser dokumentation utifrån samtliga lagrummen HSL, LSS och SoL.

Åtgärder

Information och på nytt genomgång av dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet, mallar som stöd i arbetet, vikten av åtgärder och uppföljning etc. sker till var och en enhetschef i samband med kvalitetsmöten i februari och mars. Fortsatt information och genomgång ska även ske i andra forum t.ex. vid en inbokade halvdag den 2 mars 2022 med alla chefer, i samband med uppföljningar av intern kontrollplan 2021 och plan 2022. I april 2022 finns även inbokade heldagar med chefer gällande uppföljning av kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse då även dessa rapporter kommer att ta upp olika resultat bl.a. gällande avvikelser kommer analys att bli en följdfråga. Verksamhetschefer följer upp verksamheternas följsamhet under 2022 och vidtar åtgärder vid behov.

Att arbete med systematiskt kvalitetsarbete tar tid och är ständigt pågående och är ett fortsatt utvecklingsarbete inom förvaltningen.

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 2

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Risk- och konsekvensanalys med handlingsplan vid verksamhetsförändringar <i>Myndighet</i> <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	På lokal verksamhetsnivå eller på en övergripande, organisatorisk nivå - <i>chefer på alla nivåer känner till rutinen</i> - <i>upprättade Risk- och konsekvensanalyser, dokumenterade och redovisade</i>	6 (2*3)	MAS/Kvalitetssamordnare SAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

Alla chefer säger sig känna till att risk och konsekvensanalyser ska upprättas vid verksamhetsförändringar, dels ur ett brukarperspektiv, dels ur ett personalperspektiv. Återkommande information om var mallar för dokumentation finns, var ett upprättat dokument ska sparas i mappstrukturen samt vikten av uppföljning, har varit återkommande under året. Totalt har 41 Risk- och konsekvensanalyser upprättade, varav 17 ur ett brukarperspektiv och 24 ur ett personalperspektiv, men det finns också dubletter och en inte tydlig uppdelning, brukare personal. Flera analyser handlar om/i samband med stängning av verksamhet på grund av Coronapandemin. Åtgärdsplaner saknas i en del av risk- och konsekvensanalyserna. Dokumenterade uppföljningar saknas i stort sett i alla risk- och konsekvensanalyser.

Åtgärder

Information och på nytt genomgång av kraven utifrån föreskriften om ett systematiskt kvalitetsarbete gällande riskanalys (SOSFS 2011:9 5 kap. 1 §) ska genomföras för samtliga enhetschefer. Information och på nytt genomgång av dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet, mallar som stöd i arbetet, vikten av åtgärder och uppföljning etc. sker till var och en enhetschef i samband med kvalitetsmöten i februari och mars. Inbokade halvdag/heldag är inplanerade för alla chefer under året 2022.

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 3

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Myndighetsutövning <i>Myndighet</i>	Utredningar, uppföljningar och beslut sker rättssäkert - <i>utredningstid, barn håller lagstadgad tid, som längst 4 månader</i> - <i>följa utveckling antal vårddygner placerade barn och kostnader för dessa</i>		SAS/ Kvalitetssamordnare Controller

Kontroll

Utredningstid

Kontroll har gjorts på månaderna februari, april, september samt oktober. Totalt 46 ärenden har kontrollerats gällande utredningstidens längd.

- **Februari** 10 avslutade utredningar varav 5 som överskridit den lagstadgade utredningstiden på 4 månader (mellan 123–135 dagar).
- **April** 16 avslutade utredningar varav ingen utredning har överskridit 4 månader.
- **September** 9 avslutade utredningar varav 4 som överskridit den lagstadgade utredningstiden på 4 månader (mellan 137–161 dagar)
- **Oktober** 11 avslutade utredningar varav 3 som överskridit den lagstadgade utredningstiden på 4 månader (mellan 135–205 dagar).

Beslut om förlängd utredningstid finns i 5 ärenden av de 12.

Beslut finns ej om förlängd utredningstid i 4 ärenden av de 12.

I 3 ärenden av de 12 är den överskridna tiden på en dag, där finns inga beslut.

Motiveringen i de 5 besluten om förlängd utredningstid är:

2 missförstånd i kommunikation mellan handläggare vilket försenat avslut i verksamhetssystemet, 3 på grund av hög ärendemängd hos utredarna samt 1 beslut utan motivering.

En utredning ska slutföras senast inom fyra månader (11 kap. 2 § SoL). Beslut kan tas om förlängd utredningstid i undantagsfall en viss tid om det finns särskilda skäl. Som sådana skäl uppges t.ex. att en barnpsykiatrisk utredning eller en polisutredning som rör ett brott mot barnet inte kan slutföras inom den föreskrivna tiden. En annan situation när det kan bli aktuellt att förlänga utredningstiden är om det i slutet av en barnutredning kommer fram nya uppgifter som kan påverka bedömningen.

Åtgärder

Utredningstid

Ett flertal förbättringsområden har initierats bland annat gemensam utredningsmodell och gemensamma allvarlighetsbedömningar som kopplas till utredningsplan, vilket innebär att arbetet blir mer strukturerat och likriktat redan när ett ärende inkommer.

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Ökad kontroll på utredningstider genom att det följs upp av enhetschef vid ärendegenomgångar på grupp- och individnivå varje vecka.

Att i verksamhetssystemet Viva dokumentera på rätt sätt genom handläggningsprocessen innebär vissa svårigheter för uppföljningar.

En genomgång av Viva webb är planerat med leverantören den 24 februari 2022.

Kontroll

Antal vårddygn

Antalet vårddygn för placerade barn (på institution, dvs både HVB-hem samt inom öppenvården) uppgår till 1 110 dygn för 2021. Detta är nästan en halvering av antalet dygn 2020, men fortfarande en relativt hög nivå.

Snittkostnaden per vårddygn för placerade barn för 2021 ligger på 4 822 kr. Detta är en ökning med 13% jämfört med 2020.

Månadsvis följs alla placeringsärenden avseende barn upp, i syfte att bevaka kostnadsnivåer och minimera antalet vårddygn. Placeringarna utvärderas löpande för att säkerställa att insatserna tillgodoses på rätt sätt.

Åtgärder

Antal vårddygn

Antalet vårddygn för placerade barn och kostnaderna för dessa kommer även under 2022 följas upp månadsvis på individnivå av enhetschef tillsammans med controller.

Behandlingsteamets fortsätter med arbetet att sin metod- och kvalitetsutveckling i syfte att uppnå målsättningen att kunna erbjuda fler tydliga och kvalitativa insatser som alternativ till köpta tjänster och externa placeringar.

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 4

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Ekonomi <i>Vård och omsorg</i>	Identifiera kostnader per brukare i hemtjänst och följa utvecklingen - <i>personalresurser samordnas och nyttjas utifrån samplaneringsområdena, möjligheter och effektivitet</i> - <i>minskade vikariekostnader jmf 2020–2021</i> <i>kostnader är jämförbara med riket i övrigt</i>	6 (2*3)	Verksamhetschef - vård och omsorg Controller

Kontroll

Andelen arbetad tid (av total arbetad tid) utförd av timanställda har ökat från 16,9% till 18,9% från 2020 till 2021. Detta innebär även ökade vikariekostnader med 10%. Orsaken till ökningen av timanställda beror delvis på ökad sjukfrånvaro och karantän på grund av Coronapandemin. Utöver detta har flertalet personer påbörjat deltidsstudier bland annat i form av Äldreomsorgslyftet och arbetar därmed endast 50% i verksamheterna. Detta innebär att fler timvikarier har tagits in i verksamheten.

Enhetscheferna arbetar med samplanering av personal över enheterna, för att minska timvikarier i den mån det är möjligt.

Kostnad per hemtjänsttagare är ännu ej publicerade för 2021 Kolada¹.

Åtgärder

En bemanningspool kommer startas upp under 2022 för att minska antalet timvikarier och därmed ge ökad kontinuitet och kvalitet för verksamheten.

¹ Kolada – en databas med nyckeltal för kommuner och regioner

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 5

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Patientsäkerhet <i>Vård och omsorg</i> <i>Socialt stöd, LSS</i>	Följsamhet till rutin i ledningssystemet - <i>hygienrutinen är väl känd i verksamhet och följs</i>	9 (3*3)	MAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

Basal hygienrutin är väl känd i verksamheten och följs i de flesta fall. Kontrollmätningar har gjorts kontinuerligt under året på enheterna med gott resultat. Hygienrutiner har stått på agenda på APT. MAS har varit inbjuden till APT på enheterna under året för att diskutera hygienfrågor. Inbjudan till möte med MAS varje vecka under våren 2021 till samtliga personal för att få möjlighet att ställa hygienfrågor. Inbjudan från Vårdhygien har gått ut till chefer under för att kunna få stöd i hygienfrågor, det har dock varit lågt deltagande från Herrljunga kommun.

PPM (punktprevalens mätning) av SKR har genomförts under våren 2021. Sammanräknat resultat visar 70 % i korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler, där medianvärdet för riket är 67,8 %.

Följsamheten att arbeta med skyddsutrustning enligt anvisad source control-nivå enligt rekommendation har i de flesta fall varit god.

Åtgärder

Kring skyddsutrustning har förvaltningen tydliggjort vikten av följsamhet till samtlig personal både i särskilt utskick samt på APT där MAS varit involverad.

BHK har uppfyllts till fullo i de mätningar som skett.

Fortsatt arbete för att öka förståelse för vikten av att följa och arbeta efter basala hygienrutiner.

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 6

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Dokumentation <i>Hemsjukvård</i>	Dokumentation enligt lagstiftning - <i>bedömning inför inskrivning i hemsjukvård dokumenteras i journal</i>	6 (2*3)	MAS/Kvalitetssamordnare

Kontroll

Våren 2021 gjordes journalgranskning av enhetschef för hemsjukvården samt MAS på inskrivna patienter i hemsjukvården. Granskning gjordes för att se på inskrivningskriterier, uppföljningsdatum, utskrivning samt ansökan till hemsjukvård som fått avslag. Dokumentation i journalsystemet VIVA utifrån gällande lag (HSL) är bristfällig. Det är svårt att få en överblick på inskrivning, kriterier, beslut etc.

Dock är det svårt att följa i systemet då erforderliga KVÅ² koder saknas för att kunna följa inskrivningsorsak.

Åtgärder

Genomlysning och bedömning att förenkling sker i dokumentationsprogram så det kan skrivas under specifik flik och inte ligger i löpande text.

Enhetschef för hemsjukvården har påbörjat ett förbättringsarbete i dialog med sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal angående journal/dokumentation.

Genomgång har skett för inskrivningskriterier med berörda medarbetare som gör bedömning om inskrivning i hemsjukvården. (Checklista finns framtagen)

² Klassifikation av åtgärder

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Kontrollpunkt 7

Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighet	Ansvarig för kontroll och rapportering
Hälsa och arbetsmiljö <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i>	Lagstiftningens krav på veckovila följs - <i>personal får den lagstadgade veckovilan som gäller</i>	9 (3*3)	Verksamhetschefer - vård och omsorg - socialt stöd

Kontroll

Stickprov genom utdrag ur Time Care påvisar inga brott mot veckovilan.

Åtgärder

Stickprov tas vid tre tillfällen per år och enhet.

Uppföljning av Intern kontroll 2021

Skala för risk- och väsentlighetsbedömning

Risk

Sannolikhetsnivåer för fel:

Osannolik;	Risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå. (1)
Mindre sannolik;	Risken är mycket liten att fel ska uppstå. (2)
Möjlig;	Det finns risk för att fel ska uppstå. (3)
Sannolik;	Det är mycket troligt att fel kan uppstå. (4)
Mycket sannolik;	Det är mycket troligt att fel ska uppstå. (5)

Väsentlighet

Påverkan på verksamheten/kostnaden om fel uppstår:

Försumbar;	Är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen. (1)
Lindrig;	Uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen. (2)
Kännbar;	Uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen (3)
Allvarlig;	Är så stor så att fel helt enkelt inte bör inträffa. (4)
Mycket allvarlig;	Är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa. (5)