

Intern kontroll-uppföljning 2 2019

2 2019

Innehållsförteckning

Inledning	3
Direktåtgärder	3
Social dokumentation	3
Dokumentationshandledare/ombud i samtliga hemtjänstsektioner samt se över/revidera granskningsmanualer för den sociala dokumentationen.	3
Larm och insatser	3
Kartläggning av ansvaret vid bryttider och överlappning vid larm och insatser	3
Genomförandeplaner SOL	4
Regelbundna träffar för dokumentationshandledare/ombud avseende genomförandeplaner	4
Avvikelsehantering	4
Rapporteringskyldighet avseende avvikelsehantering	4
Begäran om utlämnande av allmänna handlingar	4
Allmänna handlingar	5
Bristande arkivhantering	5
Rutin för arkivhantering	5
Hantering av uppgifter för personer med skyddad identitet	5
Implementera befintliga rutiner för skyddade personuppgifter	5
Bristande dokumentation vid direktupphandling	6
Riktlinjer för direktupphandling	6
Nämndens granskningar	7
Basal hygien	7
Punktprevalensmätning av medarbetares följsamhet till hygienrutiner och klädregler	7
Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	8
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsordinationer	8

Inledning

Detta är den andra rapporteringen av tre under år 2019, som innehåller resultat av åtgärder och granskningar utifrån den av nämnden beslutade internkontrollplanen.

Denna rapport redovisar 8 direktåtgärder och 2 granskningar.

Direktåtgärder

Social dokumentation

Beskrivning av risk: Risk för bristande social dokumentation pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till att viktig information saknas.

Enhet: Ordinärt boende

Dokumentationshandledare/ombud i samtliga hemtjänstsektioner samt se över/revidera granskningsmanualer för den sociala dokumentationen.

Vad ska göras: Utse dokumentationshandledare/ombud i samtliga hemtjänstsektioner samt se över och vid behov revidera granskningsmanualer och mallar som använts i samband med granskning av den sociala dokumentationen.

Genomförda åtgärder: Dokumentationshandledare/ombud är implementerade i samtliga hemtjänstsektioner under våren och är nu aktiva i sina roller.

Revideringen av de granskningsmanualer och gransknings kriterier för den sociala dokumentationen är i slutskedet att färdigställas och kommer tillsammans med avdelningen för särskilt boende att testas under september. De skall sedan implementeras och användas inom hela verksamheten.

Larm och insatser

Beskrivning av risk: Risk för att larm från enskilda i ordinärt boende inte åtföljs av insatser eller att insatserna inte sker inom rimlig eller utsatt tid vilket kan leda till konsekvenser för brukaren.

Enhet: Ordinärt boende

Kartläggning av ansvaret vid bryttider och överlappning vid larm och insatser

Vad ska göras: Kartlägga de modeller för ansvars- och informationsöverlämning som finns inom ordinärt boende vid existerande bryttider; till exempel vid överlappning mellan dag och kväll, kväll och natt. Syftet är att undersöka möjligheterna till att skapa gemensamma rutiner för att säkra och tydliggöra samarbete och ansvar vid bryttider/överlappning.

Genomförda åtgärder: Avdelningen för ordinärt boende har under året gjort flera förändringar kring arbetssätt och arbete kring bryttider så som dag/kväll, kväll/natt och vardag/helg i syfte att skapa en mer likvärdig verksamhet. En viktig del är införandet av hemtjänstkoordinatorer i verksamheten. Införandet var tänkt att ske innan sommaren men har dragit ut på tiden och kommer vara färdigt i september. Därför ämnar avdelningen att skjuta upp kartläggningen längre fram på året för att i kartläggningen kunna inkludera hemtjänstkoordinatorernas uppdrag och tydligare se på samarbete och ansvar vid bryttider/överlappning.

Genomförandeplaner SOL

Beskrivning av risk: Risk för att genomförandeplan inte upprättas för alla brukare enligt rutin/att det inte finns mätbara mål i planen/att dokumentationen är otillräcklig pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till sämre måluppfyllelse och att insatserna inte går att utvärdera/enskilda får inte hjälp utifrån behov eller önskemål.

Enhet: Ordinärt boende

Regelbundna träffar för dokumentationshandledare/ombud avseende genomförandeplaner

Vad ska göras: Införa ett gemensamt arbetssätt där dokumentationshandledare/ombud har regelbundna träffar med socialt ansvariga samordnare

Genomförda åtgärder: Ett program och plan för regelbundna träffar för dokumentationshandledare/ombud har tagits fram under våren, för att under hösten sättas igång. Utbildningen för dokumentationshandledare/ombud består av en heldag uppdelat på två tillfällen. Under juli informerades avdelningens chefer om planeringen.

Avvikelsehantering

Beskrivning av risk: Risk för att avvikelser inte rapporteras på grund av till exempel prioritering vilket kan leda till att den enskilde drabbas negativt.

Enhet: Särskilt boende

Rapporteringskyldighet avseende avvikelsehantering

Vad ska göras: Kompetensen kring rapporteringskyldigheten ska öka. Socialt ansvariga samordnare ska upprätta ett informationsmaterial för avvikelsehantering. Detta material ska samtliga sektionschefer informera om på APT senast juni månad.

Genomförda åtgärder: Samtliga chefer (exklusive enhet HSL) skulle senast i juni månad ha informerat om rapporteringskyldigheten för avvikelsehantering på en arbetsplatsträff och informationsmaterial i form av en powerpointpresentation-presentation togs fram av socialt ansvariga samordnare (SAS). Samtliga berörda sektionschefer har tillfrågats hur informationen har förmedlats till medarbetarna. Avdelningens enhetschefer har informerat sektionscheferna via sina ledningsgrupper. Resultatet visar att av 51 tillfrågade chefer har 28 informerat samtliga medarbetare, 12 har informerat delar av medarbetare då det ibland varit så att medarbetare inte närvarat vid informationstillfället, exempelvis på grund av sjukdom/semester eller att medarbetare har varit nyanställda. För att säkerställa att informationen når ut kommer presentationen mailas ut till berörda medarbetare eller har delgetts enskilt och vissa chefer kommer att ta upp informationen på en arbetsplatsträff under hösten.

Begäran om utlämnande av allmänna handlingar

Beskrivning av risk: Riska för att allmänna handlingar inte lämnas ut pga. bristande kunskap och följsamhet till lagstiftning och rutiner, vilket kan leda till att allmänheten inte får den service och insyn som den har rätt till.

Enhet: Särskilt boende

Allmänna handlingar

Vad ska göras: Kompetensen kring utlämnande av allmänna handlingar ska öka. Samtliga chefer ska informera om den rutin som finns på vår förvaltning/Komin på APT/ledningsmöte senast juni månad.

Genomförda åtgärder: Samtliga chefer skulle senast i juni månad ha informerat medarbetarna på en arbetsplatsträff om förvaltningens rutin för begäran om utlämnande av allmänna handlingar. Avdelningens

enhetschefer har informerat sektionscheferna via sina ledningsgrupper. Samtliga sektionschefer har tillfrågats hur informationen har förmedlats till medarbetarna. Resultatet visar att av 56 tillfrågade chefer har 22 informerat samtliga medarbetare på en arbetsplatsträff och 18 har informerat delar av medarbetarna då det ibland varit så att medarbetare inte närvarat vid informationstillfället, exempelvis på grund av sjukdom/semester eller att medarbetare har varit nyanställda. För att säkerställa att informationen når ut har rutinen mailats ut till berörda medarbetare eller delgetts enskilt och vissa chefer kommer att ta upp informationen på en arbetsplatsträff under hösten.

Bristande arkivhantering

Beskrivning av risk: Risk för bristande arkivhantering pga. otydliga rutiner eller brist på följsamhet till rutiner vilket kan leda till försämrade sökbarhet av allmänna handlingar och påverka rättssäkerheten.

Enhet: HR

Rutin för arkivhantering

Vad ska göras: Bemanningenheten ska ta fram en för HR-avdelningen gemensam rutin för korrekt arkivhantering. Rutinen tas fram i samarbete med förvaltningens arkivarie.

Genomförda åtgärder: Den identifierade risken för bristande arkivhantering gäller anställningsavtal. En rutin gällande hantering av anställningsavtal har tagits fram och implementerats under våren och åtgärden bedöms vara genomförd.

Hantering av uppgifter för personer med skyddad identitet

Beskrivning av risk: Risk för bristande hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet på grund av rutiner inte finns och/eller bristande följsamhet till befintliga rutiner. Detta kan leda till att personer med skyddad identitet kan lida men.

Enhet: Myndighet

Implementera befintliga rutiner för skyddade personuppgifter

Vad ska göras: Sektionschef ska tillsammans med sina medarbetare gå igenom framtagna rutiner för hantering av skyddade personuppgifter för medarbetare och brukare på APT.

Genomförda åtgärder: Samtliga sektionschefer inom avdelningen har, tillsammans med sina medarbetare, gått igenom befintliga rutiner för hantering av skyddade personuppgifter avseende brukare samt personal. Forum för genomgång har varit APT och medarbetare känner väl till var rutinerna finns tillgängliga.

Bristande dokumentation vid direktupphandling

Beskrivning av risk: Risk för bristfällig dokumentation vid direktupphandling på grund av att gällande rutiner inte följs. Detta kan leda till att underlag och beslut kring direktupphandlingen inte kan återsökas.

Enhet: Ekonomi

Riktlinjer för direktupphandling

Vad ska göras: Riktlinjer för direktupphandling kommer att arbetas fram under året för att också beslutas av nämnden

Genomförda åtgärder: Riktlinjer för direktupphandling har tagits fram och beslutats av nämnden i mars 2019. Rutin för direktupphandling har beslutats av förvaltningsledningen i april 2019. Information till ledningsgrupper och information på KomIn har genomförts. Utbildning av nya chefer pågår kontinuerligt.

Nämndens granskningar

Basal hygien

Beskrivning av risk: Risk för smitta pga. att rutiner inte följs, vilket kan leda till stor påverkan för enskildas säkerhet och arbetsmiljön.

Enhet: Ordinärt boende

Punktprevalensmätning av medarbetares följsamhet till hygienrutiner och klädregler

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av både omvårdnadspersonal och legitimerade medarbetares följsamhet till hygienrutiner och klädregler enligt SKL:s metod för punktprevalensmätning.

Syfte med granskningen: Syftet är att granska följsamheten till hygienrutiner och klädregler för att kunna identifiera brister, åtgärda dessa och därigenom förhindra smittöverföring inom vård- och omsorgsverksamheten.

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: Omfattning på granskningen beslutas inom avdelningen tillsammans med de professioner som ska sammanställa underlaget, dock i enighet med SKL:s ramverk. Granskningen tillämpar SKL:s definierade nationella granskningsmetod, punktprevalensmätning, som görs under vecka 12-13 i hela Sverige i både kommuner och landsting.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler kontrollerades genom observationsstudier som skedde under en i förväg angiven tidsperiod. Observatörer, utsedda av ledningen, genomförde observationerna.

Följande parametrar observerades:

Basala hygienrutiner: Korrekt desinfektion av händerna före och efter patientnära arbete, korrekt desinfektion av händerna efter patientnära arbete, korrekt användning av handskar vid kontakt eller risk för kontakt med kroppsvätskor, korrekt användning av engångsförkläde av plast.

Klädregler: korrekt arbetsdräkt, fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor, naglar ska hållas korta samt fria från nagellack och konstgjort material, hår ska vara kort eller uppsatt.

12 hemtjänstsektioner fördelat på sex enheter ingick i mätningen samt en korttidsavdelning där samtliga fyra våningsplan ingått i mätningen. Totalt inkom 11 hemtjänstsektioner och fyra våningsplan på korttidsavdelningen med kompletta observationsprotokoll vilket innebär att 150 observationer totalt har registrerats, 110 inom ordinärt boende och 40 inom korttidsboende. Observationerna har skett inom yrkesgrupperna undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och vårdbiträde.

Resultat: Inom **ordinärt boende** visade 23% korrekt följsamhet till basala hygienrutiner *och* klädregler, 35% hade korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och 57% hade korrekt följsamhet till klädregler. Resultatet är en försämring mot förra årets mätning då 30% hade korrekt följsamhet till både basala hygienrutiner och klädregler.

Inom enhet **korttid** visade 40% korrekt följsamhet till basala hygienrutiner *och* klädregler, 40% hade korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och 100% hade korrekt följsamhet till klädregler. Jämfört med förra årets mätning har resultatet förbättrats avseende korrekt följsamhet till både basala hygienrutiner och klädregler som då var 30%.

Åtgärder: Det bekymmersamma resultatet har behandlats i både ledningsgruppen för ordinärt boende samt i avdelningsrådet. Det utbildningsmaterial som tagits fram under 2018 har använts i alla delar av verksamheten, men resultatet tyder på att utbildningen inte fått det genomslag som förväntades. Alla enhetschefer har därför fått i uppdrag att tillsammans med sektionscheferna ta fram åtgärder som anpassats till varje arbetsplats specifika förutsättningar. Åtgärderna ska presenteras under hösten, behandlas på enhetsråden och följas av ledningsgruppen och avdelningsrådet under året. Ny mätning kommer att genomföras under 2020.

Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Beskrivning av risk

Risk för att uppföljningar av legitimerad personal ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder inte dokumenteras i patientjournal, vilket kan leda till vårdskada.

Enhet: Strategisk utveckling

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsordinationer

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granska om det finns planerad och utförd uppföljning kopplad till aktiva hälso- och sjukvårdsordinationer.

Syfte med granskningen: Syftet är att förebygga vårdskador och att uppföljningar av ordinationer görs i enlighet med Patientsäkerhetslagen.

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod:

Aktiva hälso- och sjukvårdsordinationer under perioden 1/1-28/2.

Ordinärt boende: 50 ordinationer per legitimerad yrkesgrupp.

Särskilt boende: 50 ordinationer per legitimerad yrkesgrupp.

Journalgranskning i ProCapita.

Resultat: Rutiner och manualer finns upprättade utifrån de lagar och författningar som styr dokumentationsansvaret för legitimerad personal. Dessa återfinns på Komin samt på malmo.se. Manualen är otydlig utifrån att det inte står att det i ordinationen ska finnas planerade uppföljningar. Legitimerad personal uttrycker att det är svårt att hitta manualer och rutiner på Komin och malmo.se.

Tabell 1 – ordinärt boende

Ordinärt boende	Planerad uppföljning	Genomförd uppföljning	Ej aktuellt med uppföljning
Arbetsterapeut	45	35	10
Fysioterapeut/sjukgymnast	44	32	
Sjuksköterska	10	9	5

Tabell 2 – Särskilt boende

Särskilt boende	Planerad uppföljning	Genomförd uppföljning	Ej aktuellt med uppföljning
Arbetsterapeut	42	23	2
Fysioterapeut/sjukgymnast	35	18	2
Sjuksköterska	13	9	

Resultatet visar att sjuksköterskor i både ordinärt och särskilt boende överlag inte planerar och dokumenterar uppföljningar (se tabell 1 och 2). I granskningen var den vanligaste ordinationen inom ordinärt boende (21 av 50) och särskilt boende (34 av 50) samordning. Ordination samordning används bland annat i samband med kontakt med läkare och kan leda till ytterligare ordinationer, om nya åtgärder beslutas. Detta har inte kontrollerats i denna granskning. Vissa ordinationer var inte aktuella att följa upp pga. insatsens karaktär eller att patient var avliden.

För arbetsterapeuter inom både ordinärt (40 av 50) och särskilt boende (41 av 50) var i granskningen den vanligaste ordinationen medicintekniska produkter. I de flesta fall är uppföljningen planerad och utförs i samband med utprovningen (se tabell 1 och 2).

För sjukgymnaster/fysioterapeuter både inom ordinärt (33 av 50) och särskilt boende (34 av 50) var den vanligaste ordinationen medicintekniska produkter. I ordinärt boende var uppföljningen oftast planerad och utfördes i samband med utprovningen (se tabell 1). I särskilt boende var uppföljning i de flesta fall planerad och cirka hälften var utförda (se tabell 2).

Analys av resultat: Beroende på vilken ordination som ska rapporteras finns olika strukturer i rapporteringssystemet Procapita. Det kan finnas svårigheter att hitta var uppföljningen ska dokumenteras, vilket kan vara en av orsakerna till den bristande dokumentationen. Utbildningen i systemet tar inte fasta på detta.

Det har framkommit att legitimerad personal har svårt att hitta manualer som skulle kunna vara ett stöd i dokumentationen. ProCapita upplevs som ett svårt, komplext och tidskrävande system.

I en prioriteringssituation är det lätt att uppföljningar prioriteras ned till förmån för nya ärenden.

Åtgärder: Utbildningen i ProCapita ska utvecklas så att en större del läggs på hur systemet ska användas med särskilt fokus på uppföljning. Diskussioner med utbildarna har inletts.

Manualerna för användning av ProCapita behöver ses över och vid behov revideras och kompletteras.

Stödfunktioner, med goda kunskaper om systemet och hur man dokumenterar, ska finnas i verksamheterna. De ska ha som uppgift att handleda den praktiska dokumentationen i det dagliga arbetet och kan även fungera som samordnare för den kollegiala journalgranskningen på varje enskild arbetsplats.

Inom ordinärt boende kommer uppföljningar av hälso- och sjukvårdsordinationer vara med i de årliga kollegiegranskningarna. Inom särskilt boende är uppföljningarna en del av egenkontrollerna, men kommer också att vara en del av den kollegiala granskningen.

Inför framtida upphandling av dokumentationssystem bör användarvänligheten vägas in.