
Samlad riskbild inkl Intern kontrollplan - Uppföljning av åtgärder/kontrollaktiviteter

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Sammanfattning av uppföljningen	5
3	Samlad riskbild med åtgärder	6
3.1	Riskområde: Verksamhetsrisker, kan definieras som risken att nämnd/styrelse inte uppnår fastställda verksamhetsmål (inkluderar även kvalitetsfrågor) samt att verksamheten inte bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt.	6
3.1.1	Risk: Brist på arbetskraft med rätt kompetens	6
3.2	Riskområde: Bristande efterlevnad av regelverk, det vill säga att verksamheten inte lever upp till lagar och förordningar eller till interna regelverk	9
3.2.1	Risk: Risk för bristande följsamhet till gällande lagstiftning vid utskrivning från slutenvård	9
3.3	Riskområde: Finansiella risker, utgörs till exempel av likviditetsrisk, valutarisk, ränterisk, kreditrisk.	10
3.3.1	Risk: Fastigheter saknar krisförberedande åtgärder	10
3.4	Riskområde: IT- och informationssäkerhetsrisker, till exempel risk för intrång i system och sekretessrisker	13
3.4.1	Risk: Risk för brister i informationsöverföring	13
4	Samlad riskbild - intern kontrollplan.....	15
4.1	Riskområde: IT- och informationssäkerhetsrisker, till exempel risk för intrång i system och sekretessrisker	15
4.1.1	Risk: Risk för brister i informationsöverföring	15

1 Inledning

I samband med framtagandet av verksamhetsplan ska riskhanteringen för olika riskområden sammanställas i en samlad riskbild för nämndens verksamhetsområde. Syftet med den samlade riskbilden är att ge en bild över verksamhetens mest väsentliga risker utifrån nämndens perspektiv. Den samlade riskbilden ska även innehålla åtgärder för att hantera riskerna.

Utifrån den samlade riskbilden ska en plan för intern kontroll upprättas. Planen ska innehålla de områden och processer som särskilt ska granskas under kommande verksamhetsår, för att verifiera att redan införda åtgärder har fått avsedd effekt. Syftet är ta reda på om den interna kontrollen fungerar på ett tillfredsställande sätt, utvärdera befintliga åtgärder och vid behov komma med förbättringsförslag.

Fyra risker har identifierats och ingår i den samlade riskbilden och samtliga har status "hantera" vilket innebär att åtgärder läggs in och följs upp. För de fyra riskerna har åtgärder rapporterats och följs upp.

Uppföljningen visar att sex åtgärder pågår och en åtgärd har avslutats under perioden. Det finns inga väsentliga avvikelser mot planeringen i de pågående åtgärderna. Att se effekten av vidtagna åtgärder är i de flesta fall alltför tidigt men intrycket är att förvaltningen bedriver ett systematiskt riskhanteringsarbete. Ny värdering av riskerna kommer att ske i beredningen av förslag till samlad riskbild 2024. Samtidigt kommer förvaltningen att ta ställning till om åtgärderna behöver kvarstå i den samlade riskbilden eller inte. För en av riskerna planerades en uppföljning i form av intern kontroll, den gällde risk för brist i informationsöverföringen.

Intervjuerna visar att användarhandboken för verksamhetssystemet Treserva inte uppfattas som ett stöd i avvikelseprocessen. Det framkom att avvikelser skrivs med olika detaljer och tydlighet av medarbetarna innan de når enhetscheferna. Handboken är inte en del av utbildningen för nya enhetschefer, som i stället lär sig genom erfarenheter från sina kollegor. Utbildning anses vara ett viktigt verktyg för att minska osäkerhet kring hur avvikelser skrivs och för att göra processen mer effektiv. Det framhölls också att samarbetet mellan legitimerade medarbetare och omvårdnadspersonal har förbättrats, och att enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal nu regelbundet har möten för att diskutera avvikelser och förtydliga delar av avvikelseprocessen. Användningen av Treserva-handboken bör ingå i introduktionen för nya chefer och kan även integreras systematiskt i årshjul eller diskuteras under arbetsplatsträffar med medarbetare.

Förvaltningen ingår i ett uppdrag som Nämnden för funktionsstöd samordnar där andra socialnämnder samt äldre- och vård- och omsorgsnämnden förväntas utveckla och systematisera avvikelsehanteringen för att öka antalet inrapporterade avvikelser och missförhållanden. Som en del av detta finns en överenskommelse mellan förvaltningarna för att säkerställa en gemensam avvikelseprocess för socialtjänst enligt SoL och hälso- och sjukvård. Detta omfattar även processer för att utreda missförhållanden enligt lex Sarah, anmäla vårdskador enligt lex Maria, samt hantera avvikelser i samverkan med andra organisationer och Västra Götalandsregionen. En arbetsgrupp har också arbetat med att förtydliga processer kring hälso- och sjukvårdsavvikelser, särskilt vad gäller gränssnittet mot andra avvikelser och behovet av informationshöjande åtgärder.

Med anledning av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) kritik gällande brister i styrning, ledning, följsamhet till styrande dokument och arbetssätt, samt uppföljning och utvärdering, genomfördes en kartläggning av användningen av

kommunikationsmaterialet SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) i verksamheten. Underlag från SBAR har granskats som en del av den interna kontrollplanen och ett komplement till kontrollaktiviteten.

2 Sammanfattning av uppföljningen

Fyra risker har identifierats och ingår i den samlade riskbilden och samtliga har status "hantera" vilket innebär att åtgärder läggs in och följs upp.

Uppföljningen visar att sju åtgärder pågår och att en åtgärd har avslutats under perioden. Ny värdering av riskerna kommer att ske i beredningen av förslag till samlad riskbild 2024. Samtidigt kommer förvaltningen att ta ställning till om åtgärderna behöver kvarstå i den samlade riskbilden eller inte.

För en av riskerna, risk för brist i informationsöverföring planerades en intern kontroll och uppföljning. Denna kontroll innefattade undersökning och uppföljning av avvikelseprocessen. Tre intervjuer genomfördes via Teams med enhetschefer.

Resultatet visar att användarhandboken för Treserva inte fungerar som stöd i avvikelseprocessen, och att avvikelser skrivs med varierande information och tydlighet. Handboken ingår inte i utbildningen av nya enhetschefer, som istället lär sig genom erfarenhet från kollegor. Det betonas att utbildning kan minska osäkerhet och göra processen effektivare. Det finns dock goda samarbeten mellan legitimerade medarbetare och omvårdnadspersonal för att tydliggöra avvikelseprocessen.

Förvaltningen är delaktig i ett uppdrag tillsammans med nämnden för funktionsstöd och andra socialnämnder för att förbättra avvikelshanteringen och ta fram systematisera analyser för att öka rapporteringen av avvikelser och missförhållanden. En överenskommelse mellan förvaltningarna ska säkerställa en gemensam avvikelseprocess för socialtjänst enligt SoL, LSS och hälso- och sjukvård, inklusive processer för att utreda missförhållanden enligt lex Sarah och lex Maria. En arbetsgrupp har också arbetat med att förtydliga processerna för hälso- och sjukvårdsavvikelser, särskilt gränssnitt mot andra avvikelser och behov av informationshöjande åtgärder.

Med bakgrund i IVO:s kritik om brister i styrning, ledning, följsamhet till riktlinjer och arbetsmetoder, samt uppföljning och utvärdering, genomfördes en kartläggning av hur kommunikationsverktyget SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) används i verksamheten. Kartläggningen bestod av en enkät med 165 svar och intervjuer med 89 medarbetare. Resultaten ska hjälpa till att förbättra arbetsmetoder och informationsöverföring. Målet är att säkerställa att viktig information alltid finns tillgänglig för personalen som arbetar nära patienterna och att rapporteringssystemet används på rätt sätt. Målet är att minska risken för att viktig information missas eller missförstås.

3 Samlad riskbild med åtgärder

3.1 Riskområde: Verksamhetsrisker, kan definieras som risken att nämnd/styrelse inte uppnår fastställda verksamhetsmål (inkluderar även kvalitetsfrågor) samt att verksamheten inte bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt.

3.1.1 Risk: Brist på arbetskraft med rätt kompetens

Risknivå

 12. Hög

Hantera

Riskbeskrivning

Det råder stor brist på ett flertal yrkeskategorier inom vård- och omsorg

Konsekvensbeskrivning

Vilket kan leda till att den enskilde inte får den vård och omsorg hen har rätt till samt negativ påverkan på chefers och medarbetares arbetsmiljö. Vilket i sin tur ytterligare försvårar nyrekryteringen.

Existerande kontrollaktiviteter

ARUBA, säkerställa gemensam introduktion, arbeta med kompetensmodellen, renodla de legitimerades uppdrag, digitalisering, pröva alternativa tjänster såsom farmaceuter och specialistundersköterskor

Åtgärd	Kommentar
--------	-----------

Åtgärd	Kommentar
Fortsatt arbete enligt strategier och åtgärder i kompetensförsörjningsplanen  Pågående Förvaltningens arbete med kompetensförsörjning kommer att fortsätta både utifrån förvaltningens tioårsplan och kompetensförsörjningsplanens strategier. Arbetet har sin grund i beslutade aktiviteter och insatser som är både kort- och långsiktiga. Det pågår även utvecklingsarbete för och inom olika yrkesgrupper för att möta behovet av olika kompetens i förvaltningen. Projekt hållbar bemanning startade hösten 2023 med bland annat målsättningen att säkerställa att rätt kompetens används till rätt uppgift, i rätt omfattning och vid rätt tidpunkt. Under hösten genomfördes en kartläggning gällande administrativa arbetsuppgifter där två prioriterade områden har identifierats som syftar till minskad administration. Det första är att effektivisera flödet i den löneadministrativa processen och det andra är projekt hållbar bemanning.	Nämndens beslutade kompetensförsörjningsplan från 2022 löper ut vid årsskiftet 2024. En slutlig uppföljning av planen genomfördes och godkändes under hösten 2024. Genom förvaltningens tioårsplan (fokusområde 3 – Attraktiv arbetsgivare) skapas fortsatt riktning och prioritering av förvaltningens kompetensförsörjningsarbete som komplement till Göteborgs stads plan för kompetensförsörjning. Förvaltningens kort- och långsiktiga kompetensförsörjningsarbete är ett strategiskt och prioriterat område som pågår både per verksamhet och förvaltningsövergripande. Vård- och omsorgsboende Utifrån vård- och omsorgsboendes åldersstruktur på medarbetarna kommer behovet av att ersätta medarbetare som går i pension öka under kommande tio år. Generationsskiftet innebär vid sidan om själva antalet medarbetare även en utmaning i att ersätta kompetensen hos de medarbetare som går i pension. Vård- och omsorgsboende hanterar kompetensförsörjningsfrågan främst i en av avdelningens fokusgrupper som leds av en verksamhetschef och innefattar kvalitetsutvecklare och verksamhetsutvecklare med uppdrag att samordna insatser inom kompetensförsörjningsområdet. Fokusgruppen arbetar med en rad åtgärder som syftar till att säkra kompetensförsörjningen. De senaste åren har deltagande i satsningen Äldreomsorgslyftet varit en av de större insatserna vilket förväntas fortsätta till och med 2026. Relaterat till Äldreomsorgslyftet är avdelningens arbete med att differentiera arbetsuppgifter för att omhänderta vidareutbildade medarbetares kompetens. I det mer långsiktiga arbetet bidrar avdelningen till införandet av karriärvägsmodellen samt deltar i arbetet med Yrkesresan som är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling som tas fram i samarbete med SKR, Socialstyrelsen och Regionala samverkans- och stödstrukturer. För att locka mer unga till vård- och omsorgsycket har nytt avtal tecknats i år med Ung Omsorg vilket ger ungdomar möjlighet att vara resurspersoner inom verksamheten. Samt så erbjuder vård- och omsorgsboende löpande de praktikplatser som efterfrågas från utbildningssamordnarna. Vård- och omsorgsboende har avdelat resurser för att varje vård- och omsorgsboende ska ha minst en omsorgshandledare för att ge löpande utbildning och metodstöd till medarbetarna. Under våren blev även de språkbud som genomgick utbildning klara vilket ger ökat stöd ute i verksamheten. Vidare så genomförs det språkstödsutbildningar och deltagande i utvecklingen av Språklyft tillsammans med Utveckling- och kompetenscenter (UKC) och Arbetsmarknad och vuxenutbildning (ARBVUX) som syftar till att stärka den språkliga kompetensen. Hemtjänst Hemtjänsten arbetar för att forma en organisatorisk struktur för kompetensutvecklingsinsatser i hemtjänsten där pedagogiska arbetssätt utvecklas för att förankra ny kompetens och tillvarata befintlig kompetens på alla nivåer. Kompetensförsörjningen ska vara hållbar över tid och leda till en lärande

Åtgärd	Kommentar
	organisation. Hemtjänstens vårdlärare arbetar med uppdraget. Omsorgshandledare finns inom alla verksamhetsområden. I rollen ingår exempelvis att ge metodstöd, utbilda, utveckla och implementera arbetssätt utifrån medarbetarnas behov av stöd. Omsorgshandledare ger ökade förutsättningar för metodstöd och en lärande arbetsmiljö. Omsorgshandledare ingår i ett nätverk tillsammans med verksamhetsutvecklare Vårdlärare. Nätverket har arbetat fram gemensamma utbildningsinsatser som exempelvis rör kommunikationsverktyget SBAR och demensutbildning med VR glasögon. Nätverket har också tagit fram gemensamt material för Göteborgs Stads hemtjänst så som kompetensblad som används vid introduktion, bredvidgång eller handledning. Kompetensbladen ger information om hur insatser kan genomföras och vad som är viktigt att tänka på i samband med att insatser utförs. Omsorgshandledare har varit metodstöd i sommarintroduktionen. En metod- och utbildningslokal på Valthornsgatan 35 har utrustats under året. Lokalen ger möjlighet till praktisk träning och handledning. Lokalen har använts under introduktionen av sommarvikarier. Omsorgshandledare har under april och maj 2024 haft möten med personalgrupper i de olika verksamhetsområdena kring ett introducerande arbetssätt exempelvis hur tar man hand om en ny medarbetare och ökar förståelsen för hur det är att vara ny på arbetsplatsen. Upplägget har varit gemensamt för Göteborgs Stads hemtjänst. Hemtjänsten har fortsatt arbetet med att skapa en gemensam struktur för introduktion av sommarvikarierna. Stadengemensamma introduktioner för omvårdnadspersonal, som löper över hela året, planeras starta hösten 2024. Material och upplägg för sommarintroduktionen kommer att ligga till grund för ett gemensamt upplägg av introduktionen Göteborgs Stads hemtjänst har deltagit i förvaltningens aktiviteter för att locka nya medarbetare. Det har till exempel varit projektet Talang vars syfte är att inspirera unga vuxna till arbete inom vård och leda till att de startar sin utbildning till vårdbiträde. Hälso- och sjukvård Hälso- och sjukvårdens arbete inom området för attraktiv arbetsgivare leds och samordnas av en verksamhetsutvecklare. Arbetet med att ta fram en gemensam och likvärdig introduktion inom verksamheten pågår och beräknas vara slutfört innan årets slut. Hälso- och sjukvårdens centrala introduktionsprogram är också under utveckling, där det har tagits fram en halvdag i delegering för yrkesgrupperna arbetsterapeut och fysioterapeut. Tredje tillfället hålls i höst. Sedan tidigare finns det en utbildning i delegeringsprocessen för sjuksköterskor. Avdelningen är också utsedd till att vara pilot inom förvaltningen i att optimera användandet utav utbildningsportalen, vilket innebär att en stor del av introduktioner och fortlöpande utbildningar kommer kunna anpassas utifrån yrkesprofession. Arbetet fortsätter med att identifiera vilka kompetenser som behövs utifrån förvaltningens kommunala

Åtgärd	Kommentar
	primärvårdsuppdrag. Hälso- och sjukvården har rekryterat in många nya medarbetare, inklusive ambulerande sjuksköterskor, vilket har lett till att kostnaderna för inhyrd bemanning har minskat drastiskt. Myndighet Myndighet har en särskild arbetsgrupp med uppdraget kompetensförsörjning. I arbetsgruppen ingår chefer och stödfunktioner. Fokus under 2024 är att arbeta fram en introduktion för nya medarbetare med syfte att skapa goda förutsättningar att komma in i arbetsuppgifterna och att på ett resurseffektivt och kvalitetssäkrat sätt främja likvärdig introduktion. Under året har myndighet haft tät kontakt med Göteborgs Universitet i syfte att skapa bättre samarbete, möjliggöra för utbyte av kunskaper samt för att kunna ta emot studenter för olika typer av praktik och studier. Samarbetet har utökats och myndighet har vid ett par tillfällen även tagit emot studenter som inte fick någon placering utöver de studenter som brukar tas emot. Genom myndighets arbete toppar förvaltningen nu listan över mottagna studenter efter Socialförvaltningen Nordost. Planen är att fortsätta i samma takt med att ta emot studenter.

3.2 Riskområde: Bristande efterlevnad av regelverk, det vill säga att verksamheten inte lever upp till lagar och förordningar eller till interna regelverk

3.2.1 Risk: Risk för bristande följsamhet till gällande lagstiftning vid utskrivning från slutenvård

Riskenivå

 9. Mellan

Hantera

Riskbeskrivning

Den kompetensbrist som finns inom regionen riskerar att leda till att regional primärvård inte tar sitt ansvar i utskrivningsprocessen. Den enskilde riskerar då att inte få någon samordnad individuell planering (SIP) i samband med utskrivning från slutenvården.

Konsekvensbeskrivning

Det kan leda till otrygga utskrivningar med eventuellt onödig konsumtion av vård för utskrivningsklara patienter. Det skapar även arbetsmiljöproblem för de socialsekreterare som arbetar med utskrivningar från sjukvården och resulterar i oenighet kring betalansvar för utskrivningsklara patienter.

Åtgärd	Kommentar
Ökad samsyn i samarbete mellan kommunal hälso- och sjukvård och myndighet på grund av frånvaro av regional hälso- och sjukvård.  Avslutad Kontinuerligt arbete pågår på olika nivåer för att öka samsynen inom förvaltningen.	Tidigare brister i samordningen mellan kommunal hälso- och sjukhus och regional hälso- och sjukvård vid in- och utskrivningar har minskat tack vare ett ökat samarbete mellan de båda parterna. Genom att skapa en gemensam förståelse och en tydligare struktur för samarbetet har parterna lyckats förbättra följsamheten till processen. Kommunen och regionen har även kommit överens om att den tolkning som förvaltningen har gjort, angående betalningsansvar gäller. Förut var det vanligt att personer som kom hem från sjukhuset saknade nödvändiga hjälpmedel. Detta ledde till svårigheter för både den enskilde och hemtjänsten. Genom ett förbättrat samarbete mellan kommunens och regionens rehabiliteringsteam har förvaltningen utvecklat en ny rutin som ska säkerställa att patienterna får de hjälpmedel de behöver vid hemgång. Dessutom är det viktigt att det upprättas en gemensam förståelse för hur samverkan mellan kommunal primärvård och myndighet för personer inskrivna i kommunal primärvård ska fungera.
Ökad samverkan med regionen  Pågående Kontinuerliga möten mellan regional och kommunal primärvård samt planeringsenheterna planeras under året för att öka samsynen kring planeringsprocessen.	Den regionala primärvården ska vara dirigent i samverkan. I det fall den regionala primärvården inte tar sitt ansvar riskerar utskrivningar från sjukhus leda till otrygga och osäkra hemgångar. Avdelningschefer från förvaltningens verksamheter inom hälso- och sjukvård, myndighet, hemtjänst samt vård- och omsorgsboende träffas veckovis med företrädare för regionens primärvård och representanter från SU. Målet med möten är att diskutera och utveckla samverkan och samförståndet mellan in- och utskrivningsprocesser samt utarbeta strategier inför framtiden. Förvaltningens representanter ser att samarbetet börjar ge resultat. Samverkansstrukturen för NOSAM skulle med fördel kunna justeras. Den nuvarande mötesfrekvensen är för låg för att bygga upp goda relationer och möjliggöra en djupare samverkan. Mötena tenderar att bli mer informationsinriktade snarare än att fokusera på gemensamma problemlösningar.

3.3 Riskområde: Finansiella risker, utgörs till exempel av likviditetsrisk, valutarisk, ränterisk, kreditrisk.

3.3.1 Risk: Fastigheter saknar krisförberedande åtgärder

Riskenivå

 12. Hög

Hantera

Riskbeskrivning

Vid händelse av avbrott saknar fastigheter (och boenden) krisberedande åtgärder så som backup inom IT/kommunikation, vatten och el. Det innebär hög påverkan på verksamheten, hyresgäster och medarbetare vid avbrott.

Konsekvensbeskrivning

Stor påverkan för verksamheten, hyresgäster och medarbetare ju längre avbrott pågår. Framtagna kontinuitetsplaner hanterar korta avbrott och kan inte fullt ut kompensera avsaknaden av denna grundläggande struktur. Organisatoriska konsekvenser utifrån det höjda säkerhetsläget och ökade nationella krav behöver långsiktiga planer och finansiering inom Göteborgs Stad.

Åtgärd	Kommentar
--------	-----------

Åtgärd	Kommentar
Kartlägga och ta fram underlag för att beräkna kostnad som omhändertar krisförberedande åtgärder.  Pågående Kostnadsbild för bland annat: - Redundant fiber - Nödvatten - Reservkraft/Elförsörjning Stadsfastighetsförvaltningen har på uppdrag av äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen tagit fram en förstudie med grund i förutsättningar, uppskattat behov och kostnader för nödvatten, reservkraft och IT/kommunikation vid nyproduktion och omfattande renovering av vård- och omsorgsboenden. Avbrottet som Stadsfastigheter utgått ifrån är ett avbrott under tre månader. I förvaltningen pågår ett arbete utifrån förstudiens resultat som syftar till att utifrån bland andra Myndigheten för samhällsskydds och Livsmedelsverkets rekommendationer och verktyg specificera vård- och omsorgsboendens adekvata behov av reservkraft, nödvatten, evakuering och IT-system. Utifrån behovet behöver varje befintlig fastighets förutsättningar studeras och en plan framtas för behov av åtgärder som kostnadsberäknas. I arbetet har kontakter tagits med stadsfastigheter. I pågående ny- och ombyggnationer av vård- och omsorgsboenden förbereds tekniska system för avbrott i försörjning av elkraft och vatten, samt evakuering. Utifrån värmeböljor och ett varmare klimat görs beräkningar och anpassningar för att erhålla ett gott termiskt inomhusklimat. Åtgärder för att anpassa fastigheter för kontinuerlig drift bedöms vara stora, och de behöver brytas/anpassas mot stadens och samhällets totala förmåga. Smarta lösningar behöver tas fram för att omhänderta den finansiella	Förvaltningen har arbetat med kontinuitetsplanering för att försöka minska effekten av risken. Kontinuitetsplanering avhjälp dock inte de faktiska effekterna av avbrott helt, främst de långvariga avbrotten. För att nå en minskning av sannolikheten behöver stadsfastighetsförvaltningen med stöd av äldre samt vård och omsorgsförvaltningen tillgodose behoven av back-up lösningar. Detta arbete har påbörjats och kommer att fortsätta under 2025.

Åtgärd	Kommentar
risken som denna risk innebär.	

3.4 Riskområde: IT- och informationssäkerhetsrisker, till exempel risk för intrång i system och sekretessrisker

3.4.1 Risk: Risk för brister i informationsöverföring

Riskenivå

 12. Hög

Hantera

Riskbeskrivning

1. Risk att den enskilde inte får det stöd hen har rätt till på grund av bristande informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.
2. Nödvändig information kommer ej aktuell personal tillhanda, information om patient hamnar i "fel" händer (personuppgifter hanteras inte korrekt).
3. Bristande IT-stöd gör att medarbetare behöver dokumentera information på papper. Olika system (ex. Treserva, PMO) kommunicerar inte med varandra.
4. Personal inom hälso- och sjukvård får inte kännedom om alla nya inkommande patienter på BMSS.
5. Hänsyn behöver tas till de individer som hemtjänsten i egen regi endast utför delegerade och ordinerade HS-åtgärder.

Konsekvensbeskrivning

Kan leda till att behov inte tillgodoses och vårdskada för den enskilde

Existerande kontrollaktiviteter

Avvikelsehantering.

Åtgärd	Kommentar
--------	-----------

Åtgärd	Kommentar
Kartlägga omfattning och utreda orsaken till brister i informationsöverföring.  Pågående 2023-01-01 infördes lag om Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913) och förändringar i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) vilket med för att kommunens vårdgivare och omsorgsgivare digitalt får dela information om patienter. Det kommer att möjliggöra för ett framtida digitalt stöd för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilket det finns ett behov av då de digitala verksamhetssystemen idag inte integrerar med varandra.	Förvaltningen är delaktig i ett uppdrag tillsammans med nämnden för funktionsstöd och andra socialnämnder för att förbättra avvikelshanteringen och ta fram systematisera analyser för att öka rapporteringen av avvikelser och missförhållanden. En överenskommelse mellan förvaltningarna ska säkerställa en gemensam avvikelseprocess för socialtjänst enligt SoL, LSS och hälso- och sjukvård, inklusive processer för att utreda missförhållanden enligt lex Sarah och lex Maria. En arbetsgrupp har också arbetat med att förtydliga processerna för hälso- och sjukvårdsavvikelser, särskilt gränssnitt mot andra avvikelser och behov av informationshöjande åtgärder. Som svar på IVO:s kritik genomfördes en kartläggning av användningen av SBAR-kommunikationsmaterialet i verksamheten. Kartläggningen omfattade både enkäter med 165 respondenter och semistrukturerade intervjuer med 89 medarbetare, inklusive legitimerad personal och enhetschefer. Resultatet används för att stärka den interna kontrollplanen och förbättra systematiska arbetssätt och informationsöverföring, med målet att säkerställa att viktig information är tillgänglig och korrekt rapporterad för de som arbetar patientnära.
Digital signering  Pågående Digital signering med påminnelsefunktion ger möjlighet till säkrare informationsöverföring.	I februari 2025 kommer förstudien för digitalt system för signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder vara klar. Beslut tas i början av 2025 för hur och när digital signering ska införas. Det ska säkra att patienter får rätt vård utifrån tilldelade och utförda ordinationer.

4 Samlad riskbild - intern kontrollplan

4.1 Riskområde: IT- och informationssäkerhetsrisker, till exempel risk för intrång i system och sekretessrisker

4.1.1 Risk: Risk för brister i informationsöverföring

Risknivå

 12. Hög

Hantera

Riskbeskrivning

1. Risk att den enskilde inte får det stöd hen har rätt till på grund av bristande informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.
2. Nödvändig information kommer ej aktuell personal tillhanda, information om patient hamnar i "fel" händer (personuppgifter hanteras inte korrekt).
3. Bristande IT-stöd gör att medarbetare behöver dokumentera information på papper. Olika system (ex. Treserva, PMO) kommunicerar inte med varandra.
4. Personal inom hälso- och sjukvård får inte kännedom om alla nya inkommande patienter på BMSS.
5. Hänsyn behöver tas till de individer som hemtjänsten i egen regi endast utför delegerade och ordinerade HS-åtgärder.

Konsekvensbeskrivning

Kan leda till att behov inte tillgodoses och vårdskada för den enskilde

Existerande kontrollaktiviteter

Avvikelsehantering.

Kontrollaktivitet	Kommentar
-------------------	-----------

Kontrollaktivitet	Kommentar
Granskning av informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.  Avslutad Stickprov för omfattning och intervjuer av utvalda personer. Upplägg av granskningen specificeras senare.	Intern kontroll av risk för brist i informationsöverföring gjordes genom att undersöka och följa upp kontrollaktiviteten "avvikelsehantering". För uppföljningen av intern kontrollplan genomfördes tre intervjuer via teams. De intervjuade var enhetschefer. Intervjuerna ger inte underlag för något resultat som kan generaliseras. Syftet var snarare att kunna få en djupare information med möjlighet att ställa följdfrågor. Intervjuerna pekar mot att bland annat användarhandboken som finns för verksamhetssystemet Treserva inte är en källa till stöd i avvikelseprocessen. Det lyftes också från samtliga att avvikelser skrivs med olika mycket information och olika tydligt från medarbetare innan de kommer till enhetschefer. Vidare beskrivs handboken som något som inte är integrerat i utbildning av nya enhetschefer utan att chefer lär sig av varandra. Utöver detta ansågs utbildning som ett sätt att överbrygga osäkerhet i hur avvikelser skrivs samt hur processen kan bli mer effektiv för de som är inblandade. Samtliga beskrev dock att det finns nya väl upparbetade samarbeten mellan legitimerade och omvårdnadspersonal. Det finns möten som enhetschefer har, legitimerade och för SoL för att gå igenom olika avvikelser och hur delar av avvikelseprocessen kan bli tydligare. Kännedom och användning av användarhandboken för Treserva behöver inkluderas i introduktion av nya chefer men är också något som skulle kunna inkluderas systematiskt i årshjul eller APT med medarbetare. Vidare har också förvaltningen varit en del av uppdraget <i>Nämnden för funktionsstöd får i uppdrag att tillsammans med övriga socialnämnder och äldre samt vård- och omsorgsnämnden utveckla avvikelsehanteringen och systematisera analyserna av avvikelserna, för att få fler inrapporterade avvikelser och missförhållanden eller allvarliga missförhållanden.</i> Som del i uppdraget finns en överenskommelse mellan förvaltningarna med syfte att säkra att de förvaltningar som bedriver socialtjänst enligt SoL, LSS eller hälso- och sjukvård har en gemensam avvikelseprocess. I detta ingår de tillhörande underliggande processerna, så som att utreda missförhållanden enligt lex Sarah, anmäla vårdskada enligt lex Maria, avvikelser i annan organisation samt avvikelser i samverkan med Västra Götalandsregionen. En arbetsgrupp har också arbetat med förtydligande av process gällande hälso- och sjukvårdsavvikelser. Arbetsgruppen har tagit fram förtydligande gällande hälso- sjukvårdsavvikelse, såväl gällande gränssnitt mot andra avvikelser som behov av informationshöjande insatser. Med anledning av IVO:s kritik gällande brister i styrning, ledning, följsamhet till styrande dokument och arbetssätt, samt uppföljning och utvärdering, genomfördes en kartläggning av användningen av kommunikationsmaterialet SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) i verksamheten. Kartläggningen bestod av både kvantitativa och kvalitativa delar. Den kvantitativa delen omfattade enkätsvar som samlades in på plats eller via telefon från totalt 165 respondenter. Den kvalitativa delen bestod av semistrukturerade intervjuer med 89 medarbetare, däribland 29

Kontrollaktivitet	Kommentar
	legitimerade medarbetare, 60 omvårdnadspersonal och 6 enhetschefer. Resultatet av kartläggningen används som ett komplement till den interna kontrollplanen och det fortsatta arbetet med systematiska arbetssätt och informationsöverföring. Syftet är att säkerställa att relevant information alltid är tillgänglig för de som arbetar patientnära, samt att det finns tydligt rapporteringsstöd som används. Genom att fastställa en struktur för kommunikation och informationsöverföring minskas risken för att viktig information glöms bort eller missuppfattas.