



Lekebergs
kommun

Intern kontrollrapport
per sista december 2022
Socialnämnden

Innehållsförteckning

1	Inledning - övergripande om intern kontroll	3
1.1	Riskbedömningsmatris.....	4
2	Uppföljning.....	6
2.1	Administration	6
2.2	Ekonomi	10
2.3	Personal.....	11
2.4	Verksamhetsspecifik	12
2.5	Slutsatser av uppföljning.....	15
2.6	Åtgärder	15

1 Inledning - övergripande om intern kontroll

Enligt Reglemente för intern kontroll av ekonomi och verksamhet ska nämnderna varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen inom sin verksamhet. Nämndernas ansvar för den interna kontrollen anges i KL 6:7. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god intern kontroll. I detta ansvar ligger att utifrån principerna för den interna kontrollen i kommunen vid behov utfärda regler och anvisningar för den egna interna kontrollens organisation, utformning och funktion. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd.

Varje år beslutar kommunstyrelsen om några särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin interna kontroll för det kommande året. Kontrollplanerna ska antas i samband med beslut om MER-plan och innehålla:

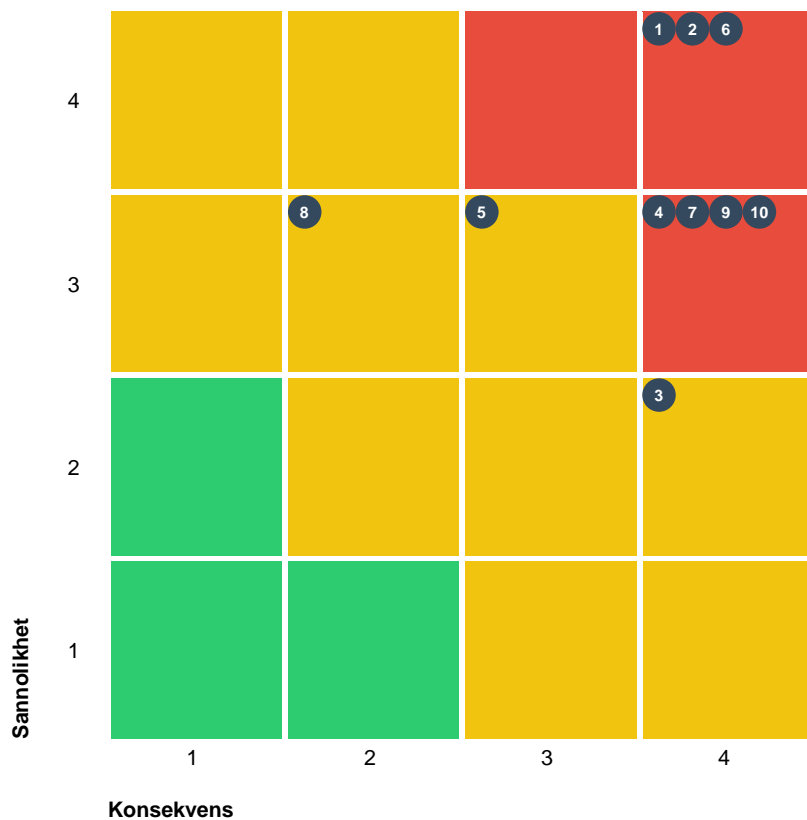
- Vilka rutiner samt vilka kontrollmoment som ska följas upp
- Omfattningen (frekvensen) på uppföljningen
- Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen
- Till vem uppföljningen ska rapporteras
- När rapportering ska ske
- Genomförd riskbedömning

Respektive nämnd har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen och att regler och anvisningar antages för den interna kontrollen. Varje nämnd ska minst ha en fastställd rutin för hur planering och rapportering av internkontrollarbetet ska gå till samt introduktion av nyanställda om vad intern kontroll innebär.

Internkontrollplanerna ska innehålla följande delområden:

1. Administration
2. Ekonomi
3. Personal
4. Verksamhet

1.1 Riskbedömningsmatris



Sannolikhet	Konsekvens
4 Sannolik (det är mycket troligt att fel ska uppstå)	Allvarlig (konsekvenserna för verksamheten skulle vara allvarliga)
3 Möjlig (det finns risk för att fel ska uppstå)	Kännbar (konsekvenserna för verksamheten kan vara påtagliga)
2 Mindre sannolik (risken är mycket liten att fel ska uppstå)	Lindrig (konsekvenserna för verksamheten behöver övervägas)
1 Osannolik (risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå)	Försumbar (konsekvensen för verksamheten är försumbar och kan negligeras)

7 Kritisk 3 Medium Totalt: 10



Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1 ■ Att biståndsbeslut inte omprövas i tid	4. Sannolik	4. Allvarlig	16
	2 ■ Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	4. Allvarlig	16
	3 ■ Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8
	4 ■ Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
Ekonomi	5 ■ Att verksamheterna inte håller sin budgetram	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Personal	6 ■ Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen	4. Sannolik	4. Allvarlig	16
	7 ■ Att förbättrade åtgärder inte införs samt inte får avsedd effekt avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
Verksamhetsspecifik	8 ■ Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner.	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	9 ■ Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	10 ■ Att det inte genomförs fullständiga registreringar inom kvalitetsregister Senior Alert för vårdprevention	3. Möjlig	4. Allvarlig	12

2 Uppföljning

2.1 Administration

2.1.1 Att biståndsbeslut inte omprövas i tid

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av antal beslut som inte är omprövade i tid. Gäller beslut under aktuell period samt bakåt i tiden.	Redovisas på socialnämnd	☹️ Mindre avvikelser	2022-03-31	Maria Eck
Metod Underlag tas fram från verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Biståndsbesluten som inte följts upp i tid har minskat succesivt och handläggarna har en bra rutin för uppföljningar. När det gäller besluten inom ordinärt boende så är det en dags fördröjning på uppföljningen. Beslut som dröjt längst finns inom daglig verksamhet och boendestöd på 104 respektive 151 dagar.			
	Insats		Antal	
	Boendestöd		4	
	Dagverksamhet		1	
	Daglig verksamhet		1	
	Insatser i ordinärt boende		5	
Totalt		11		
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2022-06-30	Maria Eck
	Kommentar Vid denna kontroll så finns endast 1 beslut om dagverksamhet som inte följts upp i tid och det rör sig då om 6 dagar. Statusen sätts till inga avvikelser då det rör sig om få antal dagar och ett nollresultat förefaller orimligt.			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2022-09-30	Karin Botvalde Gremark
	Kommentar Under perioden 1 juli till 30 september finns det 1 beslut om korttidsvård som inte följts upp i tid och det rör sig om 3 dagar. Statusen sätts till inga avvikelser då det rör sig om få antal dagar och ett nollresultat förefaller orimligt.			
	Redovisas på socialnämnd.	😞 Mindre avvikelser	2022-12-31	Karin Botvalde Gremark
	Kommentar Under perioden 1 oktober till 31 december 2022 finns 7 stycken uppföljningar som inte gjorts i tid och det rör sig om fördröjning mellan 1–7 dagar. 3 uppföljningar gäller kontaktperson, 1 hemtjänst, 1 boendestöd, 1 daglig verksamhet och 1 för korttidsvård. Statusen sätts till mindre avvikelser då antalet har ökat något sedan de två senaste mätningarna.			

2.1.2 Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.	Redovisas på socialnämnd.	😞 Större avvikelser	2022-06-30	Maria Eck
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare.	Kommentar Den löpande sociala dokumentationen förbättras gradvis. Fortfarande saknas en del genomförandeplaner inom verksamheterna. Särskilt boende har en avsevärd förbättring och utveckling i arbetet med den sociala dokumentationen. Hemtjänsten har fortfarande ett stort arbete att göra. Inom boendestöd/socialpsykiatri håller dokumentationen fortsatt hög nivå. Resultat per enhet: <ul style="list-style-type: none"> • Hemtjänsten- 13% godkända planer. Den löpande dokumentationen är begränsad och kan inte godkännas. 			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<ul style="list-style-type: none"> • Linden- 50% godkända planer. Den löpnade dokumentationen kan godkännas men behöver fortsätta att utvecklas. • Oxelgården- 75% godkända planer. Den löpande dokumentationen kan godkännas. • Gläntan- 100% godkända planer. Den löpande dokumentationen kan godkännas. <p>I det fortsatta arbetet med den sociala dokumentationen behöver helhetsperspektiv på dygnet finns med. Hur brukaren vill ha det på natten saknas i många delar. Den totala bedömningen för kontrollområdet blir större avvikelse och det är hemtjänstens resultat som gör att den bedömningen görs.</p>			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-12-31	Karin Botvalde Gremark
	<p>Kommentar</p> <p>Journalgranskningen slutet av december visar få journaler som är godkända i alla kriterier, ett större antal blev delvis godkända med fåtal kriterier som ej uppfylldes.</p> <p>Inom de båda särskilda boendena granskades 8 journaler. 3 godkändes, 4 blev delvis godkända och 1 ej godkänd.</p> <p>Inom hemtjänst granskades 25 journaler. 0 godkändes, 3 delvis godkända och 22 ej godkända.</p> <p>Inom socialpsykiatri granskades 4 journaler. 1 blev godkänd och 3 delvis godkända.</p> <p>Sammanfattningsvis blir bedömningen för de särskilda boendena och socialpsykiatri mindre avvikelser och för hemtjänsten större avvikelser.</p>			

2.1.3 Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av LSS.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-06-30	Maria Eck
Metod Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare.	<p>Kommentar</p> <p>Denna granskning hamnar LSS verksamheten på 44%. Det lägre resultatet beror på att de</p>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	granskade journalerna inom inte kunde godkännas.			
	<ul style="list-style-type: none"> Daglig verksamhet 0% godkända planer. Det finns 6 planer på 36 brukare, dock var det ingen av dessa planer som kom med i granskningen denna gång. Hasselbacken 100% godkända planer. Det finns 10 planer på 11 brukare. Dokumentationen är av god kvalitet. Kastanjen 50% godkända planer. Det finns 10 planer på 13 brukare. En av de granskade hade ingen plan upprättad. 			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2022-12-31	Karin Botvalde Gremark
	<p>Kommentar</p> <p>Få journaler godkända i alla kriterier vid senaste granskningen, ett större antal blev delvis godkända.</p> <p>8 journaler granskades inom samtliga tre enheter. 3 godkändes, 4 blev delvis godkända och 1 ej godkänd.</p>			

2.1.4 Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler som omfattas av HSL.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2022-06-30	Monika Gustavsson
<p>Metod</p> <p>Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare.</p>	<p>Kommentar</p> <p>Vi har sedan mars 2022 gått över till att skriva journaler i Lifecare HSL därför kan denna journalgranskning (som gjordes maj-juni) inte i sin helhet jämföras med tidigare års resultat. Det tar tid innan ett nytt arbetssätt faller på plats hos alla. De punkter som går att jämföra med tidigare år visar på ungefär likvärdigt resultat. De enheter som tidigare fick mest kritik har förbättrats sedan föregående granskning.</p>			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2022-12-31	Monika Gustavsson

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	<p>Kommentar</p> <p>Granskningen hösten 2022 visar något bättre resultat där målet är nått inom flera områden. Det som vi fortfarande behöver arbeta med är att dokumentera hur patientens varit delaktig i sin egen vård. Registrering i kvalitetsregister samt läkemedelsuppföljningar görs men dokumenteras inte in i journalen under rätta KVÅ-koder.</p>			

2.2 Ekonomi

2.2.1 Att verksamheterna inte håller sin budgetram

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Kontroll av verksamhetens ekonomiska resultat.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-06-30	Ulrika Gonzalez Hedqvist (borttagen)
<p>Metod</p> <p>Följa upp föregående kvartalsresultat av pengar ut och pengar in för att tidigare indikera riktning och möjliggöra ekonomisk styrning.</p>	<p>Kommentar</p> <p>Nämnden redovisar totalt sett ett underskott för perioden. Prognosen för helåret ligger på -1 650 tkr. Då har förvaltningen räknat med ännu erhållna statsbidrag om drygt 2 mkr. De större underskotten ligger inom LSS och IFO.</p>			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-12-31	Sandra Strömberg
<p>Kommentar</p> <p>Nämnden redovisar ett underskott på 9 930 tkr per 2022-12-31.</p> <p>Verksamheter som redovisar underskott är boende LSS, personlig assistans, hemtjänst, särskilt boende samt IFO.</p>				

2.3 Personal

2.3.1 Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Ta fram statistik för sjukfrånvaro, per enhet.	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-06-30	Carina Åkesson
Metod Underlag hämtas från Personec.	Kommentar De uppgifter som efterfrågats för denna kvartalsredovisning är för perioden 1 april - 30 juni 2022. Nedan redovisas fördelning i procent i hur många dagar personal har varit sjukskrivna, förvaltningen totalt. 1 dag: 4,7 % 2–14 dgr: 31 % 15–28 dgr: 4,0 % 29–59 dgr: 6,6 % 60–90 %: 6,3 % 91 dgr: 47,4 % Den högsta andelen personal är sjukskrivna i 91 dagar eller fler. En hög andel är också sjukskrivna 2–14 dagar.			
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Större avvikelser	2022-12-31	Carina Åkesson
Kommentar Sjukfrånvaro för perioden 2022-07-01 - 2022-11-30 som avser hur det ser ut i dagar/intervall redovisat i procent. 1 dag: 2,5 % 2–14 dagar: 28 % 15–28 dagar: 7,7 % 29–59 dagar: 7 % 60–90 dagar: 3,8 % 91 dagar och fler: 51 % Vi ser fortsatt en hög sjukfrånvaro i spannet 2–14 dagar samt där det är 91 dagar och mer. Det är fortsatt rekommendation att stanna hemma vid förkylningssymtom vilket är en möjlig				

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	förklaring till 28 % för intervallet 2–14 dagar.			

2.3.2 Att förbättrade åtgärder inte införs samt inte får avsedd effekt avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställa åtgärder som vidtagits för att minska sjukfrånvaron.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2022-06-30	Carina Åkesson
Metod Inhämta uppgifter om de förbättrade åtgärder som vidtagits på varje enhet. En analys av förväntad avsedd effekt ska genomföras.	Kommentar Sjukfrånvaron har minskat från 11,43 till 9,17 % för perioden 2022-04-01 - 2022-06-30.			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Inga avvikelser	2022-12-31	Carina Åkesson
	Kommentar Verksamheterna arbetar aktivt med korttidsfrånvaro enligt rutin samt har vid behov dialog med HR och Regionhälsan. Införande av hälsofrämjande åtgärder och ett aktivt arbete med optimal schemaplanering/samplanering av resurser är andra insatser som genomförs på enheterna. Verksamheterna deltar också aktivt i satsningen på friskare arbetsplatser.			

2.4 Verksamhetsspecifik

2.4.1 Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagen rutin.

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammanställa hur synpunkter och förslag hanterats enligt framtagen rutin.	Redovisas på socialnämnd	😐 Mindre avvikelser	2022-06-30	Jenny Ardell
Metod Inhämta underlag från verksamhetssystem (Lifecare) och enhetschef.	Kommentar Det finns sex registreringar i systemet (Lifecare), inkomna/registrerade mellan 2022-01-19 - 2022-06-07. Dessa har lämnats av myndighet, medborgare, personal och anhörig, och berör			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	tre av socialförvaltningens enheter. I verksamhetssystemet går det att utläsa vad ärendet berör, åtgärder samt tidpunkt för registrering och avslut. Det är en förbättring sedan första kontrolltillfället men det finns fortfarande oklarheter kring om synpunkter, klagomål eller förbättringsförslag inkommer eller hanteras (dokumenteras) på korrekt sätt.			
	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2022-12-31	Jenny Ardell
	<p>Kommentar</p> <p>Det finns 5 registreringar i systemet (Lifecare), inkomna/registrerade mellan 2022-06-08 - 2022-12-31. Dessa har lämnats av medborgare, personal och berör fyra av socialförvaltningens verksamheter. I verksamhetssystemet går det att utläsa vad ärendet berör, åtgärder samt tidpunkt för registrering och avslut.</p> <p>Detta påvisar att synpunkter/förbättringsförslag/klagomål fortsätter inkomma, registreras och hanteras även om det är få till antalet. Resultatet blir mindre avvikelser då förvaltningen behöver fortsätta implementering av rutinen.</p>			

2.4.2 Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Regelbunden kontroll i läkemedelsförråd och läkemedelsskåp.	Redovisas på socialnämnd.	😊 Mindre avvikelser	2022-06-30	Monika Gustavsson
<p>Metod</p> <p>Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka samt oftare vid behov/händelser. Sammanställs av MAS.</p>	<p>Kommentar</p> <p>Vi har inga avvikelser i Läkemedelsförråden (dit endast sjuksköterskor har tillgång) sedan vi införde separata skåp som kan loggas för narkotikaklassade läkemedel.</p> <p>Det finns enstaka avvikelser i läkemedelsskåpen som är hos varje patient (dit har all delegerad baspersonal och sjuksköterskor tillgång). På sikt behöver vi även där gå över till skåp som kan loggas för att mer få kontroll på om det är stölder eller slarv som är orsaken till bristerna vid kontroll av saldo.</p>			

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
	Redovisas på socialnämnd.	☹ Mindre avvikelser	2022-12-31	Monika Gustavsson
	<p>Kommentar</p> <p>Fortfarande enstaka avvikelse i läkemedelsförråd (som endast sjuksköterskor har tillgång till) och minst 18 avvikelser i läkemedelsskåp (som både delegerad baspersonal och sjuksköterskor har tillgång till). Vi har behov av läkemedelsskåp där det bättre går att spåra vem som har varit inloggad och när, för att underlätta utredning och för att försvåra att läkemedel stjåls.</p>			

2.4.3 Att det inte genomförs fullständiga registreringar inom kvalitetsregister Senior Alert för vårdprevention

Kontrollmoment	Uppföljning	Status	Slutdatum	Ansvarig
Sammantagen bedömning, kontroll per enhet i kvalitetsregister Senior Alert	Redovisas på socialnämnd	😊 Inga avvikelser	2022-06-30	Monika Gustavsson
<p>Metod</p> <p>Underlag hämtas från Senior Alert.</p>	<p>Kommentar</p> <p>Förvaltningens resultat är godkänt. Det finns registrerat bakomliggande orsaker vid risk, åtgärdsplan vid risk och utförda åtgärder vid risk. Hemvården har bäst resultat. Det finns en del skillnader mellan enheterna.</p>			
	Redovisas på socialnämnd	😊 Inga avvikelser	2022-12-31	Monika Gustavsson
	<p>Kommentar</p> <p>Antalet registreringar har ökat under 2022. Registreringarna är dessutom gjorda inom alla områden. Det betyder att där risk finns för fall, trycksår, undernäring samt dålig munhälsa har även en åtgärdsplan tagits fram samt att åtgärderna också har genomförts. Alla enheterna har nu nått godkänt på alla områden.</p>			

2.5 Slutsatser av uppföljning

I denna rapport har tio risker följts upp och analyserats:

Riskerna "Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav", "Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen" samt "Att verksamheterna inte håller sin budgetram" har fått resultatet *större avvikelser*.

Riskerna "Att biståndsbeslut inte omprövas i tid", "Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav", "Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav", "Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp" och "Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner" har fått resultatet *mindre avvikelser*.

Riskerna "Att det inte genomförs fullständiga registreringar inom kvalitetsregister Senior Alert för vårdprevention" samt "Att förbättrade åtgärder inte införs samt inte får avsedd effekt avseende hög sjukfrånvaro i förvaltningen" har fått resultatet *inga avvikelser*.

2.6 Åtgärder

Att biståndsbeslut inte omprövas i tid

Enheten fortsätter att arbeta aktivt med fördelning av ärenden för att skapa bättre förutsättningar för biståndshandläggarna att kunna följa upp ärendena i tid. Detta ska genomföras i god tid innan besluten löper ut. Vissa beslut försvåras att följa upp tid på grund av att det är svårt att nå personer.

Att journal enligt SoL, LSS inte förs enligt författningskrav

Socialförvaltningen ska genomföra en utbildningsinsats i området. Enhetschefer och dokumentationsombud ska få genomgång och utbildning i hur en genomförandeplan samt löpande journalanteckningar ska se ut för att bli godkända. Rutinen för hur en genomförandeplan skrivs samt granskningsmall ska ses över och eventuellt revideras.

Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav

Legitimerad personal ska förbättra dokumentationen på patientens delaktighet i sin egen vård. En ytterligare åtgärd är att dokumentera registreringar i kvalitetsregister samt läkemedelsuppföljningar under rätta KVÅ-koder i journalen.

Att verksamheterna inte håller sin budgetram

Förvaltningen kommer ha täta uppföljningar, månadsavstämningar för regelbunden översyn av ekonomi och kvalitet. Förslag till åtgärder som presenterats inom ramen för Effektivare kommun, till exempel översyn av riktlinjer för biståndshandläggning samt optimal schemaplanering, kommer finnas med i planeringen för vidare arbete.

Att det föreligger hög korttidsfrånvaro avseende sjukfrånvaro i förvaltningen

Andel som varit sjuka 2–14 dagar har sjunkit ett fåtal sjukenheter men är ändå hög likväl som med andelen som är sjuka 90 eller fler dagar. Verksamheterna ska fortsätta arbeta aktivt enligt rutin och vid behov ha tät dialog med HR och Regionhälsan. Andra åtgärder är att arbeta med optimal schemaplanering, hälsofrämjande åtgärder samt aktivt medverka i kommunövergripande satsningar som t.ex. friskare arbetsplatser och pulsmätningar.

Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsförråd och läkemedelsskåp

Socialförvaltningen planerar att under 2023 starta inköp av spårbara läkemedelsskåp med separat box för narkotikaklassade läkemedel.

Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner

De klagomål, synpunkter och förbättringsförslag som inkommer registreras, utreds och avslutas enligt rutin. De är dock få till antalet och har hanterats av få enheter vilket ger indikation på att rutinen behöver implementeras i högre omfattning. Det kommer ske kontinuerliga genomgångar av rutinen inom ledningsgrupp och inom personalgrupper.