



Internkontrollrapport

2

Sammanställning per internkontrollmoment



Innehållsförteckning

Kontrollmoment 1: Sammanställning av klagomål, synpunkter och förslag enligt framtagen rutin.....	3
Kontrollmoment 2: Kontroll av antal beslut som inte är omprövade i tid.....	4
Kontrollmoment 3: Journalgranskning SoL (inklusive genomförandeplaner).....	4
Kontrollmoment 4: Journalhantering för 10 % av verksamhetens medarbetare.....	5
Kontrollmoment 5: Journalgranskning LSS.....	6
Kontrollmoment 6: Journalgranskning HSL	7
Kontrollmoment 7: Kontroll rörande barn och vuxna som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	8
Kontrollmoment 8: Genomförandeplaner inom särskilt boende	8
Kontrollmoment 9: Uppdatering av genomförandeplaner inom IFO	8
Kontrollmoment 10: Fast omsorgskontakt.....	9
Kontrollmoment 11: Basala hygienrutiner	11
Kontrollmoment 12: Kontroll att ärenden för politiskt beslut är kompletta och färdiga på utsatt stoppdatum	12

Kontrollmoment 1: Sammanställning av klagomål, synpunkter och förslag enligt framtagna rutiner

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

Två synpunkter inkomna under mars och april – synpunkt riktad mot hemtjänsten

Den ena Synpunkten avseende ordet brukare som terminologi inkom 20 april har omhändertagits och besvarats den 4 juni samt innehåller korrekt information om gällande beslutad terminologi och möjlighet att lämna medborgarförslag.

Handläggningstiden uppgår dock till cirka sex veckor, vilket bedöms som längre än vad som är önskvärt för återkoppling av synpunkter och klagomål.

Svaret är sakligt korrekt men relativt kortfattat och kan utvecklas ytterligare vad gäller bemötande, förklaring av bakgrunden till beslutet samt serviceinnehåll, exempelvis tydligare vägledning i hur medborgarförslag lämnas.

Sammantaget bedöms ärendet vara hanterat, men med förbättringsbehov avseende återkopplingstid och kvalitet i svar.

Vid granskning av båda inkomna synpunkter riktade mot hemtjänsten framkommer brister i hanteringen.

Ett ärende har besvarats först efter cirka sex veckor, medan ett annat ärende från mars 2026 vid granskningstillfället är obesvarat. Vid dialog med berörd chef framkom det att ärendet inte blev diarefört och återkoppling skedde över telefon med den som lämnat klagomål sen vidare kontakt med anhörig

Detta tyder på brister i efterlevnaden av gällande rutiner för återkoppling samt i uppföljning av inkomna synpunkter.

Sammantaget bedöms hanteringen inte vara tillfredsställande och behov av förbättringsåtgärder föreligger.

Åtgärd:

Säkerställa att samtliga inkomna synpunkter och klagomål diaries och registreras enligt gällande rutin. Tydliggöra ansvar för återkoppling så att svar lämnas inom fastställd tidsram.

Kontrollmoment 2: Kontroll av antal beslut som inte är omprövade i tid

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

Under mätperioden har totalt 245 beslut följts upp. Det finns 17 stycken uppföljningar som inte gjorts i tid, vilket innebär att 93,1 % av besluten följts upp i tid. Förseningarna varierar mellan 1 och 23 dagar. Av avvikelserna avser 8 hemtjänst, 2 boendestöd, 2 trygghetslarm, 1 daglig verksamhet, 1 kontaktperson, 1 korttidsboende, 1 matjänst och 1 växelvård.

I majoriteten av ärendena har det hittills funnits orsaker, t ex att de varit på sjukhus och inte kunnat följas upp innan beslutet löpt ut, de flesta har haft uppföljningar planerade men så har de avbokats av brukaren pga sjukdom med mera. Teamledare på bistånd har en åtgärdsplan enligt nedan:

Åtgärder som vidtas för att se till att vi närmar oss målet om 100 %:

kommer att gå igenom de 17 besluten och kika närmare på dessa, tillsammans med Chef

Individuell avstämning bokas in mer frekvent om skäl hittas till det efter genomgången, detta för att öka det individuella stödet från teamledare för att nå målet om 100 %

Kommer genomföra en egen internkontroll varje månad för att tidigare fånga upp avvikelser tidigare

En samrådstid varje månad kommer att på dagordningen innehålla att vi gemensamt kollar över vilka AU-ärenden som finns på uppföljningslistan kommande 2 månader, för att planera dessa i god tid.

Kontrollmoment 3: Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Särskilt boende

Resultat:

En slumpmässig granskning av 9 ärenden (inklusive genomförandeplaner) har genomförts enligt fastställd rutin.

Vid granskningen framkommer att dokumentationen i flera fall uppfyller kraven, men det finns återkommande brister. På Linden noterades enstaka avvikelser,



såsom avsaknad av samtycke till kontakt, saknad kontaktman samt otydlighet kring ansvar för uppföljning av genomförandeplan.

På Oxelgården identifierades mer omfattande brister. I flera ärenden saknas dokumenterad delaktighet från brukaren i upprättandet av genomförandeplan, utan angiven orsak. Vidare saknas insatsdetaljer i flera fall, vilket försvårar uppföljning och säkerställande av att insatser genomförs enligt beslut. I ett ärende bedöms avvikelsen som större, då både delaktighet och centrala delar i genomförandeplanen saknas.

Sammanfattningsvis visar granskningen att det finns behov av förbättrad efterlevnad av författningskrav, särskilt avseende brukardelaktighet, tydlig ansvarsfördelning samt fullständig dokumentation av insatser i genomförandeplaner.

Åtgärd:

Genomföra riktade genomgångar med berörda medarbetare kring krav på genomförandeplaner och dokumentation.

Säkerställa att brukarens delaktighet dokumenteras eller att orsak till utebliven delaktighet framgår.

Införa regelbundna stickprovskontroller av genomförandeplaner på enhetsnivå.

Kontrollmoment 4: Journalhantering för 10 % av verksamhetens medarbetare

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

2 avvikelser har hittats på Oxelgården.

Avvikelserna beror på personal som inte varit inloggad och läst i lifecare vid varje arbetspass. Vid kontroll av loggar så saknas några dagar. Kontroll görs regelbundet enligt rutin för loggkontroll som genomförs av chefer.

2 avvikelser har hittats på Linden.

Avvikelserna beror på att personal inte har dokumenterat en anteckning på en månad i brukares journal.

Åtgärd:

Påminna samtliga medarbetare om skyldigheten att läsa och ta del av aktuell dokumentation inför arbetspass.

Säkerställa att dokumentation sker löpande i enlighet med gällande riktlinjer.

Fortsätta regelbundna loggkontroller och återkoppla resultat till berörda medarbetare.

Genomföra riktade utbildningsinsatser vid upprepade avvikelser.



Kontrollmoment 5: Kontroll av 20 % slumpmässiga utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av LSS.

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

En journalgranskning har genomförts av genomförandeplaner inom LSS-verksamheten.

Granskningen visar att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner och att innehållet i planerna överlag håller god kvalitet. Insatserna är i de flesta fall tydligt beskrivna utifrån vad som ska göras, hur stödet ska ges samt när det ska utföras. Planerna är generellt individanpassade och fungerar som ett stöd i det praktiska arbetet.

Brukarens delaktighet framgår i majoriteten av planerna. I de fall delaktighet saknas finns dokumenterade orsaker, exempelvis frånvaro eller att plan upprättats tillsammans med företrädare.

Flera utvecklingsområden har dock identifierats. Uppföljning av genomförandeplaner planeras i flera fall med intervall som överstiger sex månader, vilket inte är i enlighet med gällande riktlinjer. Vidare saknas delmål eller är otydligt formulerade i vissa planer, vilket kan försvåra uppföljning av måloppfyllelse.

Det finns även brister i dokumentation av samtycke samt i dokumentation kring erbjudande av levnadsberättelse. Dessa delar behöver utvecklas för att säkerställa en mer enhetlig och komplett dokumentation.

Sammantaget bedöms genomförandeplanerna hålla en god grundläggande kvalitet, men med behov av utveckling avseende struktur, uppföljning och kompletterande dokumentation.

Åtgärd:

Säkerställa att uppföljning av genomförandeplaner sker minst var sjätte månad enligt gällande riktlinjer.

Utveckla arbetet med tydliga och mätbara delmål i genomförandeplanerna.

Säkerställa att samtycke dokumenteras på ett enhetligt sätt i samtliga ärenden.

Kontrollmoment 6: Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler som omfattas av HSL.

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

22 journaler har granskats av medicinskt ansvariga (MAS och MAR). Journalerna har valts slumpmässigt och journaler från samtliga verksamhetsområden för legitimerade finns med.

HSL-journalerna följer i hög grad lagkrav men det finns förbättringsområden. Ett område är de grundläggande uppgifterna om områdesansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut, samt vem som är fast läkarkontakt. Ett annat område är att i utredningsplanen beskriva bakgrundorsak, varför en utredning startas. Detta kommer att bli än viktigare i och med nytt lagkrav om fast vårdkontakt i kommunen från 1 juli 2026.

Målet med att delaktighet ska vara dokumenterat i 80% av fallen uppnås. Fortsatt dokumenteras vissa åtgärder på fel åtgärds-koder. Till exempel registreras läkemedelsgenomgångar som KVÅ XS007 (konferens med patient) istället för XV022 eller XV023 som är koder för läkemedelsgenomgång. Konsekvensen blir att statistik för KVÅ-koder som hämtas automatiskt i systemet inte stämmer. Däremot registreras nu utskrivningsplanering från sjukhuset med korrekt kod.

En punkt är struken i vårens mätning, Registrering av kvalitetsregister GD009. Punkten är struken på grund av att socialstyrelsen tagit bort mätningen av denna och istället ska grundkoderna för bedömningen registreras, exempelvis fallrisk. Mallen för journalgranskning kommer därför att uppdateras innan mätning i höst.

Fokus under hösten 2026 är fortsatt att utveckla dokumentationen så att legitimerade dokumenterar mer enhetligt och använder rätt KVÅ-koder. Kollegial granskning av journal ska göras under hösten. Vårens planerade granskning ställdes in på grund av förändringar i verksamheten i kombination med att större förberedelse behövs för att legitimerade ska vara trygga med att genomföra granskningen.

Kontrollmoment 7: Kontroll rörande barn och vuxna som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare

Resultat:

Alla orosanmälningar inom barn- och unga hanteras skyndsamt och skyddsbedöms enligt lagstiftning (inom 24 h).

Kontrollmoment 8: Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska uppdateras vid behov minst två gånger per år

Avvikelsegrad: Inga avvikelser

Resultat:

Samtliga kontrollerade genomförandeplaner var uppdaterade enligt gällande krav.

Kontrollmoment 9: Uppdatering av genomförandeplaner inom IFO

Avvikelsegrad: Större avvikelse

Resultat:

Kontroll har genomförts i samtliga pågående ärenden inom de verksamheter som omfattas av kontrollmomentet. Granskningen visar att kontrollmomentet uppfylls för placerade barn och försörjningsstöd, där genomförandeplaner har upprättats i samtliga ärenden. Inom öppenvården konstateras däremot betydande brister. Omkring hälften av pågående insatser saknar genomförandeplan. I de ärenden där genomförandeplan finns framgår det endast undantagsvis av journal att målen har följts upp av behandlare tillsammans med den enskilde, att progression har dokumenterats eller att genomförandeplanen har reviderats utifrån insatsens utveckling. Genomförandeplanen används därmed inte som ett aktivt verktyg för att planera, följa upp och utvärdera insatsen.

Kontrollmomentet bedöms vara uppfyllt för placerade barn och försörjningsstöd men inte för öppenvården. Bristerna avser både upprättande av genomförandeplaner och den löpande uppföljningen av mål och insatser. Verksamheten har fastställda rutiner för arbete med genomförandeplan. Under året har även kompetenshöjande insatser genomförts avseende dokumentation

inom öppenvården. Bristerna bedöms därför inte bero på avsaknad av rutiner eller utbildning, utan på att gällande rutiner inte efterlevs i verksamheten.

Arbetsledning kommer att följa upp efterlevnaden av rutinerna genom regelbundna journalgranskningar och löpande egenkontroll för att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och används som ett aktivt verktyg för planering, genomförande och uppföljning av insatser.

Kontrollmoment 10: Fast omsorgskontakt

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

Vid granskning av journaler framkom att flertalet brukare saknar registrerad fast omsorgskontakt under kontaktuppgifter i journalsystemet. Det noterades även att många journaler innehåller inaktuella kontaktuppgifter. Exempelvis förekom det att en sjuksköterska fortfarande var registrerad som ansvarig kontakt, trots att personen avslutade sin anställning inom kommunen för cirka ett år sedan.

Dialog har förts med berörd chef och teamledare för att säkerställa uppdatering och korrekt hantering av kontaktuppgifter i systemet. Chef har återkopplat att bristerna delvis kan förklaras av att fast omsorgskontakt inte har registrerats i systemet i samband med omfördelning av rutter, då förändringar skett utan att detta uppdaterats i tid.

Åtgärd:

Informera berörda medarbetare om gällande rutin och ansvar för uppdatering av kontaktuppgifter.

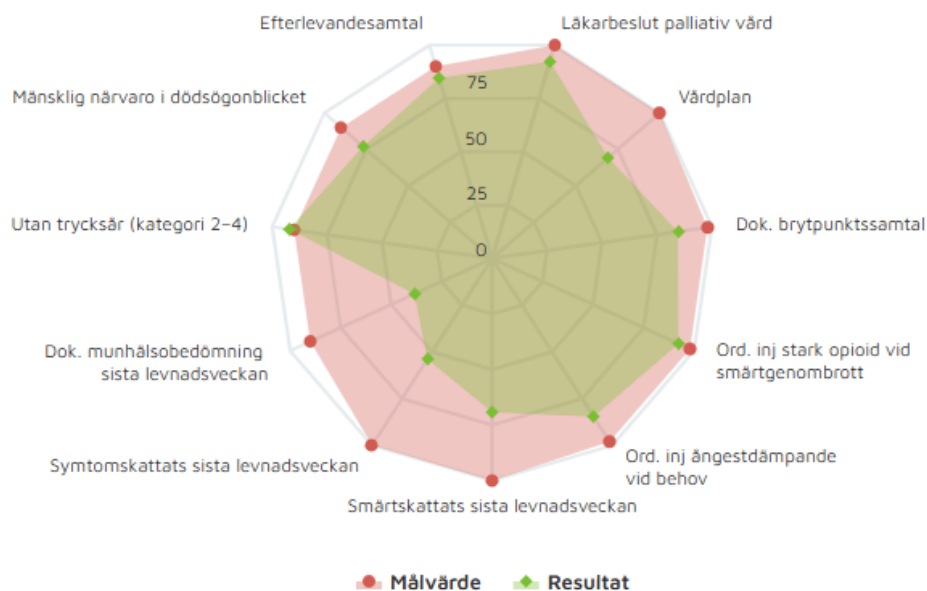
Kontrollmoment 11: Andel kompletta registreringar i palliativa registret är samtliga bedömningar gjorts

Avvikelsegrad: Större avvikelse

Resultat:

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-12 - 2026-05



Kvalitetsindikatorerna gäller för samtliga verksamheter i Lekebergs kommun.

Resultatet visar god målnöjdhetsgrad inom kvalitetsindikatorer som läkarordinationer, läkarbeslut palliativ vård samt förebyggande av trycksår.

Förbättringsområden detta halvår finns inom symtom och smärtskattning samt munhälsobedömning under sista levnadsveckan. Även vårdplan behöver förbättras. Resultatet av detta följs upp i verksamheterna av MAS inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet för att stärka kvalitén i vården vid livets slut.

MAS kommer att arbeta vidare med att följa upp kvalitén i vården vid livets slut genom att analysera resultat månadsvis i samverkan med sjuksköterskorna samt med enhetschef för HSL samt med de palliativa ombuden för att utveckla kvalitén och patientsäkerheten.

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Läkarbeslut palliativ vård	92,3	100	12	13
Vårdplan	69,2	100	9	13
Dok. brytpunktssamtal	84,6	98	11	13
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	92,3	98	12	13
Ord. inj ångestdämpande vid behov	84,6	98	11	13
Smärtskattats sista levnadsveckan	69,2	100	9	13
Symtomskattats sista levnadsveckan	53,8	100	7	13
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	38,5	90	5	13
Utan trycksår (kategori 2-4)	92,3	90	12	13
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	76,9	90	10	13
Efterlevandesamtal	84,6	90	11	13

Kontrollmoment 12: Basala hygienrutiner

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

Resultatet visar på hög följsamhet avseende samtliga steg där genomsnittet uppgår till 90,6%. Följsamheten i samtliga 5 steg uppgår till 59,1%, vilket visar på fortsatt behov av fortsatt förbättringsarbete inom flera verksamheter.

Samtliga 4 steg innefattar:

Kortärmad bussarong, inga smycken eller klocka. Korta naglar eller naglar med konstgjort material. Kort eller uppsatt hår.

Samtliga 5 steg innefattar:

Desinfektion före, desinfektion efter, handtvätt med flytande tvål, användning av skyddshandskar och användning av engångs förkläde.

Riktade insatser behöver göras framåt:

Hygien ombuden har en viktig roll som processledare i verksamheterna och som följer det lokala förbättringsarbetet genom att informera, handleda och följa upp i det dagliga arbetet i de basala hygienrutinerna. Samverkan med processägare (enhetschef och MAS) skall rapporteras in fortlöpande.

MAS kommer att planera en uppföljning under hösten med hygien ombuden i verksamheterna för att stödja kunskapsspridningen och följsamheten och uppföljningen.

Arbete kommer vara på syftet och mål med att minska risken för vårdrelaterade infektioner och stärka patientsäkerheten.

Kontrollmoment 13: Kontroll att ärenden för politiskt beslut är kompletta och färdiga på utsatt stoppdatum

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

Under rapportperioden har 2 sammanträden för socialnämnden ägt rum: Ett sammanträde ägde rum 22 april och det andra ägde rum 20 maj.

- Inför nämnden i april var samtliga underlag till samtliga ärenden färdigställda inför stoppdatumet.
- Inför nämnden i maj var de flesta ärendena färdigställda inför stoppdatumet. Revidering av riktlinje för familjerätt samt Svar på medborgarförslag - Inför avdelningsföreståndare på Oxelgården kom inte in i tid till utsatt stoppdatum.

Åtgärd:

Tydliggöra tidsplan och ansvarsfördelning för framtagande av beslutsunderlag inför nämnd.

Kontrollmoment 14: Narkotikaklassade läkemedel som försvinner ur läkemedelsrum. Regelbunden kontroll i läkemedelsskåp.

Avvikelsegrad: Mindre avvikelse

Resultat:

Oxelgården akut buffert förrådet

Narkotiska preparat saknas i stor omfattning vid tre tillfällen under början januari månad.

Händelsen har sedan tidigare utretts enligt gällande rutin. Polisanmälan har upprättats och Lex Maria anmälan har genomförts.

Orsaksanalys har genomförts och förbättringsåtgärder har implementerats för att stärka följsamheten till rutiner för narkotika hantering, kontroll och dokumentation. Uppföljning sker inom ramen för verksamhetens systematiska kvalitets och patientsäkerhetsarbete.



Inget narkotiskt svinn har upptäckts efter januari månad -26.

Linden akut buffert förrådet

Ett narkotiskt preparat saknas vilket är kopplat till injektions lösning vid palliativ ordination.

Avvikelse är sedan tidigare skriven på detta. Fortsatt uppföljning behöver göras rutinen kring hur arbetsmomentet kring uttag och signering görs.