

Rapport intern kontroll 2019

Gemensamma nämnden för
hemsjukvård och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Internkontroll	3
2.1	Organisation/styrning/ledning.....	3
2.2	Kommunikation och information	4
2.3	Patientsäkerhet	4
2.4	Verksamhetens genomförande/ kvalitet	5
3	Åtgärdslista	6

1 Sammanfattning

Arbetet med Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och hjälpmedels interna kontrollplan har föregåtts av att verksamheten genomförde en riskanalys under hösten 2018. Riskanalysen redovisades därefter för nämndens presidium. De förtroendevalda fick där möjlighet att utifrån riskanalysens redovisning peka ut vilka områden som politiken ansåg vara viktiga att arbeta vidare med i internkontrollplanen.

De utpekade områdena har sedan kompletterats med hur kontrollen ska genomföras.

Gemensamma nämnden antog efter detta arbete en gemensam internkontrollplan för 2019.

2 Internkontroll




Inom varje riskområde har ett antal risker identifierats. Dessa har bedömts utifrån sannolikhet och konsekvens och som resulterar i ett risktal mellan 1 och 9.

Risktal mellan 1-3 markeras med grönt dvs risken är låg eller obefintlig

Risktal mellan 4-5 markeras med gult dvs risken är medel

Risktal mellan 6-9 markeras med rött dvs risken är från medelhög till hög

2.1 Organisation/styrning/ledning

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
 Nämndens ledamöter och ersättare har inte förankrat besluten hos sin huvudman eller i sin partigrupp	4	 Gemensamma nämnden har alltid beslutsärendena som informationsärende vid sammanträdet innan. Detta är för att nämndens ledamöter och ersättare ska ha tid att ta med sig informationen till sin hemkommun /partigrupp och förankra innan beslut fattas. Beslutsärenden från nämnden expedieras till respektive huvudman.	Vid behov
	4	 Arbeta fram kommunikationsvägar för att	3 ggr/år

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
<p>◆ Fattade beslut verkställs ej</p>		säkerhetsställa att information om beslut når hela vägen ut i verksamheterna.	
		<p>Resultat</p> <p>Gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel</p> <p>Rutinen följs. Gemensamma nämnden har under 2019 diskuterat processen för hemtagning av ärenden till huvudman. GNHH:s ordförande stämmer på, regional nivå, av dagordningarna med hälso- och sjukvårdsutskottet innan varje sammanträde.</p> <p>Protokoll expedieras efter varje sammanträde till Hallands kommuner. Enskilda ärenden expedieras med protokollsutdrag och beslutsunderlag till berörda instanser.</p>	

2.2 Kommunikation och information




Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
<p>◆ Felaktig eller utebliven kommunikation/ information till berörda invånare/ patienter/närstående</p>	4	<p>● Följa utvecklingen av förbättrad kvalitet i kommunikationen/informationen till invånare/ patienter/närstående genom att bjuda in till löpande information och dialog med berörda verksamheter och myndigheter</p>	4 ggr/år
		<p>Resultat</p> <p>Gemensamma nämnden har haft dialog med Patientnämnden, Hjälpmedelcentrum ang. Trygg och säker hemgång samt dialog med DN ADH:s verksamhet Sjukresor</p>	

2.3 Patientsäkerhet

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
<p>◆ Avvikelser i vårdkedjan mellan huvudmännen och Region Halland</p>	4	<p>● Följa regional patientsäkerhetsgrupps arbete med patientsäkerhetsfrågor genom att bjuda in patientsäkerhetsgruppen 3 ggr per år för info och dialog om aktuella frågor inom nämndens uppdrag.</p>	3 ggr/år
		<p>Resultat</p> <p>Den region gemensamma</p>	

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
		patientsäkerhetsgruppen är en viktig funktion för att fånga upp och föreslå åtgärder. GNHH har haft dialog med representanter för patientsäkerhetsgruppen 190426 och 191206 samt Patientnämnden 190906, vars nämndtjänstemän även ingår i region gemensamma patientsäkerhetsgruppen.	

2.4 Verksamhetens genomförande/ kvalitet

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
◆ Ej fullt jämförbar data, vilket försvårar den uppföljning av kvalitet som åligger nämnden.	4	 Indikatorgruppen samordnar definitioner och bedömningar..	4 ggr/år
		Resultat Indikatorgruppen har sammanställt fyra rapporter under 2019. Att samordna definitioner och att diskutera igenom eventuella olikheter i hemsjukvårdens utförande är en viktig del i Indikatorgruppen arbete. Indikatorgruppen har under 2019 arbetat med att förbereda, genomför och sammanställa en inventering av kompetensen hos legitimerad personal inom hemsjukvården i syfte att analysera kvalitén i hemsjukvården. Den presenterade för GNHH 191206	
◆ Mycket manuell hantering i uppföljningar av hemsjukvården idag, vilket innebär en risk.	4	 Indikatorgruppen samordnar definitioner och bedömningar.	4 ggr/år
		Resultat Som ett led i att stävja mycket manuell hantering tog GNHH 20190614 beslut om att revidera indikatorerna för Trygg och effektiv utskrivning samt Hemsjukvård Halland med utgångspunkt i att indikatorerna ska vara möjliga att inhämta från befintliga IT-system samt utifrån dess relevans för att kunna följa utveckling av processerna.	
◆ Utskrivningskedjan fungerar inte ur ett invånare/patientperspektiv	4	 Följa införandet av trygg och effektiv utskrivning i nämnden genom att be om löpande information av införandet från berörda verksamheter och myndigheter. Därtill efterfråga kvalitativ uppföljning ur patient- och närståendeperspektiv	3 ggr/år
		Resultat GNHH har kontinuerligt under 2019 fått information om och följt processen för Trygg	

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	
		och effektiv utskrivning	

3 Åtgärdslista

Områden	Åtgärder
Ekonomi	
IT-system/informationssäkerhet	
Organisation/styring /ledning	▶ Nämnden fortsätter att följa risken i den ordinarie verksamheten.
Kommunikation och information	▶ Nämnden fortsätter att följa risken i den ordinarie verksamheten.
Extraordinära händelser	
Patientsäkerhet	▶ Nämnden fortsätter att följa risken i den ordinarie verksamheten.
Verksamhetens genomförande/kvalitet	▶ Nämnden har beslutat att fortsätta arbeta med denna risk vidare i 2020 års internkontroll.
Samverkan lokala och kommunala nämnder	