

Uppföljning av intern kontroll 2018

Funktionsstödsnämnden

Innehållsförteckning

Inledning	4
Ansvar	5
Arbetsgång vid internkontrollgranskning	6
Kommungemensamma granskningsområden	7
Direktåtgärder	8
Felhantering och felaktig administrering av läkemedel	8
Information om lagstiftning och rutiner	8
Risk för resursbrist avseende sjuksköterskor	8
Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs	8
Direktåtgärd	9
Bristande återrapportering av delegationsbeslut till nämnden	9
Tydligare skriftlig rutin kring återrapportering av delegationsbeslut till nämnden	9
Information till förvaltningsledningen kring återrapportering av delegationsbeslut till nämnden	10
Risk att personal har behörighet till system de inte ska ha	10
Ta fram rutin för behörighetshantering	10
Leverantörsfakturer har fel fakturaadress och fel referens	11
Information till verksamheten om fakturaadress och referens	11
Hantering av privata medel hos brukare	11
Hantering av privata medel hos brukare	11
LAS-rutiner	11
LAS-rutiner	12
Bristande kunskap och efterlevnad av nya dataskyddsförordningen	12
Utse en kontaktperson inför införandet av dataskyddsförordningen (GDPR)	12
Inventering och anpassning enligt dataskyddsförordningen (GDPR)	12
Granskningar	14
Basal hygien	14
Basal hygien	14
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	16
Brist i genomförandeplan och brukarens delaktighet	16
Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation	17
Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation	17
Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation	18
Brister i dokumentation	18
Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation	19
Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation	19
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	20
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	20

Utebliven insats med anledning av lång handläggningstid	22
Risk för utebliven insats av personlig assistans på grund av lång handläggningstid vilket kan leda till uteblivet stöd för brukaren	22
Risk för utebliven insats av boende med särskild service enligt LSS på grund av lång handläggningstid vilket kan leda till uteblivet stöd för brukaren.....	24
Avsaknad av inventarieregister för elektronisk utrustning	26
Elektronisk utrustning	26
Fel pris fakturerat jämfört med avtal.....	27
Fakturerade prisers överensstämmelse med avtal.....	27
Felaktiga leverantörsfakturor/utbetalningsunderlag	29
Granskning av om leverantörsfakturor och utbetalningsunderlag innehåller felaktiga uppgifter på grund av bristande underlag eller felaktig kontering, vilket kan leda till felaktiga utbetalningar och felaktigheter i redovisningen.....	29
Referenstagning vid nyanställning (månadsanställda, ej chefer).....	30
Referenstagning vid nyanställning (månadsanställda, ej chefer)	30
Brister i uppföljning av timavlönade	31
Brister i uppföljningen av timavlönade.....	31
Rehabiliteringsprocessen	32
Rehabiliteringsprocessen	32
Felaktiga kontaktuppgifter	33
Kontaktuppgifter	33
Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll.....	35

Inledning

Funktionsstödsnämnden fastställde vid sammanträde den 24 januari 2018 internkontrollplan för funktionsstödsförvaltningen.

Internkontrollplanen togs fram utifrån förvaltningens riskanalyser. Utöver de risker som förvaltningen identifierade har kommunstyrelsen beslutat om tre gemensamma granskningsområden för samtliga nämnder i Malmö stad.

Uppföljning av internkontrollplan 2018 har skett i samband med delårsrapport 1 och delårsrapport 2 under 2018. Uppföljning av internkontrollplan 2018 i samband med årsanalysen omfattar samtliga granskningsområden och direktåtgärder i planen.

Ansvar

Enligt Malmö stads reglemente för intern kontroll har nämnder och bolagsstyrelser det yttersta ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig inom dess ansvarsområden och ska se till att det finns en organisering och ett systematiskt arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll.

Enligt reglementet skall nämnden varje år anta en särskild plan för den interna kontrollen. Nämndens verksamheter upprättar en gemensam plan för intern kontroll samt ansvarar för rapportering, uppföljning och utvärdering av denna. Ansvarig för framtagande av metoder för kontrollerna är respektive avdelningschef.

Förvaltningsdirektören ska sedan rapportera till nämnden huruvida granskningar och åtgärder genomförts i enlighet med antagen internkontrollplan samt redogöra för resultatet av genomförda kontroller. Resultaten rapporteras i samband med delårsrapport 1, delårsrapport 2 och årsanalys till nämnden. Nämnden fattar beslut om rapport från föregående års internkontroll samt beslutar om årets internkontrollplan senast i februari månad. Nämnden ska senast i samband med årsanalysens upprättande, rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnden till kommunstyrelsen.

Arbetsgång vid internkontrollgranskning

Granskare som utses ska ha relevant kunskap inom granskningsområdet men inte stå i jävsförhållande till det som ska granskas. Efter genomförd granskning ska eventuellt konstaterade fel och brister leda till åtgärdsförslag från den som utför granskningen. Granskare ska efter genomförd kontroll rapportera resultatet av granskningen till granskad verksamhet, respektive avdelningschef samt vid behov till förvaltningsdirektör. Avdelningschef beslutar om eventuella förbättringsåtgärder. Förbättringsåtgärder som föreslagits under året utifrån avvikelser vid granskningar följs upp i uppföljningsrapporten för hela 2018.

Kommungemensamma granskningsområden

Kommunstyrelsen beslutade vid sitt sammanträde 2017-09-13 om tre gemensamma granskningsområden för Malmö stads nämnder:

- kontaktuppgifter
- elektronisk utrustning
- fakturerade prisers överensstämmelse med avtal

Dessa ingår som obligatoriska granskningar i samtliga nämnders internkontrollplaner för 2018 och har granskats på sätt som beskrivs i kommunstyrelsens ärende och stadskontorets anvisningar.

Direktåtgärder

Risk:

Felhantering och felaktig administrering av läkemedel

Beskrivning av risk

Risk för felhantering och felaktig administrering av läkemedel på grund av brister i följsamheten till Malmö stads rutin för läkemedelshantering, vilket kan leda till att enskild patient drabbas av vårdskada.

Åtgärd:

Information om lagstiftning och rutiner

Vad ska göras:

Samtliga sektionschefer kommer regelbundet, två gånger/termin, informeras av medicinskt ansvariga om lagstiftning och regelverk som berör deras verksamheter. Som en del i detta ingår Malmö stads rutiner för bland annat läkemedelshantering.

Lokal rutin för läkemedelshantering kommer enligt gällande rutin i Malmö stad skickas ut till samtliga verksamheter i början av 2018. Rutinen ska hanteras av ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvarig sektionschef. Sektionschefen ansvarar sedan för att samtlig personal informeras om verksamhetens gällande rutin.

Genomförda åtgärder

Under våren 2018 erbjöds fyra informationstillfällen för förvaltningens samtliga sektionschefer. Ca 25 av totalt 95 sektionschefer deltog. Trolig orsak till det låga deltagandet är prioritering utifrån en hög arbetsbelastning. Dialog förs med avdelningscheferna om hur information/introduktion till sektionscheferna ska tillgodoses.

Gällande lokal rutin för läkemedelshantering är processen påbörjad men inte klar. Fortsatt planering kommer att göras i samråd med avdelningschefer. För att fullt ut sätta sig in i de delar som sektionschefen ansvarar för i samband med läkemedelshantering, är erfarenheten att detta når bättre resultat om det kommuniceras via muntlig information istället för skriftlig. Den lokala läkemedelsrutinen är en överenskommelse mellan sektionschef och sjuksköterska om hur läkemedelsprocessen ska hanteras på varje enskilt boende. Eftersom det gäller överenskommelser mellan sektionschefer och sjuksköterskor, krävs en planerad informationsöverföring vid flera tillfällen, där både chefer och sjuksköterskor deltar tillsammans med MA (medicinskt ansvariga).

Risk:

Risk för resursbrist avseende sjuksköterskor

Beskrivning av risk

Risk för utebliven eller felaktig hälso- och sjukvårdsinsats på grund av resursbrist avseende sjuksköterskor vilket kan leda till vårdskada.

Åtgärd:

Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs

Vad ska göras:

Pågående annonsering i flera media om att anställa HSL-personal. Kommunikationsavdelningen och HR-avdelningen är ett stöd i att ta fram strategier för att göra verksamheten intressant så att legitimerad personal ska söka tjänster.

Handlingsplan upprättad tillsammans med MAS och MAR samt avlastning för sektionschefer med olika arbetsuppgifter inom HSL-organisationen. Detta för att underlätta sektionschefernas arbete inte minst när det gäller rekryteringsarbetet.

Kommande upphandling av bemanningsföretag som kan tillhandahålla sjuksköterskor kvällar och helger. Via BUMS rekrytera sjuksköterskor (Bemanning Uthyrning Malmö Stad) på längre vikariat dagtid.

Genomförda åtgärder

Från den 1 juni 2018 är ett nytt bemanningsföretag för sjuksköterskor upphandlat, som arbetar utifrån upprättat avtal. Organisatoriskt arbetar verksamheten med att stärka patientsäkerheten, öka tillgängligheten och arbeta mer kostnadseffektivt. En översyn är gjord för att organisera samtlig legitimerad personal inom olika ansvarsområden utifrån verksamhetsområden exempelvis LSS-bostäder, personlig assistans och socialpsykiatri. Genom verksamhetsområdesindelning skapas förutsättningar för att specialisera sig inom ett visst område och utveckla arbetssätt och metoder. Målet med det nya arbetssättet är att det ska vara teambaserat för att ytterligare öka kvaliteten, kontinuiteten och samordna alla insatser för brukaren inom verksamhetsområdet.

En genomgång är genomförd för att standardisera hur kontakt ska tas med samtlig legitimerad personal i olika ärenden för att effektivisera och minska merarbete. Arbetet pågick under hösten 2018 och kommer att implementeras efterhand.

Rekrytering av sjuksköterskor till den egna organisationen är genomförd och det har anställts 21 stycken sjuksköterskor som samtliga förväntades vara på plats i december.

November 2018-uppföljning

I dagsläget är 19 sjuksköterskor på plats, men det saknas sex sjuksköterskor. Nya vakanser kommer att uppstå med anledning av schemaförändring att arbeta helg under våren 2019, vilket innebär att organisationen inte har stabiliserats. Organisationen är genomförd men med anledning av att rekryteringsläget för sjuksköterskor fortfarande är besvärligt så finns risk att fortsatt verksamhetsutveckling tar längre tid än planerat. Förvaltningens intentioner att vara självförsörjande och inte anlita privata entreprenörer påverkas med anledningen av vakanser och rekryteringsläget.

Åtgärd:

Direktåtgärd

Vad ska göras:

Fortsatt uppföljning med direktåtgärder under 2019.

Risk:

Bristande återrapportering av delegationsbeslut till nämnden

Beskrivning av risk

Risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras till nämnden på grund av bristande kunskap om vilka beslut som fattas på delegation, bristande kunskap om kraven i kommunallagen samt bristande kännedom om rutinerna för att anmäla fattade delegationsbeslut till nämnden vilket kan leda till att besluten inte blir giltiga.

Åtgärd:

Tydligare skriftlig rutin kring återrapportering av delegationsbeslut till nämnden

Vad ska göras:

En förenklad och mer verksamhetsanpassad rutin för återrapportering av delegationsbeslut ska tas fram, spridas och publiceras på komin.

Genomförda åtgärder

Delegationsordningen uppdaterades i januari 2018 i enlighet med ny kommunallag (2017:725). I samband med översynen beslutade nämnden att inte längre kräva fortlöpande återrapportering kring vissa beslut som man anser ligger relativt nära verkställighet, såsom beslut att inte lämna ut allmän handling/del av allmän handling, beslut om ersättning vid förstörda persedlar vid mindre belopp (upp till 7 000 kronor) etcetera. Dessa ärenden behöver därmed inte längre återrapporteras till nämnden. Kansliet har även strukturerat arbetet kring återrapportering av beslut tagna på delegation tillsammans med ekonomi- och HR-avdelningen. En förtydligad rutin kring återrapporteringen har tagits fram och förvaltningsledningen har fått information kring återrapporteringen. Arbetet har redan under 2018 lett till att beslut återrapporteras i större utsträckning än när risken lyftes inom ramen för intern kontroll. Under hösten 2018 har kansliet, tillsammans med bland annat HR- och ekonomiavdelningen, tagit fram en kominsida med instruktioner för olika typer av delegationsbeslut.

Åtgärd:

Information till förvaltningsledningen kring återrapportering av delegationsbeslut till nämnden

Vad ska göras:

Ansvarig ska informera förvaltningsledningen om kraven på återrapportering samt hur förvaltningens administrativa rutiner för detta ser ut.

Genomförda åtgärder

Delegationsordningen uppdaterades i januari 2018 i enlighet med ny kommunallag (2017:725). I samband med översynen beslutade nämnden att inte längre kräva fortlöpande återrapportering kring vissa beslut. Kansliet har även strukturerat arbetet kring återrapportering av beslut tagna på delegation tillsammans med ekonomi- och HR-avdelningen och förbättrad rutin för återrapportering har tagits fram. Förvaltningsledningen har fått information om återrapportering av delegationsbeslut till nämnden och kring de reviderade rutinerna.

Risk:

Risk att personal har behörighet till system de inte ska ha

Beskrivning av risk

När personal slutar sin anställning måste behörighet till system avslutas, såsom Lifecare, Procapita, Flexite. Har de SITHS-kort ska dessa lämnas tillbaka. Har de kvar sina behörigheter har de tillgång till sekretessuppgifter som de inte har rätt till.

Åtgärd:

Ta fram rutin för behörighetshantering

Vad ska göras:

Ta fram en tydlig, skriftlig rutin till chefer som ansvarar för att medarbetares behörighet till system läggs in och tas bort.

Genomförda åtgärder

Rutin är framtagen och godkänd.

Risk:

Leverantörsfakturer har fel fakturaadress och fel referens

Beskrivning av risk

Risk för att fakturaadress och referens är felaktig. Fakturer som hamnar fel orsakar mer administrationstid. Risk finns för att fakturer inte betalas i tid, vilket orsakar ökade kostnader i form av räntor och inkassoavgifter.

Åtgärd:

Information till verksamheten om fakturaadress och referens

Vad ska göras:

Ekonomiavdelningen informerar verksamheten om vilken fakturaadress som ska användas och hur referens ska anges.

Genomförda åtgärder

Ekonomiavdelningen har informerat chefer och beställare om vikten av att fakturer till förvaltningen adresseras korrekt och märks med rätt referens. Samtidigt informerades om Redovisningsenhetens arbete. Informationen distribuerades under maj via nyhetsflödet på Komin.

Risk:

Hantering av privata medel hos brukare

Beskrivning av risk

Risk för att privata medel inte hanteras korrekt på grund av bristande kunskaper hos medarbetare vilket kan leda till brister i redovisningen av privata medel.

Åtgärd:

Hantering av privata medel hos brukare

Vad ska göras:

Ekonomiavdelningen bjuder in till informationstillfälle kring regler för hantering av privata medel.

Genomförda åtgärder

Under 2018 har ekonomiavdelningen bjudit in till två informationsträffar om privata medel. Den första ägde rum i maj och den andra i september. Målgruppen har varit sektionschefer och kontaktpersoner. Vid informationsträffarna har ekonomiavdelningen gått igenom förvaltningens rutiner kring privata medel och det har funnits möjlighet att ställa frågor.

Informationsträffarna har varit välbesökta och ekonomiavdelningen avser att genomföra nya informationsträffar under 2019.

Risk:

LAS-rutiner

Beskrivning av risk

Risk att förvaltningen brister i hanteringen av företrädesrätt (§ 5a, § 25), på grund av att rutin avseende företrädesrätt och konvertering enligt nämnda paragrafer inte följs, vilket kan leda till arbetsrättsliga konsekvenser.

Åtgärd:
LAS-rutiner

Vad ska göras:

Informationsinsats utifrån genomförd översyn.

Genomförda åtgärder

Det har under året pågått ett arbete med att se över befintliga LAS-rutiner, vilket det informerats om vid tidigare uppföljningstillfällen. Arbetet med att se över LAS-rutinerna är färdigställt och det har tagits fram en uppdaterad LAS-rutin för att tydliggöra processen. Därtill har ett omfattande arbete gjorts med att se över förvaltningens LAS-listor för att HR-avdelningen ska kunna leverera korrekta listor på månadsanställda, timanställda samt de som begärt företräde. Rutinen är förankrad i förvaltningsledningen och gäller från och med årsskiftet 2018/2019.

Utbildningsinsatsen inleddes i september med en utbildning i den uppdaterade rutinen samt befintligt WinLas-system för HR-konsulter. Rutinen beslutades av HR-chef i november. Därefter har respektive HR-konsult planerat in en genomgång/utbildning för sina respektive enheters ledningsgrupper i LAS-rutinen. Materialet finns tillgängligt på Komin sedan början av december 2018.

Risk:

Bristande kunskap och efterlevnad av nya dataskyddsförordningen

Beskrivning av risk

Risk för att personuppgifter inte hanteras enligt ny lag/förordning (GDPR) på grund av okunskap vilket kan leda till skada för den enskilde samt att förvaltningen får vite.

Åtgärd:

Utse en kontaktperson inför införandet av dataskyddsförordningen (GDPR)

Vad ska göras:

En person på förvaltningen ska utses som kontaktperson. Denna ska träffa och samarbeta med kommunens personuppgiftsombud, gå på och ordna utbildningar kring den nya förordningen, samordna förvaltningens dataskyddsarbete tillsammans med en referensgrupp bestående av personal på förvaltningen samt informera förvaltningsledningen.

Genomförda åtgärder

I maj 2018 utsåg förvaltningsledningen arkivarie till kontaktperson/dataskyddssamordnare för funktionsstödsförvaltningen. Man utsåg även särskilda informationsägare från respektive avdelning. En projektrapport/beslutsunderlag finns i ärende FSN-2018-111.

Åtgärd:

Inventering och anpassning enligt dataskyddsförordningen (GDPR)

Vad ska göras:

Inventera och registrera samtliga behandlingar av personuppgifter i förvaltningen. Identifiera eventuella brister och åtgärder som krävs. Säkerställa att tredje part också lever upp till kraven i den nya förordningen och att personuppgiftsbiträdesavtal upprättas.

Genomförda åtgärder

En kontaktperson (nämndsekreteraren) har tillsammans med en arbetsgrupp (arkivarie och IT-samordnare), en referensgrupp med representanter från samtliga avdelningar och stadskontorets

stadsövergripande projekt, inventerat personuppgiftsbehandlingar inom verksamheterna samt arbetat med att förbereda och anpassa förvaltningen till den nya lagstiftningen. Arbetsgruppen har avrapporterat till både förvaltningsledningsgrupp och nämnd samt anordnat utbildningstillfällen för förvaltningens medarbetare. Förvaltningsledningen har även inrättat en organisation för det vidare arbetet med den nya dataskyddslagstiftningen. Projektet har dokumenterats och finns under diarienummer FSN-2018-111.

Förvaltningen upprättar även så kallade personuppgiftsbiträdesavtal som nämnden gett förvaltningsdirektör delegation att skriva under. Dessa avtal säkerställer att tredje part (extern part som behandlar personuppgifter å nämndens vägnar, exempelvis systemleverantörer) uppfyller kraven i den nya personuppgiftslagstiftningen.

Granskningar

Risk:

Basal hygien

Beskrivning av risk

Risk för smitta på grund av att rutiner inte följs, vilket kan leda till stor påverkan för enskildas hälsa och säkerhet.

Granskning:

Basal hygien

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

LSS-boenden och daglig verksamhet. Malmö stads rutin för basal hygien.

Syfte med granskningen:

Punktprevalensmätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler för att få en samlad bild av funktionsstödsförvaltningen samt i nationellt perspektiv.

Omfattning/avgränsning:

Hälften av förvaltningens LSS-boenden och dagliga verksamheter. Granskningen kommer att omfatta samtliga yrkeskategorier. Genomförs vecka 12–13, 2018.

Granskningsmetod:

Punktprevalens enligt SKL:s mall. Utsedda personer i verksamheten granskar övrig personal.

Resultat

Som ersättning för punktprevalensmätningar har hygiendialoger under sommaren genomförts i 13 verksamheter (3 dagliga verksamheter, DV, 5 LSS-boenden PK1 och 5 LSS-boenden PK3). Vid besöken deltog MAS, MAR, sektionschef och i de flesta fall en medarbetare. (Punktprevalensmätning innebär att personal ska utbildas i basal hygien och i hur granskningen ska utföras. Det är en tidskrävande process för samtliga. När MA kommer till verksamheterna sker en dialog där frågor kan besvaras och tips och råd kan ges på plats.)

I samtliga verksamheter fanns en eller flera brukare med behov av daglig hjälp med personlig omvårdnad och förflyttning, i en verksamhet förekom hundar.

Befintliga styrdokument

Som grund för granskningen ligger SOSFS 2015:10 "Basal hygien i vård och omsorg". Med utgångspunkt från författning och från SKL:s punktprevalensmätning togs ett frågeunderlag fram som skickades ut till berörda verksamheter i förväg tillsammans med föreskriften, *Vårdhygien Skånes riktlinjer* samt *Malmö stads rutin för basal hygien*. Granskningen skedde i dialogform i respektive verksamhet.

I samband med besök inom DV och PK1-boenden genomfördes även rundvandring i lokalerna. Samtliga verksamheter fick i samband med mötet en kort återkoppling med förslag på förbättringsåtgärder.

Resultat och förslag på förbättringsåtgärder ska återkopplas till avdelningschefer samt berörda kvalitetsråd. Sammanställningen redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Besöken uppskattades och blev en del av ett lärande och kvalitetsförbättring utifrån att tillsynen var upplagd i dialogform. Vissa frågor behöver inför nästa års dialogmöten omformuleras och tydliggöras, tex

gällande vårdrelaterad infektion, tvätthantering och rengöring.

Sammanfattningsvis är bedömningen att det finns en hög medvetenhet om basala hygienrutiner och en god strävan efter att efterleva dessa rutiner. Samtidigt framgick det att sektionschefer upplever det svårt med den praktiska efterlevnaden i det vardagliga arbetet.

Det är svårt med följsamhet på grund av avsaknad av arbetskläder, omklädningsrum och tvättmöjlighet. Det är olika villkor för tillgång till arbetskläder, och oklarhet råder för användning av kortärmat/långärmat.

Efterlevnad gällande smycken och naglar är varierande och det upplevs som känsligt att ta upp, gäller både chef och kollegor.

Följsamhet till kontroll och rengöring av medicintekniska produkter brister och det saknas i de flesta fall verksamhetsrutiner.

Verksamheterna saknar ibland kunskap om vilka rengörings- och desinfektionsmedel som ska användas och dess miljöaspekter.

I samband med hygiendialogerna lyftes även andra frågor inom hygienområdet:

- Privata assistansbolag behöver få skriftlig information om Malmö stads rutiner för basal hygien då personlig assistent vistas på daglig verksamhet.
- Oklar instruktion för rengöring av fotbad.
- Vid städning som utförs av städbolag är det oklart vilka rengöringsmedel och teknik som används. Viktigt att beakta vid upphandlingar.

Frågor och svar redovisas för respektive fråga i bifogad bilaga.

Förslag på förbättringsåtgärder

Utbildning och introduktion

- Säkerställ att personal årligen genomgår webbaserad utbildning i basal hygien.
- Komplettera den kontinuerliga utbildningen med praktisk utbildning t. ex. under hygienveckor, och följ upp
- Formalisera introduktion i Basal hygien i utbildningsplattformen Lärkan, praktisk genomgång av var hygienmaterial, arbets- och skyddskläder finns och genomgång av lokala rutiner
- Introduktion till samtliga vikarier

Klädregler:

- Säkerställ tvätt av arbetskläder
- Förbättra följsamhet till handhygien
- Sektionschefen behöver få stöd i hantering av situationer där författningen inte följs. När personal, trots uppmaning, inte följer författningen saknas verktyg för konsekvenser.

Desinfektion:

- Öka kunskap om vikten av desinfektion av händerna före omvårdnadsarbetet

Skyddsutrustning:

- Poängtera att sängbäddning räknas som risk för kontakt med kroppsvätskor, dvs skyddskläder ska bäras

Hygienkultur:

- Diskutera hygienrutiner oftare för att öka medvetenhet och följsamhet, t. ex. på arbetsplatsträff eller genom kollegiala påminnelser

Vårdrelaterad infektion

- Tydliggör vad som räknas som vårdrelaterad infektion

Medicintekniska produkter (MTP):

- Medvetandegör och strukturera upp hantering av MTP och tillhörande hygienrutiner för att säkerställa rengöring, kontroller mm
- Se över hjälpmedelsombudens uppdrag, för att bidra till en öppen hygienkultur
- Lyft goda exempel och sjösätt framtagna plan för stöd till sektionschefer och hjälpmedelsombud genom förvaltningens utbildare

Tvätthantering:

- Upprätta lokala rutiner knutna till varje verksamhets behov och förutsättningar
- Förtydligande behövs för hur olika ytor och maskiner ska rengöras

Rengöringsmedel:

- Förbättra information gällande rengöringsbehov i olika situationer
- Förbättra information gällande godkänd typ av rengöringsmedel
- Vid boendeabonnemang ska vissa rengöringsmedel ingå

Risk:

Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet

Beskrivning av risk

Risk för att insatsen utförs felaktigt på grund av bristande delaktighet och inaktuell genomförandeplan vilket kan leda till att brukaren inte får sina önskemål tillgodosedda.

Granskning:

Brist i genomförandeplan och brukarens delaktighet

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. Granskningen omfattar att det finns aktuell genomförandeplan och att brukaren är delaktig.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutinen för upprättande av genomförandeplan.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov

Granskningsmetod:

Kvalitetsgranskning av slumpvis utvalda brukares genomförandeplaner i Lifecare i 12 verksamheter i avdelning LSS bostäder enligt fastlagd mall.

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningsmall samt Socialstyrelsens kunskapsstöd om delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner, publikation, 2014.

Fungerar styrdokumentet ändamålsenligt

Stickprovskontroll i Lifecare har genomförts för att granska genomförandeplaner samt delaktighet hos 57 brukare i 12 olika LSS-boenden. Totalt 28 kvinnor och 29 män ingick i granskningen. Granskningen noterade att 48 av 57 brukare, alltså 84%, hade genomförandeplaner som var upprättade/uppföljda de senaste sex månaderna. Nio brukare hade gamla/ej uppdaterade genomförandeplaner. Generellt var det

enstaka brukare i verksamheterna som inte hade uppdaterade genomförandeplaner. Det var endast systematiskt, dvs. att alla brukare hade inaktuella genomförandeplaner, i en verksamhet. Förklaringen till detta var enligt sektionschefen att verksamheten är underbemannad/inte har haft någon omsorgspedagog. Sedan granskningen gjordes är arbetet påbörjat med att uppdatera genomförandeplanerna och det beräknas vara klart under våren 2019.

Stickprovskontrollen av delaktighet vid upprättande/uppföljning av genomförandeplaner visade att 48 av 57 brukare, alltså 84% varit delaktiga. Nio brukare hade inte varit delaktiga. Av de nio som inte varit delaktiga var det en som inte ville, en som enligt personal hade kunnat vara delaktig och sju brukare som bedömdes sakna förmåga till delaktighet. Det finns inget samband mellan brukarna som inte varit delaktiga vid upprättande och brukarna som har gamla genomförandeplaner.

Av 57 granskningar blev 40 (70%) helt godkända dvs. genomförandeplanen var upprättad/uppdaterad de senaste sex månaderna och brukaren har varit delaktig vid upprättandet.

Årets resultat är en mindre försämring gentemot föregående år då verksamheten hade 75% godkända genomförandeplaner.

Förslag på förbättringsåtgärder

Förbättringsarbete med genomförandeplaner kommer att ske som en del av målarbetet 2019.

Risk:

Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för felaktig eller bristande insats på grund av bristfällig dokumentation vilket kan leda till uteblivet eller felaktigt stöd för brukaren.

Granskning:

Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

I 12 verksamheter granskas alla sociala akter. Granskningen ska omfatta att minst en daganteckning är gjord senaste månaden.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att dokumentationsskyldigheten följs.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov

Granskningsmetod:

Kvalitetsgranskning av brukares anteckningar i Lifecare i 12 verksamheter inom avdelning LSS bostäder enligt fastlagd mall.

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningsmall samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM, LSS och SOSFS 2014:5.

Fungerar styrdokumentet ändamålsenligt

Stickprovskontroll i Lifecare har gjorts för att kontrollera aktuella daganteckningar hos 57 brukare i 12 olika LSS-boenden. Totalt 28 kvinnor och 29 män ingick i granskningen. Av dessa hade 56 dokumenterad daganteckning den senaste månaden. Det innebär att 98% hade godkänt kontrollmoment avseende daganteckning. Den brukare som saknade daganteckning var inlagd.

Resultatet visar på en förbättring jämfört med föregående år då 94% hade godkänt kontrollmoment avseende daganteckningar.

Förslag på förbättringsåtgärder

Inga förbättringsåtgärder anses behövas.

Risk:

Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation.

Beskrivning av risk

Risk för felaktig eller bristande insats på grund av bristfällig dokumentation vilket kan leda till uteblivet eller felaktigt stöd för brukaren.

Granskning:

Brister i dokumentation

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Social dokumentation inom Nobelgården plan 1 och 2 i avdelning myndighet och socialpsykiatri.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra dokumentation.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov

Granskningsmetod:

Granskning av 10 slumpvis utvalda brukares dokumentation i Lifecare i fyra LSS-boenden.

Resultat

Befintliga styrdokument

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM, LSS och SOSFS 2014:5.

Fungerar styrdokumentet ändamålsenligt

Granskningen utfördes på Nobelgården plan 1 och 2 för att se antalet daganteckningar på respektive brukare under de senaste tre månaderna. För de nio brukarna på plan 1 varierade antalet anteckningar från 2 till 16 med ett genomsnitt på drygt 6 anteckningar per tre månader. Ett anmärkningsvärt lågt antal, inte minst med hänsyn till att målgruppen på boendet är personer som är utåtagerande och har demenssjukdomar.

För de tio brukarna på plan 2 varierade antalet anteckningar per brukare från 2 till 10 med ett genomsnitt

på knappt 6 anteckningar per tre månaders period. Även det relativt lågt då målgruppen är brukare med svåra psykiska sjukdomar.

I samband med Malmö stads omorganisation 2017-05-01 överfördes Nobelgården till funktionsstödsförvaltningen från dåvarande stadsområde Norr. I samband med detta har olika förbättringsområden identifierats. Ett led i de åtgärder som vidtagits har varit att under hösten anställa två samordnare, en per plan, på boendet för att bistå sektionschefen med pågående förändringsarbete.

Förslag på förbättringsåtgärder

Med hänsyn till bristerna i dokumentationen kommer samordnarna att med personalen gå igenom Lifecare samt aktivt stötta dem med att lägga in daganteckningar samt hur dessa ska se ut för att hålla god kvalitet. Vidare kommer samordnarna att som ytterligare stöd ta fram material om systemet och exempel på vad som ska skrivas och hur.

Risk:

Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation.

Beskrivning av risk

Risk för felaktig eller bristande insats på grund av bristfällig dokumentation vilket kan leda till uteblivet eller felaktigt stöd för brukaren.

Granskning:

Felaktig eller utebliven insats med anledning av bristfällig dokumentation.

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

I sex verksamheter granskas slumpvis fem utvalda sociala akter inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att dokumentationsskyldigheten följs.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen ska omfatta att minst en daganteckning är gjord senaste månaden.

Granskningsmetod:

Stickprovskontroll.

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningsmall samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM, LSS och SOSFS 2014:5.

Fungerar styrdokumenten ändamålsenligt

Stickprovskontroll i Lifecare har gjorts för att kontrollera aktuell daganteckning hos 31 brukare, 14 kvinnor och 17 män, vid sex olika verksamheter. Tre dagliga verksamheter (Getgatan, Valborgsgatan och Jägersro), två korttidsboende (Kastanjeplatsen och Dukatgatan) samt personlig assistans (sektion 1–6) där en brukares akt vid varje sektion har granskats. Två brukare på daglig verksamhet Getgatan samt två brukare vid korttidsverksamheten Dukatgatan saknade aktuell daganteckning. Vid personlig assistans saknade tre brukare daganteckning vid sektionerna 1, 4 och 6. I övriga granskade verksamheter och

sektioner var samtliga godkända. Således är totalt 77 % godkända i detta kontrollmoment (2017 var siffran 90 %). Samtliga verksamhetsansvariga har fått återkoppling av resultatet och i förekommande fall förslag på åtgärder. Personlig assistans har inte tillgång till det digitala dokumentationssystemet Lifecare, men det har börjat att införas och en brukare som granskades hade Lifecare. All dokumentation görs i pappersform och förvaras i pärmar.

Förslag på förbättringsåtgärder

Ansvariga chefer är informerade om resultatet. Det lägre resultatet kan förklaras med bland annat att korttidsverksamheterna har genomgått en rekonstruering vilket har medfört personalomsättning och att en del personal som arbetat länge i verksamheten har flyttat till andra arbetsplatser. Syftet med rekonstruktionen var bland annat ett behov av att anställa personal med kompetens inom tydliggörande pedagogik och autism. Sammantaget har det påverkat introduktion av nya medarbetare avseende utbildning i dokumentation och att hantera system vilket är ett pågående arbete.

En pedagogisk samordnare har anställts från september med speciellt fokus på genomförandeplaner.

Verksamheterna med försämrat resultat ska åtgärda detta och nya kontroller kommer att ske under hösten 2018.

November 2018-uppföljning

Uppföljning av intern kontroll och åtgärder med anledning av tidigare resultat vid korttidsenheter. Vid korttidsboende Kastanjeplatsen gjordes ny granskning den 28 november där fem slumpvisa genomförandeplaner samt sociala anteckningar kontrollerades. Samtliga tre kontrollmoment var godkända i alla fem granskningar vilket ger högsta poäng (15). Personalen beskriver att de haft ett gott stöd av den pedagogiska samordnaren.

Rapport från pedagogisk samordnare som under hösten gjort en kartläggning av samtliga brukares genomförandeplaner och sammanställt en lista på vilken personal som är kontaktperson till brukaren. Uppdrag till sektionschefer att utifrån lista prioritera ärenden för uppföljning.

Pedagogiska samordnaren arbetar direkt i sektionerna och har individuell handledning med personal som inte har tillräckliga kunskaper avseende dokumentation samt system (Lifecare). Enligt uppgift är det en stor del av personalen som behöver stöd i dessa moment.

Den pedagogiska samordnaren är med på möten inom sektionerna, arbetar ute i verksamheterna och ger individuell vägledning till medarbetare. Åtgärderna är pågående och kommer att följas upp inom det systematiska kvalitetsarbetet.

Risk:

Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet.

Beskrivning av risk

Risk för att insatsen utförs felaktigt på grund av bristande delaktighet och inaktuell genomförandeplan vilket kan leda till att brukaren inte får sina önskemål tillgodosedda.

Granskning:

Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Det finns ett krav att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. Granskningen omfattar att det finns aktuell genomförandeplan och att brukaren är delaktig.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutinen för upprättande av genomförandeplan.

Omfattning/avgränsning:

Kvalitetsgranskning av 30 slumpvis utvalda brukares genomförandeplaner i Lifecare i sex verksamheter inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet enligt fastlagd mall.

Granskningsmetod:

Stickprov.

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningsmall samt Socialstyrelsens kunskapsstöd om delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner, publikation, 2014.

Fungerar styrdokumentet ändamålsenligt

Stickprovskontroll i Lifecare har gjorts för att kontrollera genomförandeplan samt delaktighet vid upprättande hos 31 brukare, 14 kvinnor och 17 män, vid sex olika verksamheter. Tre dagliga verksamheter (Getgatan, Valborgsgatan och Jägersro), två korttidsboende (Kastanjeplatsen och Dukatgatan) samt personlig assistans (sektion 1–6) där en brukares genomförandeplan och delaktighet vid varje sektion har granskats. Av de 31 granskade genomförandeplanerna hade 19 godkänt i båda kontrollmomenten, aktuell genomförandeplan och att delaktigheten framgick. En brukare vid daglig verksamhet Getgatan saknade aktuell genomförandeplan. Vid korttidsverksamheterna Dukatagan hade endast en brukare godkänd genomförandeplan och där framgick delaktigheten, vid Kastanjeplatsen hade ingen brukare godkänd genomförandeplan. Vid personlig assistans saknade två brukare inom personlig assistans, sektion 3 och 4, aktuell genomförandeplan och därmed blir heller inte delaktigheten godkänd. I övriga granskade verksamheter och sektioner var samtliga genomförandeplaner aktuella och delaktigheten godkänd. Således är totalt 61 % godkänt i dessa båda kontrollmoment (2017 var siffran 90 %). Samtliga verksamheter har fått återkoppling av resultatet och i förekommande fall förslag på åtgärder.

Personlig assistans har inte tillgång till det digitala dokumentationssystemet Lifecare, men det har börjat att införas och en brukare som granskades hade Lifecare. I övrigt görs all dokumentation i pappersform och förvaras i pärmar.

Förslag på förbättringsåtgärder

Ansvariga chefer är informerade om resultatet. Det lägre resultatet kan förklaras med bland annat korttidsverksamheterna har genomgått en rekonstruering vilket har medfört personalomsättning och att en del personal som arbetat länge i verksamheten har flyttat till andra arbetsplatser. Syftet med rekonstruktionen var bland annat ett behov av att anställa personal med kompetens inom tydliggörande pedagogik och autism. Sammantaget har det påverkat introduktion av nya medarbetare avseende utbildning i dokumentation och att hantera system vilket är ett pågående arbete.

En pedagogisk samordnare har anställts från september med speciellt fokus på genomförandeplaner.

Verksamheterna med försämrat resultat ska åtgärda detta och nya kontroller kommer att ske under hösten 2018.

November 2018-uppföljning

Uppföljning av intern kontroll och åtgärder med anledning av tidigare resultat vid korttidenheter. Vid korttidsboende Kastanjeplatsen gjordes ny granskning den 28 november där fem slumpvisa

genomförandeplaner samt sociala anteckningar kontrollerades. Samtliga tre kontrollmoment var godkända i alla fem granskningar vilket ger högsta poäng (15). Personalen beskriver att de haft ett gott stöd av den pedagogiska samordnaren.

Rapport från pedagogisk samordnare som under hösten gjort en kartläggning av samtliga brukares genomförandeplaner och sammanställt en lista på vilken personal som är kontaktperson till brukaren. Uppdrag till sektionschefer att utifrån lista prioritera ärenden för uppföljning.

Pedagogiska samordnaren arbetar direkt i sektionerna och har individuell handledning med personal som inte har tillräckliga kunskaper avseende dokumentation samt system (Lifecare). Enligt uppgift är det en stor del av personalen som behöver stöd i dessa moment.

Den pedagogiska samordnaren är med på möten inom sektionerna och arbetar ute i verksamheterna och ger individuell vägledning till medarbetare. Åtgärderna är pågående och kommer att följas upp inom det systematiska kvalitetsarbetet.

Risk:

Utebliven insats med anledning av lång handläggningstid

Beskrivning av risk

Risk för utebliven insats av personlig assistans och boende med särskild service enligt LSS på grund av lång handläggningstid vilket kan leda till uteblivet stöd för brukaren.

Granskning:

Risk för utebliven insats av personlig assistans på grund av lång handläggningstid vilket kan leda till uteblivet stöd för brukaren

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Handläggningstid hos myndighetsenheten för insatsen personlig assistans enligt LSS.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att handläggningstiden följer gällande riktlinjer.

Omfattning/avgränsning:

Tidsperiod från när ansökan inkom till beslut fattas.

Granskningsmetod:

Samtliga inkomna ansökningar om personlig assistans under året.

Resultat

Befintliga styrdokument

Förvaltningens mål att säkerställa att handläggningstiden ej överstiger fyra månader.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Den genomsnittliga handläggningstiden under år 2018 var 8,5 månader, drygt dubbelt så lång som uppsatt mål. Att längden varit mer eller mindre oförändrad under året hänger troligen delvis samman med skiftningar i ärendinflödet. En av de främsta orsakerna till att förvaltningen ännu inte ser det resultat som önskas, trots utökade resurser, är att det har tagit lång tid för de nya handläggarna att bli introducerade för

att kunna arbeta självständigt. En del av handläggarna var först på plats under slutet av 2018 samt i början av januari 2019. Det har varit svårt att rekrytera personal med tidigare erfarenhet av arbetet som LSS-handläggare vilket även har bidragit till längre upplärningstid. Inflödet av ansökningar har varit relativt konstant senaste halvan av 2018. Ytterligare en orsak till de långa handläggningstiderna inom personlig assistans är den stora ökningen av ansökningar som inkom till förvaltningen fram till och med april 2018 med anledning av ändrad rättspraxis på Försäkringskassan gällande personlig assistans enligt SFB (socialförsäkringsbalk). Efter april 2018 minskade inflödet något på grund av att Försäkringskassan då stoppade de kontinuerliga tvåårsomprövningarna, vilket medförde att färre personer fick sitt beslut om statlig assistans indraget. Dock har det stora inflödet som hann inkomma medfört arbetsanhopning och därmed fördröjt handläggningstiden generellt.

I samband med Malmö stads omorganisation 2017-05-01 skapades en ny förvaltning med ansvar för såväl myndighetsutövning som verkställighet av LSS- och socialpsykiatriinsatser. Vid omorganisationen medföljde cirka 700 icke-hanterade och ej fördelade ärenden varav 100 ärenden rörande personlig assistans från dåvarande stadsområdena till funktionsstödsförvaltningen. Detta medförde förlängda handläggningstider i ett stort antal ärenden. Mängden icke hanterade ärenden var inte känd innan omorganisationen genomfördes. En genomfattande lex Sarah utredning på samtliga ärenden som dröjt mer än sex månader genomfördes i början av 2018.

För att bättre möta de behov som uppstod omorganiserades myndighetsenheten i början av 2018, från två till tre sektioner i syfte att dels utöka andelen handläggare som arbetade med assistansärenden, dels att i högre grad specialisera tjänsterna. Tidigare har alla handläggare haft alla typer av ärenden.

- Utökning av handläggartjänster. 2018 utökades tjänsterna med fyra stycken. I budget 2019 sker utökning med ytterligare fem tjänster. Fördelningen av tjänster är fr. o.m. januari 2019: 20 i LSS-teamet och 16 i assistansteamet (samt 10,5 i socialpsykiatriteamet). Totalt 46,5 handläggartjänster i budget 2019.

- Rutiner för handlägningsprocesser togs fram för samtliga insatser enligt LSS samt för insatser enligt 4 kap 1 § SoL; hemtjänst och särskilt boende psykiatri.

- Kontinuerlig handledning av jurist, under hösten vara annan vecka och från januari 2019 varje vecka. Syftet är att handläggarna ska ha möjlighet att diskutera ärenden i förhållande till bland annat rättspraxis.

- För att ytterligare säkerställa rättstillämpningen av aktuella lagstiftningar och tolkning av rättsfall genomgick samtliga handläggare, i maj 2018, utbildning med extern jurist.

- Regelbunden ärendehandledning, 1 gång/månad, inleddes i september 2018.

- Systematiskt förbättringsarbete såsom dagliga tavelmöten med tydliga mål och veckovis avstämningar.

- Avlastning genom att assistent sköter registreringarna av inkomna assistansansökningar i verksamhetssystemet.

- Tydligare prioriteringsordning av ärenden.

- Samtliga ärenden som dröjt mer än sex månader prioriteras genom intern omorganisering, inrättande av resurs team som arbetar undan de ansökningar med längsta väntetiderna.

- Inrättande av frikopplad förste handläggare (startar i maj 2019) som ska ge snabbare ärende handledning och därmed avlasta både handläggare och sektionschefer.

- Förslag på förenklad utredningsmall i systemet har arbetats fram och håller nu på att testas för att se om dels utredningarna blir lättare att förstå men även om skrivtiden kan minskas för handläggarna.

Förslag på förbättringsåtgärder

Handläggningstiderna mäts månadsvis och visar att det fortfarande är långt kvar för att uppnå målet med fyra månaders handläggningstid. Därav har myndighetsenheten förmedlat ett tydligt mål att senast 2019-

05-01 ska väntande ansökningar överstigande fyra månader arbetas igenom. Detta innebär en period för handläggarna med intensifierat arbete för att nå målen. Därav tas en handlingsplan fram som förutom ovan punkter innehåller:

- Veckovis individuell avstämning för handläggarna med närmsta chef för att stämma av antal fattade beslut per handläggare, vad som finns kvar, eventuella prioriteringar som behövs göras samt om det finns annat behov av stöd för att nå uppsatt mål.
- Nya ärenden är prioriterade varpå andra arbetsuppgifter av lägre prioritet får avvakta.
- Arbeta med förenklad utredningsmall.
- Fortsatt samarbete med förvaltningsjurist.

Granskning:

Risk för utebliven insats av boende med särskild service enligt LSS på grund av lång handläggningstid vilket kan leda till uteblivet stöd för brukaren.

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Handläggningstid hos myndighetsenheten för insatsen boende med särskild service enligt LSS.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att handläggningstiden följer gällande riktlinjer.

Omfattning/avgränsning:

Tidsperiod från när ansökan inkom till beslut fattas.

Granskningsmetod:

Samtliga inkomna ärenden om boende med särskild service under året.

Resultat

Befintliga styrdokument

Förvaltningens mål att säkerställa att handläggningstiden ej överstiger fyra månader.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Den genomsnittliga handläggningstiden under 2018 var 4,1 månader för barnärenden och 6,9 månader för vuxna. En av de främsta orsakerna till att förvaltningen ännu inte ser det resultat som önskas, trots utökade resurser, är att det har tagit lång tid för de nya handläggarna att bli introducerade för att kunna arbeta självständigt. En del av handläggarna var först på plats under slutet av 2018 samt i början av januari 2019. Det har varit svårt att rekrytera personal med tidigare erfarenhet av arbetet som LSS-handläggare vilket även har bidragit till längre upplärningstid. Inflödet av ansökningar har varit relativt konstant senaste halvan av 2018.

I samband med Malmö stads omorganisation 2017-05-01 skapades en ny förvaltning med ansvar för såväl myndighetsutövning som verkställighet av LSS- och socialpsykiatriinsatser. Vid omorganisationen medföljde 700 icke-hanterade och ej fördelade ärenden varv 100 ärenden rörande personlig assistans från dåvarande stadsområdena till funktionsstödsförvaltningen. Detta medförde förlängda handläggningstider i ett stort antal ärenden. Mängden icke hanterade ärenden var inte känt innan omorganisationen

genomfördes. En genomfattande lex Sarah utredning på samtliga ärenden som dröjt mer än sex månader genomfördes i början av 2018.

För att bättre möta de behov som uppstod omorganiserades myndighetsenheten i början av 2018, från två till tre sektioner i syfte att dels utöka andelen handläggare som arbetade med assistansärenden, dels att i högre grad specialisera tjänsterna. Tidigare har alla handläggare haft alla typer av ärenden.

- Utökning av handläggartjänster. 2018 utökades tjänsterna med fyra stycken. I budget 2019 utökas tjänsterna med ytterligare fem tjänster. Fördelningen av tjänster är from januari 2019: 20 i LSS-teamet och 16 i assistansteamet (samt 10,5 i socialpsykiatri teamet). Totalt 46,5 handläggartjänster i budget 2019.

- Rutiner för handläggningsprocesser togs fram för samtliga insatser enligt LSS samt för insatser enligt 4 kap 1 § SoL; hemtjänst och särskilt boende psykiatri.

- Kontinuerlig handledning av jurist, under hösten vara annan vecka och from januari 2019 varje vecka. Syftet är att handläggarna ska ha möjlighet att diskutera ärenden i förhållande till bland annat rättspraxis.

- För att ytterligare säkerställa rättstillämpningen av aktuella lagstiftningar och tolkning av rättsfall genomgick samtliga handläggare, i maj 2018, utbildning med extern jurist.

- Regelbunden ärendehandledning, 1 gång/månad, inleddes i september 2018.

- Systematiskt förbättringsarbete såsom dagliga tavelmöten med tydliga mål och veckovis avstämningar.

- Avlastning genom att assistent sköter registreringarna av inkomna assistansansökningar i verksamhetssystemet.

- Tydligare prioriteringsordning av ärenden.

- Samtliga ärenden som dröjt mer än sex månader prioriteras genom intern omorganisering, inrättande av resurs team som arbetar undan de ansökningar med längsta väntetiderna.

- Inrättande av frikopplad förste handläggare (startar i maj 2019) som ska ge snabbare ärende handledning och därmed avlasta både handläggare och sektionschefer.

- Förslag på förenklad utredningsmall i systemet har arbetats fram och håller nu på att testas för att se om dels utredningarna blir lättare att förstå men även om skrivtiden kan minskas för handläggarna.

Förslag på förbättringsåtgärder

Handläggningstiderna mäts månadsvis och visar fortfarande att det är långt kvar för att uppnå målet med fyra månaders handläggningstid. Därav har myndighetsenheten förmedlat ett tydligt mål att senast 2019-05-01 ska väntande ansökningar överstigande fyra månader arbetas igenom. Detta innebär en period för handläggarna med intensifierat arbete för att nå målen. Därav tas en handlingsplan fram som förutom ovan punkter innehåller:

- Veckovis individuell avstämning för handläggarna med närmsta chef för att stämma av antal fattade beslut per handläggare, vad som finns kvar, eventuella prioriteringar som behövs göras samt om det finns annat behov av stöd för att nå uppsatt mål.

- Nya ärenden är prioriterade varpå andra arbetsuppgifter av lägre prioritet får avvakta.

- Arbeta med förenklad utredningsmall.

- Fortsatt samarbete med förvaltningsjurist.

Risk:

Avsaknad av inventarieregister för elektronisk utrustning

Beskrivning av risk

Risk för att elektronisk utrustning hamnar på villovägar på grund av avsaknad av eller brister i register eller bristande rutiner, vilket kan leda till ekonomisk skada och förtroendeskada.

Granskning:

Elektronisk utrustning

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Respektive nämnd och helägt bolag ska svara på följande frågor:

- Finns rutin för att hämta ut utrustningen?
- Finns rutin för återlämning av utrustningen?
- Finns register där det framgår vem som har vilken utrustning?
- Vilka uppgifter innehåller registret?

Om rutin finns ska självskattning göras huruvida den följs enligt följande:

- Tillfredsställande
- Förbättringsområde
- Behöver ses över omgående

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att undersöka om och säkerställa att det finns register och rutiner för att hålla reda på elektronisk utrustning.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen ska genomföras av samtliga nämnder och helägda bolag och omfatta surfplattor, mobiltelefoner, datorer och skärmar.

Granskningsmetod:

Granskning av förekomst av rutiner och register för kontroll över elektronisk utrustning.

Resultat

Förvaltningen har rutin för att hämta ut utrustning samt rutin för återlämning av utrustning, men den gäller i nuläget inte datorer då dessa levereras direkt till respektive arbetsplats. Rutin har funnits sedan tidigare men arbetet under 2018 har varit inriktat på att dokumentera rutinen samt säkerställa kvalitén på rutinen.

I samband med årsbokslutet görs en inventering av stöldbegärlig egendom vilket inkluderar elektronisk utrustning. Då samlas följande uppgifter in från förvaltningens chefer:

- Ansvarig chef
- Inventeringsdatum
- Inventarier/modell
- Eventuell rum/vån
- Serienummer / IMEI Nummer
- Stöldmärkningsnummer
- Anskaffningsår

- Användare vid personlig utrustning
- Kostnadsställe/arbetsplats
- Inköpspris

Utrustning som registret omfattar är; datorer, skärmar, skrivare, kopieringsmaskiner, läsplattor (Ipad), mobiltelefoner, TV, DVD, övriga apparater, kameror, maskinutrustning, tekniska hjälpmedel och andra inventarier av stöldbärlig karaktär enligt verksamhetens bedömning.

Förvaltningen kommer under 2019 fortsätta arbetet med rutinen då självskattningen är att det är ett förbättringsområde.

Risk:

Fel pris fakturerat jämfört med avtal

Beskrivning av risk

Risk för att kommunen betalar felaktigt pris på grund av bristande kontroll vilket kan leda till ekonomiska konsekvenser.

Granskning:

Fakturerade prisers överensstämmelse med avtal

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning att fakturerat pris överensstämmer med avtal/order/prislista eller motsvarande (enligt 8§ i Malmö stads attestreglemente). Granskningen avser fakturerat pris (per enhet), inte huruvida rätt mängd fakturerats.

Stadskontoret tar, senast i början av 2018, fram urval av fakturor att kontrollera och anvisningar hur dokumentation av granskningen ska göras.

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att undersöka om den kontroll som ska göras enligt attestreglementet i realiteten genomförs och om det finns typer av fakturor som är särskilt svårkontrollerade.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen omfattar samtliga nämnder, men inte bolagen, eftersom attestreglementet inte gäller bolagen. Bolagen avgör själva om motsvarande granskning ska göras och svarar då själva för urval av fakturor.

Granskningsmetod:

Granskning genom jämförelse mellan urval av fakturor och avtal/order/prislista.

Resultat

Sammanfattning av kontrollerade fakturor:

- Fem av fakturorna avser personlig assistans. För dessa finns inte något avtal då utbetalningen grundar sig på ett biståndsbeslut. Timtaxan är lagstyrd och bestäms för varje år. Fakturorna har kontrollerats mot biståndsbeslut. Kontroll har även gjorts att rätt timtaxa använts.
- Nio fakturor avser hyra för lokaler och lägenheter, el och sophämtning. Aviserad hyra har stämts av mot hyresavtal.
- Fyra fakturor avser inköp av förbrukningsmaterial och drivmedel. Fakturerad kostnad har stämts av mot avtalskatalogen.

- Två fakturor avser bemanningstjänst, sjuksköterskor. Avstämning har gjorts mot avtal. Bemanning av sjuksköterskor administreras av hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen.
- Två fakturor avser externa placeringar inom LSS. Fakturerad dygnskostnad har stämts av mot avtal.
- Två fakturor avser företagshälsovård. Fakturerad kostnad har stämts av mot avtal.
- En faktura avser driftskostnad för befintligt system. Fakturan har stämts av mot avtal.
- En faktura avser städtjänst. Fakturan har stämts av mot avtal med hjälp av städkoordinator på serviceförvaltningen.
- En faktura avser advokatkostnad i samband med en process som fördes över från stadskontoret till funktionsstödsförvaltningen i samband med omorganisationen 2017. Fakturerad kostnad har stämts av mot avtal från stadskontoret.
- Två av fakturorna avser tekniska hjälpmedel inom Hjälpmedelscentrums verksamhet. Fakturorna har stämts av mot avtal.
- Elva fakturor avser diverse mindre inköp som huvudsakligen gjorts efter direktupphandling. När det har varit möjligt har avstämning gjorts mot dokumentation från direktupphandling.

Avvikelser

- Tre av fakturorna avser el som köpts av annan än avtalad leverantör. Leverantören är Eon medan Malmö stad har avtal med Energiförsäljning Sverige AB.
- En faktura avser inköp av en diskmaskin från annan än avtalad leverantör. Vid inköpet har man förväxlat upphandlingen benämnd Små Vitvaror med upphandlingen benämnd Stora Vitvaror.

Erfarenheter

Det är tidsödande att göra kontroll mot avtalade priser även om samtliga uppgifter finns tillgängliga via avtalskatalogen. Kontrollen försvåras av att prislister i avtalskatalogen inte är överskådliga och rabattvillkor kräver att beräkning görs för att rätt pris ska kunna verifieras. Ett exempel på detta är avtalet för stationstankning hos OKQ8. Ett annat exempel är avtalet med Energi Försäljning Sverige AB där avsnittet om pris är svårt att tolka vilket gör att kontroll av fakturerat pris inte är möjligt. Vissa avtal som funktionsstödsförvaltningen använder finns endast beskrivna i avtalskatalogen. För att få fullständig information om priser mm. behöver man gå vidare. Det gäller t. ex. avtalen för bemanning av sjuksköterskor där man hänvisas till en sektionschef inom hälsa- vård och omsorgsförvaltningen. Avtal för t. ex. inkontinenshjälpmedel hänvisar till Region Skånes avtalskatalog. För oss som arbetar på ekonomiavdelningen och gör stickprovskontroller vid inköp hade det varit bättre om all information fanns tillgänglig i avtalskatalogen.

Utfallet av granskningen

Funktionsstödsförvaltningen arbetar redan idag med att göra stickprovskontroller avseende avtalstrohet och att regler för direktupphandling och dokumentation följs. Detta arbete kommer att fortsätta under 2019.

Samtliga tre avvikelser vid granskningen handlar om att inköp gjorts hos fel leverantör. För två av fakturorna har abonnemang legat kvar hos en gammal leverantör trots att avtal slutits med ny leverantör. Vid inköpet som ligger bakom den tredje fakturan har avtal misstolkats och fel leverantör valts. För att minska denna typ av fel behöver informations- och utbildningsinsatser göras kontinuerligt för målgrupperna sektionschefer och beställare.

Risk:

Felaktiga leverantörsfakturor/utbetalningsunderlag

Beskrivning av risk

Risk för att leverantörsfakturor och utbetalningsunderlag innehåller felaktiga uppgifter på grund av bristande underlag eller felaktig kontering, vilket kan leda till felaktiga utbetalningar och felaktigheter i redovisningen.

Granskning:

Granskning av om leverantörsfakturor och utbetalningsunderlag innehåller felaktiga uppgifter på grund av bristande underlag eller felaktig kontering, vilket kan leda till felaktiga utbetalningar och felaktigheter i redovisningen

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av leverantörsfakturor/utbetalningsunderlag.

Syfte med granskningen:

Granskning av leverantörsfakturor och utbetalningsunderlag då bristande underlag eller felaktig kontering kan leda till felaktiga utbetalningar och felaktigheter i redovisningen.

Omfattning/avgränsning:

Kontroll av 30 fakturor vid två tillfällen under 2018, april och oktober. Kontroll av betalningsmottagare, moms, kontering, fakturaadress, referens, attest, betalningstidpunkt.

Granskningsmetod:

Stickprov

Resultat

Befintliga styrdokument

Malmö stads ekonomihandbok.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Leverantörsfakturor och utbetalningsunderlag kan innehålla felaktiga uppgifter på grund av bristande underlag eller felaktig kontering, vilket kan leda till felaktiga utbetalningar och felaktigheter i redovisningen.

Granskningen omfattar 60 leverantörsfakturor. Vid granskningen har det kontrollerats att:

- fakturan är korrekt adresserad.
- rätt referens har angivits.
- beloppet på fakturan överensstämmer med beloppet som registrerats i ekonomisystemet.
- rätt moms är registrerad.
- rätt förfalldatum registrerats
- rätt bankgiro eller plusgiro registrerats.
- rätt konto har registrerats.

Tre av fakturorna hade brister i adresseringen varav två var adresserade till gamla förvaltningar som avslutades i samband med omorganisationen 170501. Åtta av fakturorna hade inte korrekt referens. Enligt Malmö stads rutiner ska kostnadsställe anges som referens. När fakturor är korrekt adresserade och har

fullständig referens sker cirkulationen av fakturan i ekonomisystemet Ekot automatiskt. Om uppgifterna inte är korrekta krävs att ekonomiavdelningen eller redovisningsenheten manuellt cirkulerar fakturan till rätt medarbetare. Detta leder till ett stort administrativt arbete och riskerar att försena hanteringen av fakturorna.

15 abonnemangsfakturer saknade uppgift om bankgironummer på fakturan. Förvaltningen har uppmärksammat stadskontorets systemenhet, som ansvarar för fakturaintegration till ekonomisystemet Ekot, på problemet som nu utreds.

Två fakturer var felperiodiserade. En faktura var felaktigt konterad men hade korrigerats i efterhand via bokföringsorder. Två fakturer var betalda efter förfallodagen. Övriga kontroller uppvisade inte några brister.

Förslag på förbättringsåtgärder

Under året har ekonomiavdelningen informerat cheferna via Komin om vikten av att ange rätt fakturaadress och referens vid beställning. Leverantörer som skickar fakturer som är felaktigt adresserade eller har felaktig referens ska kontaktas löpande. Detta arbete behöver fortsätta under 2019.

Dagligen görs stickprovskontroller på fakturer som är aktuella för betalning. Då kontrolleras bland annat belopp, betalningsmottagare, kontering och periodisering. Dessa kontroller fortsätter under 2019.

Förvaltningen planerar att genomföra informationsmöten med administratörer i verksamheten tillsammans med redovisningsenheten inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Syftet är att öka kunskapen om regler, fakturer och ekonomisystem.

Risk:

Referenstagning vid nyanställning (månadsanställda, ej chefer)

Beskrivning av risk

Risk att förvaltningen anställer en olämplig medarbetare, p.g.a. bristande referenstagning, vilket kan leda till konsekvenser för brukaren.

Granskning:

Referenstagning vid nyanställning (månadsanställda, ej chefer)

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Efterlevnaden av Malmö stads rekryteringsprocess samt guide vid referenstagning.

Syfte med granskningen:

Säkerställa referenstagning vid nyanställning (månadsanställda, ej chefer).

Omfattning/avgränsning:

Stickprov.

Granskningsmetod:

Stickprovskontroller om 20 slumpvis utvalda rekryteringar.

Resultat

Befintliga styrdokument

Malmö stads rekryteringsprocess samt guide vid referenstagning.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Rutinen fungerar ändamålsenligt.

Granskningen visar att samtliga chefer tagit två referenser på personen de anställt samt att de tagit referens av den tidigare chefen om den anställda tidigare arbetat i Malmö stad. Detta är i enlighet med Malmö stads rekryteringsprocess samt guide vid referenstagning.

Förslag på förbättringsåtgärder

Bedömningen görs att inga åtgärder behöver vidtas, då rutinen fungerar ändamålsenligt.

Risk:

Brister i uppföljning av timavlönade

Beskrivning av risk

Risk att rutinen avseende uppföljning av timavlönade inte följs, på grund av oklar ansvarsfördelning, vilket kan leda till att olämplig personal erbjuds fortsatt anställning samt får företrädesrätt och tillsvidareanställning.

Granskning:

Brister i uppföljningen av timavlönade

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Rutinen för uppföljning av timavlönade.

Syfte med granskningen:

Minska risken för att olämplig personal erbjuds fortsatt anställning samt får företrädesrätt och tillsvidareanställning.

Omfattning/avgränsning:

Avstämning med samtliga HR-konsulter om rutinen för uppföljning av timavlönade används i respektive enhet.

Granskningsmetod:

Avstämning med samtliga HR-konsulter om rutinen för uppföljning av timavlönade används i respektive enhet.

Resultat

Befintliga styrdokument

Det finns en förvaltningsspecifik rutin framtagen av HR avseende uppföljning av timavlönade.

Fungerar styrdokumenten ändamålsenligt

Rutinen följs inte upp i alla enheter och några enheter följer upp timavlönade på annat sätt. Bedömningen är därför att rutinen inte fungerar ändamålsenligt.

Förslag på förbättringsåtgärder

HR-avdelningen kommer under 2019 att se över rutinen och en utsedd medarbetare kommer att följa upp timavlönade medarbetare. En åtgärd har redan vidtagits på så vis att LAS-listan är ändrad och nedbruten på enhetsnivå för förenklad handläggning.

Risk:

Rehabiliteringsprocessen

Beskrivning av risk

Risk att rutinen "Plan för återgång i arbete" inte används, på grund av bristande implementering, vilket kan leda till att medarbetaren inte får den rehabilitering som behövs och riskerar att få en fördröjning i utbetalningen av sjukpenning.

Granskning:

Rehabiliteringsprocessen

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Rehabiliteringsprocessen, rutin "plan för återgång i arbete".

Syfte med granskningen:

Säkerställa att medarbetaren får den rehabilitering som behövs och minska risken för en fördröjning i utbetalning av sjukpenning.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov.

Granskningsmetod:

Stickprovskontroller i Adato om 20 rehabiliteringsärenden.

Resultat

Befintliga styrdokument

Det finns en Malmö stad övergripande rutin för "Plan för återgång i arbete". Sedan den 1 juli är det också inskrivet i Socialförsäkringsbalken att arbetsgivare är skyldiga att ta fram en plan för återgång i arbete.

Fungerar styrdokumenten ändamålsenligt

Den stickprovskontroll som genomfördes i juni 2018 inom aktuellt granskningsområde visade att det endast fanns "Plan för återgång" i ett av de tjugo slumpmässigt utvalda rehabiliteringsärendena. Till följd av detta genomfördes en ny stickprovskontroll i november. Vid det aktuella tillfället fanns en upprättad plan för återgång för femton av tjugo medarbetare. I två av de fem rehabiliteringsärendena som saknade en plan fanns en anteckning om att medarbetaren var för sjuk för att en "plan för återgång i arbete" skulle kunna genomföras. Det konstateras således att den faktiska avvikelserna är tre ärenden där det helt saknas plan för återgång eller anteckning om att det inte kunnat ske.

Förslag på förbättringsåtgärder

Sedan förra granskningen har det skett ytterligare informationsinsats vad avser användandet av blanketten "Plan för återgång i arbete" och dialog har ägt rum med chefer i samband med rehabgenomgångar. Vidare sker löpande uppföljningen av att blanketten tas fram för alla medarbetare som omfattas, vid de rehabuppföljningsmöten, som enhetschefer har med sina sektionschefer. Även om plan för återgång saknades i några av de granskade ärendena ser arbetsgivaren att förvaltningens chefer, i de flesta fall, arbetar systematiskt med sina rehabiliteringsärenden. Fortsatt dialog kommer att ske i samband med rehabgenomgångar och vid rehabuppföljningsmöten, men bedömningen är att det inte krävs någon ytterligare åtgärd.

Risk:

Felaktiga kontaktuppgifter

Beskrivning av risk

Risk för att kontaktuppgifter till medarbetarna inte uppdateras vid omorganisationen på grund av tidsbrist och bristfällig information vilket kan leda till att medborgarna inte kan nå rätt person

Granskning:

Kontaktuppgifter

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Utifrån urval som tillhandahålls av stadskontoret granskas kontaktuppgifter i intranätet Komin inklusive katalogtjänsten CMG Office Web. Utöver detta ska respektive nämnd svara på om det finns rutin för att lägga upp och uppdatera kontaktuppgifter. Stadskontoret återkommer senast i början av 2018 med detaljerad anvisning hur granskningen ska genomföras och hur granskningsresultaten ska dokumenteras.

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är dels att undersöka förekomsten av rutiner för att lägga upp och uppdatera kontaktuppgifter i Malmö stads intranät, dels undersöka förekomst och omfattning av eventuella brister. Upptäckta brister i kontaktuppgifter ska åtgärdas direkt. Med granskningsresultatet som grund bedömer respektive nämnd om det finns behov av att upprätta eller förbättra befintliga rutiner för att ajourhålla kontaktuppgifterna.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen gäller samtliga nämnder, men inte bolagen.

Granskningsmetod:

Granskning av kontaktuppgifter genom kontroll i Komin och CMG Office Web huruvida uppgifter finns och är korrekta samt förekomst av rutin som säkerställer att kontaktuppgifter läggs upp, ändras och tas bort när förändringar sker.

Resultat

Granskningen är genomförd i enlighet med stadskontorets instruktioner för intern kontroll av felaktiga kontaktuppgifter; *Anvisning granskning kontaktuppgifter* och *granskning kontaktuppgifter*. Fullständig granskning finns i bifogad bilaga.

Riktlinjerna/anvisningarna för intern kontroll har kunnat följas på samtliga punkter utom följande: i anvisningarna står att granskaren, för att få reda på om medarbetaren har mobiltelefon, ska kontakta denne (genom personligt besök, via e-post eller fast telefon). Istället för att kontakta varje enskild medarbetare, kontaktades närmsta chef för granskad arbetsplats.

Inga medarbetare gick att hitta via organisationsträdet i CMG, då närmaste nivå där är själva arbetsplatsen. Granskaren fick istället söka på medarbetarnas namn.

Granskningen nedan delas upp utifrån resultat i kontaktbok på Komin och CMG telefonkatalog.

Kontaktbok på Komin

Delsjögatan

Resultatet visar att under granskningsperioden fanns fler som tillhörde arbetsplatsen i kontaktboken på Komin, än i listan från HR-avdelningen. Samtliga fanns med namn, e-postadress och titel, men saknade information om fast telefonnummer, mobilnummer, besöksadress och arbetsuppgifter. Ingen av de

anställda har egen tjänstemobil.

Nobelgården

Resultatet visar att det under granskningsperioden skulle finnas 31 anställda på arbetsplatsen. I kontaktboken fanns 33 stycken. Samtliga anställda, utom en, fanns med namn och titel. En medarbetare hade uppgett mobilnummer. Två av de anställda har egen tjänstemobil. Samtliga saknade information om fast telefonnummer och beskrivning av arbetsuppgifter. En person har uppgett besöksadress.

CMG Office web

Delsjögatan

Av de 11 anställda fanns 2 personer i CMG-katalogen. En av dessa stod med andra uppdrag än som medarbetare på arbetsplatsen. För de två som fanns med, fanns e-postadress och namn till båda. Ingen av dem hade något telefonnummer kopplat till sig.

Nobelgården

Av de 31 anställda fanns 2 personer i katalogen. Båda hade uppgett en annan arbetsplats än Nobelgården. Båda hade information om namn, titel, fast telefonnummer och e-postadress. En av dem saknade uppgifter om besöksadress och sökord.

Granskning av rutiner

Det finns ingen skriftlig rutin för att förvaltningens medarbetare ska ha uppdaterade kontaktuppgifter på Komin eller i CMG Office Web. Kommunikationsavdelningen har under den tid förvaltningen har funnits, några gånger gått ut med information till medarbetare via nyhet på Komin och i nyhetsbrev till chefer för att påminna om vikten av att kontaktuppgifter på Komin är uppdaterade.

Kommunikationsavdelningen har också lagt ut tydliga instruktioner för hur detta görs i kontaktboken på Komin. I samtal med chefer i förvaltningen har kommunikationsavdelningen också påmint om att det är viktigt att uppgifterna i kontaktboken är uppdaterade.

Kommunikationsavdelningen har inte gjort någon tidigare granskning av uppdaterade kontaktuppgifter.

Analys

Nobelgården och Delsjögatan är ett stödboende respektive LSS-boende. Medarbetarnas arbetsuppgifter omfattar framför allt användning av gemensamma datorer för dokumentation. Den sektionschef som berättade att två medarbetare har tjänstemobil, förklarade att en av dessa medarbetare hade en annan chef. Det kan vara en förklaring till att två medarbetare tillhör en annan arbetsplats i CMG telekatalogen. En trolig anledning till att det finns fler medarbetare i kontaktboken på Komin än på arbetsplatsen, är att personerna nyligen har slutat och att förändringen inte har hunnit slå igenom i kontaktboken på Komin.

I Malmö stads kommunikationspolicy framhålls vikten av att medarbetare ”I så stor utsträckning som möjligt ska kunna nås via ett direktnummer”. Till skillnad från medarbetare som har personligt telefonnummer läggs inte telefonnumret in automatiskt för medarbetare på vårdavdelning/boende som inte har ett personligt telefonnummer, utan de nås via boendets/avdelningens telefonnummer. Det numret kommer följaktligen inte läggas in i CMG-katalogen och knyts till den enskilde medarbetaren om hen inte själv aktivt lägger in telefonnumret via kontakt med televäxeln eller lägger in det manuellt i CMG telekatalogen på webben. Anledningen till att så få medarbetare från de granskade arbetsplatserna finns med i CMG telekatalogen, är alltså att de saknar personligt telefonnummer och därför inte automatiskt lagts till där.

En rutin som förtydligar vems ansvaret är att se till att medarbetare har uppdaterade kontaktuppgifter bör tas fram. Med rutinen bör också en kommunikationsplan för information till chefer och medarbetare finnas.

Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll

Kommentarer till självskattning

Nämnderna utvärderar årligen sitt arbete med intern kontroll genom att göra en självskattning (grönt, gult eller rött) av ett antal kommungemensamma kriterier.

Förbättringsområden (gulmarkerade kriterier)

Kriteriet *Ledningsgrupperna tar ansvar för fungerande kontrollmiljö* är i princip uppfyllt, men det pågår ett utvecklingsarbete för att det interna kontrollarbetet ska bli mer systematiskt och på så sätt i större utsträckning vara en del i kvalitetsarbetet på de olika verksamhetsnivåerna. Förvaltningen ändrade arbetssättet för riskanalys i internkontrollprocessen inför framtagande av internkontrollplan 2019. Förändringen är en del i arbetet med att utveckla styrprocesserna för intern kontroll, planering och uppföljning av mål samt ledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Istället för att göra riskanalyser som enbart syftar till att få fram underlag till internkontrollplanen genomfördes under hösten 2018 riskdialoger med syfte att inventera, riskbedöma och föra dialog kring hur riskerna ska hanteras för att få bäst resultat. Resultatet av riskdialogerna, som genomfördes i samtliga avdelningar, blev en risklista där hanteringen av riskerna finns med.

Nämnden bedömer att det nya arbetssättet i högre grad medför att de största riskerna inom verksamheten lyfts i riskdialogerna och därmed också dokumenteras i risklistan. Effekten av det nya arbetssättet är en större helhetssyn över hur förvaltningen hanterar och följer upp risker.

När det gäller kriteriet *Informationstillgången är tillräcklig* så är det en utmaning att nå alla sektionschefer och medarbetare i en stor förvaltning som funktionsstödsförvaltningen. Alla har tillgång till information på Komin, men det behöver inte betyda att det finns en levande dialog kring den interna kontrollen i alla verksamheter. Förbättringar sker utifrån att förvaltningen arbetar med förståelsen för och tillämpningen av intern kontroll och ledningssystem.