

Uppföljning av intern kontroll 2019

Funktionsstödsnämnden

Innehållsförteckning

Inledning	4
Ansvar	5
Arbetsgång vid internkontrollgranskning	6
Kommungemensamma granskningsområden	7
Direktåtgärder	8
Risk för resursbrist avseende sjuksköterskor	8
Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs	8
Risk för resursbrist avseende sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter	8
Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs	9
Felaktiga behörigheter	9
Översyn av behörigheter	9
Hantering av privata medel hos brukare	10
Hantering av privata medel hos brukare	10
Granskningar	11
Nämndens granskningar	11
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	11
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	11
Skyddsåtgärder	12
Skyddsåtgärder	12
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	14
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	14
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	15
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet	15
Risk för vårdskada om det saknas aktuell egenvårdsbedömning	17
Egenvårdsbedömning	17
Risk för felaktig hantering av medicintekniska produkter	18
Medicintekniska produkter	18
Brister i patientjournal	19
Kontroll av följsamhet till rutin för journalföring	20
Brister i efterlevnad av alkoholpolicy	22
Efterlevnad av alkoholpolicy	22
Brister i efterlevnad av resepolicy	23
Efterlevnad av resepolicy	23
Risk att beslut om LSS-boende inte verkställs inom tre månader	24
Verkställighet	24
Felaktiga leverantörsfakturor/utbetalningsunderlag	25
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	25
Inköp enligt avtal	27

Granskning av att inköp görs från avtalade leverantörer eller efter direktupphandling om avtal saknas. Inköp som inte görs enligt regler för upphandling kan medföra ekonomiska konsekvenser.....	27
Fakturor avseende personlig assistans	28
Granskning av att utbetalningar avseende personlig assistans till externa utförare har fullständig dokumentation i form av timlistor och verifiering av att utbetalningen överensstämmer med LSS-beslut	28
Rehabiliteringsprocessen	29
Rehabiliteringsprocessen.....	30
Allvarliga incidenter	31
Allvarliga incidenter.....	31
Kommungemensamma granskningar	32
Löneskuld	32
Löneskulder	32
Bristande serviceskyldighet.....	33
Användande av sociala medier.....	34
Bristande avtalshantering	35
Avtalshantering	35
Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll.....	38

Bilagor

Bilaga 1: Sammanställning sociala medier FSN 2019

Bilaga 2: Självskattning avtalshantering FSN 2019

Bilaga 3: Gemensamma kriterier FSN 2019

Inledning

Funktionsstödsnämnden fastställde vid sammanträde den 20 februari 2019 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 2019 har skett i samband med ekonomisk prognos och delårsrapport under 2019. Uppföljning av internkontrollplan 2019 i samband med årsanalysen omfattar samtliga granskningsområden och direktåtgärder i planen. Uppföljningsrapporten lämnas även till kommunstyrelsen.

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 ska 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 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 ekonomisk prognos, delårsrapport 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 2019.

Kommungemensamma granskningsområden

Kommunstyrelsen beslutade vid sitt sammanträde 2018-10-03 om tre gemensamma granskningsområden för Malmö stads nämnder:

- löneskulder
- avtalshantering
- sociala medier

Dessa ingår som obligatoriska granskningar i samtliga nämnders internkontrollplaner för 2019 och har granskats på sätt som beskrivs i kommunstyrelsens ärende och stadskontorets anvisningar.

Direktåtgärder

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:

Fortsatt aktiv rekrytering i samarbete med HR och kommunikationsavdelningen.

Genomförda åtgärder

Det är ännu för tidigt att ge en säker prognos om de budgeterade befattningarna inom enheten för sjuksköterskor och undersköterskor är tillräckliga för uppdraget. Detta beror på att det i dagsläget inte går att bedöma hur omfattande uppdraget inom HSL-organisationen är i kombination med att rekryteringsläget fortfarande är ansträngt, även om det är något bättre än tidigare. Rekrytering pågår kontinuerligt och intentionen att vara självförsörjande kvarstår men påverkas fortfarande av vakanser och ett svårt rekryteringsläge som snabbt kan förändras. Fokus i nuläget är att minska beroendet av bemanningsföretag dagtid och helg för att få en budget i balans vilket får avvägas mot patientsäkerheten. En mer säker prognos om uppdragets omfattning kan ges tidigast 2020.

Uppföljning december 2019

Status är oförändrat avseende osäkerheten om antalet budgeterade befattningar är tillräckligt för uppdraget. Rekryteringsläget är som tidigare ansträngt, ett stort antal vakanser ersätts av extern bemanning.

Verksamheten har övertagit hälso- och sjukvårdsinsatser dagtid helg samt röda dagar vilket stärker patientsäkerheten eftersom det är kommunalt anställda sjuksköterskor och detta medför en bättre kontinuitet för patienten och en mer kostnadseffektiv verksamhet på sikt. Verksamhetens arbetsledning arbetar kontinuerligt med att utveckla och kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsenheten genom bl.a kompetensförsörjning och kompetensutveckling med mål att vara en attraktiv arbetsgivare.

I december 2019 var 20 sjuksköterskor anställda på förvaltningen. I budget 2020 finns medel till 27 sjuksköterskor. Under februari/mars tillkommer tre sjuksköterskor som redan har rekryterats, vilket betyder att det är fyra vakanser kvar. I HSL-organisationen ingår två sjuksköterskor med utbildningsansvar och fem undersköterskor.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

Risk:

Risk för resursbrist avseende sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter

Beskrivning av risk

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

Åtgärd:

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

Vad ska göras:

Aktiv rekrytering i samarbete med HR och kommunikationsavdelningen.

Genomförda åtgärder

Rekryteringsläget är fortfarande ansträngt avseende fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det finns även ett utökat behov av tjänster för att täcka vikariebehovet eftersom det i verksamheten saknas vikarier att sätta in vid frånvaro. Något som krävs för att skapa förutsättningar för ett välfungerande, patientsäkert och effektivt arbetssätt vilket är prioriterat. Det är svårt att få fram en säker prognos i dagsläget avseende bemanning beroende på att det finns väntelistor med patienter och samtidigt vakanser i arbetsgruppen vilket sammantaget påverkar ledtiderna. Således går det inte att ge en säker prognos om hur många tjänster som krävs för att säkerställa uppdraget i nuläget. Kortsiktig samt långsiktig planering pågår parallellt med åtgärder utifrån en strategisk handlingsplan.

Uppföljning december 2019

Den strategiska handlingsplanen följs vilket har minskat vakanserna samt att det påverkar arbetsmiljön positivt. Rekryteringsläget är fortsatt ansträngt men generellt bättre än tidigare. Ledtiderna är bättre än tidigare men är fortfarande inte i balans eftersom ärenden ackumulerades under en period då det var mycket vakanser. Sammanfattningsvis är trenden positiv avseende organisationens utveckling och processerna i handlingsplanen följs, även om utmaningarna fortfarande är stora inom vissa områden. Verksamhetens arbetsledning arbetar kontinuerligt med att utveckla och kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsenheten genom bl.a kompetensförsörjning och kompetensutveckling med mål att vara en attraktiv arbetsgivare.

I HSL-verksamheterna arbetar 18 arbetsterapeuter, åtta fysioterapeuter och en sektionschef.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

Risk:

Felaktiga behörigheter

Beskrivning av risk

Risk att medarbetare inte kommer åt digitala dokument på grund av felaktiga behörigheter och dålig tillgång till IT-system.

Åtgärd:

Översyn av behörigheter

Vad ska göras:

Utredning av behovet av högre behörighetsnivå i plattformen för vissa medarbetare samt kostnad för detta.

Genomförda åtgärder

Under året har olika utbildningsinsatser genomförts för att säkerställa att alla har rätt information om hur systemen fungerar och vad man kan och inte kan göra med de olika behörigheterna. Upplever medarbetarna att de fortfarande inte kan arbeta med det som de måste med sin befintliga behörighet har besked gått ut till verksamheterna att de själva kan ändra detta i IT-kompassen där närmsta chef godkänner förändringen. Efter genomförda insatser bedöms rätt behörighet för medarbetarnas möjlighet till att utföra sina uppdrag ha säkerställts.

Den totala kostnaden är svår att bedöma på grund av de olika licensnivåerna och exakt hur många som kommer att höja sin nivå och till vilken nivå de höjer sig till. En preliminär beräkning är dock gjord utifrån uppgifter från avdelningarna. Den ökade kostnaden är beaktad i årets prognos.

Uppföljning av genomförda åtgärder

De behörigheter som behövdes ändras har blivit ändrade. Kostnaderna höll sig inom budget. I nuläget finns inget behov av att ytterligare ändra behörigheterna.

(Ekonomiavdelning)

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 2019 har ekonomiavdelningen bjudit in till två informationsträffar om privata medel. Den första ägde rum i april 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.

Ekonomiavdelningen har även deltagit vid arbetsplatsträffar och planeringsdagar hos de verksamheter där det förekommit otydligheter, och i vissa fall oegentligheter, kring hantering av privata medel. Vid dessa tillfällen har ekonomiavdelningen gått igenom förvaltningens rutiner för privata medel tillsammans med verksamheten.

Informationsträffarna har varit välbesökta och ekonomiavdelningen avser att genomföra nya informationsträffar under 2020.

(Ekonomiavdelning)

Granskningar

Nämndens granskningar

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.

Enhet

Avdelning LSS-bostäder

Granskning:

Brister 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 enligt fastlagd mall.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutin för upprättande av genomförandeplan.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Stickprovskontroll i Lifecare har genomförts för att granska genomförandeplaner samt delaktighet hos 56 brukare i 12 olika verksamheter. Totalt 25 kvinnor och 31 män ingick i granskningen. Granskningen noterade att 52 av 56 brukare, alltså 93%, hade genomförandeplaner som var upprättade/uppföljda de senaste 6 månaderna. 4 brukare hade gamla/ej uppdaterade genomförandeplaner. Generellt var det enstaka brukare i verksamheterna som inte hade uppdaterade genomförandeplaner.

Stickprovskontrollen av delaktighet vid upprättande/uppföljning av genomförandeplaner visade att 51 av 56 brukare, alltså 91% varit delaktiga. Fem brukare hade inte varit delaktiga. Av de fem som inte varit delaktiga var det en som inte ville, det saknas dock kommentar om det samt hur genomförandeplanen har upprättats, en brukare där det saknas kommentar om varför brukaren inte varit delaktig samt tre brukare som bedömdes sakna förmåga till delaktighet men där det inte är kommenterat hur genomförandeplanen har utförts. Det finns inget samband mellan brukarna som inte varit delaktiga vid upprättande och brukarna som har gamla genomförandeplaner.

38 av 56 brukare, 68%, har kommentarer i genomförandeplanen som förtydligar brukarens delaktighet i utformandet av genomförandeplanen.

Av 56 granskningar blev 48 (86%) helt godkända dvs. genomförandeplanen var upprättad/uppdaterad de senaste sex månaderna och brukaren har varit delaktig vid upprättandet. 2018 var antalet godkända granskningar 70% och 2017 var antalet godkända granskningar 75%.

Förslag på förbättringsåtgärder

Resultatet av granskningar av genomförandeplaner har kontinuerligt blivit bättre från år till år. Verksamheten arbetar vidare med genomförandeplanerna inom ramen för pedagogisk struktur och bedömer att resultatet kommer att fortsätta förbättras i takt med att det arbetssättet utvecklas.

(Avdelning LSS-bostäder)

Risk:

Skyddsåtgärder

Beskrivning av risk

Risk för tvångsåtgärder på grund av bristande följsamhet till skyddsåtgärdsprocessen, vilket kan leda till lidande för brukaren och olaglig hantering.

Enhet

Avdelning LSS-bostäder

Granskning:

Skyddsåtgärder

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Vid behov av skyddsåtgärder ska befintlig rutin/process följas. Granskningen omfattar att rutin/processen har följts.

Syfte med granskningen:

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutin/process för skyddsåtgärder.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov.

Granskningsmetod:

Kvalitetsgranskning av slumpvis utvalda brukares dokumentation avseende skyddsåtgärder i 12 verksamheter inom avdelningen.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutin och process för skyddsåtgärder.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Totalt kontrollerades skyddsåtgärder för 48 brukare i 12 utvalda verksamheter. De verksamheter som har valts ut är sådana där det kan tänkas finnas skyddsåtgärder. Fyra brukare per verksamhet kontrollerades. Kontrollerna utfördes 10 juni - 11 juli 2019.

Kontrollen avser skyddsåtgärder. I kontrollen ingår inte förskrivning av vissa hjälpmedel som kan utgöra en skyddsåtgärd, till exempel sänggrind till vårdsäng. Enhetschefer har varit behjälpliga med att välja ut verksamheter. Vid besök i verksamheten har utvecklingssekreterare träffat sektionschef och ibland även omsorgspedagog eller annan personal. Internkontrollen bestod av följande frågor:

- Används några skyddsåtgärder i arbetet med brukaren?
- Finns några skyddsåtgärder dokumenterade i Lifecare under möte?
- Finns några skyddsåtgärder dokumenterade under allmänna uppgifter och krav?
- Finns några skyddsåtgärder dokumenterade på annat ställe? Var i så fall?
- Står det något om skyddsåtgärder i genomförandeplanen?
- Finns det några generella skyddsåtgärder eller övriga åtgärder som påverkar alla på boendet?
- Finns det åtgärder med samtycke?

I kontrollen framkommer det att skyddsåtgärder används i det direkta arbetet med 27 av 48 brukare. Exempel på skyddsåtgärder som används är låsta lådor för vassa föremål, låsta skåp där godis förvaras, dörrlarm, fördröjningseffekter på grindar, inlåsta eller flyttade hygien- och rengöringsartiklar.

I 7 av 12 verksamheter finns generella skydds/begränsningsåtgärder som påverkar fler än en brukare. Det kan röra sig om låsta gemensamhetskök, låsta mellanrumsdörrar i gemensamhetsutrymme, dörrlarm till huvudentré, låsta lådor eller skåp i gemensamhetskök.

Det finns en process avseende skyddsåtgärder som verksamheterna ska följa. Enligt befintlig process ska arbetet med skyddsåtgärder dokumenteras på ett särskilt sätt i Lifecare. Ingen skyddsåtgärd är dokumenterad enligt processen och uppfyller således inte dokumentationskraven som finns i processen. Alla skyddsåtgärder som används är dock mer eller mindre dokumenterade på andra sätt. Skyddsåtgärderna kan vara beskrivna och dokumenterade i handlingsplaner, arbetsbeskrivningar, riskbedömningar, genomförandeplaner. Ofta finns dokumentationen i brukarens pärm på boendet. I kontrollen framgick det att fyra, av 27, brukare hade en något mindre omfattande dokumentation avseende skyddsåtgärderna jämfört med övriga brukare.

Verksamheterna uttrycker att processen är svår att följa. Lifecare upplevs inte som ändamålsenligt för dokumentation av skyddsåtgärder. Det är inte användarvänligt när det gäller att få en överblick över befintliga skyddsåtgärder och hur de ska användas. Det framkommer också att verksamheterna tycker att det är svårt att få gehör hos övriga aktörer (vilka varierar från brukare till brukare, t.ex. kan det vara dietist, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, anhörig eller extern sjukvård) som enligt processen ska delta i arbetet med skyddsåtgärder. Detta leder till att verksamheterna löser frågan på egen hand.

Hantering och dokumentation som framkommer visar att i princip alla verksamheter är införstådda med vad skyddsåtgärder är, hur de ska hanteras och att dokumentation finns. I enstaka verksamheter framkommer det arbetssätt som innebär att skyddsåtgärder används oreflekterat.

Då internkontrollen specifikt har utförts i verksamheter där det kan tänkas finnas skyddsåtgärder går det inte att dra någon generell slutsats för avdelningen avseende hur vanligt förekommande det är att skyddsåtgärder används i arbetet med brukarna. Däremot går det att konstatera stora brister i följsamhet till befintlig process avseende skyddsåtgärder. Det betyder dock inte att verksamheternas arbete med skyddsåtgärder är bristfälligt utan enbart att det brister avseende följsamhet till processen.

Förslag på förbättringsåtgärder

Verksamheten har vidtagit direkta åtgärder i de individärenden där brister eller behov av kompletteringar uppmärksammades i internkontrollen.

Avdelningen måste få klarhet i gränsdragning och ansvarsfördelning avseende brukare som har LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård), är inskrivna vid RPK (rättspsykiatrisk klinik) eller liknande. Hur ska samarbetet med vårdgivande instans fungera, både avseende sekretess och övriga frågor? Frågan kommer att utredas vidare med hjälp av förvaltningsjurist och övriga avdelningar.

Avdelningen arbetar med att öka kännedomen och kunskapen om processen för skyddsåtgärder inom ramen för egenkontroll i det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9.

Det finns ett påbörjat arbete tillsammans med hälsa, vård- och omsorgsförvaltningen (HVOF) med att revidera dokument som ingår i skyddsprocessen.

5-10 personer ska utbildas i processen för att kunna stödja verksamheterna i detta arbetet.

Uppföljning av förbättringsåtgärder

Dokument för skyddsprocessen har reviderats tillsammans med HVOF. Utbildning är planerad men inte genomförd.

(Avdelning LSS-bostäder)

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.

Enhet

Avdelning myndighet och socialpsykiatri

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 12 slumpvis utvalda brukares genomförandeplaner i Lifecare i fyra verksamheter i avdelningen, enligt fastlagd mall.

Granskningsmetod:

Stickprov.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutin för upprättande av genomförandeplan.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

12 slumpvis utvalda genomförandeplaner från fyra LSS-boenden granskades. Samtliga var aktuella, relevant ifyllda och respektive brukare hade varit delaktig. Detta har nästan alltid varit fallet även under tidigare års granskningar. Då resultatet är detsamma från år till år fyller granskningen inte längre någon större funktion. Avdelningen planerar istället att lägga fokus på om genomförandeplanens utformning är optimal för berörd målgrupp. En översyn som bör göras i samarbete med brukare då det är deras plan och de har tidigare aldrig tillfrågats om vad de anser är viktiga punkter att ha med.

Förslag på förbättringsåtgärder

Inga åtgärder bedöms behövas.

(Avdelning myndighet och socialpsykiatri)

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.

Enhet

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

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 6 sektioner inom avdelningen, enligt fastlagd mall.

Granskningsmetod:

Stickprov.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutin för upprättande av genomförandeplan.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Efter att internkontrollplanen beslutades har justering gjorts och fler granskningar har lagts till. Totalt har 38 stycken genomförandeplaner (GFP) granskats vid tolv sektioner, utifrån om de är aktuella och om beskrivning finns av hur brukaren varit delaktig. Totalt 16 kvinnor och 22 män ingick i granskningen. Granskningen har gjorts vid två dagliga verksamheter (DV), två korttidsboende, två barnboende samt inom personlig assistans (samtliga sex sektioner med två brukare per sektion).

Är genomförandeplanen aktuell ger det en poäng och är delaktigheten beskriven ger det ytterligare en poäng, vilket kan ge max totalt två poäng per brukare. Är genomförandeplanen inte aktuell ges ingen poäng även om delaktigheten är beskriven. Nedan återges procentsats och poäng för att underlätta jämförelse då antalet granskningar per sektion skiljer sig åt. Inom parentes anges totala antalet brukares genomförandeplaner som granskades och sedan hur många poäng sektionen fick.

Totalt av de granskade genomförandeplanerna var 27 (71%) av 38 godkända avseende aktualitet och 22 (58%) av 38 godkända avseende delaktighet, vilket innebär att av de godkända genomförandeplanerna saknade sex (13%) stycken beskrivning av delaktigheten. Således är 58% av genomförandeplanerna godkända i båda kontrollmomenten, 2018 var siffran 61%. Fyra sektioner blev godkända i alla moment (100 %), det var Galaxen DV (5 brukare-10 p), barnboende Västanväg 123 (4 brukare-8 p) och två sektioner (1 och 2) inom personlig assistans (4 brukare-8p).

Bokbytet DV (5 brukare-9 p) och Västanväg 121 (2 brukare-3p) hade alla aktuella (100%) genomförandeplaner men en genomförandeplan i respektive verksamhet saknade beskrivning av delaktigheten.

Båda korttidsboendena Högsäkersringen och Dukatgatan hade samma resultat, vardera hade (5 brukare-4 p), där tre av fem var aktuella (60%) men endast en av dessa tre hade godkänt avseende delaktigheten (20%). Personlig assistans sektionerna 3,5 och 6 hade samma resultat med varsin genomförandeplan som var aktuell och delaktigheten beskriven (2 brukare-2p). Personlig assistans sektion 4 fick 0 p.

Förslag på förbättringsåtgärder

- DV fortsätter kvalitetsarbetet, enhet två har i sina egenkontroller att de ska kvalitetsgranska genomförandeplaner. Likaså så fortsätter barnboendena med sitt kvalitetsarbete.
- Korttiden: pedagogisk samordnare är anställd med ett uppdrag att utbilda och säkerställa kompetensen hos medarbetare i att upprätta och följa upp GFP. Det pågår rekrytering för att anställa omsorgspedagoger i respektive korttidsverksamhet.

Enhetschef kommer vid uppföljningsmöte i september och november säkerställa att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner där delaktigheten framgår.

- Personlig assistans: digitaliseringen har under 2019 möjliggjort att upprättandet av GFP kan göras på plats hos brukaren. Arbetet fortsätter enligt plan; att vid årsskiftet 2019/2020 har 100% upprättade GFP där delaktigheten framgår.

Uppföljning av förbättringsåtgärder

Inom DV enhet 2 har uppföljning av genomförandeplaner skett via egenkontroll. Granskningen visade på en förbättring, 80 % av genomförandeplanerna var aktuella. I de verksamheter med hög brukarfrånvaro var det större antal genomförandeplaner som ej var aktuella eftersom det är svårt att upprätthålla regelbunden kontakt med brukarna, vilket resulterar i fördröjning i uppföljningar. Delaktigheten för brukarna är hög, i princip samtliga verksamheter svarade att brukare varit delaktiga.

Vid korttiden har det saknats två omsorgspedagoger men i dagsläget är en anställd och rekrytering pågår av ytterligare en omsorgspedagog. Arbetet, som leds av den pedagogiska samordnaren, med uppföljning och utbildning är pågående. I och med att fler omsorgspedagoger anställs i verksamheten har det systematiska arbetet med att utbilda personal och följa upp genomförandeplaner gett resultat under hösten

2019. Det är ett långsiktigt arbete och följs av enhetschef. Prognosen är att arbetet kommer att ge full effekt under 2020 och att alla brukare därmed har aktuell genomförandeplan med delaktigheten beskriven.

Inom personlig assistans har det genomförts en uppföljning efter digitaliseringen och resultatet är godkänt; samtliga brukare har genomförandeplan där delaktigheten framgår med undantag i ett fall som avsåg en brukare med palliativ vård.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

Risk:

Risk för vårdskada om det saknas aktuell egenvårdsbedömning

Beskrivning av risk

Risk för brister i egenvårdsprocessen (utebliven eller felaktig behandling/HSL-insats) på grund av att riktlinjer och rutiner inte följs vilket kan leda till ohälsa och vårdskada hos den enskilde.

Enhet

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

Granskning:

Egenvårdsbedömning

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Socialstyrelsens föreskrift om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6). Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 6/2013.

Syfte med granskningen:

Att brukare som har stöd avseende insats som av leg. läkare bedömts som egenvård har en aktuell egenvårdsbedömning och läkemedelsordination (kan förekomma att det står ordination på bedömningen eller att det är separat på lista). Egenvård räknas inte som en hälso- och sjukvårdsinsats.

Omfattning/avgränsning:

Fyra verksamheter kommer att besökas och totalt 24 stycken brukare som har egenvård kontrolleras om de har aktuell egenvårdsbedömning och läkemedelsordination. Antalet brukare med egenvård kan variera inom verksamheter och antalet granskningar kan därav variera per verksamheter.

Granskningsmetod:

Kontroll om det finns en aktuell egenvårdsbedömning och läkemedelsordination-/lista, båda måste finnas för ett godkänt resultat. Granskningen genomförs på plats i LSS-verksamheten.

Resultat

Befintliga styrdokument

Socialstyrelsens föreskrift om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6). Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 6/2013.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Granskning av egenvård har genomförts vid fyra korttidsboenden inom LSS och omfattar sex brukares egenvård på varje sektion, totalt 24 brukare. Av de granskade egenvårdsinsatserna tillhörde 9 kvinnor och

15 män.

Totalt var 14 (58 %) av 24 godkända. Av kvinnornas var fyra (44%) av nio godkända. Dessa granskades vid tre korttidsboenden. Av männens var tio (67%) av 15 godkända. Dessa granskades vid fyra korttidsboende.

Resultatet per sektion: Katstanieplatsen fem (83%) av sex godkända, Dukatgatan och Högsåkerlingen hade båda fyra (67%) av sex godkända och Elinelund hade en (17%) av sex godkända egenvårdsbedömningar.

Förslag på förbättringsåtgärder

Nyanställd sjuksköterska har i uppdrag att utreda arbetet kring egenvårdsprocessen (internt och externt), vilket ska leda till en säkrare hantering kring brukare med egenvård.

Uppföljning av förbättringsåtgärder

Det pågår arbete med att säkerställa egenvårdsprocessen. Inom barnboendena, som är prioriterade, arbetar en sjuksköterska med uppföljningar, utbildning och kontakt med Region Skåne. Medicinskt ansvarig sjuksköterska inom förvaltningen har i samverkan med Region Skåne lyft frågan och ansvariga inom regionen ska under våren 2020 påbörja ett arbete med sin egenvårdsprocess och ta det vidare för att få ett Skåne-gemensamt beslut om hur egenvården ska hanteras. Ärendet följs av förvaltningen. Avdelningschef för avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet arbetar också med frågan i samverkan med primärvården.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

Risk:

Risk för felaktig hantering av medicintekniska produkter

Beskrivning av risk

Risk för felaktig användning av hjälpmedel på grund av bristande följsamhet till Rutin för kvalitetsgranskning av medicintekniska produkter (MTP) vilket kan leda till ohälsa och vårdskada.

Enhet

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

Granskning:

Medicintekniska produkter

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Rutin för kvalitetsgranskning av medicintekniska produkter (FSN 2018-963, punkt 5.2 och 5.10). Varje verksamhet som hanterar MTP ska ha ett hjälpmedelsombud för att säkerställa hanteringen.

Syfte med granskningen:

Kontroll att verksamheter som har hjälpmedel, basutrustning och individuella hjälpmedel har ett utsett hjälpmedelsombud och att rutinen följs.

Omfattning/avgränsning:

Samtliga enheter som är berörda av rutin FSN 2018-963 ska inrapportera fysisk person som är hjälpmedelsombud. Slumpvis kontroll av uppdraget kommer att ske inom vissa sektioner enligt beskrivning under granskningsmetod.

Granskningsmetod:

Kontroll att berörda verksamheter har utsett hjälpmedelsombud i enlighet med rutinen. Möte med samtliga hjälpmedelsombud inom korttidsenhet, ett hjälpmedelsombud i varje enhet inom daglig verksamhet samt två sektioner inom personlig assistans för att se om rutinen efterlevs.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutin för kvalitetsgranskning av medicintekniska produkter (FSN 2018-963, punkt 5.2 och 5.10).

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Totalt har 68 sektioner inom daglig verksamhet och korttidsenhet samt barnboende tillfrågats via enkät om de omfattas av hjälpmedelsombud, om det finns utsedda ombud samt om de i så fall genomgått utbildningen. Inom personlig assistans som inte omfattas av rutinen för hjälpmedelsombud har kontrollen omfattat om varje sektion har en hjälpmedelsrepresentant utsedd som är ansvarig inom sektionen för hjälpmedel.

Av enkäten framkommer att 29 verksamheter omfattas av rutinen och resterande 39 omfattas inte av rutinen (använder inte hjälpmedel). Av de 29 verksamheterna har samtliga utsedda hjälpmedelsombud och 27 hjälpmedelsombud har genomgått utbildningen. De två hjälpmedelsombud som inte genomgått utbildning har inplanerad utbildning som ännu inte är genomförd. Några av verksamheterna har kopplat hjälpmedelsombud till fler än en verksamhet vilket innebär att ombuden kan konsulteras.

Hjälpmiddelsrepresentanter inom personlig assistans finns utsedda i alla sex sektioner. I sektionerna finns två till sex representanter utsedda beroende på hur mycket hjälpmedel som används inom sektionen. Hjälpmiddelsrepresentanterna konsulteras av de assistansgrupper som saknar en hjälpmedelsrepresentant i sin grupp.

Uppföljning av resultatet har skett genom samtal med hjälpmedelsrepresentant samt hjälpmedelsombud och har genomförts slumpvis i alla enheter. Metoden för uppföljning har justerats med anledning av det goda resultatet i enkätsvar. I kontrollfallen har alla genomgått för uppdraget anvisade utbildningar, de kunde redogöra för sina ansvarsområde och uppdraget var kommunicerat inom respektive sektion.

Inga förbättringsåtgärder bedöms behövas.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

Risk:

Brister i patientjournal

Beskrivning av risk

Risk för brister i HSL-dokumentation (patientjournal) vilket kan leda till försämrad eller fördröjd insats/behandling eller värdskada.

Enhet

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

Granskning:

Kontroll av följsamhet till rutin för journalföring

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Legitimerade personalens journalföring.

Syfte med granskningen:

Rutin för journalföring följs.

Omfattning/avgränsning:

Stickprovskontroll

Granskningsmetod:

Tillsyn av följsamhet till rutin för journalföring samt kvalitetsgranskning av journaler utförda av förvaltningens legitimerade personal samt kuratorer. Stickprovskontroll på journaldokumentation gjord under andra halvåret 2019. Medicinskt ansvariga utför granskningen enligt framtagen mall.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutin för journalföring.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Under november 2019 granskades 36 slumpvis utvalda patientjournaler inom LSS-boende personkrets 1, 2 och 3, LSS-boende barn, Personlig assistans samt Ordinärt boende.

Granskningen har skett med stöd av mall framtagen av medicinskt ansvariga i Malmö stad. En låg poängnivå indikerar en väl förd patientjournal.

Totalt antal journaler fördelat i poängintervall:

0-5p	Välskriven, väsentlig information på rätt plats.	0 journaler
6-10p	Välskriven, information finns ofta på rätt plats.	3 journaler
11-15p	Information finns, till viss del på fel plats.	5 journaler
16-20p	Viss information saknas, otydlig vårdprocess.	8 journaler
20p <	Väsentlig information saknas, bristande patientsäkerhet.	20 journaler (varav högsta poäng var 28)

Granskningen visar på en positivt ökad resultatspridning mellan poängintervallen, och en minskad andel journaler med högsta poängintervall (över 20 poäng). 2018 uppnådde 80 % av de granskade journalerna över 20 poäng, motsvarande siffra för 2019 är 55 %. Den sammanlagda bedömningen är att journaldokumentationen har förbättrats sedan granskningen 2018. Fortfarande kvarstår förbättringsområden enligt följande:

Generellt för hela journalen

· Brist på registrering av händelsetid

Dokumentationstid och händelsetid är oftast angett med samma tidpunkt, vilket innebär att det är oklart när händelsen inträffade. Händelsetiden kan vara avgörande för korrekt uppföljning av insatt åtgärd och vidare bedömning.

- Brist på användning och förekomst av frastexter
Bristen medför en otydlig dokumentation.

- Brist i vårdprocessen

Av olika orsaker görs dokumentation ibland på fel ställe i journalen och följer inte ICF-strukturen (International Classification of Functioning, Disability and Health). Det medför en svårighet att följa den ”röda tråden” i vårdprocessen, dvs. bedömning – åtgärd - uppföljning – utvärdering, och påverkar möjligheten till en god och säker vård.

- Brist i placering av journal

Det kan skapa oriktiga uppgifter vid sökningar om journalen inte är knuten till rätt enhet.

Patientens bakgrund

- Brist på dokumenterat samtycke

I majoriteten av de granskade journalerna saknades ett dokumenterat samtycke till informationsutbyte mellan olika vårdgivare mm.

- Brist på dokumenterad medicinsk diagnos

Medicinsk diagnos verifierad av läkare saknas fortfarande i ca 75 % av de granskade journalerna. Avsaknad av medicinsk diagnos utgör risk för patientsäkerheten.

Bedömningar

- Brist på användning av bedömningsinstrument

I journalstrukturen finns inbyggt ett stort antal evidensbaserade bedömningsinstrument (ex. risk för fall, undernäring, trycksår). Vid granskningen framkommer att dessa instrument inte används i den omfattning som krävs för att säkerställa likvärdiga bedömningar.

- Brist på uppdaterade mätvärden

Mätvärde (ex. puls, blodtryck, vikt) finns dokumenterat i flertalet journaler, men regelbunden uppföljning saknas.

- Brist på avslutsdatum för bedömningar

Generellt är det en avsaknad av avslutsdatum för genomförda bedömningar, vilket medför oklarheter kring patientens aktuella status.

- Brist på dokumentation av patientens egna önskemål gällande vård och behandling

Brist på delaktighet kan medföra sämre förståelse för och följsamhet till ordinerade åtgärder, vilket kan leda till ökad ohälsa och sämre behandlingsresultat.

Åtgärder/ordinationer

- Brist på mål, måluppfyllelse och uppföljning

I alltför många ordinationer anges inget direkt mål och/eller tidsbestämd uppföljning, vilket påverkar möjlighet till måluppfyllelse, resultat och uppföljning av den insatta åtgärden.

- Brist på riskbedömning

Legitimerad personal dokumenterar inte alltid de riskbedömningar man gör i samband med ordination/åtgärd.

- Brist avseende läkemedelsbehandling

Det saknas generellt hos sjuksköterskorna dokumentation om bakomliggande orsak till de läkemedelsbehandlingar som ofta beskrivs i journalen.

Vårdplan

- Brist på vårdplaner

I majoriteten av de granskade journalerna saknas upprättade vårdplaner. Detta försvårar den legitimerade personalens möjlighet att få en överskådlig bild av patientens hälsotillstånd, aktuella riskområden och pågående ordinationer.

Förslag på förbättringsåtgärder

- Fördjupningsutbildning
- Ökad användning av vårdplaner
- Uppdatering av journalsystemets struktur
- Säkerställa rätt placering av journaler i Procapitas journalträd

Rapporten redovisas för avdelningschefer under december 2019.

Enhetschefer för HS-enheten kommer att utse representanter som tillsammans med MAS (representant för Utvecklingsgrupp Lifecare Procapita HSL) tar fram handlingsplan med tidsplan och ansvarsfördelning utifrån de i rapporten framkomna bristerna och föreslagna åtgärderna.

Vid medicinskt ansvarigas journalgranskning under andra halvåret 2020 kommer fokus att ligga på de åtgärder som planerats och vidtagits.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

Risk:

Brister i efterlevnad av alkoholpolicy

Beskrivning av risk

Risk för att Malmö stads alkoholpolicy inte följs, på grund av okunskap, vilket kan leda till minskat förtroende hos medborgarna.

Enhet

Ekonomiavdelning

Granskning:

Efterlevnad av alkoholpolicy

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Efterlevnad av policy för alkohol vid representation.

Syfte med granskningen:

Säkerställa att chefer och medarbetare efterlever policy för alkohol vid representation i Malmö stad.

Omfattning/avgränsning:

Granskning av 20 fakturor.

Granskningsmetod:

Granskning av fakturor konterade på konton för representation under perioden januari till juli.

Resultat

Befintliga styrdokument

Policy för alkohol vid representation i Malmö stad.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Granskningen omfattar 20 leverantörsfakturer som konterats på konton för representation under perioden januari till juli. Granskade fakturer avser huvudsakligen intern representation. Granskningen omfattar endast efterlevnad av policy för alkohol vid representation.

Enligt Malmö stads alkoholpolicy gäller att:

- vid intern representation serveras inte alkohol som bekostas av arbetsgivaren. (Vid ceremoni avseende pensionsavtackning och utdelning av minnesgåva, kan undantag göras efter beslut av ansvarig förvaltningschef. Måttfullhet ska då iakttas vid servering av vin eller öl.)
- Vid extern representation ska måttfullhet iakttas vid servering av vin eller öl.

Ingen av de granskade fakturorna innehöll kostnader för alkohol.

Inga förbättringsåtgärder bedöms behövas.

(Ekonomiavdelning)

Risk:

Brister i efterlevnad av resepolicy

Beskrivning av risk

Risk för att resor i tjänsten inte genomförs på ett hållbart och miljöanpassat sätt på grund av brister i efterlevnad av resepolicy, vilket kan leda till minskat förtroende hos medborgarna samt klimatpåverkan.

Enhet

Ekonomiavdelning

Granskning:

Efterlevnad av resepolicy

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Efterlevnad av Malmö stads resepolicy.

Syfte med granskningen:

Säkerställa att chefer och medarbetare efterlever Malmö stads resepolicy.

Omfattning/avgränsning:

Granskning av fakturer som avser tjänsteresor med flyg.

(Antal korta taxiresor är en indikator som förvaltningen mäter och den tas därför inte med i granskningen.)

Granskningsmetod:

Granskning av fakturer konterade på konton för resekostnader under perioden mars-maj.

Resultat

Befintliga styrdokument

Malmö stads resepolicy.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Granskningen omfattar 58 leverantörsfakturor som konterats på konton för resekostnader under perioden mars till maj. De granskade fakturorna avsåg huvudsakligen kostnader för hotell och resor med tåg. Granskningen omfattar endast tjänsteresor med flyg.

Två av de granskade fakturorna innehöll kostnader för flygresor.

· En faktura avsåg en längre flygresor för en personlig assistent, anställd av funktionsstödsförvaltningen, som rest tillsammans med en brukare på en semesterresa. Vid en sådan resa är den personliga assistenten hänvisad till att använda samma färdmedel som brukaren valt.

· En faktura avsåg en tjänsteresa mellan Malmö och Skellefteå för två personer. Enligt resepolitiken är flygresor tillåtna om tidsvinsten är påtaglig, tidsvinsten ska uppgå till minst tre timmar för enkel resa. I detta fall överstiger tidsvinsten tre timmar för enkel resa.

Granskningen av resefakturor visar att man huvudsakligen använder tåg vid längre tjänsteresor.

Inga förbättringsåtgärder bedöms behövas.

(Ekonomiavdelning)

Risk:

Risk att beslut om LSS-boende inte verkställs inom tre månader

Beskrivning av risk

Risk för att beslut om LSS-boende inte verkställs inom tre månader på grund av att lägenheter står tomma vilket kan leda till att förvaltningen får vite.

Enhet

Avdelning myndighet och socialpsykiatri

Granskning:

Verkställighet

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Anledningen till att lägenheter står tomma och hur lång tid de står tomma utan aktuellt hyresavtal.

Syfte med granskningen:

Att beslut enligt LSS verkställs inom tre månader enligt 28 § LSS och att förvaltningen därigenom undviker utdömande av avgift.

Omfattning/avgränsning:

Samtliga lägenheter tillhörande LSS.

Granskningsmetod:

BoLSS utför granskningen i samråd med ekonomiavdelningen av de lägenheter som står tomma utan aktuellt hyresavtal. Urvalet sker genom att lägenheterna inte genererar hyresintäkter.

Resultat

Befintliga styrdokument

Verkställighet inom tre månader enligt 28 § LSS.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Förvaltningsledningen antog den 10 december en ny rutin gällande anvisning av bostad med särskild service enligt LSS 9§9. Rutinen innebär att sekreterare på BoLSS framöver ansvarar för att visa lägenheterna. Den nya rutinen förväntas korta ställtiderna och underlätta matchning då BoLSS får en bättre överblick över det samlade lägenhetsbeståndet. BoLSS sekreterare har också identifierat och besökt särskilt svåruthyrda lägenheter vilket medfört att flera idag har hyresgäster. Nuvarande system medger inte framtagande av genomsnittstid för hur länge lägenheter står tomma utan aktuellt hyresavtal.

Inga ytterligare åtgärder bedöms behövas.

(Avdelning myndighet och socialpsykiatri)

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.

Enhet

Ekonomiavdelning

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 15 fakturor vid två tillfällen under 2019, april och oktober. Kontroll av betalningsmottagare, moms, kontering, fakturaadress, referens, attest, betalningstidpunkt.

Granskningsmetod:

Stickprov

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningen har utgått från Malmö stads rutiner och omfattar 30 leverantörsfakturor under 2019. 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 samt att betalningstidpunkten är korrekt
- rätt bankgiro eller plusgiro registrerats
- rätt konto har registrerats

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

En faktura var betald efter förfalldagen. Den fakturan hade inkommit till Ekot först efter förfalldagen vilket sannolikt beror på tekniska problem när e-faktura skickats från leverantören till Malmö stad.

Sju 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.

Sju abonnemangsfakturor saknade uppgift om bankgironummer på fakturan. Förvaltningen har uppmärksammat stadskontorets systemenhet, som ansvarar för fakturaintegration till ekonomisystemet Ekot, på problemet.

Två fakturor var konterade med fel konto.

Förslag på förbättringsåtgärder

Leverantörer som skickar fakturor som är felaktigt adresserade eller har felaktig referens kontaktas löpande.

Dagligen görs stickprovskontroller på fakturor som är aktuella för betalning. Då kontrolleras bland annat belopp, betalningsmottagare, kontering och periodisering. Dessa kontroller fortsätter under 2020.

Redovisningsenheten utbildar alla nya Ekot-användare som ska granska och kontera fakturor. Under 2020 kommer redovisningsenheten även erbjuda utbildning till mer erfarna användare som är i behov av att uppdatera sina kunskaper.

Förvaltningen har genomfört informationsmöten under 2019 för administratörer i verksamheten tillsammans med redovisningsenheten. Syftet är att öka kunskapen om regler, fakturor och ekonomisystem. Liknande informationsmöten kommer att genomföras 2020.

(Ekonomiavdelning)

Risk:

Inköp enligt avtal

Beskrivning av risk

Risk att inköp görs utan upphandling på grund av att LOU (lagen om offentlig upphandling) inte följs, vilket kan leda till negativa ekonomiska konsekvenser

Enhet

Ekonomiavdelning

Granskning:

Granskning av att inköp görs från avtalade leverantörer eller efter direktupphandling om avtal saknas. Inköp som inte görs enligt regler för upphandling kan medföra ekonomiska konsekvenser.

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av att inköp görs från avtalade leverantörer eller efter direktupphandling om avtal saknas. Inköp som inte görs enligt regler för upphandling kan medföra ekonomiska konsekvenser.

Syfte med granskningen:

Granskning av att inköp görs från avtalade leverantörer eller efter direktupphandling om avtal saknas. Inköp som inte görs enligt regler för upphandling kan medföra ekonomiska konsekvenser.

Omfattning/avgränsning:

Kontroll av 15 fakturor med ett belopp över 10 000 kr vid två tillfällen under 2019, april och oktober. Kontroll av att inköp gjorts från avtalsleverantörer alternativt att direktupphandling genomförts då avtal saknas.

Granskningsmetod:

Stickprov

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningen har utgått från Malmö stads rutiner och omfattar 30 leverantörsfakturor under 2019. Vid granskningen har det kontrollerats att inköp gjorts från avtalsleverantörer eller efter direktupphandling om avtal saknas.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Granskade fakturor valdes ut slumpmässigt. Sex av fakturorna avsåg personlig assistans där det inte görs någon upphandling eftersom brukaren väljer utförare. Tre av fakturorna avsåg hyror för lokaler där förvaltningen har hyreskontrakt. 18 fakturor avsåg inköp som gjorts enligt befintliga avtal eller efter direktupphandling.

Vid granskningen har följande avvikelser identifierats:

- Två fakturor avsåg inköp där avtal saknas och där direktupphandling ej genomförts.
- En faktura avsåg hyra av växtinredning, avtalet ingicks i en tidigare förvaltning. Dokumentation från upphandlingen har inte hittats.

Förslag på förbättringsåtgärder

Verksamheterna har ett ansvar att följa gällande regler. Avtalskatalogen finns tillgänglig för alla på Komin. På Komin finns det även information om inköp och direktupphandling.

När nya chefer introduceras informerar ekonomiavdelningen om regler kring upphandling. Framöver behövs ytterligare utbildningsinsatser för att öka kompetensen hos både chefer och beställare. En möjlig väg att öka avtalsefterlevnaden är att beställningar endast får göra av ett mindre antal medarbetare som

genomgått utbildning. Ekonomiavdelningen gör löpande stickprovskontroller av fakturor i samband med att utbetalningar sker. När brister identifieras kontaktar ekonomiavdelningen attestanten. Framöver bör ekonomiavdelningen även göra riktade insatser för att kontrollera leverantörsfakturorna utifrån en riskbedömning.

(Ekonomiavdelning)

Risk:

Fakturor avseende personlig assistans

Beskrivning av risk

Risk för att leverantörsfakturor och utbetalningar avseende personlig assistans innehåller felaktiga uppgifter på grund av bristande underlag vilket kan leda till felaktiga utbetalningar och felaktigheter i redovisningen.

Enhet

Ekonomiavdelning

Granskning:

Granskning av att utbetalningar avseende personlig assistans till externa utförare har fullständig dokumentation i form av timlistor och verifiering av att utbetalningen överensstämmer med LSS-beslut

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av leverantörsfakturor avseende personlig assistans

Syfte med granskningen:

Granskning av att utbetalningar avseende personlig assistans till externa utförare har fullständig dokumentation i form av timlistor och verifiering av att utbetalningen överensstämmer med LSS-beslut. Bristande underlag kan leda till felaktiga utbetalningar.

Omfattning/avgränsning:

Kontroll av 15 fakturor vid två tillfällen under 2019, mars och september. Kontroll av att fakturerat antal timmar överensstämmer med bifogade tidsrapporter, kontroll av att fakturerat antal timmar överensstämmer med LSS-beslut och kontroll av att timpriset är rätt.

Granskningsmetod:

Stickprov

Resultat

Befintliga styrdokument

Granskningen har utgått från Malmö stads rutiner och omfattar 30 leverantörsfakturer under 2019 avseende personlig assistans. Vid granskningen har det kontrollerats att:

- fakturerat antal timmar överensstämmer med tidrapporter som bifogats till fakturan
- fakturerat antal timmar överensstämmer med LSS-beslut
- timpriset är rätt

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Kontroll av att fakturerat antal timmar överensstämmer med tidrapporterna som bifogats till fakturan samt att timpriset är rätt har gjorts av ekonomiavdelningen. Kontroll av att fakturerat antal timmar överensstämmer med LSS-beslut har gjorts av myndighetsenheten.

Vid granskningen har följande avvikelser identifierats:

- En av de granskade fakturorna hade en tidrapport som saknade uppgift om assistentens identitet.
- En faktura hade en avvikelse mellan beslutat antal timmar och fakturerat antal timmar. Avvikelsen som uppgick till 2 timmar beror på att beslutet som gällde vid den aktuella månadens slut användes för beräkningen av hela månadens timmar. Det beslutet gällde från den andra dagen i månaden vilket föranledde avvikelsen, den första dagen i månaden borde beräknats enligt det gamla beslutet.

I övrigt hittades inte några avvikelser.

Förslag på förbättringsåtgärder

Ekonomiavdelningen gör dagligen stickprovskontroller av fakturer som är aktuella för betalning. När leverantörsfakturer avseende personlig assistans granskas i samband med dessa kontroller görs även en avstämning av att fakturerat antal timmar överensstämmer med tidrapporter som bifogats till fakturan. Dessa kontroller fortsätter under 2020.

Under hösten har en ny kontrolltjänst med uppdrag att granska utbetalningar som görs av funktionsstödsförvaltningen tillsatts. Controllern har påbörjat arbetet med att granska utbetalningar inom personlig assistans. Under 2020 kommer även en tjänst med fokus på granskning att tillsättas inom myndighetsenheten. Sammantaget ger detta förvaltningen bättre förutsättningar att arbeta aktivt med kontroll inom området.

(Ekonomiavdelning)

Risk:

Rehabiliteringsprocessen

Beskrivning av risk

Risk för att "Plan för återgång i arbete" inte tas fram på grund av bristande kännedom om lagändring, vilket kan leda till att medarbetare inte får den rehabilitering som behövs.

Enhet

HR-avdelning

Granskning: Rehabiliteringsprocessen

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Rehabiliteringsprocessen, "Plan för återgång i arbete".

Syfte med granskningen:

Säkerställa att medarbetaren får den rehabilitering som behövs.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov

Granskningsmetod:

Stickprovskontroller i Adato om 20 rehabiliteringsärenden.

Resultat

Befintliga styrdokument

Malmö stad har en övergripande rutin för "Plan för återgång i arbete". Sedan den 1 juli 2018 är det också reglerat i Socialförsäkringsbalken (30 kap. 6 §) att arbetsgivare är skyldiga att ta fram en plan för återgång i arbete. Planen gäller för de arbetstagare som varit frånvarande i 30 dagar på grund av arbetsoförmåga och som kan antas vara frånvarande från arbetet mer än 60 dagar. Syftet är att stärka individens möjlighet till rehabilitering och underlätta återgången i arbete efter en sjukperiod.

Planen ska utgöra ett stöd för såväl arbetstagare som arbetsgivare i rehabiliteringsarbetet. Utformningen av planen ska vara på ett sådant sätt att den stöder anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen samt att den är lätt att följa upp för berörda. Om uppföljningen av planen innebär att den behöver revideras, ska arbetsgivaren se till att det sker.

Försäkringskassan kan enligt 110 kap. 31 § SFB, begära in planen om de bedömer att den behövs för fortsatt handläggning.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Stickprovskontrollen som genomfördes i juni 2018 inom aktuellt granskningsområde visade att det endast fanns "Plan för återgång i arbete" i ett av de tjugo slumpmässigt utvalda rehabiliteringsärendena. Till följd av detta genomfördes en ny stickprovskontroll i november 2018. Vid det tillfället fanns en upprättad plan för återgång i arbete för femton av tjugo medarbetare. En ny stickprovskontroll utfördes i mars-april 2019 och granskningen visade att det fanns femton "Plan för återgång i arbete" utförda av stickprovskontrollens tjugo, men att det fanns orsaker till avsaknaden i övriga fem.

Stickprovskontrollen i december 2019 visade att det fanns fjorton "Plan för återgång i arbete" utförda av tjugo. I ett av ärendena där det saknas "Plan för återgång" var det inte medicinskt möjligt och i två ärenden var återgång i arbete inte aktuellt. Den faktiska avvikelser för uppföljningen i december 2019 är således tre ärenden där det inte går att finna en orsak till varför "Plan för återgång" inte är utförd.

Det konstateras att styrdokumentet fungerar ändamålsenligt. Från den första granskningen i juni 2018 har antalet "Plan för återgång i arbetet" ökat markant. Rutinen förefaller vara känd bland förvaltningens chefer. De informationsinsatser och andra åtgärder som genomförts samt det faktum att det sedan den 1 juli 2018 är inskrivet i Socialförsäkringsbalken att arbetsgivare är skyldiga att ta fram en plan för återgång i arbete har haft effekt.

Förslag på förbättringsåtgärder

Sedan granskningen i november 2018 har det löpande skett information avseende användandet av blanketten "Plan för återgång i arbete" och dialog har ägt rum med chefer i samband med rehabgenomgångar tillsammans med HR-konsult. En utmaning är att uppdatera och förnya "Plan för återgång i arbete" när det sker förändringar i ett ärende och när det är lång tid sedan den upprättades. Detta för att planen ska vara ett levande dokument. En informationsinsats gentemot alla chefer kommer att ske under våren 2020, med fokus på att inte bara upprätta en plan utan även uppdatera de planer som finns. Vidare är "Plan för återgång" ett stående inslag i de rehabutbildningar som erbjuds nya chefer.

(HR-avdelning)

Risk:

Allvarliga incidenter

Beskrivning av risk

Risk för felhantering av allvarliga incidenter i verksamheten på grund av avsaknad av/ej kända lokala riktlinjer och rutiner vid våld och hot på arbetsplatsen, vilket bl.a. kan leda till ohälsa för medarbetarna.

Enhet

HR-avdelning

Granskning:

Allvarliga incidenter

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Lokala riktlinjer och rutiner vid våld och hot.

Syfte med granskningen:

Säkerställa att det finns lokala rutiner vid våld och hot samt att de är kända i verksamheten.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov

Granskningsmetod:

Stickprovskontroller i 20 verksamheter om det finns interna rutiner vid våld och hot samt om dessa har varit föremål för dialog på APT.

Resultat

Befintliga styrdokument

Det finns kommunövergripande rutin och riktlinje vid våld och hot på Komin.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

De kommungemensamma rutinerna ska kompletteras med arbetsplatsspecifika rutiner om bedömningen av risker i verksamheten kräver detta.

Sjutton av tjugo (85%) av de tillfrågade cheferna svarade på frågorna. Tio av dessa uppgav att de har en lokal rutin vid hot och våld, som de haft en dialog om de senaste 12 månaderna. Vidare visar granskningen att sju av verksamheterna inte har en lokal rutin vid hot och våld, varav samtliga har svarat att de gjort bedömningen att den kommunövergripande rutinen är tillräcklig. Två av verksamheterna som anger att de

tidigare gjort bedömningen att det inte behövs lokala rutiner anger att de nu är på gång att ta fram lokala rutiner och två av verksamheterna anger att det kommer se över behovet av lokala rutiner i samband med att ny verksamhet tillförs aktuell enhet. Rutinen anses därmed känd av medarbetarna. HR-avdelningen har samlat in de lokala rutiner samt minnesanteckningar från arbetsplatsträff eller annat forum, som visar att en dialog har förts om rutinen.

Granskningen visar också att det i några fall finns en osäkerhet vad som är en lokal rutin vid hot och våld och vad som är en handlingsplan för brukare. Den sammanfattade bedömningen är dock att det finns en god förankring av rutinerna vid hot och våld i de granskade verksamheterna.

Uppföljning av förbättringsåtgärder

Avsnittet om arbetsskador och tillbud och allvarliga händelser ingår i SAM-utbildningen och har ytterligare förstärkts. Det har även tagits upp på höstens workshops i riskbedömning.

I januari 2020, i samband med informationen om uppföljning av SAM på arbetsplatsnivå, kommer det också att gå ut information om att det måste finnas en arbetsplatsanpassad rutin avseende hot- och våld.

Utöver detta finns det planer att revidera bildspelet för APT samt att implementera en ny rutin för regelbunden undersökning av arbetsmiljön. Kanalerna kommer att variera, men Komin och Ledarnytt kommer att användas.

(HR-avdelning)

Kommungemensamma granskningar

Risk:

Löneskuld

Beskrivning av risk

Risk för att löneskuld uppstår på grund av okunskap och bristande följsamhet av anställning- och lön processen vid registrering av semester, vård av barn, sjukfrånvaro och annan frånvaro vilket kan leda till att felaktig lön utbetalas och att extra kostnader uppstår.

Enhet

Funktionsstödsnämnden

Granskning:

Löneskulder

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskningen av löneskulder handlar om att få kunskap om när och varför löneskulder uppstår i förhållande till rutiner och riktlinjer i den gemensamma processen för Anställning och lön.

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att bidra med kunskap om när och varför löneskulder uppstår i förhållande till rutiner och riktlinjer i den gemensamma processen för Anställning och lön, kunskap som kan ge underlag för förbättringar och därmed bidra till att minimera risken för löneskulder.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen gäller samtliga nämnder, men inte bolagen. Ett urval av löneskulder kommer att göras och stadskontoret kommer genom detaljerad anvisning beskriva hur granskningen ska gå till.

Granskningsmetod:

Stadskontoret tar fram konkreta anvisningar kring metod och dokumentation för respektive granskning. Anvisningarna tillhandahålls förvaltningar och bolag under hösten 2018.

Resultat

Befintliga styrdokument

Rutiner och riktlinjer i den kommungemensamma processen för Anställning och lön.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Föreliggande granskning är kommungemensam och syftar till att bidra med kunskap om när och varför löneskulder uppstår i förhållande till rutiner och riktlinjer i den gemensamma processen för *Anställning och lön*, kunskap som kan ge underlag för förbättringar och därmed bidra till att minimera riskerna för löneskulder. Granskningen har utförts i enlighet med anvisningar från stadskontoret.

Av granskningen framgår det att det finns flera olika anledningar kring när och varför löneskulder uppstår.

De flesta av löneskulderna rör sjukfrånvaro som inte registrerats i tid.

När chefer svarar på varför löneskulden uppstår är de vanligaste svaren bristande kommunikation och okunskap. Enligt fritextsvaren för chefer handlar okunskapen främst om att medarbeten ska registrera sin frånvaro och hur HR-rutan fungerar. För medarbetarna är det vanligaste svaren bristande kommunikation och annat. Ingen medarbetare har svarat okunskap. Några chefer, medarbetare, anställningsrapportörer och HR-rapportörer har angett otydliga rutiner, bristande information, tekniska problem och försumlighet.

Av fritextssvar framgår att några medarbetare anger att chef skulle lagt in frånvaron medan chefen anger i sina svar att medarbetaren skulle lagt in frånvaron.

Som framgår av granskningens syfte finns rutiner och riktlinjer i den gemensamma processen för *Anställning och lön*. Vidare finns förvaltningsspecifika rutiner. Enligt förvaltningens rutiner ska det finnas frånvarorutiner för varje verksamhet som anger hur frånvaron ska meddelas och läggas in i HR-systemet. Sammanfattningsvis konstateras att det finns flera olika anledningar kring när och varför löneskulder uppstår.

Förslag till förbättringsåtgärder

Genomförd granskning ses som en del av ett påbörjat arbete kring löneskulder på HR-avdelningen som kommer att fortsätta under 2020. Fortsatt granskning föreslås ske inom ramen för internkontroll 2020.

(Funktionsstödsnämnden)

Risk:

Bristande serviceskyldighet

Beskrivning av risk

Risk för att kommunen inte klarar att leva upp till serviceskyldigheten i förvaltningslagen på grund av felaktig hantering av sociala medier, vilket kan leda till att medborgare inte får den service de förväntar sig och har rätt till, sekretessbelagd information röjs eller medborgare blir kränkta etc

Enhet

Funktionsstödsnämnden

Granskning: Användande av sociala medier

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar.

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att undersöka om Malmö stad hanterar sociala medier på ett ansvarsfullt sätt i enlighet med Malmö stads riktlinjer och i enlighet med tillämplig lagstiftning.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen omfattar samtliga konton på Facebook, Twitter och Instagram.

Granskningsmetod:

Granskningen innebär att kontroll ska göras huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar. För att kontrollera huruvida fråga besvaras inom 24 timmar väljer förvaltningen, d.v.s. granskaren, ut enkla frågor som rör verksamheten och ställer dessa i förvaltningens konton i sociala medier.

Granskningen ska ske enligt de särskilda instruktioner som tagits fram av stadskontoret. Dessa kommer att publiceras i Stratsys under hösten 2018.

Resultat

Befintliga styrdokument

Malmö stads riktlinjer och tillämplig lagstiftning.

Fungerar styrdokument ändamålsenligt

Granskningen gick ut på att kontrollera om frågor ställda på Facebook och Instagram besvarades inom 24 timmar. I Malmö stads handbok för sociala medier finns instruktioner som talar om hur sociala medier i Malmö stad ska hanteras. Där finns också instruktioner om hur frågor ska besvaras.

Förskoleförvaltningen har granskat funktionsstödsförvaltningens konton i sociala medier enligt stadskontorets anvisningar. Funktionsstödsförvaltningen hade, enligt Malmö stads förteckning över sociala medier, vid granskningstillfället 7 Instagramkonton, 8 Facebookkonton och en blogg. Dock ledde vissa av dessa länkar till avslutade konton. Granskningen har därför gjorts på 6 Instagramkonton och 5 Facebookkonton.

För att göra granskningen skapades fingerade konton på Instagram och Facebook. Detta för att ansvariga för kontrollen inte ville använda sina privata identiteter i detta syfte.

Kontrollansvariga ställde enkla frågor. Första kontrollpunkten gjordes 24 timmar efter att frågorna ställts. Därefter gjordes ytterligare en kontroll efter 72 timmar. De svar som kom efter 24 timmar saknar exakt tidsangivelse.

Av de 11 konton som granskades, svarade 3 av kontoinnehavarna inom 24 timmar. Ytterligare 1 svar kom efter 24 timmar. Två svar signerades med förnamn, vilket är korrekt. Av 11 konton svarade sålades 8 inte inom 24 timmar.

Kommunikationsavdelningen i funktionsstödsförvaltningen har efter granskningen uppdaterat Malmö stads förteckning över sociala medier på malmo.se så att funktionsstödsförvaltningens lista stämmer.

Förslag på förbättringsåtgärder

- Påminna/informera ansvariga om riktlinjerna för sociala medier, bl.a. att svar ska ske inom 24 timmar samt att svar ska signeras med förnamn
- Kontrollera att arbetsplatser som använder sociala medier har rutiner så att frågor och kommentarer bevakas dagligen.
- Uppdatera Malmö stads förteckning över sociala medier och upprätta en rutin så att förteckningen stäms av regelbundet.

Funktionsstödsförvaltningens kommentar till granskningsmetod

Granskningsanvisningarna föreslår att granskaren ska använda sitt eget eller en kollegas privata konto i sociala medier, alternativt skapa ett nytt konto för att kunna genomföra granskningen. Både funktionsstödsförvaltningen och förskoleförvaltningen valde att skapa fingerade konton för att genomföra granskningen. Detta för att ansvariga för kontrollen inte ville använda sina privata konton i detta syfte.

På Instagram kan kontoinnehavare ställa in sina konton på "privat" vilket innebär att man först måste bli godkänd som följare innan man kan göra en kommentar. Av förskoleförvaltningens 67 Instagramkonton var 24 av dessa inställda på privat. Om man ber om att få följa ett privat konto på Instagram, får man endast notis om man blir godkänd som följare. Om man inte blir godkänd får man däremot ingen notis alls, vilket innebär att det inte går att avgöra om kontoinnehavaren har nekat tillträde till kontot, eller om de inte har uppmärksammat förfrågan överhuvudtaget. På grund av detta går det inte att med säkerhet säga hur kontohavaren har bevakat sitt konto. I de skriftliga anvisningarna står inte heller att en förfrågan om att få följa ett privat konto ska göras för att kunna ställa sin fråga. Funktionsstödsförvaltningen avgränsade därför sin granskning till de konton som var öppna för kommentarer.

Ett av syftena med att skapa ett privat konto kan vara att kontoinnehavaren vill ha koll på vilka följare som finns, exempelvis föräldrar till barn på en förskolas avdelning. Att neka följare, som kontoinnehavaren inte kan identifiera, tillträde till ett konto kan i dessa fall vara en medveten strategi. En diskussion fördes i funktionsstödsförvaltningen kring huruvida granskaren kunde uppfattas som ett troll om hen bland annat begärde att få följa många privata konton till olika förskolor och avdelningar i sociala medier.

(Funktionsstödsnämnden)

Risk:

Bristande avtalshantering

Beskrivning av risk

Risk för att Malmö stad sluter felaktiga eller bristfälliga avtal och bryter mot gällande rätt på grund av bristande styrning och okunskap vilket kan leda till förtroendeskada och ekonomiska konsekvenser såväl direkt (dåliga villkor) som indirekt (upphandlingsskadeavgift/ skadestånd).

Enhet

Funktionsstödsnämnden

Granskning:

Avtalshantering

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Avtalshantering

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att följa upp hur nämnder och bolag, som vid granskning 2017 genom självskattning bedömde att de hade förbättringsområden inom avtalshantering, i relevanta delar säkerställt att förbättringar genomförts.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen omfattar samtliga nämnder och bolagsstyrelser som vid granskning av avtalshantering 2017 bedömde att det fanns ett eller flera områden inom avtalshantering som behövde förbättras eller ses över omgående.

Granskningsmetod:

För de områden som vid kommungemensam granskning 2017 bedömdes som förbättringsområden eller vara i behov av omedelbar översyn, beskrivs hur nämnden/bolagsstyrelsen säkerställt att förbättringar genomförts

Resultat

Utifrån resultatet i föregående granskning har en granskningsgrupp med representanter inom stabsavdelningarna i förvaltningen svarat på följande frågeställningar:

Hur säkerställer nämnden att ingångna avtal följs (avtalstrohet)?

Främst genom kontroller i Ekot, exempelvis genom att stickprovsmässigt kontrollera om det finns dokumenterad direktupphandling om produkten inte ingår i avtalat sortiment. Nya chefer ges information om avtal och direktupphandling i samband med introduktion i Ekot. Information finns på komin om rutin för när direktupphandling ska göras, tillsammans med en power-pointpresentation riktad till chefer om inköp/upphandling.

Det finns en dokumenterad rutin för att bevaka att avtal sägs upp eller förnyas i rätt tid för att säkerställa att det finns gällande avtal på relevanta produkt-/tjänsteområden

Rutin ska tas fram under 2020.

Rutinen är kommunicerad till berörda medarbetare

När ny rutin är framtagen kommer den att kommuniceras under 2020.

Förvaltningen/bolaget har avtalsamordnare eller motsvarande (medarbetare som har till uppgift/ansvar för att sköta avtalshantering, d.v.s. att underlätta att rutiner följs, bevaka avtalens giltighet etc.)

Det finns inte en funktion som samordnar alla avtal i förvaltningen. Förvaltningens huvudregistrator ansvarar för registrering av avtal och utvecklande av rutin för registrering. Lokalsamordnare följer upp när det gäller avtal för lokaler. Städkoordinatör följer upp städavtal. Ansvariga chefer ansvarar för respektive avtal som de tecknat. Förvaltningen har två personer som har en mindre del av sin tjänst som upphandlingssamordnare. I rollen ingår att delta i kommungemensamt nätverk och att ge information och stöd till verksamheten i den egna förvaltningen.

Avtalen är strukturerade på ett sådant sätt att de är sökbara

Avtal ska finnas digitalt i Platina, så att de lätt går att hitta. Detta är ett pågående arbete.

När inköpsbehov uppstår går det att med begränsad arbetsinsats ta reda på om det finns avtal och att få fram information om avtalsvillkoren (ja = inom en timme, nej = två arbetsdagar eller mer)

Finns avtalet i Platina hos funktionsstödsförvaltningen så JA. Om det är diariefört i annan förvaltning, så kan det ta mer tid. Är det inte diariefört i Platina så NEJ.

Kontroller genomförs löpande att överenskomna avtalsvillkor följs av leverantören (rätt pris, rätt kvalitet, rätt leveranssätt etc.)

Kontroller görs vid vissa tillfällen stickprovsmässigt av ekonomiavdelningen. Detta på grund av att det är tidskrävande att kontrollera fakturerade priser och villkor gentemot avtal och prislistor i avtalskatalogen.

Det säkerställs att avtal tecknas av behörig medarbetare

Delegationsordningen säkerställer detta när det gäller större avtal. Det kan finnas brister när det gäller direktupphandlingar. Digital utbildning (del i introduktion för chefer och chefsstöd) som handlar om delegationsordningen är under framtagande och ska vara klar våren 2020. I uppstarten ska samtliga chefer och chefsstöd genomföra utbildningen.

Reflektioner, analys och förbättringsförslag

Förvaltningens granskning visar på vissa brister, vilket gör att färgerna i självskattningsmatrisen inte är förändrade (se bilaga). Dock kan förbättringar ses sedan 2017 till följd av ett igångsatt arbete kring avtal. Förvaltningens kansli ska ta fram *Plan för översyn av avtalshantering för 2020*, där resultatet i denna granskning kommer att beaktas. Förvaltningen har en nytillsatt controller som även ska arbeta med inköpsprocessen och avtal, vilket kommer bidra till ytterligare förbättring.

Det pågår arbete med att söka upp pågående avtal från gamla diaries/tecknade i andra förvaltningar (främst sociala resursförvaltningen och stadskontoret), främst på grund av organisationsförändring 2017, för att diarieföra dessa.

Huvudregistrator håller också på att bygga avtalsstruktur i Platina, med standardrubriker, rutin för hur giltighetstid anges och ansvarig handläggare. Det finns tankar på att även göra avtalsuppföljningar en eller två gånger om året för att uppdatera giltighetstid för avtal där förlängning sker automatiskt. Rutin ska tas fram för avtalshantering, som chefer och registratorer kan tillämpa. Avtal ska registreras på kansliet (gäller ej individavtal som finns i personakt).

När det gäller hyresavtal så finns dessa i LiMa:s fastighetsregister och även i Platina.

När det gäller kontroller så görs de av ekonomiavdelningen. Avtal tecknas utifrån delegation i delegationsordningen.

(Funktionsstödsnämnden)

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) utifrån ett antal kommungemensamma kriterier (se bilaga).

Förbättringsområden (gulmarkerade kriterier)

Kriteriet *Ledningsgrupperna tar ansvar för fungerande kontrollmiljö* är i princip uppfyllt, men det pågår fortlöpande arbete för att öka förståelsen för och tillämpningen av intern kontroll och ledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

När det gäller kriteriet *Informationstillgången är tillräcklig* så är det en utmaning att nå alla sektionschefer och medarbetare i en stor förvaltning som funktionsstödsförvaltningen.