

Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

2018

INNEHÅLL

- ▶ Nämndens anvisningar för det interna kontrollarbetet
- ▶ Plan för intern kontroll
- ▶ Riskanalys
- ▶ Uppföljning

Ordning & reda

Rätt saker på rätt sätt

Skapa förtroende

Undvik fel

Effektivitet



INTERN KONTROLL

Hälsa, vård & omsorg



Malmö stad

Innehållsförteckning

Inledning	5
Ansvar	5
Arbetsgång vid internkontrollgranskning	5
Kommungemensamma granskningsområden	5
Direktåtgärder	6
Informationsöverföring	6
Informationsöverföring	6
Uppföljning av biståndsbeslut (inkl korttid)	6
Uppföljning biståndsbeslut	6
Bristande posthantering och diarieföring (inkl sms, e-post)	7
Posthantering och diarieföring	7
Bristande posthantering och diarieföring (inkl sms, e-post)	7
Kommunikationsinsats om hantering av allmänna handlingar	7
Avvikelsehantering	8
Utbildning inom avvikelserapportering	8
Läkemedelshantering	9
Läkemedelshantering	9
Process för rutiner	9
Strukturerad process för rutiner	9
Loggranskning HSL	10
Säkerställa följsamhet till rutinen för loggranskning av patientjournaler inom den nya avdelningen för ordinärt boende	10
Privata medel	10
Informationsinsats om nya stadsövergripande rutiner för hantering av privata medel på särskilda boenden	10
Hantering av sekretessmaterial/handlingar	11
Informationsinsats om godkända arkivskåp	11
Hantering av sekretessmaterial/handlingar	11
Upprättande av dokumenterad rutin för utlämnande av handlingar	11
Muntlig sekretess	12
Information på APT	12
Risk att arbetsplatserna saknar osa-mål	12
OSA-mål	12
Hälsa-, vård- och omsorgs aktivitet på sociala medier	12
Information om rutin	13
Medarbetares kännedom om rutiner för informationssäkerhet	13
Informationsinsats och säkerställande att rutiner är uppdaterade	13
Medarbetares kännedom om rutiner för informationssäkerhet	14
Kommunikationsplan för informationssäkerhet	14
Bristande avtalshantering	15
Upprättande av avtalsregister	15

Säkerställande av upphandlingskompetens	15
Ökad personalomsättning	15
Personalomsättning biståndsavdelningen	16
Granskningar.....	17
Basal hygien.....	17
Granskning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler	17
Genomförandeplan SoL	19
Granskning av kvaliteten i genomförandeplaner i ordinärt boende	19
Genomförandeplan SoL	21
Genomförandeplaner i särskilt boende.....	21
Social dokumentation	22
Social dokumentation inom ordinärt boende	22
Social dokumentation	24
Social dokumentation inom särskilt boende	24
HSL-dokumentation	25
Granskning av HSL-dokumentation i ordinärt boende.....	25
HSL-dokumentation	26
Dokumentation HSL - skyddsåtgärder.....	26
Larm och insatser.....	27
Larm och insatser - avvikelser.....	28
Hantering av avvikelser avseende läkemedel	29
Hantering av läkemedelsavvikelser i Flexite.....	29
Privata medel	30
Granskning av följsamhet till ny rutin för hantering av privata medel i ordinärt boende	31
Avsaknad av inventarieregister för elektronisk utrustning	32
Elektronisk utrustning	32
Fel pris fakturerat jämfört med avtal.....	34
Fakturerade prisers överensstämmelse med avtal.....	34
Bristande avgiftshantering.....	35
Avgifter för brukare	35
Felaktiga kontaktuppgifter	36
Kontaktuppgifter	36
Bristande följsamhet till rutiner kring 24-timmarsregeln	37
Följsamheten till rutiner kring 24-timmarsregeln.....	37
Hantering av in- och utloggning vid dator.....	38
Hantering av in- och utloggning vid dator	38
Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll.....	39

Inledning

Denna rapport är en samlad redovisning av nämndens internkontrollarbete under 2018. Åtgärder och granskningar utifrån av nämnden beslutad internkontrollplan för 2018 har tidigare redovisats i maj respektive i september 2018 och godkänts av nämnden. **De åtgärder/granskningar som inte tidigare har redovisats är därför skrivna med vanlig svart text; 7 åtgärder och 5 granskningar, medan tidigare redovisade granskningar är markerade med grått.**

Den sammantagna rapporten kommer att skickas till stadskontoret som underlag till kommunstyrelsens bedömning av alla nämnders och bolags arbete med intern kontroll.

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.

Förvaltningsdirektören ska rapportera till nämnden huruvida granskningar och åtgärder genomförts i enlighet med antagen internkontrollplan samt redogöra för resultatet av genomförda kontroller. Resultaten rapporteras tre gånger om året 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 förbättringsåtgärder i tillämpliga fall.

Kommungemensamma granskningsområden

Kommunstyrelsen beslutade vid sitt sammanträde 2017-09-13 om tre gemensamma granskningsområden för Malmö stads nämnder under 2018:

- 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:

Informationsöverföring

Beskrivning av risk

Risk för brist i informationen mellan biståndshandläggare och utförare pga att rutin inte följs, vilket kan leda till missad insats hos den enskilde.

Åtgärd:

Informationsöverföring

Vad ska göras:

Översyn av rutinerna för informationsöverföring mellan biståndshandläggare och utförare inom särskilt boende och ordinärt boende. Eventuellt framtagande av nya gemensamma rutiner och kommunicering av dessa till berörda medarbetare.

Genomförda åtgärder

En översyn av rutiner för informationsöverföring mellan biståndshandläggare och utförare inom särskilt boende och ordinärt boende har genomförts. Rutinerna har uppdaterats med anledning av den nya organisationen och kommunicerats inom avdelningen.

(Myndighet)

Risk:

Uppföljning av biståndsbeslut (inklusive korttid)

Beskrivning av risk

Risk för att biståndsbeslut inte följs upp pga. hög arbetsbelastning, vilket kan leda till inaktuell information för utföraren och att insatserna inte överensstämmer hos den enskilde.

Åtgärd:

Uppföljning biståndsbeslut

Vad ska göras:

Översyn av rutinerna för uppföljning av biståndsbeslut och eventuell revidering och kommunicering av nya gemensamma rutiner.

Genomförda åtgärder

Det fanns en rutin i ett av de före detta stadsområdena, som legat till grund för den gemensamma rutin som tagits fram för hela myndighetsavdelningen. Rutinen är kommunicerad inom hela myndigheten. Ett samarbete har även inletts med avdelning för ordinärt boende för att bland annat skapa samsyn kring uppföljning av biståndsbeslut för att säkerställa att den enskildes behov blir tillgodosett. I nuläget är det endast ett område inom myndigheten som arbetar systematiskt med uppföljningar, och planeringen är nu att sprida detta arbetssätt inom hela avdelningen.

(Myndighet)

Risk:

Bristande posthantering och diarieföring (inkl sms, e-post)

Beskrivning av risk

Risk för bristande hantering av inkommande handlingar i form av såväl fysisk post som e-post/sms pga ofullständiga rutiner eller brister av följsamhet till rutiner, vilket kan leda till att nämnden inte får kännedom om nya ärenden, att ärenden inte blir hanterade och att rättssäkerheten påverkas.

Åtgärd:

Posthantering och diarieföring

Vad ska göras:

Översyn av rutiner avseende posthantering och diarieföring, eventuell revidering och framtagna av för avdelningen gemensamma rutiner, kommunikering till medarbetare.

Genomförda åtgärder

Översyn av rutiner för avdelningens posthantering och diarieföring har genomförts. Enhet administration, boende och utveckling kvalitetssäkrar all posthantering och diarieföring för hela avdelningen och har ett nära samarbete med förvaltningens enhet för nämnd- och ärendehantering.

(Myndighet)

Risk:

Bristande posthantering och diarieföring (inkl sms, e-post)

Beskrivning av risk

Risk för bristande hantering av inkommande handlingar i form av såväl fysisk post som e-post/sms pga ofullständiga rutiner eller brister av följsamhet till rutiner, vilket kan leda till att nämnden inte får kännedom om nya ärenden, att ärenden inte blir hanterade och att rättssäkerheten påverkas.

Åtgärd:

Kommunikationsinsats om hantering av allmänna handlingar

Vad ska göras:

En kommunikationsinsats om hanteringen av allmänna handlingar (inklusive posthantering, diarieföring och utlämnande) ska genomföras för att öka kunskapen och följsamheten till befintliga rutiner.

Genomförda åtgärder

Återrapportering maj 2018:

Den 1 januari bildades enheten för nämnd- och ärendehantering under kommunikationsavdelningen. Enheten har ett samlat uppdrag kring ärende- och dokumenthantering i vilket posthantering och registrering av allmänna handlingar ingår.

Representanter från enheten har under året medverkat vid tre introduktionstillfällen för nya chefer och ett tillfälle för nya stabsmedarbetare för att introducera chefer och medarbetare kring regler om offentlighet och sekretess och hantering av allmänna handlingar.

Sidorna på intranätet som gäller dokument- och ärendehantering har uppdaterats under våren för att göra informationen kring hantering av post och diarieföring tydligare och mer lättillgänglig. Samtidigt har rutiner på området skrivits om och minskats ner i antal - även här för att göra informationen mer tillgänglig för medarbetare inom förvaltningen.

Under våren har enheten också tagit fram en uppdaterad rutin kring utlämnande av allmän handling. I rutinen finns en tydligare ansvarsfördelning kring utlämnanden, hanteringen av avgifter för kopior enligt ny taxa framgår och en checklista kring hanteringen av utlämnande av allmän handling är framtagen.

Från 1 januari 2018 finns en förvaltningsspecifik handbok för registrering av allmänna handlingar. Målgruppen är främst registratorer, men kan också användas av andra medarbetare som vägledning för vilka handlingar som ska diarieföras och hur. Handboken reviderades fr.o.m. 1 juli 2018 för att bättre tillfredsställa behoven hos medarbetarna.

Huvudregistrator anordnar kontinuerligt nätverk för förvaltningens registratorer för att sprida kunskap, uppdatera kring nyheter och identifiera förbättringsområden.

Arbete pågår med att sprida information om enhetens uppdrag och kompetens i organisationen för att efter behov kunna besöka verksamheter och utbilda eller informera om hantering och registrering av verksamhetsspecifika handlingar.

En nyhet på Komin har publicerats i samband med framtagandet av nya rutiner där enhetens uppdrag och kompetens presenteras och informations- och utbildningsinsatser erbjuds till förvaltningens alla verksamheter.

Återrapportering januari 2019:

Förvaltningen, och enheten för nämnd- och ärendehantering, har under hösten 2018 fortsatt medverkat på introduktion för nya chefer och stabsmedarbetare på området offentlighet och sekretess och huvudregistrator har fortsatt utbildningar och nätverksmöten med förvaltningens registratorer för att sprida kunskap om diarieföring av allmänna handlingar.

På enheten har man också arbetat tillsammans med IT-samordnare för att ta fram en rutin för att spara och skicka sekretessreglerade uppgifter i Office 365. där ingår bland annat hur medarbetare på ett säkert sätt skickar e-post med **sekretessuppgifter**.

(Kommunikation)

Risk:

Avvikelsehantering

Beskrivning av risk

Risk för att avvikelser inte rapporteras pga tidsbrist och/eller bristande kunskap, vilket kan leda till att den enskilde drabbas negativt.

Åtgärd:

Utbildning inom avvikelserapportering

Vad ska göras:

Utbilda personal i rapportering av avvikelser för att säkerställa att de har kunskap och ges möjlighet till att skriva avvikelser.

Genomförda åtgärder

Under september och oktober månad kommer samtliga avlösare och ledsagare att informeras om hur avvikelser ska rapporteras. Förutsättningar för att rapportera direkt i Flexite finns inte för närvarande för denna personalgrupp. Därför fortsätter nuvarande arbetssätt, det vill säga att assistenter och sektionschefer rapporterar i systemet efter information från avlösare och ledsagare. Detta arbetssätt underlättas efter samlokaliseringen av verksamheternas administrativa personal under året.

(Hälsa och förebyggande)

Risk:

Läkemedelshantering

Beskrivning av risk

Risk för att enskilda inte får sina läkemedel enligt ordination pga att rutin inte följs, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för den enskilde.

Åtgärd:

Läkemedelshantering

Vad ska göras:

Åtgärd inriktas på följsamhet till befintlig rutin avseende överlämnande av läkemedel. Ansvarig sjuksköterska ska tillsammans med sektionschefen för verksamheten där det förekommer läkemedelsöverlämnande, göra genomgång av rutinen vid ett tillfälle under våren och ett tillfälle under hösten. Ska ske inom ordinärt och särskilt boende.

Genomförda åtgärder

Särskilt boende:

På 26 av de 42 särskilda boenden har sjuksköterskor tillsammans med sektionschef gått igenom rutin för läkemedelshantering. Orsaker till att rutinen ännu inte är genomgången på alla boenden förklaras med tidsbrist hos sjuksköterskor och omorganisation. De boenden som ej fått genomgång planeras få detta under september månad. Boenden som erhöll genomgång under våren planeras få ytterligare en genomgång av rutinen under oktober månad.

Ordinärt boenden:

6 hemsjukvårdsgrupper har gjort genomgång av rutinen för alla de hemtjänstgrupper som de har ansvar för. Inom övriga 3 hemsjukvårdsgrupper har genomgång gjorts på några hemtjänstgrupper, medan några återstår på grund av sjukdom, semester samt omorganisation. Resterande grupper planeras få genomgång under hösten.

Förbättringsåtgärder:

Rutin för läkemedelshantering ska fortsättningsvis gås igenom en gång per år samt i samband med omdelegering.

(Strategisk utveckling)

Risk:

Process för rutiner

Beskrivning av risk

Risk för att rutiner inte revideras i tid pga att det saknas ett systematiskt arbetssätt och en tydlig ansvarsfördelning vilket kan leda till utebliven insats/ej korrekt hantering vid insats.

Åtgärd:

Strukturerad process för rutiner

Vad ska göras:

Tydliggörande omkring ansvar, arbetsformer, beslutsformer vid framtagande/revidering av rutiner inom förvaltningens verksamhet

Genomförda åtgärder

En förtydligande rutin för processen att ta fram rutiner för den brukar-/patientnära verksamheten har tagits fram för beslut i förvaltningens ledningsgrupp.

Rutinen klargör nivåer och ansvar för framtagning, samverkan och beslut.

(Strategisk utveckling)

Risk:

Loggranskning HSL

Beskrivning av risk

Risk att personal tar del av patientuppgifter utan aktiv vårdkontakt pga att rutin inte följs, vilket kan leda till att enskildas rättssäkerhet och integritet kan påverkas.

Åtgärd:

Säkerställa följsamhet till rutinen för loggranskning av patientjournaler inom den nya avdelningen för ordinärt boende

Vad ska göras:

Säkerställa att det i den nya organisationen utses en person som förser sektionerna med listor i Procapita vilka verkar som underlag för loggranskning enligt Malmö stads rutin.

Genomförda åtgärder

För att säkerställa följsamhet av rutinen för loggranskning av patientjournaler har avdelningen för ordinärt boende utsett fem medarbetare, med fördjupad kunskap i systemet, att regelbundet och systematiskt göra utdrag och förse sektionerna med listor ur Procapita. Listorna utgör underlag för loggranskning som genomförs av sektionscheferna.

(Ordinärt boende)

Risk:

Privata medel

Beskrivning av risk

Risk för att rutin för hantering av brukares privata medel inte följs pga. brister i den interna kontrollen av kontanter/annat, vilket kan leda till att enskilda drabbas negativt, olagligt agerande, minskat förtroende för nämndens verksamhet.

Åtgärd:

Informationsinsats om nya stadsövergripande rutiner för hantering av privata medel på särskilda boenden

Vad ska göras:

Samtliga sektionschefer ska gå igenom den nya rutinen nogsamt på en arbetsplatsträff under våren för att säkerställa följsamhet till rutinen.

Genomförda åtgärder

Samtliga sektionschefer har under första halvåret informerat medarbetarna om hur privata medel ska hanteras enligt befintlig rutin. Informationen har lämnats på arbetsplatsträffarna och vikten av en korrekt hantering av privata medel har betonats.

(Särskilt boende)

Risk:

Hantering av sekretessmaterial/handlingar

Beskrivning av risk

Risk för att sekretesskyddat material/handlingar inte förvaras enligt gällande riktlinjer pga bristande kunskap eller ej godkända arkivskåp, vilket kan leda till att obehöriga får åtkomst till sekretessbelagd information som kan påverka den enskildes rättssäkerhet och integritet.

Åtgärd:

Informationsinsats om godkända arkivskåp

Vad ska göras:

Samtliga chefer inom avdelningen ska informeras om att journaler och liknande handlingar måste förvaras på ett godkänt sätt utifrån arkivlagstiftningen. Frågan ska lyftas på varje enhets ledningsgruppsmöte under våren för att kunna planera eventuella inköp av arkivskåp så snart som möjligt i de fall som det behövs.

Genomförda åtgärder

Samtliga chefer har informerats om att journaler och liknande handlingar måste förvaras på ett godkänt sätt utifrån arkivlagstiftningen. Frågan har lyfts på enheternas ledningsgruppsmöten under våren.

En inventering kring godkända arkivskåp inom avdelningen har genomförts med hjälp av en gemensam mall som skickats ut till alla chefer. Översynen ligger till grund för planering av inköp för att säkra förvaring av sekretessmaterial enligt rådande regler.

(Särskilt boende)

Risk:

Hantering av sekretessmaterial/handlingar

Beskrivning av risk

Risk för att sekretesskyddat material/handlingar inte förvaras enligt gällande riktlinjer pga. bristande kunskap eller ej godkända arkivskåp, vilket kan leda till att obehöriga får åtkomst till sekretessbelagd information som kan påverka den enskildes rättssäkerhet och integritet.

Åtgärd:

Upprättande av dokumenterad rutin för utlämnande av handlingar

Vad ska göras:

Upprättande av dokumenterad rutin för utlämnande av olika former av handlingar för att säkerställa sekretessen.

Genomförda åtgärder

Ekonomiavdelningen har upprättat en rutin för utlämnande av allmän handling på ekonomiavdelningen. Rutinen är ett komplement till den förvaltningsövergripande rutinen.

Rutinen beskriver dels hur avdelningen ska hantera en begäran om utlämnande av leverantörsfakturor där avdelningens uppdrag är att bistå verksamheten i framtagande av fakturorna. Rutinen beskriver även vad avdelningen ska tänka på vid utlämnande och sekretessprövning av andra typer av handlingar som lämnas ut direkt från ekonomiavdelningen.

(Ekonomi)

Risk:

Muntlig sekretess

Beskrivning av risk

Riska för att sekretessbelagda uppgifter sprids till obehöriga på grund av okunskap vilket kan leda till skada för den enskilde.

Åtgärd:

Information på APT

Vad ska göras:

Varje arbetsplats ska under året informera medarbetarna om muntlig sekretess och dess innebörd.

Genomförda åtgärder

Samtliga medarbetare informeras om muntlig sekretess under april och maj månad. Informationen följs av efterföljande diskussion, samt en genomgång av samma material som ges till nyanställda rörande sekretess.

(Hälsa och förebyggande)

Risk:

Risk att arbetsplatserna saknar osa-mål

Beskrivning av risk

Risk att arbetsplatserna saknar mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön i strid mot AFS 2015:4 vilket kan vara ett tecken på ett bristfälligt arbetsmiljöarbete som i sig skapar sämre arbetsmiljö för medarbetarna.

Åtgärd:

OSA-mål

Vad ska göras:

Process kommer att genomföras under året som innebär att förvaltningsgemensamma OSA-mål kommer att tas fram, information kommer att ges till alla arbetsplatser om vikten att ta fram OSA-mål och hur detta kan göras.

Genomförda åtgärder

Förvaltningen beslutade efter samverkan i förvaltningsrådet 2018-06-05 att komplettera årets medarbetarenkät med åtta arbetsmiljöfrågor specifikt kopplat till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA). Beslut togs också om att samtliga verksamheter i förvaltningen ska ta fram osa-mål i samband med arbetet med resultatet av medarbetarenkät. Resultatguiden till medarbetarenkäten har kompletterats med information gällande att osa-mål ska tas fram och hur det kan göras.

(HR)

Risk:

Hälsa-, vård- och omsorgs aktivitet på sociala medier

Beskrivning av risk

Risk för att olämpliga och eller/kränkande inlägg blir kvarliggande på sociala medier då rutiner för kontroll inte finns eller tillämpas. Detta kan leda till ansvar för kränkning.

Åtgärd:

Information om rutin

Vad ska göras:

Informera medarbetare om gällande rutiner angående sociala medier och tydliggöra ansvar.

Genomförda åtgärder

Under vår och sommar har planering för ny intern organisering inom avdelningen pågått, innefattande bemanning/rekryteringar. Det är mötesplatserna som kommunicerar genom sociala medier. En

arbetsplatsträff är planerad till oktober månad, då all personal på mötesplatserna ska samlas för att diskutera och fatta beslut om varje mötesplats ska ha egna sociala medier/ konton t.ex. på Facebook och Instagram, eller om alla mötesplatserna ska ha gemensam. Ansvar och rutiner för att säkerställa att inga olämpliga eller kränkande inlägg blir kvarliggande kommer att beslutas utifrån detta. Samarbete sker med kommunikationsavdelningen, bland annat kring hur information kring rutin för hantering av sociala medier ska ske.

Vintern 2018

Mötesplatsernas personal har under hösten gått igenom rutiner kring hantering av sociala medier. Ett beslut är också taget om att det endast ska finnas ett konto för Facebook respektive Instagram, vilka samtliga mötesplatser ska vara representerade i. Detta ska introduceras under 2019, vilket medför en utbildningsinsats till ansvariga för sociala medier-konton.

(Hälsa och förebyggande)

Risk:

Medarbetares kännedom om rutiner för informationssäkerhet

Beskrivning av risk

Risk för bristande följsamhet till Malmö stads rutiner för informationssäkerhet på grund av bristfällig introduktion för nyanställda och regelbunden kommunikering av rutinerna. Detta kan påverka rättssäkerheten för enskilda medborgare och förtroendet för organisationen.

Åtgärd:

Informationsinsats och säkerställande att rutiner är uppdaterade

Vad ska göras:

Samtliga chefer inom avdelningen ska på en arbetsplatsträff informera personalen om Malmö stads rutiner för informationssäkerhet och säkerställa att alla medarbetare har genomfört den så kallade DISA-utbildningen (Datorstödd informationssäkerhetsutbildning för användare) som Myndigheten för samhällsberedskap tillhandahåller.

Genomförda åtgärder

Samtliga chefer har på APT/liknande informerat personalen om Malmö stads rutiner för informationssäkerhet samt att den s.k. DISA-utbildningen (Datorstödd InformationsSäkerhetsutbildning för Användare), som *Myndigheten för samhällsberedskap* tillhandahåller, skulle genomföras under året. Resultatet visar att 90 % har genomgått utbildningen. Flertalet av de som inte genomgått denna är långtidssjukskrivna, tjänst- eller föräldralediga och dessa kommer att genomföra testet vid återgång i arbetet.

(Särskilt boende)

Risk:

Medarbetares kännedom om rutiner för informationssäkerhet

Beskrivning av risk

Risk för bristande följsamhet till Malmö stads rutiner för informationssäkerhet på grund av bristfällig introduktion för nyanställda och regelbunden kommunikering av rutinerna. Detta kan påverka rättssäkerheten för enskilda medborgare och förtroendet för organisationen.

Åtgärd:

Kommunikationsplan för informationssäkerhet

Vad ska göras:

En kommunikationsplan ska tas fram avseende hur kommunikationen till medarbetare ska struktureras i syfte att öka kunskapen omkring hur information ska hanteras på ett säkert sätt. Planen tas fram under första delen av året för att implementeras under andra halvåret.

Genomförda åtgärder

Efter det att den Interna kontrollplanen för 2018 beslutats av Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden framkom att revisionen avsåg att genomföra en granskning av informationssäkerhet inom nämndens ansvarsområde. Förvaltningen beslöt sig därför att avvakta resultatet av granskningen för att kunna möta eventuella synpunkter och förslag på förbättringsområden. Revisionsrapporten inkom till nämnden under hösten.

Resultat av revisionens granskning

I revisionens granskning framkom bland annat att nämnden beaktat ett stort antal risker för året som har anknytning till informationssäkerhet. Vidare framkom att granskningar och åtgärder finns representerat i IK-planen.

I de flesta fall har nämnden tydligt dokumenterade rutiner för hantering av information: 16 av 22 kontrollerade krav uppfylls, 4 uppfylls delvis, en bedöms ej och en är ej uppfylld. Den sista handlar om att ansvariga för websidor där information publiceras saknas. Nyanställda informeras om riktlinjerna gällande informationssäkerhet.

Under granskningen framkommer i intervjuer även att:

Som följd av att hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen är en nybildad förvaltning har sammanslagningen medfört att det i nuläget inte finns en helt enhetlig uppföljning, men att generella rutiner håller på att arbetas fram.

Inom ramen för nämndens interna kontrollarbete kommer en del av informationssäkerhetsarbetet att följas upp som följd av att fyra områden kopplat till informationssäkerhet prioriterats. Särskilt kan nämnas det område som sätter fokus på följsamheten till Malmö stads riktlinjer för informationssäkerhet, vilket bland annat innebär att en kommunikationsplan arbetas fram för att säkerställa att tillräcklig information bland medarbetarna finns avseende hantering av information.

Förvaltningens planering utifrån revisionsgranskningens resultat ovan

1. Ta fram en kommunikationsplan och en process för uppföljning

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen är en stor förvaltning där det krävs utarbetade strategier för att nå ut med regelverk och bestämmelser. Det finns fortsatt behov av särskilda insatser för att kommunicera och följa upp arbetet med informationssäkerhet. Under det första kvartalet 2019 ska förvaltningen därför ta fram en kommunikationsplan och en process som syftar till att följa upp hur väl förvaltningens verksamheter känner till och efterlever regler för informationssäkerhet.

2. Förenkla och förbättra processen för incidentrapportering

Det finns en risk att verksamheter inte fullgör sin rapporteringsskyldighet vid incidenter som rör informationssäkerhet och personuppgifter. Under det första kvartalet 2019 ska förvaltningens samordnare för informationssäkerhet och dataskydd därför revidera de interna rutinerna för incidentrapportering och analys i syfte att förenkla och förtydliga när, hur och vem som ska rapportera och analysera incidenter, till exempel vid ett inbrott eller en stöld.

3. Ta fram förvaltningspecifika rutiner

Innehållet i Riktlinjer och anvisningar för informationssäkerhet i Malmö stad är omfattande och vissa delar kan vara svåra att tolka och tillämpa för förvaltningens verksamheter. Förvaltningens samordnare för informationssäkerhet och dataskydd ska därför ta fram rutiner som beskriver hur relevanta regler ska tillämpas praktiskt med hänsyn till förvaltningens informationstillgångar. Arbetet är påbörjat och fortsätter under 2019.

(Strategisk utveckling)

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).

Åtgärd:

Upprättande av avtalsregister

Vad ska göras:

Förvaltningen ska sammanställa ett komplett avtalsregister för samtliga avtal och avrop.

Genomförda åtgärder

Ett avtalsregister i Stratsys håller på att upprättas. Avrop på ramavtal för avtalsregister har genomförts. Implementering av systemet är pågående och beräknas vara klart i februari 2019.

(Ekonomi)

Åtgärd:

Säkerställande av upphandlingskompetens

Vad ska göras:

Förvaltningen ska säkerställa att det finns upphandlingskompetens inom förvaltningen.

Genomförda åtgärder

En ny inköpsfunktion med en inköpssamordnare har införts juni 2018. Inköpsamordnaren ska stödja, informera, utbilda chefer och beställare i inköpsfrågor och direktupphandling.

(Ekonomi)

Risk:

Ökad personalomsättning

Beskrivning av risk

Risk för personalomsättning pga av omorganisationen vilket kan leda till kompetensbrist.

Åtgärd:

Personalomsättning biståndsavdelningen

Vad ska göras:

Översyn av omsättningen av personal på avdelningen för myndighet samt framtagande och genomförande av eventuella åtgärder som kan säkra bemanningen på avdelningen.

Genomförda åtgärder

Personalomsättningen inom avdelningen följs kontinuerligt. Trots en omfattande omorganisering har personalomsättningen inte ökat utan ligger fortfarande på en låg nivå. En framgångsfaktor bedöms vara att avdelningen under hela omorganiseringen har strävat efter en hög delaktighet hos medarbetarna för att ta tillvara deras erfarenheter och synpunkter inför att beslut har fattats.

Avdelningen har under hösten haft en gemensam rekrytering av biståndshandläggare för att säkra bemanningen.

(Myndighet)

Granskningar

Risk:

Basal hygien

Beskrivning av risk

Risk för smitta pga. att rutiner inte följs, vilket kan leda till stor påverkan för enskildas säkerhet och arbetsmiljön.

Granskning:

Granskning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av medarbetarens följsamhet till hygienrutiner och klädregler enligt SKL:s metod för punktprevalensmätning (PPM).

Syfte med granskningen:

Syftet är att granska följsamheten till hygienrutiner och klädregler för att kunna identifiera brister, åtgärda dessa och därigenom förhindra smittöverföring inom vård- och omsorgsverksamheten.

Omfattning/avgränsning:

Omfattning på granskningen beslutas inom avdelningen tillsammans med de professioner som ska sammanställa underlaget. Mätningen görs i hela Sverige under vecka 12 och 13.

Observationer har utförts inom ordinärt boende och enhet korttid. 11 sektioner (7 inom ordinärt boende, 4 inom korttid) med kompletta observationsprotokoll över vardera 10 observationer innebär att 110 observationer har registrerats. Följande parametrar observerades:

Basala hygienrutiner:

- Korrekt desinfektion av händerna före patientnära arbete
- Korrekt desinfektion av händerna efter patientnära arbete
- Korrekt användning av handskar vid kontakt eller risk för kontakt med kroppsvätskor
- Korrekt användning av engångsförkläde av plast

Klädregler:

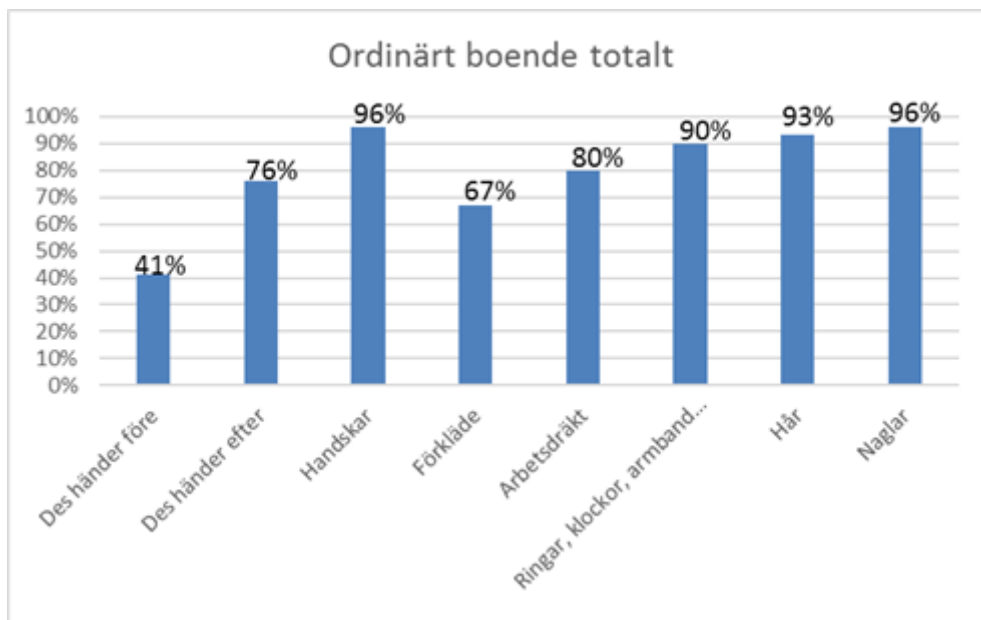
- Korrekt arbetsdräkt
- Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor
- Naglar ska hållas korta samt fria från nagellack och konstgjort material
- Hår ska vara kort eller uppsatt

Granskningsmetod:

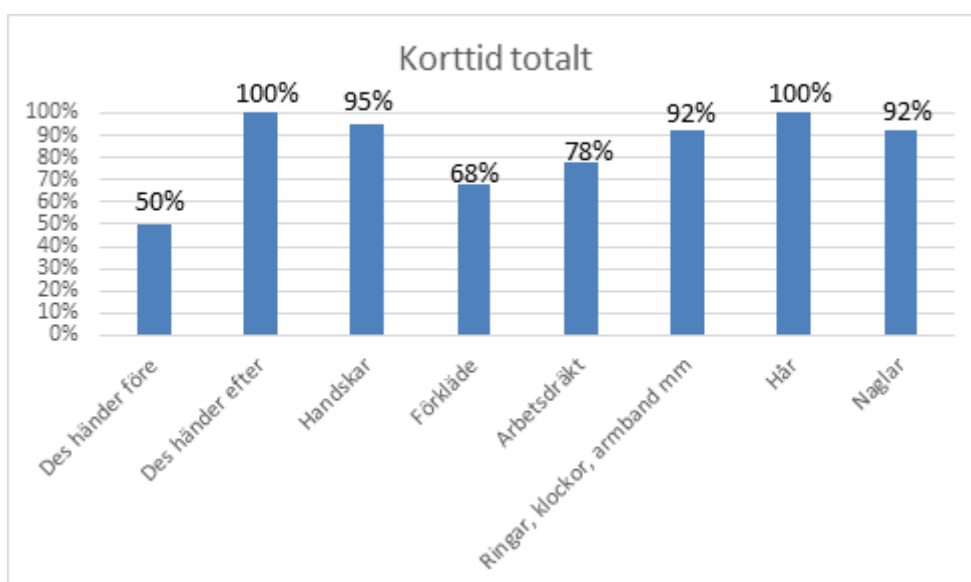
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler kontrollerades genom observationsstudier som skedde under en i förväg angiven tidsperiod. Observatörer, utsedda av ledningen, genomförde observationerna. Innan studien fick observatörerna en genomgång av metoden och tillhörande föreskrift, Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10), av kvalitetsutvecklare HSL. Alla observatörer uppmanades att innan genomgången ta del av basal hygien-utbildningen i LärKan. Observatörerna är personal i verksamheten som observerat kollegor när de utfört patientnära arbete. Varje person observerades med avseende på både basala hygienrutiner och klädregler. Mätningen ger en ögonblicksbild.

Resultat

Ordinärt boende, följsamhet %



Korttid, följsamhet %



Störst brist i denna mätning visade korrekt desinfektion av händer innan patientnära arbete där 59% inom ordinärt boende och 50% inom enhet korttid brister i utförandet av detta. Gällande parametrarna för klädregler är det korrekt arbetsdräkt som har lägre följsamhet både inom ordinärt boende och enhet korttid.

Högst följsamhet inom hygienrutiner är, för ordinärt boende, korrekt användning av handskar och ”Naglar ska hållas korta samt fria från nagellack och konstgjort material” som visar högst följsamhet med 96%. Inom enhet korttid är det desinfektion av händer efter patientnära arbetet och ”Hår ska vara kort eller uppsatt” som visar följsamhet med 100%.

Det är första gången resultatet i denna undersökning presenteras som en helhet för ordinärt boende Malmö stad – varför inga tidigare resultat finns att jämföra med.

Kunskap om hur och varför man ska följa basala hygienrutiner och klädregler är en förutsättning för att få följsamhet och därmed goda resultat. Utbildning i basal hygien är därför en viktig del i introduktionen för ny personal men ämnet bör även kontinuerligt diskuteras i alla personalgrupper för att påminna och befästa kunskap inom detta viktiga område.

(Ordinärt boende)

Risk:

Genomförandeplan SoL

Beskrivning av risk

Risk för att GFP inte upprättas för alla (inkl. brukare med enbart larm) brukare enligt rutin/att det inte finns mätbara mål i planen/att dokumentationen är otillräcklig pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till sämre måluppfyllelse och att insatserna inte går att utvärdera/enskilda får inte hjälp utifrån behov eller önskemål.

Granskning:

Granskning av kvaliteten i genomförandeplaner i ordinärt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av innehållet i genomförandeplaner utifrån socialtjänstlagen och gällande föreskrifter. Inom ordinärt boende.

Granskningen kommer att ske under april 2018

Syfte med granskningen:

Syftet är att säkra genomförandeplanernas kvalitet utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter och identifiera gemensamma utvecklingsområden inom avdelningen som input till fortsatt utvecklingsarbete.

Omfattning/avgränsning:

Stickprovskontroll.

Totalt 120 brukares journaler inom ordinärt boende inklusive korttidsboende (Motsvarar cirka 3% av 2500 brukare).

Inom varje enhet (sju) tas slumpmässigt ut två hemtjänstgrupper för granskning.

Slumpmässigt urval av brukare där femte och/eller var tionde brukare (beroende på storlek på hemtjänstgrupp, insats och kön)

Ansvarig för urvalet är ansvariga för granskningen.

Granskningen omfattar inte de som enbart har trygghetslarm.

Granskningen omfattar inte brukare med enbart serviceinsatser.

Hänsyn till kön kommer att justeras om det slumpmässiga urvalet blir alltför skevt.

Granskning kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer.

Granskningsmetod:

Stickprov.

Kvalitativ granskning av genomförandeplaner.

Resultat

Bakgrund

Sedan 1 januari 2018 gäller rutin social dokumentation i verksamheten där bl. a upprättande av genomförandeplaner finns beskrivet. Rutinen återfinns på KomIn.

För att en genomförandeplan ska vara komplett ska följande rubriker för varje beviljad insats beskrivas: Mål, egna begränsningar, egna förmågor, hur, när och vem.

Målet med en insats ska vara individuellt och specifikt och brukarens förmågor och begränsningar ska vara relevanta för målen. Vidare ska genomförandeplanen vara begriplig för brukaren, dvs. skriven med omsorg och respekt, vara tydlig, lätt att förstå, väsentlig, tillräcklig och fri från värdeladdade ord och kränkningar samt vara baserad på fakta.

Resultat

POÄNG	Granskade genomförandeplaner	Andel % av granskade genomförandeplaner
Ej Godkänd (0-9p)	23	21 %
Godkänd (10-15p)	47	43 %
Godkänd med kvalitet (16-22p)	40	36 %
Ej upprättade (bortfall)	10	
Totalt antal genomförandeplaner	120	110 *

* Fotnot: Det var inte upprättat genomförandeplaner för 10 av brukarna.

Av de 110 granskade genomförandeplanerna är det 87 som är godkända, varav 40 är med god kvalitet. 23 är inte godkända.

Här ges exempel på några av avvikelserna:

Vid tiden för granskningen var det 76 (69%) genomförandeplaner som var aktuella.

Brukarna var delaktiga i 68 (62%) av genomförandeplanerna. I de fall där brukaren inte var delaktig var anledningen till detta inte beskrivet.

De av biståndshandläggare beviljade insatserna är inte alltid beskrivna. Vid nya insatser uppdateras inte alltid genomförandeplanen vilket innebär att alla insatser inte finns beskrivna i genomförandeplanen.

Målbeskrivningar är bristfälligt beskrivna. Medarbetarna använder sig ofta inte av utredningstexten som följer med i beställningen från myndigheten. I beställningen beskrivs varför brukaren har fått specifik insats som är viktig för samtalet mellan kontaktman och brukare utifrån beviljade insatser.

Målbeskrivningar är bristfälligt beskrivna och formuleras inte nära brukaren så att det går att utvärdera/avgöra om målet är uppnått. Hur insatsen ska genomföras enligt brukarens önskemål är inte alltid tydligt och är inte kopplade till målen.

Under rubriken *när* saknas ibland veckodag, tidpunkt när insatsen ska ges.

Bristfällig beskrivning gällande egna begränsningar och egna förmågor. Här beskrivs ibland hur insatsen ska genomföras.

VT (vårdtagare) används i vissa hemtjänstgrupper istället för att skriva brukare eller namn.

Sammanfattning

I vissa hemtjänstgrupper behövs direkta utbildningsinsatser på grund av bristfällig kvalitet i genomförandeplaner.

De hemtjänstgrupper som har god kvalitet gällande anteckningar har även genomgående bra genomförandeplaner.

Förslag på åtgärder

Att det i alla hemtjänstgrupper finns en dokumentationshandledare/ombud som får särskild tid avsedd för att utbilda och handleda personal i social dokumentation samt granska den sociala dokumentationen på den egna arbetsplatsen för att säkerställa god dokumentation.

Att dokumentationshandledarna/ombuden får regelbundna dokumentationsträffar med socialt ansvarig samordnare och med superanvändarna i verksamhetssystemet.

Att socialt ansvariga samordnare muntligt redovisar resultatet för de granskande sektionerna.

Att de granskningsmanualer och mallar som använts i samband med granskningen ses över och revideras

Granskarna bedömer att utbildningsinsatser bör planeras i syfte att öka kunskapen om livsområdenas betydelse, målformuleringar och värdet av att ange brukarens önskemål när en insats ska utföras.

(Ordinärt boende)

Risk:

Genomförandeplan SoL

Beskrivning av risk

Risk för att GFP inte upprättas för alla (inkl. brukare med enbart larm) brukare enligt rutin/att det inte finns mätbara mål i planen/att dokumentationen är otillräcklig pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till sämre måluppfyllelse och att insatserna inte går att utvärdera/enskilda får inte hjälp utifrån behov eller önskemål.

Granskning:

Genomförandeplaner i särskilt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

- Granskning av kvalitén i genomförandeplaner utifrån socialtjänstlagen och gällande föreskrifter. Inom särskilt boende.

Syfte med granskningen:

Syftet är att säkra följsamhet till befintlig lagstiftning gällande kvalitén i den sociala dokumentationen.

Omfattning/avgränsning:

Stickprovskontroll

Totalt 60 brukares journaler (Motsvarar ca 4% av 1535 platser).

Inom varje enhet (sex) tas slumpmässigt ut ett särskilt boende för granskning.

Slumpmässigt urval av 10 brukare inom varje boende.

Ansvarig för urvalet är ansvariga för granskningen.

Hänsyn till kön kommer att justeras om det slumpmässiga urvalet blir alltför skevt.

Granskning kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer.

Granskningsmetod:

Stickprov.

Kvalitativ granskning av genomförandeplaner.

Resultat

Bakgrund

Sedan 1 januari 2018 gäller rutin social dokumentation i verksamheten där bl. a upprättande av genomförandeplaner finns beskrivet. Rutinen återfinns på KomIn.

För att en genomförandeplan ska vara komplett ska följande rubriker för varje beviljad insats beskrivas: Mål, egna begränsningar, egna förmågor, hur, när och vem.

Målet med en insats ska vara individuellt och specifikt och brukarens förmågor och begränsningar ska vara relevanta för målen. Vidare ska genomförandeplanen ska vara begriplig för brukaren, dvs. skriven med omsorg och respekt, vara tydlig, lätt att förstå, väsentlig, tillräcklig och vara fri från värdeladdade ord och kränkningar samt vara baserad på fakta.

Resultat

I de 60 granskade journalerna har det totalt dokumenterats 460 anteckningar. För fem brukare har det under perioden inte förts några anteckningar. För en brukare fanns det 49 anteckningar.

Det är svårt att sätta en siffra på hur många anteckningar som bör eller ska föras under en månads period för en brukare. Fokus ska vara på att anteckningar ska föras vid händelser av vikt och händelser som avviker från upprättad genomförandeplan. Hur omfattande och detaljerad dokumentationen behöver vara varierar också beroende på vilken typ av insats det gäller och på omständigheterna i det enskilda fallet. En utgångspunkt för att avgöra hur omfattande dokumentationen behöver vara är att nya medarbetare ska kunna utföra sina arbetsuppgifter med ledning av de uppgifter som tidigare har dokumenterats. Utifrån

målgruppens behov av stöd och hjälp under dygnet kan man anta att det finns ett visst mörkertal avseende händelser av vikt som inte har journalförts.

Granskningen visar att journalanteckningar förs och övervägande del är förda under rätt livsområde. Frastexter används i hög utsträckning men granskningen visar att rubriken *resultat* ofta saknar beskrivning. Detta kan ha sin förklaring i att medarbetare för stunden inte kan uppge detta.

De livsområden som väljs in vid dokumentation är främst *kroppsfunktioner* och *samhällsgemenskap*. Även livsområdet *personlig vård* är vanligt förekommande. Dessa livsområden beskriver händelser kring brukarens psykiska och fysiska funktioner, sociala aktiviteter och händelser kring den personliga vården. Granskarna bedömer att anteckningar under dessa livsområden är adekvata utifrån målgruppen och de vanligaste förekommande beviljade insatserna.

Granskningen visar på ett samband mellan att ju fler anteckningar som förs runt en brukare, desto fler livsområden används för att beskriva händelser av vikt.

Granskningen visar vidare på att dokumentationen bedöms som lättförståelig och saklig, både för den enskilde och för medarbetare. Sammantaget bedömer granskarna att majoriteten av förda och granskade anteckningar uppfyller kriterierna för att bedömas som tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga och därmed håller en god kvalitet.

Förslag på åtgärder

Att varje särskilt boende utser dokumentationsombud som lämnas möjlighet att delta på regelbundna dokumentationsträffar med socialt ansvariga samordnare och övergripande superanvändare i verksamhetssystemet. Dokumentationsombuden ska utgöra det verksamhetsnära stödet och kan bistå kollegor i det dagliga arbetet med att föra dokumentation. Detta arbete påbörjades under våren 2018.

Granskarna bedömer att utbildningssatsningar bör planeras i syfte att utveckla kunskapen om livsområdenas betydelse och användandet av samtliga frastexter.

Att de granskningsmanualer och mallar som använts i samband med granskningen ses över och revideras.

(Särskilt boende)

Risk:

Social dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för bristande social dokumentation pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till att viktig information saknas.

Granskning:

Social dokumentation inom ordinärt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av kvalitén i löpande anteckningar utifrån socialtjänstlagen och gällande föreskrifter. Inom ordinärt boende.

Syfte med granskningen:

Syftet är att säkra följsamhet till befintlig lagstiftning gällande kvalitén i den sociala dokumentationen. Identifiera gemensamma utvecklingsområden inom verksamheten inför fortsatt utvecklingsarbete. Granskningen kommer att ske under april 2018.

Omfattning/avgränsning:

Stickprovskontroll

Totalt 120 brukares journaler inom ordinärt boende inklusive korttidsboende. (Motsvarar cirka 3% av 2500 brukare)

Inom varje enhet (sju) tas slumpmässigt ut två hemtjänstgrupper för granskning. Slumpmässigt urval av brukare där femte och/eller var tionde brukare (beroende på storlek på hemtjänstgrupp, insats och kön)
Ansvarig för urvalet är ansvariga för granskningen.
Granskningen omfattar inte de som enbart har trygghetslarm.
Granskningen omfattar inte brukare med enbart serviceinsatser.
Hänsyn till kön kommer att justeras om det slumpmässiga urvalet blir alltför skevt.
Granskning kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer.

Granskningsmetod:

Stickprov
Kvalitativ granskning av social dokumentation.

Resultat

Bakgrund

Sedan 1 januari 2018 gäller rutin social dokumentation i verksamheten där bl. a upprättande av anteckningar finns beskrivet. Rutinen återfinns på KomIn.

För att en anteckning ska vara komplett ska den vara tillräcklig, väsentlig och ändamålsenlig. Informationen ska vara saklig, ge nödvändig information om händelser som påverkat eller kommer att påverka vården samt vara fri från värdeladdade ord och kränkningar. Vid anteckningar ska rätt livsområde väljas och frastext användas för att bidra till att dokumentationen blir komplett. Det finns möjlighet att under varje livsområde välja in frastext med följande rubriker: händelse, åtgärd och resultat.

Resultat

POÄNG	Antal anteckningar	Procent
2 Poäng (Rätt rubrik och frastext)	238	52 %
1 Poäng (Rätt rubrik)	83	18 %
0 poäng (Fel rubrik)	138	30 %
Totalt antal anteckningar	459	100 %

I de 120 granskade journalerna har det totalt dokumenterats 459 anteckningar. På 36 brukare har det under perioden inte förts några anteckningar. I en hemtjänstgrupp fanns totalt 9 anteckningar och i en annan totalt 65 anteckningar. Det är svårt att sätta en siffra på hur många anteckningar som bör eller ska föras under en månad. De anteckningar som ska föras är vid händelser av vikt och händelser som avviker från upprättad genomförandeplan.

Granskningen visar att journalanteckningar föras men att det finns variationer i kvalitén mellan hemtjänstgrupperna. I de grupper som har dokumentationshandledare/ombud är resultatet oftast bättre.

I 30% av de granskade anteckningarna har fel rubrik använts. Vissa grupper använder begreppet "VT" (vårdtagare) trots att det är flera år sedan Malmö stad ändrade till "brukare" alternativt att använda namn.

I vissa grupper sker anteckningar vid kontroll av trygghetslarm, vilket är positivt.

En brist är när det inte antecknas när brukaren åker in/kommer hem till/från sjukhus. Detta får konsekvenser i form av merarbete: personal går i onödan går hem till brukaren, och tid går åt att fastställa var brukaren befinner sig. det kan också betyda att brukaren inte får hjälp vid hemkomst.

I vissa hemtjänstgrupper behövs direkta utbildningsinsatser på grund av bristfällig kvalitet i anteckningarna.

Förslag på åtgärder

Att utse dokumentationshandledare/ombud i alla hemtjänstgrupper som får särskild tid avsedd för att utbilda och handleda personal i social dokumentation på den egna arbetsplatsen för att säkerställa god dokumentation.

Att de granskningsmanualer och mallar som använts i samband med granskning ses över och revideras.

Att socialt ansvariga samordnare muntligt redovisar resultatet för de granskande sektionerna.

Granskarna bedömer att utbildningsinsatser bör planeras i syfte att utveckla kunskapen om livsområdenas betydelse och användandet av samtliga frastexter.

(Ordinärt boende)

Risk:

Social dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för bristande social dokumentation pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till att viktig information saknas.

Granskning:

Social dokumentation inom särskilt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av kvalitén i löpande anteckningar utifrån socialtjänstlagen och gällande föreskrifter. Inom särskilt boende.

Syfte med granskningen:

Säkerställa att dokumentation görs i enlighet med Malmö stads rutiner och gällande lagstiftning.

Omfattning/avgränsning:

Stickprovskontroll

Totalt 60 brukares journaler (Motsvarar ca 4% av 1535 platser).

Inom varje enhet (sex) tas slumpmässigt ut ett särskilt boende för granskning.

Slumpmässigt urval av 10 brukare inom varje boende.

Ansvarig för urvalet är ansvariga för granskningen.

Hänsyn till kön kommer att justeras om det slumpmässiga urvalet blir alltför skevt.

Granskning kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer.

Granskningsmetod:

Granskningen har begränsats till att enbart undersöka i hur många brukares journal det återfinns någon form av social dokumentation under mätperioden och om så är fallet, hur många anteckningar det finns. Granskningen är kvantitativ och tar inte hänsyn till dokumentationens innehåll, form eller om den är förd under de livsområden som är beskrivna i upprättad genomförandeplan

Resultat

I de 60 granskade journalerna har det totalt dokumenterats 460 anteckningar. För fem brukare har det under perioden inte förts några anteckningar. För en brukare fanns det 49 anteckningar.

Det är svårt att sätta en siffra på hur många anteckningar som bör eller ska föras under en månads period för en brukare. Fokus ska vara på att anteckningar ska föras vid händelser av vikt och händelser som avviker från upprättad genomförandeplan. Hur omfattande och detaljerad dokumentationen behöver vara varierar också beroende på vilken typ av insats det gäller och på omständigheterna i det enskilda fallet. En utgångspunkt för att avgöra hur omfattande dokumentationen behöver vara är att nya medarbetare ska kunna utföra sina arbetsuppgifter med ledning av de uppgifter som tidigare har dokumenterats. Utifrån målgruppens behov av stöd och hjälp under dygnet kan man anta att det finns ett visst mörkertal avseende händelser av vikt som inte har journalförts.

Granskningen visar att journalanteckningar förs och övervägande del är förda under rätt livsområde.

Frastexter används i hög utsträckning men granskningen visar att rubriken *resultat* ofta saknar beskrivning. Detta kan ha sin förklaring i att medarbetare för stunden inte kan uppge detta.

De livsområden som väljs in vid dokumentation är främst *kroppsfunktioner* och *samhällsgemenskap*. Även livsområdet *personlig vård* är vanligt förekommande. Dessa livsområden beskriver händelser kring brukarens psykiska och fysiska funktioner, sociala aktiviteter och händelser kring den personliga vården. Granskarna bedömer att anteckningar under dessa livsområden är adekvata utifrån målgruppen och de vanligaste förekommande beviljade insatserna.

Granskningen visar på ett samband mellan att ju fler anteckningar som förs runt en brukare, desto fler livsområden används för att beskriva händelser av vikt.

Granskningen visar vidare på att dokumentationen bedöms som lättförståelig och saklig, både för den enskilde och för medarbetare. Sammantaget bedömer granskarna att majoriteten av förda och granskade anteckningar uppfyller kriterierna för att bedömas som tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga och därmed håller en god kvalitet.

Förslag på åtgärder

Att varje särskilt boende utser dokumentationsombud som lämnas möjlighet att delta på regelbundna dokumentationsträffar med socialt ansvariga samordnare och övergripande superanvändare i verksamhetssystemet. Dokumentationsombuden ska utgöra det verksamhetsnära stödet och kan bistå kollegor i det dagliga arbetet med att föra dokumentation. Detta arbete påbörjades under våren 2018.

Granskarna bedömer att utbildningssatsningar bör planeras i syfte att utveckla kunskapen om livsområdenas betydelse och användandet av samtliga frastexter.

Att de granskningsmanualer och mallar som använts i samband med granskningen ses över och revideras.

(Särskilt boende)

Risk:

HSL-dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för brister i HSL-dokumentation pga. bristande kunskap kring dokumentation, vilket kan leda till att patientsäkerheten påverkas.

Granskning:

Granskning av HSL-dokumentation i ordinärt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av HSL-dokumentation enligt mall för kollegial granskning.

Syfte med granskningen:

Säkerställa en gemensam tolkning och användning av den gemensamma mallen för kollegial granskning av HSL-dokumentation. Identifiera gemensamma utvecklingsområden gällande dokumentationen för vidare utvecklingsarbete inom avdelningen.

Omfattning/avgränsning:

Bestäms tillsammans med berörda sektionschefer inom HSL-enheterna.

Granskningsmetod:

Professionsindelade grupper inom respektive sektion genomför granskning och dialog enligt fastställd mall med instruktioner.

Resultat

På grund av omorganisation inom avdelningen har granskningen inte kunnat genomföras som planerats. Granskningen kommer att genomföras under 2019 med fokus på uppföljning av HSL-insatser-insatser.

(Ordinärt boende)

Risk:

HSL-dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för brister i HSL-dokumentation pga bristande kunskap kring dokumentation, vilket kan leda till att patientsäkerheten påverkas.

Granskning:

Dokumentation HSL - skyddsåtgärder

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av dokumentation gällande skyddsåtgärder (åtgärder som används i syfte att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde, om han eller hon samtycker till åtgärden) och följsamhet till kommunövergripande process.

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att säkerställa att dokumentationen gällande skyddsåtgärder sker i enlighet med beslutade rutiner.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov av 30 journaler för personer med skyddsåtgärder inom sex särskilda boenden, ett i varje enhet. Urval sker bland de boenden som har skyddsåtgärder.

Granskningsmetod:

Kontroll av underlag

Resultat

Bakgrund

Socialstyrelsen beslutade 2010 att upphäva två föreskrifter och allmänna råd som avsåg tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg, då dessa inte hade stöd i lagstiftningen. Malmö stad påbörjade då ett arbete som mynnade ut i en skyddsåtgärdsprocess, vilken har utvecklats ytterligare över åren. Åtgärder efter tidigare granskning har varit ökad information och teamsamverkan mellan olika professioner, kollegial journalgranskning samt utökade utbildningstillfällen.

Metod

Syftet med granskningen av 30 journaler, med någon form av skyddsåtgärd, är att se om legitimerad personal dokumenterar enligt skyddsåtgärdsprocessen och att dokumentation sker enligt mall och frastexter i Procapita. Kvalitetsgranskningen har utgjorts av befintlig dokumentation i Procapita. Varje journal har fått poäng utifrån tidigare använd mall med fokus på sökorden *observera*, *planera* samt *ordination av medicinteknisk produkt*. Korrekt dokumenterad journal ger noll poäng och dokumentation som inte följer rutin för dokumentation av skyddsåtgärder HSL, kan ge högst 16 poäng. Nämnda sökord är de som nämns som särskilt viktiga för dokumentation om skyddsåtgärder.

Resultat

Av de 30 granskade journalerna är det tre (10%) som uppfyller rutinen för dokumentation korrekt. Dokumentation finns under sökordet *observera* i samtliga journaler. De mest förekommande

dokumenterade skyddsåtgärderna är sänggrindar (23) och rörelselarm (12) och vissa brukare har flera skyddsåtgärder. I två journaler ses en kunskapsbrist mellan vad som är en skyddsåtgärd kontra ett trygghets/rörelselarm. I de två journalerna är rörelselarmet ordinerat som en medicinteknisk produkt enligt HSL, men i båda fallen är det en åtgärd enligt SoL eftersom brukaren inte kan förmedla sig på annat sätt än genom ett rörelselarm.

I flertalet ordinationer saknas uppföljning av insatt åtgärd. Det brister i dokumentationen under sökordet *planering* där det bla saknas uppgift om bakomliggande orsak samt mål i 13 journaler. Däremot används sökordet *planering* i 20 journaler, men det har inte dokumenterats under varje frastext. Sökordet *ordination av medicinteknisk produkt* används i tio journaler, delvis i sex och ordinationer saknas helt i 14, varav flertalet avser sänggrind. Ordination för fast bälte i rullstol saknas, men det framgår dock att brukaren varit delaktig i beslutet att använda denna skyddsåtgärd. Ett bifynd som observerats är att ordinationer inte alltid kopplas till en vårdplan och i flertalet ordinationer saknas uppföljning av insatt åtgärd.

Kunskapsbrist, vad det gäller följsamhet till skyddsåtgärdsprocessen, är värd att notera. En mindre förbättring kan dock ses i dokumentation under sökordet *observera* i samtliga granskade journaler. Likaså finns det dokumentation om samtycke i samtliga journaler vilka följer med som en frastext vid valet *observera*. Att sökordet *observera* finns i samtliga journaler är positivt, då denna information även kan ses i omvårdnadspersonalens dokumentationssystem LifeCare.

Det finns framtagna rutiner kring skyddsåtgärdsprocessen där granskaren kan konstatera brister i följsamheten, bla. avseende teamsamverkan.

I skyddsåtgärdsprocessen ingår kontinuerlig uppföljning utifrån brukarens behov och granskaren anser att det vore rimligt att det då skulle finnas fler anteckningar om uppföljning av insatta skyddsåtgärder. Detta ses också som en brist i uppföljningen av insatta skyddsåtgärder.

Förslag på åtgärder

Kollegial granskning ska påbörjas inom de enheter och sektioner som ännu inte påbörjat detta arbete. Teamsamverkan ska utvecklas mellan de olika professioner som ska medverka och ett förslag är att teamträffarna schemaläggs.

I Malmö stads utbildningsprogram för Procapita ska information ges om skyddsåtgärdsprocessen, vikten av att upprätta ordinationer för skyddsåtgärder samt vikten av uppföljning av insatt ordination.

Fortlöpande information om skyddsåtgärdsprocessen ska delges både legitimerad personal och omvårdnadspersonal för att öka kompetensen kring förhållningssätt och dokumentation.

Regelbunden revidering ska ske av Malmö stads stödmaterial som till hör skyddsåtgärdsprocessen.

(Särskilt boende)

Risk:

Larm och insatser

Beskrivning av risk

Risk för att larm från enskilda i ordinärt boende inte åtföljs av insatser eller att insatserna inte sker inom rimlig eller utsatt tid vilket kan leda till konsekvenser för brukaren.

Granskning:

Larm och insatser - avvikelser

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning genom totalundersökning av avvikelser i rapporteringssystemet Flexite gällande larm i ordinärt boende som inte följs av insats

Syfte med granskningen:

Syftet är att undersöka i vilken omfattning avvikelser förekommer avseende att larm i ordinärt boende inte följs av insatser och om det finns områden där avvikelserna är fler. Resultatet ska ligga till grund för eventuella åtgärder / förbättringar för att minska avvikelserna och riskerna.

Omfattning/avgränsning:

Totalundersökning för avvikelser under 2017.

Granskningsmetod:

Sammanställning av utdrag ur Flexite.
Lex Sarah-rapporter som berör larm har granskats.

Resultat

Omfattning och bortfall

Det inkom cirka 575 000 larm till Larmcentralen under 2017, varav 43% (247 250) gick vidare till hemtjänsten. Totalt har 207 larmavvikelser registrerats under år 2017. Av dessa är 24 % (50) felregistrerade. Granskningen omfattar totalt 157 avvikelser som avser larm. Sex rapporter enligt lex Sarah har granskats som berör larm.

Larmavvikelser

Väntan på larm:

I 47 % av larmavvikelsena har brukaren fått vänta mer än 30 minuter innan de fått hjälp. Brukaren fått vänta mer än 30 min 13 % (20 av 157) Brukaren fått vänta mer än 60 min 9 % (15 av 157), varav för en blivit upprättat en lex Sarah-rapport. Brukaren fått vänta mer än 90 min 25 % (39 av 157), varav för två har blivit upprättat en lex Sarah-rapport

Handhavande av larm:

Glömt att aktivera dörrlarm eller fästa larmklockan på brukaren 22 % (34 av 157), varav för en blivit upprättat en lex Sarah-rapport. Rutin nyckelhantering 17 % (27 av 157), varav för en blivit upprättat en lex Sarah-rapport. Rutin larmhantering 14 % (22 av 157), varav för en blivit upprättat en lex Sarah-rapport

Orsaker

Väntan på larm

- Brist i informationsöverföring i överlappningar mellan dag/kväll/natt gällande vem som ska hantera larmet. Brist i att personalen inte följt gällande rutiner t.ex. nyckelhantering vilket inneburit att personalen inte hittat larmnycklar.
- Brist i arbetsmiljö/stress på grund av hög arbetsbelastning främst gällande kväll och natt.
- Bristande samarbete t.ex. meningsskiljaktigheter mellan personalen om vem som ska hantera larmet.
- Byte av lås hos brukaren då nyckeluppsättningen inte uppdaterats.

Handhavande av larm

- Brister i larmhantering där personalen inte följt gällande rutiner t.ex. att larm inte aktiverats, skrivit fel nyckelnummer, felaktigt aktiverat larm utan att nyckeluppsättning varit komplett etc.
- Personalens telefoner har varit avstängda eller satta på tyst läge.
- Tekniska fel på telefoner och SIM-kort.
- Brukare har inte lämnat nycklar/taggar vid byte av lås.
- Personalen har glömt att hänga in nycklar i nyckelskåpet innan de gått hem.

Vidtagna åtgärder

- Ökat bemanningen vid perioder av hög arbetsbelastning.
- Genomgång med personalen av gällande rutiner.

- Organisatoriska förändringar t.ex. delat kvällen i mindre grupper som knutits till hemtjänstgruppen dag.
- Förändrade rutiner gällande informationsöverföring t.ex. mer tid vid överlappningarna för överrapportering mellan dag/kväll/natt.

Larmavvikelser per område

Det finns inga områden där avvikelserna är fler, utan registreringen av avvikelser i förhållande till antal brukare överensstämmer efter områdets storlek.

Sammanfattning och förslag på åtgärder

- Se till möjligheten att ta till vara goda exempel som till exempel organisatoriska förändringar: delat kvällen i mindre grupper som knutits till hemtjänstgrupp dag.
- Göra en kartläggning av hur det ser ut inom avdelningen kring ansvar vid bryttiderna för överlappning, för att vidare se på möjligheterna att skapa gemensamma rutiner vilka ska tydliggöra samarbete och ansvar vid bryttiderna för överlappning.
- Förtydliga att kvittering av larm, när hembesök görs, inte ska ske via mobiltelefon utan enligt gällande rutin i brukarens hem via larmtelefonen.
- Fortlöpande fokusera på larmavvikelser under 2018 för att minska konsekvenser för brukarna, samt att i större omfattning än tidigare följa upp om vidtagna åtgärder haft effekt i verksamheten.
- Fortsatt arbete för att implementera nyckelfri hemtjänst.

(Ordinärt boende)

Risk:

Hantering av avvikelser avseende läkemedel

Beskrivning av risk

Risk för att åtgärder relaterat till brister i läkemedelshanteringen inte vidtas på grund av att hanteringen av avvikelser fördröjs vilket kan leda till att enskilda inte får de läkemedel som ordinerats.

Granskning:

Hantering av läkemedelsavvikelser i Flexite

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning om antalet dagar från registrering av en avvikelse till analysfas överensstämmer med "Flödesschema för avvikelser".

Syfte med granskningen:

Kontrollera om verksamheterna arbetar på ett systematiskt sätt med sina läkemedelsavvikelser.

Omfattning/avgränsning:

Tio särskilda boenden samt tio hemtjänstgrupper väljs ut. 5 slumpmässigt utvalda avvikelser per enhet granskas.

Granskningsmetod:

Kontroll i avvikelssystemet Flexite

Resultat

Granskningen utfördes på 10 utvalda särskilda boenden och 10 hemtjänstgrupper. De flesta läkemedelsavvikelser sker i överlämningsfasen varpå avgränsningar i avvikelssystemet gjordes till momentet "ej given dos". Sökning gjordes på avvikelser registrerade under årets fyra första månader. Därefter togs fem avvikelser slumpmässigt ut på varje enhet.

Enligt "Flödesschema för händelsehantering" ska det högst ta 5 dagar från att en avvikelse har registrerats tills att sektionschefen har gjort en analys av händelsen. Flödesschemat finns att hitta på Komin.

Resultat från granskningen, hantering av läkemedelsavvikelser i Flexite 2018, visade på brister i följsamhet till "Flödesschema för händelsehantering".

För särskilda boenden följdes analystiden i 50 % av avvikelserna. I flera av de andra avvikelserna hade analysen genomförts i nära anslutning till 5 dagar.

För ordinärt boende följdes analystiden i 16 % av avvikelserna. Flera avvikelser analyserades upp till 2 månader efter att registreringen gjordes.

Ett bifynd i granskningen visade att i både särskilt- och ordinärt boende valde sektionschefen ofta att inte göra momentet utredning/åtgärd i Flexite-systemet. Utredning och åtgärd vidtogs då enbart av sjuksköterskan. Tanken är att detta moment ska utföras av både sektionschef och sjuksköterska utifrån deras olika ansvarsområden.

Det återfinns stora brister i avvikelshanteringens speciellt inom ordinärt boende. Detta antar vi beror på brister i kunskap och utbildning i avvikelssystemet Flexite. Vårdgivaren är skyldig att planera, leda och kontrollera verksamheterna så att kravet på god och säker hälso- och sjukvård uppfylls. Vårdgivaren ska därmed vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det är därför av största vikt att avvikelser analyseras skyndsamt för att orsak till händelse ska identifieras och att effektiva åtgärder vidtas. Enligt nämndens ledningssystem för kvalitet åligger detta ansvar bland annat sektionschefen.

Förbättringsåtgärd

Utbildning i systemet för chefer och legitimerad personal planeras in under hösten. Utbildningen ska leda till kunskap i hanteringen av avvikelser i systemet samt en ökad förståelse av att skyndsamt hantering leder till att förhindra upprepning av händelser och öka patientsäkerheten. Detta är en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Under hösten kommer en förändring i Flexite-processen att genomföras. Förändringen innebär att enhetschefer får ett större ansvar i hanteringen av avvikelser och föreslagna åtgärder. Detta leder till en ökad inblick och kunskap om avvikelsernas art som kan påverka handläggningstiden på ett positivt sätt. När avvikelserna lyfts till en aggregerad nivå får enhetscheferna en samlad bild av vilka risker som finns i våra verksamheter och kan därmed ha ett mer proaktivt arbete för att förhindra att nya avvikelser sker.

(Strategisk utveckling)

Risk:

Privata medel

Beskrivning av risk

Risk för att rutin för hantering av brukares privata medel inte följs pga brister i den interna kontrollen av kontanter/annat, vilket kan leda till att enskilda drabbas negativt, olagligt agerande, minskat förtroende för nämndens verksamhet.

Granskning:

Granskning av följsamhet till ny rutin för hantering av privata medel i ordinärt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Granskning av att rutin för hanteringen av privata medel finns och att dessa följs i verksamheten.

Syfte med granskningen:

Följa upp hur verksamheten hanterar privata medel.

Omfattning/avgränsning:

Tre sektioner inom ordinärt boende med personalgrupper om minst fem medarbetare i varje intervjuas.

Granskningsmetod:

Intervjuer med grupper av medarbetare utifrån ett fastställt intervju-underlag genomföres.

Resultat

Nedan granskning genomfördes vid tre slumpmässigt utvalda sektioner inom hemtjänsten och gjordes i intervjuform under december 2018.

Granskningen visar på att kännedomen om rutinen och det tillhörande arbetssättet varierar mycket inom organisationen och att informationen till utförarledet på vissa platser varit otillräcklig.

Vid granskningstillfället har intervjupersonerna tillfrågats om de känner till rutinen för hantering av privata medel och hur de i så fall fick information om rutinen. De har sedan tillfrågats om de känner till innehållet i rutinen och hur de tillämpar rutinen. Sedan har specifika frågor om hur man exempelvis gör vid akuta behov av kontanter eller hur man går tillväga vid misstänkt stöld.

Två av tre sektioner känner till rutinen för hantering av privata medel. De uppger att de fick informationen på APT antingen en gång under det senaste året eller flera gånger. De uppgav även att nya kollegor kontinuerligt fått information om rutinen. En av sektionerna som fått information om rutinen uppger att de emellertid regelbundet använder kontanter vid vissa inköp. Detta trots att de fått information och har kunskap om rutinen. Detta verkar till största del bero på att man i detta tidigare stadsdelsområde, tidigare haft som etablerad rutin att bara använda kontanter, och att vissa brukare vant sig vid det och vill inte ändra på det. Dock kan man på denna sektion redogöra för hur men i de för kassabok enligt god redovisningssed.

En av de utfrågade sektionerna har emellertid inte kunskap om rutinen och kan heller inte redogöra för huruvida de fått informationen om rutinen. På denna sektion hanterar man rutinmässigt kontanter på ett sätt som inte följer rutinen. Dock uppger de intervjuade på denna sektion att för brukare med kognitiv svik använder man inte kontanter utan betalkort och för kassabok.

Vid brukares akuta behov av kontanter följer alla tillfrågade sektioner i stora drag rutinen. Alla sektioner uppger att brukares akuta behov av kontanter sker sällan men regelbundet. Dock framkommer det att kunskapen om hur och var det bör dokumenteras är bristfällig på flera av de granskade sektionerna.

De intervjuade sektionerna har också bitvis bristfällig förståelse för vad som är en värdehandling är och hur eller om man får hantera brukares värdehandlingar.

Vid misstänkt stöld är kunskaperna tämligen olika. Men sektionerna uppvisar överlag god kunskap och känner till de steg som beskrivs i rutinen med undantag från en av grupperna där man antog att chefen ska registrera en avvikelse istället för den medarbetare som upptäckte den misstänkta stölden.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns vissa skillnader i kunskapen och implementeringen i sektionerna kring rutinen för hantering av privata medel. Några sektioner har överlag goda kunskaper om rutinen och delvis framgångsrikt implementerat den. Emellertid visar granskningen att en av sektionerna saknar kunskap om rutinen och har idag ett arbetssätt som inte följsamt med rutinen.

Förbättringsåtgärd

Fortsatta insatser kommer att genomföras under 2019. Ansvariga sektionschefer på samtliga sektioner inom avdelningen skall på ett APT eller motsvarande informera om och gå igenom rutinen och informera om det tillhörande arbetssättet.

Sektionscheferna skall också säkerställa att nyanställda och vikarier får likvärdig information kring rutinen.

(Ordinärt boende)

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

Fråga/utrustning	datorer	telefoner	surfplattor
Finns rutin för att hämta ut utrustning?	Ja, finns på KomIn *. Bärbara datorer, vilka utgör hälften av datorerna, kvitteras av mottagaren när de hämtas ut och registreras (se nedan). Stationära datorer registreras (Se nedan).	Ja, finns på KomIn *. Vid behov av telefon görs beställning till IT-avdelningen via ärendehanteringssystem som ligger länkat på Komin. Chef ska alltid godkänna beställningen.	Ja, finns på KomIn *. Vid behov av telefon görs beställning till IT-avdelningen via ärendehanteringssystem som ligger länkat på Komin. Chef ska alltid godkänna beställningen.
Finns rutin för återlämning av utrustning?	Ja, finns på KomIn *. Bärbara datorer återlämnas vid avslutad anställning, varpå kvittering görs). Stationära datorer står kvar till annan användare om behov finns för detta,	Ja, finns på KomIn *. Telefon lämnas tillbaka till chef eller IT-avdelningen som använder den till annan användare. Om produkten ska skrotas, sänds den till, av M:ö	Ja, finns på KomIn *. Surfplatta lämnas tillbaka till chef eller IT-avdelningen som använder den till annan användare. Om produkten ska skrotas, sänds den till, av M:ö

Fråga/utrustning	datorer	telefoner	surfplattor
	eller hämtas av IT-avdelningen för översyn och /eller återutlämning/utbyte. Om produkten ska skrotas, sänds den till, enligt av M:ö stad centralt upphandlad tjänst, till aktuellt företag, för avveckling på ett miljömässigt korrekt sätt.	stad centralt upphandlad tjänst, till aktuellt företag, för avveckling på ett miljömässigt korrekt sätt.	stad centralt upphandlad tjänst, till aktuellt företag, för avveckling på ett miljömässigt korrekt sätt.
Finns register där det framgår vem som har vilken utrustning?	Ja. Det finns uppdaterade register på alla datorer inom förvaltningen (se nedan) som även innehåller namn på användaren.	Ja. Leverantören av utrustning tillhandahåller register över beställda/levererade abonnemang. Registret fylls på och redigeras i tillämpliga delar av IT-avdelningen, där det bland annat framgår vem som är användare.	Ja. Leverantören av utrustning tillhandahåller register över beställda/levererade abonnemang. Registret fylls på och redigeras i tillämpliga delar av IT-avdelningen, där det bland annat framgår vem som är användare.
Vilka uppgifter innehåller registret?	Dator: område (avdelning), enhet, adress, användare, rum, personlig/gemensam, kostnad, serienummer, datornamn, stöldmärkning, datormodell, Windows (datum för migrering), uppdaterad. Vanligaste användare, användarens avdelning, användares arbetsplats, användarens kostnadsställe. För skärm dessutom: inköpsdatum, skärmmärke, storlek, serienummer.	Mobilnummer, fakturaadress, namn användare, kostnadsställe, terminal (senast använda abonnemang), IMEI (unikt ID-nummer på utrustning), senaste samtalsdatum, leveransdatum, modell, modellnummer, serienummer, stöldmärkning, utlämnad, inköpt, abonnemang, SIM-kort, PUK, PIN.	Mobilnummer, fakturaadress, namn användare, kostnadsställe, terminal (senast använda abonnemang), IMEI (unikt ID-nummer på utrustning), senaste samtalsdatum, leveransdatum, modell, modellnummer, serienummer, stöldmärkning, utlämnad, inköpt, abonnemang, SIM-kort, PUK, PIN.
	* Riktlinjer för datorer och telefoni finns på KomIn under Vård o Omsorg/Stöd och Service/Dator & Telefon. Riktlinjerna omfattar bland annat införskaffande, utlämning, användning - även utomlands, återlämning, användning av Apple-id, stölder.		

Följsamhet till rutinerna bedöms fungera **tillfredsställande**.

Hur gick det och varför blev det så?

Det goda resultatet är en konsekvens av ett medvetet och planerat arbete som påbörjats inför, och genomförts under, omorganisationen och bildandet av den nya nämnden/förvaltningen.

Utmaningarna har därvid varit att inventera och spåra övertagen utrustning samt att hitta gemensamma arbetsätt och rutiner i syfte att säkra utrustning från att försvinna, att utrustningen är av god kvalitet och att den motsvarar behoven i olika delar av verksamheten.

Förvaltningen har gjort en tillfällig förstärkning med ca 5,0 årsarbetare för att på ett strukturerat och effektivt sätt kunna hantera den mängd utrustning som finns i stadens största förvaltning och efter migreringsprojektet för Windows 10 bibehålla en viss förstärkning för kommande volymer.

Hur påverkar utfallet det fortsatta arbetet?

Förvaltningen kommer att hålla i och ytterligare förstärka resurserna, allteftersom ett mer digitaliserat arbetsätt införs i olika delar av organisationen. Det rör närmast ett mer mobilt arbetsätt som kommer att påverka volymerna för förvaltningens IT-samordningsfunktion.

Finns det något som skulle kunna göras på en kommunövergripande nivå för att förenkla eller förbättra kvaliteten?

Nämnden ser gärna att stödsystemen utvecklas, så att antalet arbetsmoment minskas och registerhållning underlättas, samt att utrustningen är mer förbered och konfigurerad vid leverans. Ett nytt logistikavtal, vars effekter ännu inte syns, förväntas underlätta förvaltningens hantering av de tekniska enheterna.

(Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden)

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

Riktlinjer och rutinbeskrivning finns i attestreglementet och fungerar ändamålsenligt.

Av fyrtio granskade fakturor finns en avvikelse på 13 050 kr som avser köp av vård. Anledningen är att leverantören har fakturerat i 2017 års pris. Det borde vara i 2018 års pris. Efteråt har leverantören skickat ny faktura med rätt pris.

Resultatet visar att det inom förvaltningen finns en tillfredsställande efterlevnad av riktlinjerna i attestreglementet.

(Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden)

Risk:

Bristande avgiftshantering

Beskrivning av risk

Risk för att felaktiga avgifter skickas ut till brukare pga. att felaktigt underlag, vilket kan leda till att brukare får betala fel avgift och intäkter kan utebli.

Granskning:

Avgifter för brukare

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Avgiftshantering.

Syfte med granskningen:

Säkra att rätt avgift faktureras den enskilde.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov om 40 brukare, jämförelse mellan biståndsbeslut och utskickad avgift. 15 brukare inom ordinärt boende, 15 brukare inom särskilt boende, 10 brukare inom korttid.

Granskningsmetod:

Underlag i form av biståndsbeslut jämförs med den avgift som brukaren faktureras.

Resultat

Ordinärt boende: En felaktig avgift av 15 granskade

Särskilt boende: Ingen felaktig avgift av 15 granskade

Korttid: Två felaktiga avgifter av tio granskade

Inom ordinärt boende fanns en felaktig avgift om hemtjänst som berodde på ett handhavandefel i verksamhetssystemet. Insatsens frekvens stämde inte överens med beslutet och den enskilde hade av den anledningen debiterats för låg avgift.

Granskade fakturor gällande korttidsvistelse visade på två felaktiga fakturor av 10 granskade. I det ena fallet berodde det på att ett avdrag för omvårdnadsavgift inte hade gjorts enligt riktlinjerna. Återbetalning av för hög avgift har skett. I det andra fallet var anledningen att brukaren blivit debiterad av fel förvaltning.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det förekommer felaktiga fakturor och att samtliga identifierade fel i denna granskning beror på handhavandefel. Det finns därför behov av vidare kontroller där utskickad avgift jämförs med biståndsbeslut.

Åtgärder:

- Avdelningen genomför granskningar och kontroller av avgifter en gång i kvartalet under hela 2019 för att säkra att rätt avgift faktureras den enskilde samt inhämta mer underlag för eventuellt vidare åtgärder.
- Månatliga kvalitetskontroller och avstämningar tillsammans med avdelning för ordinärt boende för att säkra att insatsplaneringen i verksamhetssystemet är korrekt inlagd.

Vid slutet av 2019 kommer bedömning göras om insatserna gett effekt eller ytterligare åtgärder behöver vidtas.

(Myndighet)

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

Förekomst av rutin/riktlinje för uppdatering av kontaktuppgifter

	Ja	Nej
Komin		X
CMG Office Web		X

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har inga rutiner, riktlinjer eller andra styrande dokument kring hur nya och befintliga medarbetare ska lägga in eller uppdatera sina kontaktuppgifter på varken Komin eller CMG Office Web.

Resultat av granskningen av Komin

Resultatet av hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens granskning av Komin visar att det finns ett stort antal brister enligt granskningens instruktioner, bland annat att Malmö stads växels telefonnummer står som medarbetarens nummer. De allra flesta medarbetarna finns med i berörd arbetsgrupp på Komin. Tre av fyra arbetsplatser i granskningens urval består dock av vårdpersonal i hemtjänst eller på särskilt boende där förekomsten av direktnummer, för fast eller mobiltelefon, är och ska vara liten, och därför bedömer förvaltningen inte detta som en brist som behöver åtgärdas i nuläget. En framtida diskussion kan föras om huruvida det är växels telefonnummer eller numret till berörd hemtjänstlokal/avdelning som ska anges på Komin. En chefsmedarbetare som började cirka en månad innan granskningen hade inga uppgifter annat än de automatiskt genererade och det är tydligt att ingen rutin finns, berörd tjänstepersons uppgifter är dock åtgärdade efter granskningen.

Verktyget att dra ut listor ur personalsystemet är en aning trubbigt eftersom även tjänstlediga personer finns på en lista över anställda. De personer i de utvalda arbetsgrupperna som är tjänstlediga för annan tjänst i kommunen är inte medräknade under rubriken "antal kontaktuppgifter som ska finnas" eftersom deras kontaktuppgifter ju ska vara andra än för utvald arbetsplats. I hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter finns många semestervikarier under den granskade perioden. Ett antal kontaktuppgifter som saknas har identifierats som semestervikariers och anses därmed inte vara en brist som kräver åtgärd.

Resultat av granskningen av CMG Office Web

I resultatet av granskningen av CMG Office Web har förvaltningen för tre av fyra arbetsplatser angett att noll uppgifter ska finnas. Detta beror på att dessa arbetsplatser utgörs av grupper inom hemtjänst eller avdelningar på vårdboende och endast ett fåtal medarbetare har egna telefonnummer. I CMG Office Web finns istället telefonnummer till avdelningen eller hemtjänstlokalen samt sektionschef och i vissa fall sjuksköterskor. Utvalda arbetsplatser är i två fall endast en del av ett större boende eller en grupp av nattpersonal. Organisationsträdet i CMG Office Web stämmer inte överens med HRutan organisationsträd vilket gör det svårt att se vilka uppgifter som är inaktuella eller felaktiga eftersom det finns flera organisationsgrenar på samma boende.

Granskande tjänsteperson har själv inaktuella organisationsuppgifter i CMG Office Web, men kan inte hitta något sätt att själv ändra det, inte heller berörd chef har möjlighet. På Komin hänvisas till hjälpfunktionen i systemet. Enligt denna ska funktionen *Ändra användarinformation* användas för att ändra exempelvis organisationstillhörighet. Denna funktion är dock "nedgråad" och går därför inte att nå för en tjänsteperson.

Sammanfattningsvis visar granskningen ett behov av rutiner för uppdatering av kontaktuppgifter på både Komin och CMG Office Web. I stora delar tror hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen att dessa kan göras kommungemensamma. Det behöver finnas uppgifter om vad som genereras automatiskt, och vad som inte gör det, från Hrut till Komin och CMG Office Web. Idag kan ingen logik hittas kring hur CMG Office Web uppdateras. Dessutom behöver det finnas tydliga manualer för de båda systemen. Det behöver också tydliggöras vad som är tvingande uppgifter, främst för växelns och kommande kontaktcenters del. Exempelvis är en stor brist för hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens utvalda arbetsplatser, enligt granskningens instruktioner, att det saknas många arbetsbeskrivningar, men detta kanske inte behövs i alla fall. En beskrivning av många av kommunens yrkesgrupper kan anses överflödigt eftersom befattningen i sig beskriver arbetsuppgifterna, exempelvis för undersköterska eller musiklärare. Om inte detta klagörande görs kommunövergripande bör det tydliggöras att det är upp till varje förvaltning att själv bestämma vilka uppgifter som ska finnas.

(Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden)

Risk:

Bristande följsamhet till rutiner kring 24-timmarsregeln

Beskrivning av risk

Risk för att 24-timmarsregeln för svar till frågeställare inte följs i samband med hög arbetsbelastning eller bristande information om riktlinjer.

Granskning:

Följsamheten till rutiner kring 24-timmarsregeln

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Följsamheten till rutiner kring 24-timmarsregeln

Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att säkerställa att medborgare som kontaktar hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen får svar eller återkoppling inom 24 timmar under vardagarna.

Omfattning/avgränsning:

Granskningen genomförs genom stickprov av 2 mejl/inlägg per funktionsbrevlåda/formulär/socialt medium för att se om de fått svar eller återkoppling inom 24 timmar. Mejlerna och inläggen granskas för samtliga e-postadresser till förvaltningens funktionsbrevlådor och formulär som finns att hitta på malmo.se samt för förvaltningens konton på sociala medier. Granskningen genomförs under hösten 2018.

Granskningsmetod:

Kontroll av underlag

Resultat

Granskningen har genomförts för att kontrollera följsamheten till rutiner kring 24-timmarsregeln, dvs. den som säger att medborgare som kontaktar kommunen ska få svar eller återkoppling inom 24 timmar på helgfria vardagar.

Granskningen har gjorts genom slumpmässigt urval av de meddelanden/inlägg som inkommit till förvaltningen via sociala medier eller de e-postadresser som går att finna på malmo.se. Granskningen genomfördes under november månad och bestod av två stickprov per kanal. Totalt granskades en e-postadress och fem sociala medier-konton.

Samtliga stickprov avseende sociala medier visade att medborgare fått svar inom 24 timmar. Granskningen av e-postadressen visade att ett stickprov fått svar inom 24 timmar och det andra är svårt att kontrollera eftersom ett svarsmeddelande inte kunnat hittas av granskande tjänsteperson.

Förvaltningen har ett utvecklingsarbete att göra när det gäller registrering av allmänna handlingar såsom e-post. Med anledning av att stickprovet inte kunde kontrolleras gjordes ett utökad urval med ytterligare fyra stickprov. E-post som inkommer gallras från e-postlådan med anledning av personuppgiftshandling och i förekommande fall sekretess. Många e-postmeddelanden ska däremot registreras i systemet för diarieföring. Av de fyra extra stickproven var samtliga inkommande mejl registrerade, men endast ett svar. Svaret var skickat inom 24 timmar. Huruvida övriga medborgare har fått svar inom 24 timmar kan genom granskningen inte säkerställas, men troligen har svar skickats utan att registreras. Enheten för nämnd- och ärendehantering samarbetar framåt tillsammans med förvaltningens registratorer för att öka kunskaperna om registrering av bland annat e-post.

(Kommunikation)

Risk:

Hantering av in- och utloggning vid dator

Beskrivning av risk

Risk för att obehöriga får tillträde till olika verksamhetssystem, filer och e-post vid bristande följsamhet till rutiner kring in- och utloggning vid dator.

Granskning:

Hantering av in- och utloggning vid dator

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Hantering av in- och utloggning vid dator. Granskning av att utloggning sker när medarbetaren går ifrån datorn.

Syfte med granskningen:

Säkra att rutiner följs så att ingen obehörig kan komma åt data.

Omfattning/avgränsning:

Stickprov vid två tillfällen av 10 datorer på ekonomiavdelningen.

Granskningsmetod:

Kontroll på plats av att ekonomi och verksamhetssystem inte är tillgängliga vid användares frånvaro.

Resultat

Granskning har genomförts vid ett antal tillfällen på respektive enhet. Totalt vid de olika kontrollerna på respektive enhet var det en dator på två av enheterna och två datorer på en enhet som inte var utloggad.

Respektive enhetschef ska informera på APT om kravet att utloggning alternativt att skärmläckaren ska sättas igång när medarbetaren lämnar rummet.

(Ekonomi)

Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll

Självskattning utifrån **kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll** bygger på en för staden gemensam mall/färgglad matris med påståenden om arbetet med intern kontroll inom nämnden/bolaget. Den färglagda matrisen läggs som bilaga 2 till denna rapport.

Bedömningen har gjorts av den samordnande internkontrollgruppen inom förvaltningen som består av representanter för alla avdelningar.