

Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

2020

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



Innehållsförteckning

Inledning	3
Ansvar.....	3
Inbyggda kontroller	3
Åtgärder.....	4
Bristande posthantering/diarieföring (inklusive sms, e-post).....	4
Bristande kunskap om hur SIP-möte sammankallas.....	4
Bristande avgiftshantering.....	5
Bristande kontroll av avtal	5
Bristande hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen	5
Granskningar.....	7
Nämndens granskningar	7
Fallprevention	7
Följsamhet till rutin för personlyft	7
Genomförandeplan SoL	8
Social dokumentation.....	9
Efterlevnad av gällande bestämmelser för systematiskt brandskyddsarbete (SBA).....	9
Fakturaunderlag och bluffakturor	10
Dokumentation vid direktupphandling	10
Inköp utanför ramavtal.....	11
Kommungemensamma granskningar	12
Risk för otillåten påverkan	12
Risk för bristande följsamhet mot skattelagstiftning kopplat till förmåner	13
Röjande av sekretess.....	13

Inledning

Intern kontroll innebär, enligt Malmö stads reglemente för intern kontroll, att kommunen har en ändamålsenlig och effektiv verksamhet, vilket bland annat betyder styrning och kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet. Detta ger förutsättningar för en god service samt för att säkra förtroendet för verksamheten hos Malmöbor och andra intressenter.

Denna plan för internkontroll-arbetet inom Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden, beskriver åtgärder och granskningar som bedömts vara ändamålsenliga i förhållande till genomförd riskanalys.

Varje avdelning har genomfört riskanalyser utifrån ansvar och verksamhet. I enlighet med nämndens anvisningar för intern kontroll, biläggs riskanalysen som information till nämnden. Riskanalysen redovisar risker som förvaltningen har identifierat och värderat. Det framgår också vilka risker som kan accepteras, vilka risker för vilka det redan finns åtgärder som verkar riskreducerande, samt vilka risker som bör granskas eller åtgärdas.

Det interna kontrollarbetet är en av delarna i det fortgående kvalitets- och utvecklingsarbetet inom nämndens ansvarsområden.

Ansvar

Nämnden har 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.

Nämnden ska årligen besluta om en internkontrollplan som beskriver åtgärder och granskningar utifrån dokumenterade riskanalyser. En årlig uppföljning av nämndens arbete med intern kontroll ska rapporteras till kommunstyrelsen.

Nämnden ska följa kommungemensamma anvisningar från kommunstyrelsen och dess förvaltning. Förvaltningen arbetar i övrigt utifrån de anvisningar för intern kontroll som beslutats av nämnden i januari 2019, vilka gäller för hela mandatperioden.

Inbyggda kontroller

Utöver de åtgärder och granskningar som ligger inom ramen för det interna kontrollarbetet, sker också ett kontinuerligt och omfattande arbete med att säkra och utveckla verksamheten, även kallat inbyggda kontroller. Det sker bland annat genom kontinuerliga riskanalyser och genom utvecklade rutiner, som har sin grund i identifierade behov och olika lagrum och föreskrifter. Exempel på sådana andra delar i kvalitets- och utvecklingsarbetet är systematiskt kvalitetsarbete utifrån SoL och HSL, bland annat -avvikelsehanteringen utifrån brister i verksamheten vilket innebär att avvikelser rapporteras, utreds och åtgärdas

- Lex Sarah och Lex Maria - utredningar
- Egenkontroller
- Synpunkts- och klagomålshantering

Dessutom sker arbete utifrån

- RSA (Risk- och SårbarhetsArbete) som syftar till att säkra att verksamheten kan bedrivas kontinuerligt även under kriser
- SBA - det Systematiska BrandskyddsArbetet
- SAM - det Systematiska ArbetsMiljöarbetet
- Måluppföljning genom systemet för målstyrning av KF-mål
- Brukarundersökningar och medarbetarundersökningar
- Uppföljning av ekonomi och följsamhet till budget

Åtgärder

Här återges de åtgärder som utifrån riskanalysen har bedömts behöva genomföras under 2020.

Beskrivningarna anger också när de ska redovisas för nämnden:

IK1 = maj 2020

IK2 = september 2020

IK3 = januari 2021

Bristande posthantering/diarieföring (inklusive sms, e-post)

Beskrivning av risk

Risk för bristande hantering av inkommande handlingar i form av såväl fysisk post som e-post/sms på grund av 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.

Enhet och riskansvarig

Myndighet/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Åtterrapporing till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Upprättande av nya rutiner	Upprätta nya rutiner för att säkerställa posthanteringen i de nya lokalerna vid sammanflyttning.	IK1
Informationsåtgärd	Samtliga medarbetare i avdelning myndighets kärnverksamhet får tydlig information om av vad som ska diarieföras respektive vad som ska arkiveras/scannas till ProCapita.	IK3
Utbildningsåtgärd	Utbildning av handläggare i scanning till ProCapita av arkivarie och samt övergripande superanvändare.	IK2

Bristande kunskap om hur SIP-möte sammankallas

Beskrivning av risk

Risk för att möte om Samordnad Individuell Plan (SIP) försenas/inte bokas på grund av att handläggarna inom ordinärt boende saknar kunskap och därmed inte kan kalla till SIP-möte.

Enhet och riskansvarig

Myndighet/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Åtterrapporing till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Utbildningsåtgärd	Utbildning i SIP för handläggarna inom ordinärt boende vilken även ska omfattas av hur de går tillväga för att kalla till SIP i systemet Mina Planer.	IK3

Bristande avgiftshantering

Beskrivning av risk

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

Enhet och riskansvarig

Myndighet/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Informationsåtgärd	Avgiftssektionen genomför informationsinsatser internt inom myndigheten samt erbjuder även detta till andra interna intressenter så som HSL-chefer och sektionschefer inom hemtjänsten för att öka kunskapen avseende vad som behöver finnas med och hur man ger rätt underlag avseende avgifter.	IK3

Bristande kontroll av avtal

Beskrivning av risk

Risk för att avtal inte sägs upp inom avtalad tidsperiod på grund av bristande bevakning av aktuella datum, vilket kan leda till ekonomisk förlust.

Enhet och riskansvarig

Strategisk utveckling/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Kontroll av avtal	Kartläggning och genomgång av alla avtal rörande Larmcentralen, varvid kontroll och ställningstagande sker av gällande avtal; vilka som ska vara fortsatt gällande och om förnyad upphandling initierats där detta bedöms vara behövligt och rimligt.	IK 2

Bristande hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen

Beskrivning av risk

Risk för att verksamhetens digitala filer och register på papper inte hanteras enligt "Riktlinjer för behandling av personuppgifter inom Malmö stad", till exempel att personuppgifter registreras utan tydligt syfte eller sparas längre än nödvändigt. Detta kan ske på grund av otillräcklig kunskap, vilket kan leda till att enskildas personliga integritet och grundläggande rättigheter inte skyddas.

Enhet och riskansvarig

Ordinärt boende/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Information till verksamheten	Att tillsammans med kommunikationsavdelningen & säkerhetssamordnarna ta fram ett material som berör användandet av verktygen i Office 365 kopplat till känsliga personuppgifter att förmedla på till exempel en arbetsplatsträff.	IK1

Granskningar

Här återges de granskningar som utifrån riskanalysen har bedömts behöva genomföras under 2020.

Beskrivningarna anger när de ska redovisas för nämnden:

IK1 = maj 2020

IK2 = september 2020

IK3 = januari 2021

Nämndens granskningar

Fallprevention

Beskrivning av risk

Risk för att verksamheten inte arbetar fallpreventivt på grund av bristande teamsamverkan, vilket kan leda till att fallen ökar.

Enhet och riskansvarig

Ordinärt boende/Avdelningschef

Granskning
Granskning av riskbedömningar utifrån fallavvikelser
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning huruvida riskbedömning är gjorda i journal i samband med fallavvikelse.
Syfte med granskningen: Säkerställa att följsamhet till rutin avseende fall finns, samt att identifiera möjliga förbättringsområden.
Omfattning/avgränsning: Granskningen skall innehålla slumpmässigt utvalda fallavvikelser i alla hemtjänst- och korttids-sektioner. Patientens journal kontrolleras för att se om det finns en riskbedömning gjord.
Granskningsmetod: Slumpmässigt urval utan justeringar.
Rapportering av resultat till: Avdelningschef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK2

Följsamhet till rutin för personlyft

Beskrivning av risk

Risk för att rutin för personlyft inte följs på grund av exempelvis brist i implementering och uppföljning, vilket kan leda till personskada hos medarbetare och negativa konsekvenser för den enskilde.

Enhet och riskansvarig

Ordinärt boende/Avdelningschef

Granskning
Följsamhet av kompetensen i samband med inspektion av lyftsele
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Följsamhet kring kompetens i samband med användning av lyftsele.
Syfte med granskningen: Undersöka huruvida man vid inspektion av lyftsele, även kontrollerar personalens kompetens att hantera lyft.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar största möjliga del av alla arbetsterapeuter inom avdelningen och omfattar alla sektioner inom enheten hemsjukvård rehabilitering och korttid.
Granskningsmetod: Granskningen genomförs med hjälp av självskattning vid två tillfällen under 2020: vår och höst. Granskningen omfattar alla sektioner inom enheten hemsjukvård rehabilitering. Analys görs gemensamt i avdelningen samt tillsammans med Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR).
Rapportering av resultat till: Avdelningschef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK3

Genomförandeplan SoL

Beskrivning av risk

Risk för att det inte finns uppföljningsbara mål i planen/att dokumentationen är otillräcklig på grund av 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.

Enhet och riskansvarig

Särskilt boende/Avdelningschef

Granskning
Anteckningar SoL
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av dokumentation utifrån förvaltningens rutin för social dokumentation.
Syfte med granskningen: Granskningen ska säkerställa att dokumentation sker enligt SoL och med god kvalitet.
Omfattning/avgränsning: Granskningen av dokumentation sker genom stickprovskontroll i april där 20 brukares journaler per enhet kommer väljas ut slumpmässigt. Totalt granskas 120 brukares journaler.
Granskningsmetod: Stickprovskontroll.
Rapportering av resultat till: Avdelningschef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK2

Social dokumentation

Beskrivning av risk

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

Enhet och riskansvarig

Särskilt boende/Avdelningschef

Granskning
Genomförandeplan SoL
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av dokumentation i genomförandeplaner utifrån förvaltningens rutin för social dokumentation.
Syfte med granskningen: Granskningen ska säkerställa att genomförandeplaner upprättas enligt lag med uppföljningsbara mål, att dokumentation sker enligt SoL och med god kvalitet samt att brukarens delaktighet i upprättandet av planen framkommer.
Omfattning/avgränsning: Granskningen av dokumentation i genomförandeplanerna sker genom stickprovskontroll i april där 20 brukares genomförandeplaner per enhet kommer att slumpas fram, totalt granskas 120 brukares genomförandeplaner. Granskningen avser mars månad.
Granskningsmetod: Stickprovskontroll.
Rapportering av resultat till: Avdelningschef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK2

Efterlevnad av gällande bestämmelser för systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Beskrivning av risk

Risk för att det uppstår brister i det systematiska brandskyddsarbetet på grund av att gällande regler och riktlinjer avseende SBA-pärmar och brandskyddsutbildning inte efterföljs, vilket kan leda till felaktigt agerande vid brand.

Enhet och riskansvarig

Ekonomi/Avdelningschef

Granskning
Efterlevnad av gällande bestämmelser för systematiskt brandskyddsarbete (SBA)
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Regler och riktlinjer enligt SBA-pärmar och brandskyddsutbildning. Kontrollera om det finns brister i det systematiska brandskyddsarbetet på grund av att gällande regler och riktlinjer avseende SBA-pärmar och brandskyddsutbildning inte efterföljs, vilket kan leda till felaktigt agerande vid brand.
Syfte med granskningen: Säkra att gällande bestämmelser om SBA följs

Granskning
Omfattning/avgränsning: Stickprov om 10 arbetsställen.
Granskningsmetod: Intervjuer och granskning på arbetsstället att SBA-pärmarnas riktlinjer följs.
Rapportering av resultat till: Ekonomichef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK3

Fakturaunderlag och bluffakturor

Beskrivning av risk

Risk för felaktiga fakturor på grund av felaktiga underlag och bristande mottagningskontroll, vilket kan leda till felaktiga utbetalningar.

Enhet och riskansvarig

Strategisk utveckling/Avdelningschef

Granskning
Fakturaunderlag på larmcentralen
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Genomgång av fakturaunderlag på fakturor ställda till larmcentralen.
Syfte med granskningen: Säkra att larmcentralen inte utsätts för bluffakturor och att rätt summa faktureras från leverantörerna.
Omfattning/avgränsning: Granskningen innebär ett större urval av fakturaunderlag som i första hand innefattar återkommande fakturor med större faktureringssummor, men även ett mindre antal från mindre frekventa leverantörer.
Granskningsmetod: Genomgång av fakturaunderlag då kontroll sker av att avtal finns, att fakturan stämmer överens med vad som är levererat, samt att fakturerad summa stämmer mot vad som anges i avtal.
Rapportering av resultat till: Chef för strategisk avdelning
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK1

Dokumentation vid direktupphandling

Beskrivning av risk

Risk för bristfällig dokumentation vid direktupphandling på grund av att gällande rutiner inte följs. Detta kan leda till att underlag och beslut kring direktupphandlingen inte kan återsökas.

Enhet och riskansvarig

Ekonomi/Avdelningschef

Granskning
Bristande dokumentation vid direktupphandling
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Förvaltningens fastställda rutiner följs och att kraven enligt LOU följs.
Syfte med granskningen: Säkra att förvaltningen uppfyller kraven på dokumentation. Förhindra överklagande på grund av bristande dokumentation.
Omfattning/avgränsning: Stickprov med urval av 20 genomförda direktupphandlingar mellan 2019 och 2020.
Granskningsmetod: Granskning av dokumentationen avseende genomförda direktupphandlingar.
Rapportering av resultat till: Ekonomichef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK3

Inköp utanför ramavtal

Beskrivning av risk

Risk för att inköpare gör inköp av varor och service utanför gällande ramavtal på grund av bristande följsamhet till rutiner för inköp. Detta kan leda till avtalsbrott samt att ramavtalsleverantörer kan utkräva viten.

Enhet och riskansvarig

Ekonomi/Avdelningschef

Granskning
Inköp utanför ramavtal
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Att inköp sker genom de upphandlade ramavtalen.
Syfte med granskningen: Säkra att inköp görs inom ramavtal
Omfattning/avgränsning: Stickprov om 50 genomförda inköp.
Granskningsmetod: Jämförelse med ramavtalen och genomförda inköp.
Rapportering av resultat till: Ekonomichef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK3

Kommungemensamma granskningar

Nedanstående granskningar är beslutade av kommunstyrelsen, att genomföras av alla nämnder och i vissa fall bolagen inom Malmö stad.

Granskningarna är framtagna efter riskanalys som genomförts av en arbetsgrupp ledd av stadskontoret. Gruppen består av olika kompetenser inom till exempel kommunikation, ekonomi, human relations (HR), juridik med flera.

Nämnden kan inte besluta om genomförandet av dessa granskningar. Här lämnas istället information om vad som ska granskas som en del i den sammantagna planen för intern kontrollarbetet under 2020 i den verksamhet som nämnden ansvarar för.

Risk för otillåten påverkan

Beskrivning av risk

Det finns en risk för bristande beredskap och förmåga att hantera försök till otillåten påverkan på grund av omedvetenhet och okunskap. Detta kan leda till felaktiga beslut och icke rättssäker handläggning, vilket i sin tur kan medföra exempelvis ekonomisk skada för såväl kommunen som individer och organisationer, negativ påverkan på arbetsmiljön och förtroendeskada.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden/Strategisk utveckling/Avdelningschef

Granskning
Otillåten påverkan
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen omfattar organisationens arbete för att upptäcka risker för och hantera fall av otillåten påverkan.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att ta reda på om det finns medvetenhet om förekomst och beredskap att hantera fall av försök till otillåten påverkan i nämnder och bolag.
Omfattning/avgränsning: Granskningen gäller nämnder och helägda bolag.
Granskningsmetod: <ul style="list-style-type: none">• En självskattning där respektive nämnd och styrelse får bedöma och motivera den egna utvecklingsnivån i arbetet med att hantera fall av försök till otillåten påverkan. Ett antal påståenden ska bedömas utifrån en tregradig skala.• En beskrivning av hur nämnden/styrelsen ser på risker för otillåten påverkan, om det finns verksamheter som är särskilt exponerade för risk, om det finns risk att organisationen går miste om lärande när incidenter förekommit, lärande som kan vara till nytta i det förebyggande arbetet etc. Anvisningar med mer specifika frågeställningar kommer att tas fram av stadskontoret.
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Återrapportering ska ske senast i samband med årsuppföljning av intern kontroll för 2020.

Risk för bristande följsamhet mot skattelagstiftning kopplat till förmåner

Beskrivning av risk

Risk för bristande följsamhet mot skattelagstiftningen när det handlar om förmåner på grund av bristande kunskaper och dålig följsamhet mot rutiner eller brister i dessa, vilket kan leda till ekonomiska konsekvenser och ifrågasatt förtroende från allmänheten.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden/Ekonomi/Avdelningschef

Granskning
Kostförmåner
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen omfattar instruktioner/policyer och liknande samt rutiner som syftar till att säkerställa att det blir rätt utifrån gällande regler på området kostförmåner.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att få fram underlag för att bedöma huruvida det är lätt att göra rätt, och därigenom kunna uppskatta behov av åtgärder exempelvis i form av informationsinsatser och förbättrade rutiner för att förebygga, upptäcka och hantera brister.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar nämnder och helägda bolag och avgränsas till interna sammankomster. Avgränsningen till interna sammankomster har gjorts av resursskäl och för att det bedöms att risken att det blir fel är störst inom detta område.
Granskningsmetod: Granskningen består av två delar, dels fakturagranskning och dels ett antal frågor, bland annat kring förekomst och kvalitet i instruktioner/policyer och liknande. Fakturagranskningen sker utifrån ett urval av fakturor. Stadskontoret bistår förvaltningar och bolag med att ta fram slumpmässiga urval av fakturor som avser interna sammankomster. Antalet fakturor att granska kommer att vara proportionellt mot omfattningen i respektive nämnd/bolag. Ett underlag för dokumentation av granskningen av fakturorna kommer att tillhandahållas tillsammans med mer detaljerade anvisningar. Utöver fakturagranskningen kommer respektive nämnd/bolagsstyrelse få svara på ett antal frågor. Dels frågor kring förekomst och kvalitet i instruktioner/policyer och liknande kopplat till resultatet av fakturagranskningen, dels frågor kring hur nämnden/bolaget arbetar med att säkerställa att det blir rätt.
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Återrapportering ska ske senast i samband med årsuppföljning av intern kontroll för 2020.

Röjande av sekretess

Beskrivning av risk

Risk för att handlingar som innehåller typiskt sett sekretessbelagd information kommer obehörig till del på grund av bristande kunskap i hur den här typen av information ska hanteras, oavsett digitalt format eller pappersform, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för Malmö stad som organisation, andra organisationer eller den enskilde.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden/Strategisk utveckling/Avdelningschef

Granskning
Röjande av sekretess
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Det som ska granskas är verksamhetens och medarbetarens medvetenhet kring lagstiftning, rutiner och lämpligheten att använda digitala kommunikationsverktyg.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att mäta organisationens mognad och medvetenhet i hanteringen av konfidentiell/sekretessbelagd information oavsett i vilket sammanhang den förekommer.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar Malmö stads nämnder. Undersökningen riktar sig främst till chefer på enhets- och avdelningsnivå (exempelvis enhets- och avdelningschefer) samt till medarbetare i viss utsträckning.
Granskningsmetod: Metoden för undersökningen baserar sig på ett centralt framtaget frågeunderlag som distribueras till respektive förvaltning. Resultatet av undersökningen kommer att göras tillgängligt förvaltningsvis och därmed kunna följas upp per nämnd.
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Återrapportering ska ske senast i samband med uppföljning av intern kontroll 2020.