

Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

2019

INNEHÅLL

- ▶ Nämndens anvisningar för det interna kontrollarbetet
- ▶ Plan för intern kontroll
- ▶ Riskanalys
- ▶ Uppföljning 3-2019

Ordning & reda

Rätt saker på rätt sätt

Skapa förtroende

Undvik fel

Effektivitet



INTERN KONTROLL

Hälsa, vård & omsorg



Innehållsförteckning

Inledning	4
Direktåtgärder	5
Bristande posthantering och diarieföring (inklusive sms, e-post)	5
Öka kompetens kring hantering av post, sms samt e-post	5
Basal hygien	5
Införa hygienrund avseende basal hygien samt upprätta tidsplan för kontinuerliga hygienrunder	5
HSL-dokumentation	5
Redovisa utvecklingen av teamträffar och information till medarbetarna om skyddsåtgärdsprocess	6
Bristande arkivhantering	6
Informationsinsats om arkivhantering	6
Hantering av sekretessmaterial/handlingar	6
Godkända arkivskåp köps in	6
Gåvor, mutor och jäv - korruption och bedrägligt beteende	7
Föreläsning avseende gåvor, mutor och jäv	7
Kontroll av avtal	7
Information om avtalshantering	7
Hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen	7
Informationsinsats om hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen	7
Hantering av in- och utloggning vid dator	8
Genomföra Datorstödd InformationsSäkerhetsutbildning för Användare (DISA)	8
Nämndens granskningar	9
Genomförandeplan SoL	9
Kvalitativ granskning av genomförandeplaner inom korttiden, ordinärt boende	9
Basal hygien	11
Punktprevalensmätning avseende följsamhet i basal hygien	11
Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	11
Granskning av dokumentation avseende uppföljning av HSL-insatser enligt mall för kollegial granskning	11
Kommungemensamma granskningar	13
Löneskuld	13
Granskning av löneskuld med syfte att bidra med kunskap som kan minimera risken för löneskulder	13
Bristande serviceskyldighet	14
Användande av sociala medier och huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar	14
Bristande avtalshantering	16

Följa upp hur nämnden har gjort förbättringar inom avtalshantering sedan 2017	16
Bilaga: Egenbedömning av Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens IK-arbete utifrån gemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll i Malmö stad	18
KONTROLLMILJÖ	19
Ansvar och befogenheter tydliggjorda	19
Antagna anvisningar för intern kontroll.....	19
Effektiv arbetsstruktur för arbetet med intern kontroll	19
Ledningsgrupperna tar ansvar för fungerande kontrollmiljö	19
RISKANALYS	19
Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras.....	19
Riskanalysen innehåller risker av varierande art	19
Riskanalysen är underlag för åtgärder och granskningar	20
Riskanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen	20
KONTROLLAKTIVITETER	20
Det finns en relevant och konsekvent genomförd granskningsmetodik	20
Granskningar och åtgärder är dokumenterade och kända.....	20
Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys	20
Oberoende i förhållande till processen som granskas.....	21
KOMMUNIKATION/INFORMATION	21
Ledningsgrupperna kommunicerar kontinuerligt internkontrollfrågor	21
Informationstillgången är tillräcklig	21
Nya chefer får introduktion om intern kontroll	21
UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	21
Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser	21
Återkoppling görs till förvaltnings-/bolagsledningen	21
Återkoppling görs till nämnden/styrelsen	22

Inledning

Sammanfattning

Denna rapport är den tredje redovisningen av nämndens internkontrollarbete under 2019. Åtgärder och granskningar utifrån av nämnden beslutad internkontrollplan för 2019 har tidigare redovisats i maj respektive i september 2019 och godkänts av nämnden.

Denna rapport redovisar nio åtgärder och tre granskningar. Därutöver redovisas de tre kommungemensamma granskningarna för 2019; löneskulder, användande av sociala medier och avtalshantering under en egen rubrik.

Som bilaga lämnas förvaltningens egen bedömning av internkontrollarbetet inom Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden. Bedömningen görs utifrån för staden gemensamma kriterier.

Den sammantagna rapporteringen 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 nämnden inom dess ansvarsområden det yttersta ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig och ska se till att det finns en organisering och ett systematiskt arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll.

Nämnden antar varje år 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 resultat av genomförda kontroller. Resultatet 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. Granskare ska efter genomförd kontroll rapportera resultatet av granskningen till granskad verksamhet, respektive avdelningschef samt vid behov till förvaltningsdirektör. Efter genomförd granskning ska eventuellt konstaterade fel och brister leda till åtgärdsförslag från den som utför granskningen tillsammans med ansvarig chef.

Direktåtgärder

Bristande posthantering och 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: Särskilt boende

Öka kompetens kring hantering av post, sms samt e-post

Vad ska göras: Kompetensen kring hantering och diarieföring av post, sms samt e-post ska öka. Samtliga chefer ska informera om de rutiner som finns på förvaltningen på APT/ledningsmöte senast juni månad.

Genomförda åtgärder: Under första halvåret 2019 informerade samtliga chefer inom särskilt boende sina medarbetare om förvaltningens rutin för hantering och diarieföring av post, sms samt e-post. Cheferna har därefter tillfrågats hur informationen har förmedlats. Resultatet visar att medarbetare på 40 boenden och samtliga medarbetare inom enhet HSL har fått information om aktuell rutin på en arbetsplatsträff eller på ett annat informationsforum.

Basal hygien

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

Enhet: Särskilt boende

Införa hygienrond avseende basal hygien samt upprätta tidsplan för kontinuerliga hygienronder

Vad ska göras: Hygienronder ska införas på särskilda boenden för att uppnå en god hygienisk standard och identifiera förbättringsmöjligheter. En tidplan för kontinuerliga hygienronder på respektive boende vart femte år ska upprättas.

Genomförda åtgärder: Under 2019 har sex hygienronder genomförts. Hygienronderna utförs i samarbete mellan Vårdhygien och avdelningens kvalitetsutvecklare. Vårdhygien är Region Skånes expertfunktion för arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risker för smittspridning inom vården. En plan för genomförande av hygienronder har lagts till år 2023 där hygienronder ska genomföras vart femte år på alla boenden för att uppnå en god hygienisk standard och för att kunna identifiera olika förbättringsmöjligheter.

HSL-dokumentation

Beskrivning av risk: Risk för brister i HSL-dokumentation på grund av bristande kunskap kring hur dokumentation görs, vilket kan leda till att patientsäkerheten påverkas.

Enhet: Särskilt boende

Redovisa utvecklingen av teamträffar och information till medarbetarna om skyddsåtgärdsprocess

Vad ska göras: Utifrån ett av flera åtgärdsförslag efter journalgranskning, vilken genomfördes 2018, ska samtliga sektionschefer redovisa teamträffsutvecklingen mellan olika professioner samt på vilket sätt som medarbetarna fått information om skyddsåtgärdsprocessen under perioden november 2018 till och med juni 2019.

Genomförda åtgärder: Sektionscheferna har redovisat hur utvecklingen av teamträffarna mellan olika professioner har gått genom att göra en bedömning om utvecklingen på en skala mellan ett till fem, där ett är mycket dåligt och fem mycket bra. Resultatet visar en genomsnittssiffra på tre. De professionerna som träffats och samarbetat kring brukaren har varierat i sammansättning. Även träffarnas intervall har varierat. De som medverkat har varit sektionschef, samordnare/chefsstöd, sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. Arbetet med att samtliga professioner ska delta och att teamträffarna ska planeras in kontinuerligt fortsätter.

Medarbetarna inom särskilt boende har fått information om skyddsåtgärdsprocessen på olika sätt, så som kontinuerlig information på arbetsplatsträffar och digital anslagstavla, vid inflyttning av ny brukare samt vid teamträffar och omvårdnadsmöten.

Bristande arkivhantering

Beskrivning av risk: Risk för bristande arkivhantering på grund av otydliga rutiner eller brist på följsamhet till rutiner vilket kan leda till försämrad sökbarhet av allmänna handlingar och påverka rättssäkerheten.

Enhet: Myndighet

Informationsinsats om arkivhantering

Vad ska göras: Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens arkivarie kommer att bjudas in till enheternas gemensamma ledningsgrupp för att informera om arkivhantering för att öka kunskapen och följsamheten till befintliga rutiner inom avdelningen.

Genomförda åtgärder: För att öka kunskapen avseende arkivhantering har förvaltningens arkivarie besökt enheternas gemensamma ledningsgrupp där samtliga enhets- och sektionschefer för avdelning myndighet deltar. Vid besöket informerades det om arkivhantering samt vilka rutiner som är gällande.

Hantering av sekretessmaterial/handlingar

Beskrivning av risk: Risk för att sekretesskyddat material/handlingar inte förvaras enligt gällande riktlinjer på grund av till exempel 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.

Enhet: Särskilt boende

Godkända arkivskåp köps in

Vad ska göras: Utifrån genomförd inventering under våren 2018, om journaler/liknande handlingar förvaras på ett godkänt sätt utifrån arkivlagstiftningen, ska inköp av godkända arkivskåp genomföras.

Genomförda åtgärder: Inköp av godkända arkivskåp har genomförts. Samtliga särskilda boenden och kostenheten har nu godkända arkivskåp och alla enhetschefer har tillgång till arkivskåp på sina kontor.

Gåvor, mutor och jäv - korruption och bedrägligt beteende

Beskrivning av risk: Risk för olämpligt agerande i kontakter med den enskilde och externa leverantörer på grund av bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till att enskilda drabbas negativt, olagligt agerande, minskat förtroende och att nämndens verksamhet påverkas negativt.

Enhet: Hälsa och förebyggande

Föreläsning avseende gåvor, mutor och jäv

Vad ska göras: Planerad föreläsning av stadsjurist i ämnet för ledningsgrupp och sektionschefer

Genomförda åtgärder: Den 10 oktober höll stadsjurist Daniel Svartek en föreläsning i ämnet för chefer och medarbetare.

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: Hälsa och förebyggande

Information om avtalshantering

Vad ska göras: I samband med att förvaltningens avtalsdatabas är i drift kommer berörda medarbetare ges information om hur bevakning av avtal kommer ske mer strukturerat, i form av att vi tydligare kommer se vilka avtal som finns och när de löper ut.

Genomförda åtgärder: Avdelningens assistenter har utbildats i och ansvarar för avdelningens del i förvaltningens avtalsdatabas. Därtill finns en fungerande kontroll av vilka avtal som finns och när dessa löper ut.

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: Myndighet

Informationsinsats om hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen

Vad ska göras: Förvaltningens dataskyddsombud ska bjudas in till enheternas gemensamma ledningsgrupp för genomgång och information om hur personuppgifter ska hanteras enligt dataskyddsförordningen.

Genomförda åtgärder: Förvaltningens dataskyddsbud har besökt enheternas gemensamma ledningsgrupp där samtliga enhets- och sektionschefer för avdelning myndighet deltar. Information gavs om hur personuppgifter ska hanteras enligt dataskyddsförordningen för att minska risken för felaktig hantering.

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.

Enhet: Hälsa och förebyggande

Genomföra Datorstödd InformationsSäkerhetsutbildning för Användare (DISA)

Vad ska göras: Berörda medarbetare ska genomföra Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskaps (MSB) informationssäkerhetsutbildning på webben, DISA.

<https://www.msb.se/sv/Forebyggande/Informationssakerhet/Stod-inom-informationssakerhet/DISA--utbildning-informationssakerhet/>

Genomförda åtgärder: Samtliga berörda medarbetare i avdelningen har till sin närmsta chef avrapporterat att de har avklarat MSB:s DISA utbildning.

Nämndens granskningar

Genomförandeplan SoL

Beskrivning av risk: Risk för att genomförandeplan inte upprättas för alla brukare enligt rutin/att det inte finns mätbara 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: Ordinärt boende

Kvalitativ granskning av genomförandeplaner inom korttiden, ordinärt boende

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av kvalitén av genomförandeplaner utifrån socialtjänstlagen och gällande föreskrifter.

Syfte med granskningen: Syftet är att säkra följsamhet till befintlig lagstiftning och att säkra kvalitén i brukarens genomförandeplan. Identifiera gemensamma utvecklingsområden inom verksamheten inför fortsatt utvecklingsarbete.

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: Granskningen utförs som stickprovskontroll på sektioner i enheten korttid. Granskningen avser enbart brukare på korttid som vistats där minst 14 dagar. Justering kommer att ske med hänsyn till representativ fördelning avseende kön. Granskning kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer. Totalt har 16 genomförandeplaner och journaler granskats.

Resultat: Behov av att utöka granskningen att även innefatta journalanteckningar har setts och genomförts. Granskningen omfattar åtta genomförandeplaner och åtta journalers anteckningar tillhörande fyra män och fyra kvinnor på fyra korttidssektioner.

Granskningen visar att genomförandeplan saknas i sex (75%) av de totalt åtta granskade journalerna. En av de två upprättade genomförandeplanerna är godkänd med kvalitet och erhåller maxpoäng (12 poäng). Den andra genomförandeplanen är mycket sparsamt skriven och är godkänd (6 poäng).

POÄNG	Granskade genomförandeplaner	Procent av granskade genomförandeplaner
Ej Godkänd (0-5p)	0	0 %
Godkänd (6-9p)	1	12,5 %
Godkänd med kvalitet (10-12p)	1	12,5 %
Ej upprättade (bortfall)	6	75 %
Totalt antal genomförandeplaner	8	100 *

* Fotnot: Det var inte upprättat genomförandeplaner på sex av de åtta granskade journalerna

Av de två upprättade genomförandeplanerna finns målbeskrivning i den ena av dem. Målbeskrivningarna är bristfälliga och inte formulerade så att det går att utvärdera/avgöra om brukarens mål är uppnått. Beskrivningen av hur insatser ska genomföras enligt brukarens önskemål är inte alltid tydlig och inte heller kopplade till de mål som anges. Det saknas ofta veckodag och tidpunkt när insatsen ska ges till brukaren och beskrivningen av brukarens egna begränsningar och förmågor är bristfällig.

Antalet journalanteckningar varierar från noll anteckningar till 20 anteckningar i de granskade journalerna. De journalanteckningar som ska göras är händelser av vikt och/eller händelser som avviker från upprättad genomförandeplan. Det är därför svårt att sätta en siffra på hur många anteckningar som bör eller ska föras under en månad. Bland de granskade journalanteckningarna förekommer ett antal som inte är av vikt. Det har inte heller antecknats när brukaren anländer till korttidsboendet eller när brukaren lämnar korttidsboendet. 59,5% av anteckningarna erhåller mellan ett och tre poäng och 40,5% erhåller 0 poäng.

POÄNG	Antal anteckningar	Procent
3 Poäng (Rätt rubrik och frastext)	16	17,5 %
2 Poäng (Rätt rubrik men ingen frastext)	34	37,5 %
1 Poäng (Fel rubrik men innehållsmässigt rätt)	4	4,5 %
0 poäng (Fel rubrik, innehållsmässigt ej korrekt)	37	40,5 %
Totalt antal anteckningar	91	100 %

Analys: Av de två uppförda genomförandeplanerna i granskningsmaterialet håller en genomförandeplan god kvalitet medan den andra är godkänd. Bedömningen är att det förekommer kompetensbrist både när och hur en genomförandeplan ska upprättas, vad den ska innehålla och hur den administrativt och tekniskt ska genomföras. Utifrån granskningsresultatet kan konstateras att det finns behov av utbildning och kompetenshöjning gällande social dokumentation.

Åtgärder: Förbättringsarbete pågår. Alla sektioner i korttidsenheten utser dokumentationshandledare som ges utbildning och regelbundna träffar med SAS (socialt ansvarig samordnare). De granskningsmanualer och mallar som använts i samband med denna granskningen ses över och revideras för att kunna vara användbara för egenkontroll i sektionerna. Chef och dokumentationshandledare utbildas i egenkontroll av social dokumentation och genomför egenkontroller på journalanteckningar samt genomförandeplaner. Fortsatta utbildningsinsatser och handledning planeras i syfte att öka kunskapen om livsområdenas betydelse, målformuleringar och värdet av att ange brukarens önskemål om när och hur en insats ska utföras.

Avdelningen har löpande uppföljning under 2020 för att säkerställa att åtgärder ger önskad effekt och förbättringar i genomförandeplaners kvalitet. Av detta skäl kommer ingen granskning att genomföras under 2020.

Basal hygien

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

Enhet: Särskilt boende

Punktprevalensmätning avseende följsamhet i basal hygien

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av följsamhet i basal hygien.

Syfte med granskningen: Säkra efterlevnaden av rutiner för basal hygien.

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: På varje särskilt boende ska 10 medarbetare, totalt 420 personer, observeras utifrån SKL:s punktprevalensmätning som innebär observationsstudier som genomförs avseende följsamheten till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler.

Resultat: Under två veckor i mars gjordes en granskning av följsamheten till rutinen för basal hygien. Resultatet av granskningen visar att följsamheten inom särskilt boende har förbättrats sen 2018. Det har skett en ökning från 84 % till 91 % gällande följsamhet för klädregler och en ökning från 45 % till 53 % för följsamhet till hygienrutinerna. Medelvärdet för Sveriges samtliga kommuner är 84 % följsamhet för klädreglerna respektive 56 % följsamhet för hygienrutinerna.

Analys: Det är positivt att boendena ökat följsamheten till föreskriften jämfört med föregående år. Evidens visar att det krävs engagemang och fokus på patientsäkerhetsarbetet i hela chefsledet till medarbetare, för att nå ett hållbart resultat. Arbetet med basal hygien är därför ett fortsatt utvecklingsområde inom avdelning särskilt boende.

Åtgärder: En viktig förutsättning för att nå hög följsamhet är att öka tillgängligheten till handsprit, skyddsförkläden samt handskar. Beslutade åtgärder är att utrusta samtliga hygienutrymmen i lägenheterna och i de gemensamma tvättstugorna. Vidare fortsätter utbildning i basala hygienrutiner i samband med nyanställningar och årlig fortbildning via LärKan samt kontinuerlig information från sektionschef om medarbetares personliga ansvar att följa rutinen. En film ska visas på en arbetsplatsträff eller annat informationsforum i syfte att informera om de basala hygienreglerna kopplat till smittvägar. En metod för egenkontroll ska arbetas fram med fokus på skyddsförkläden, handskar samt desinfektion före det brukarnära omvårdnadsarbetet.

Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Beskrivning av risk: Risk för att uppföljningar, av legitimerad personals ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder, inte dokumenteras i patientjournal, vilket kan leda till vårdskada.

Enhet: Ordinärt boende

Granskning av dokumentation avseende uppföljning av HSL-insatser enligt mall för kollegial granskning.

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen avser hur uppföljningen av ordinerade HSL-insatser sker genom att gå igenom den kollegiala granskning av HSL-dokumentation som görs.

Syfte med granskningen: Granskningens syfte är att utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv förebygga att HSL-insatser inte utförs eller inte utförs korrekt samt att identifiera gemensamma utvecklingsområden gällande dokumentationen för vidare utvecklingsarbete inom avdelningen.

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: Granskningens omfattning har tagits fram tillsammans med berörda sektionschefer inom HSL-enheterna (inklusive korttiden) och kommer beröra hälften av sektionerna inom HSL-enheterna. Professionsindelade grupper inom HSL-sektionerna genomför granskning och för dialog enligt fastställd mall med instruktioner.

Resultat: Totalt har 50 journaler granskats enligt fastställda mallar för kollegial granskning. Kollegiala granskningar är ett etablerat arbetssätt inom HSL området och är tänkt att skapa gemensam dialog och lärande kring journalens kvalitet och uppbyggnad. Denna granskningen undersöker de kollegiala granskningarna som genomförts och då särskilt frågan ”planerad uppföljning”. För sjuksköterskor undersöks även om uppföljning finns på ”att göra”-listan.

Av 50 undersökta kollegiala granskningar finns en planerad uppföljning dokumenterad i 73% av journalerna, i 4% har det delvis funnits en planerad uppföljning dokumenterad. I 16% av journalerna har uppföljning ej varit aktuell, medan det i 6% inte funnits någon planerad uppföljning.

Profession	Ja	Delvis	Nej	ej aktuellt	Antal granskade journaler
Legitimerad rehabilitering	22 (67%)	2 (6%)	1 (3%)	8 (24%)	33 (100%)
Sjuksköterskor	15 (88%)	0 (0%)	2 (12%)	0 (0%)	17 (100%)
Resultat	37 (73 %)	2 (4%)	3 (6 %)	8 (16 %)	50

I 82% av de journalerna som granskats gällande sjuksköterskor finns uppföljningen i ”att göra”-listan. I resterande 18% har det uppskattats att inte varit aktuellt.

Analys: Resultatet av granskningen visar att medarbetare inom rehabilitering och sjuksköterskor till största del planerar uppföljning och att sjuksköterskor i allmänhet dokumenterar den uppföljningen i ”att göra”-listan. Dock förekommer det att uppföljning inte planeras. Det framkommer i dialog att det efterfrågas tydligare rutiner och mer tydlighet kring vad som ska följas och hur det ska följas upp och bedömas enligt mallen för kollegial granskning.

Flera pekar på att det är svårt att hitta manualer som skulle kunna vara ett stöd för rehabilitering och sjuksköterskor i dokumentationen. Granskningen visar att dokumentationssystemet ProCapita upplevs som svårt, komplext och tidskrävande som försvårar kollegial granskning då man inte på något enkelt sätt kan få ut allt material i journalen som krävs för en sådan.

Åtgärder: Utbildningen i ProCapita ska utvecklas så att en större del läggs på hur systemet ska användas med särskilt fokus på uppföljning samt att manualerna för användning av ProCapita ses över och vid behov revideras och kompletteras.

Kommungemensamma granskningar

Löneskuld

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

Enhet: Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Granskning av löneskuld med syfte att bidra med kunskap som kan minimera risken för löneskulder

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

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: Granskningen gäller samtliga nämnder och sker enligt anvisningar från stadskontoret. Ett urval av löneskulder görs av stadskontoret och skickas ut tillsammans med ett frågeformulär. Förvaltningarna rapporterar sina resultat av granskningen till nämnd och en sammanställning och analys av resultatet av granskningen görs på kommunnivå.

Genomförande: Antalet löneskulder och löneskuldstvister har de senaste åren ökat i Malmö stad. För att få ökad kunskap om varför och när löneskulder uppstår genomför samtliga förvaltningar i Malmö stad under hösten 2019 en granskning av löneskulder inom ramen för intern kontroll. Stadskontoret har skickat ut listor med ett slumpmässigt urval av löneskulder som uppstått under augusti månad tillsammans med frågeformulär riktade till medarbetare som fått löneskuld, medarbetarnas chefer och HR- eller frånvarorapportörer. Hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen fick 15 löneskulder för granskning och frågeformulär med instruktioner distribuerades till chefer via HR-konsulter. Cheferna ansvarade för att inhämta svar från medarbetare, men för cirka hälften av löneskulder kunde frågeformulären inte distribueras till medarbetare eftersom de inte längre var anställda i förvaltningen.

Resultat: Förvaltningens granskning visar att majoriteten av de uppkomna skulderna orsakades av bristande frånvarorapportering. Andra orsaker var att medarbetaren tagit ut för många semesterdagar och att anställning avslutats för sent i HR-systemet.

De löneskulder som uppkommit på grund av bristande frånvarorapportering berodde i flera fall på att chef beviljat frånvaron efter lönekörning i lönesystemet. Bristande systemkunskap, brister i överrapportering mellan cheferna och sena underlag från sjukskrivande läkare var skäl chefer angav till varför frånvaron inte beviljades i tid.

Eftersom Malmö stad tillämpar förskottssemester kan löneskulder uppstå om medarbetaren tagit ut fler semesterdagar än vad vederbörande tjänat in när hen avslutar sin anställning. I förvaltningens granskning hade detta skett i två fall.

Löneskulder som uppkom på grund av att anställningar avslutas för sent berodde i ett fall på att medarbetaren valde att avsluta sin anställning i förtid när lönekörning redan var gjord. I ett annat fall tillträdde medarbetaren inte sin tjänst och på grund av bristande överrapportering mellan chefer hann inte anställningen avslutas innan lön hann gå ut.

Analys: Granskningen visar att skulder som uppstått under sommaren ofta beror på att det inte finns möjlighet till tillräcklig överrapportering mellan chefer som vikarierar för varandra, när en chef kommer åter i tjänst och en annan går på semester. Det är tydligt att kommunikationen inte alltid fungerar tillfredsställande i de här situationerna då de gav upphov till löneskulder som borde ha kunnat undvikas.

Flera av cheferna uppger att de känner sig osäkra i HR-systemet och att löneskuld kunnat undvikas om de haft bättre kunskap om hur systemet fungerade och vilka konsekvenser en sent beviljad frånvaro kan få.

Ärenden som rör för mycket uttagen semester kan vara svåra att undvika om medarbetaren bestämmer sig för att avsluta sin anställning innan årets semesterdagar är intjänade. Både medarbetare och chef kan använda en simuleringsfunktion i systemet för att räkna ut vad som händer med semesterdagarna om anställning avslutas vid ett visst datum. Genom att ha som rutin att använda simuleringsmöjligheten när en medarbetare sagt upp sig kan en del av skulderna undvikas.

Skuld som uppstått på grund av att medarbetaren valt att avsluta sin anställning mitt i en månad när lönekörning för månaden redan var gjord kan undvikas genom att chefen inte tillåter medarbetaren att avbryta anställningen i förtid, men det kan vara en olämplig lösning i vissa fall.

Åtgärder: Utifrån granskningens resultat ser förvaltningen ett behov av att se över hur överrapportering mellan chefer sker under semestertider. Det finns också behov av att se över hur chefer informeras och utbildas i systemet generellt. Utöver det ska chefer påminna medarbetare om att kontrollera sin lönespecifikation innan utbetalning sker så att eventuella fel upptäcks i tid.

Förvaltningen för från och med 2019 statistik över uppkomna löneskulder. Statistiken bryts ner till lägre nivåer i organisationen vilket möjliggör att insatser kan sättas in och anpassas utifrån behov hos respektive chefer.

Med anledning av att HR-services utbildning av chefer inte längre är obligatorisk för nya chefer ser förvaltningen över utbildning i system för chefer och kan i det arbetet ta hänsyn till de behov av information och utbildning som finns. Planeringen är att HR-avdelningen ska erbjuda chefer och HR-rapportörer genomgång/visning av HRutan och Anställningsguiden regelbundet, med start andra kvartalet 2020.

Bristande serviceskyldighet

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

Enhet: Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Användande av sociala medier och huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar

Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att undersöka om Malmö stad hanterar sociala medier på ett ansvarsfullt sätt i enlighet med Malmö stads riktlinjer och i enlighet med tillämplig lagstiftning och huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar.

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: Granskningen omfattar samtliga konton på Facebook,

Twitter och Instagram. Granskningen innebär att kontroll ska göras huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar. För att kontrollera om en fråga besvaras inom 24 timmar väljer granskaren, som i detta fall är en annan förvaltning, ut enkla frågor som rör verksamheten och ställer dessa i förvaltningens konton i sociala medier. Granskningen ska ske enligt de särskilda instruktioner som tagits fram av stadskontoret, vilket bland annat innebär att Hälsa- vård och omsorgsförvaltningen granskat Gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen och vice versa.

Resultat: Gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen har granskat hälsa-, vård- och omsorgsnämndens sociala medier-konton enligt stadskontorets instruktion. De konton som har granskats finns listade på Malmö stads hemsida, malmo.se. I den listan finns totalt 14 konton i de sociala medierna Facebook, Instagram och Twitter.

Alla 14 konton har granskats genom att en fråga ställts genom direktmeddelande eller kommentarsfält. I granskningen kontrollerades om frågeställaren fått svar inom 24 timmar och om svaret var signerat med förnamn (enligt Malmö stads riktlinjer).

Resultatet av granskningen visar:

Svar inom 24 h	Svar efter 24 h	Inget svar (inom 3 arbetsdagar)	Signerad med förnamn (av 8 svar)
5	3	6	5

Analys: Endast 36 % av de granskade kontona följer Malmö stads riktlinjer om att svara frågeställare inom 24 timmar. Samma andel gäller för riktlinjen om att signera sitt svar med förnamn. Samtliga konton som gäller övergripande för nämndens verksamhet administreras centralt av kommunikationsavdelningen och hade inga avvikelser. Övriga konton, som gäller enskilda boenden, mötesplatser eller restauranger och administreras av ordinarie personal, exempelvis undersköterskor eller aktivitetsledare, hade i större utsträckning avvikelser gentemot riktlinjerna. De som signerade med förnamn var desamma som svarade inom 24 h med undantag för ett konto. Det ska tilläggas att kommunikationschef inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen beslutat att det för förvaltningens konton är frivilligt att signera med förnamn, istället kan exempelvis signatur med funktion eller yrkesroll göras. I de fall då signatur med förnamn saknades i granskningen fanns inte heller signatur med funktion.

I samband med granskningen har fler konton än de som är listade på malmo.se upptäckts. Dessa konton har därmed inte startats enligt rutin.

Konton i sociala medier för enskilda verksamheter är ett uppskattat inslag för brukare, besökare och anhöriga, och kan därför förväntas öka. Detta kräver dock en bättre följsamhet till kommunens riktlinjer för sociala medier och förvaltningen planerar, eller har genomfört, ett antal åtgärder.

Åtgärder: En löpande åtgärd är information till de som administrerar sociala medier-konton i förvaltningen. Stöd finns att få av kontaktperson på kommunikationsavdelningen. En åtgärd genomfördes den 5 december 2019 då samtliga sektionschefer inom särskilt boende fick information om vad det innebär att administrera ett konto i sociala medier och vilket ansvar som medföljer. Det påminnes också om att konton inte får startas utan att följa rutinen för sociala medier, där information om ansvar ges redan innan ett konto får startas upp. För de konton som gäller mötesplatser planeras tre befintliga konton slås ihop till ett som gäller samtliga mötesplatser för seniorer. Detta förväntas förbättra följsamheten till riktlinjer. Kommunikationsavdelningen planerar att ha årlig kontroll kring efterlevnaden till rutiner och riktlinjer gällande sociala medier. Då kan även andra aspekter än svar inom 24 timmar och signering kontrolleras, exempelvis också följsamheten till dataskyddslagstiftningen. Med en regelbunden kontroll ges

förutsättningar att identifiera förbättringsområden och att följa upp vilka konton som eventuellt brister på ett bättre sätt.

Bristande avtalshantering

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

Enhet: Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Följa upp hur nämnden har gjort förbättringar inom avtalshantering sedan 2017

Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Avtalshantering

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

Omfattning/avgränsning/granskningsmetod: Granskningen omfattar samtliga nämnder och bolagsstyrelser som vid granskning av avtalshantering 2017 bedömde att det fanns ett eller flera områden inom avtalshantering som behövde förbättras eller ses över omgående. För de områden som vid kommungemensam granskning 2017 bedömdes som förbättringsområden eller vara i behov av omedelbar översyn, beskrivs hur nämnden/bolagsstyrelsen säkerställt att förbättringar genomförts

Resultat: Nämnden har genomfört en ny självskattning. I tabellen nedan redovisas resultatet för skattningen 2019 i jämförelse med resultatet av skattningen 2017. De förbättringar som gjorts sedan 2017 redovisas per område under tabellen.

Område	2017	2019
1) Det finns en dokumenterad rutin för att säkerställa att det finns avtal på relevant produkt/tjänst	Ja	Ja
1a) Rutinbeskrivningen är kommunicerad till berörda medarbetare.	Ja	Ja
2) Det finns en dokumenterad rutin för att bevaka att avtal sägs upp eller förnyas i rätt tid...	Nej	Ja
2a) Rutinen är kommunicerad till berörda medarbetare	Nej	Ja
3) Förvaltningen/bolaget har avtalsamordnare eller motsvarande	Nej	Ja
4) Avtalen är strukturerade på ett sådant sätt att de är sökbara	Ja	Ja
5) När inköpsbehov uppstår går det att med begränsad arbetsinsats ta reda på om det finns avtal...	Ja	Ja
6) Kontroller genomförs löpande att överenskomna avtalsvillkor följs av leverantören	Ja	Ja
7) Det säkerställs att avtal tecknas av behörig medarbetare	Ja	Ja

Ja	Ja
Delvis	Delvis
Nej	Nej

1) Det finns en dokumenterad rutin för att säkerställa att det finns avtal på relevanta

produkt/tjänsteområden och

1a) Rutinbeskrivningen är kommunicerad till berörda medarbetare.

Malmö Stads avtalskatalog, Kommunförbundet Skånes avtalskatalog och SKR, Sveriges kommuner och regioners (tidigare SKL, Sveriges kommuner och landsting) avtalskatalog säkerställer att det finns avtal på produkt/tjänsteområden som täcker stora delar av förvaltningens behov. Förvaltningens inköpssamordnare identifierar behov av vissa kommunövergripande ramavtal och för dessa önskemål vidare till upphandlingsenheten på Stadskontoret. Inköpssamordnaren sammanställer den årsplan över kommande upphandlingsbehov som ska lämnas till upphandlingsenheten för att säkerställa upphandlingsstöd i tid. I mars 2019 beslutade nämnden om riktlinjer för direktupphandling och i april 2109 tog förvaltningens ledningsgrupp beslut om en rutin för direktupphandling. En sida på intranätet har byggts upp för inköp och upphandling. Inköpssamordnaren informerar och utbildar ledningsgrupper på olika nivåer i samtliga av förvaltningens verksamhetsavdelningar och nya chefer kallas till informationsträffar på området.

2) Det finns en dokumenterad rutin för att bevaka att avtal sägs upp eller förnyas i rätt tid för att säkerställa att det finns relevanta produkt/tjänsteområden och

2a) Rutinen är kommunicerad till berörda medarbetare

En avtalsdatabas är implementerad i förvaltningen. I denna avtalsdatabas lägger vi in automatiska påminnelser till avtalsägare och avtalsadministratörer. Hälsa- vård och omsorgsförvaltningen är en stor förvaltning med en historia från stadsområdesnämnder och har en stor mängd avtal att registrera. Det är en utmaning och ett pågående arbete att säkerställa att samtliga avtal registreras i avtalsdatabasen. Nästan alla avdelningar i förvaltningen har en eller flera administratörer i avtalsdatabasen. Avtalsdatabasen och administratörerna är beskrivna på förvaltningens sida på intranätet för inköp och upphandling och hanteringen är beskriven i förvaltningens riktlinje och rutin för direktupphandling.

3) Förvaltningen/bolaget har avtalssamordnare eller motsvarande (medarbetare som har till uppgift/ansvar för att sköta avtalshantering)

En funktion som inköpssamordnare inrättades under hösten 2018. Nästan alla avdelningar inom förvaltningen har en eller flera avtalsadministratörer som sköter registreringen av avtal i avtalsdatabasen.

4) Avtalen är strukturerade på ett sådant sätt att de är sökbara

Avtal diarieförda i Platina är sökbara. Avtal registrerade i avtalsdatabasen är sökbara. Det finns en utmaning i att säkerställa att samtliga avtal registreras i avtalsdatabasen. Många avtal är registrerade, men många återstår och arbetet med registrering fortgår löpande.

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

Ja

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

Inkomna fakturor granskas och beslutsattesteras enligt förvaltningens attestförteckning.

7) Det säkerställs att avtal tecknas av behörig medarbetare

Avtal tecknas av behörig medarbetare enligt förvaltningens delegationsordning.

Bilaga: Egenbedömning av Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens IK-arbete utifrån gemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll i Malmö stad

Kontrollmiljö	Risikanalys	Kontrollaktiviteter	Kommunikation/Information	Uppföljning/utvärdering
Ansvar och befogenheter tydliggjorda	Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras	Det finns en relevant och konsekvent genomförd granskningsmetodik	Ledningsgrupperna kommunicerar kontinuerligt internkontrollfrågor	Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser
Anvisningar antagna för intern kontroll	Risikanalysen innehåller risker av varierande art	Granskningar och åtgärder är dokumenterade och kända	Informationstillgången är tillräcklig	Återkoppling görs till förvaltnings-/bolagsledningen
Effektiv arbetsstruktur för arbetet med intern kontroll	Risikanalysen är underlag för åtgärder och granskningar	Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys	Nya chefer får introduktion om intern kontroll	Återkoppling görs till nämnden/styrelsen
Ledningsgrupperna tar ansvar för fungerande kontrollmiljö	Risikanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen	Oberoende i förhållande till processen som granskas		

Tillfredsställande	
Förbättringsområde	



KONTROLLMILJÖ

Ansvar och befogenheter tydliggjorda

- Finns det nedskrivet vem/vilken funktion som har vilket ansvar avseende arbetet med intern kontroll, d.v.s. vem gör vad på olika nivåer?

Antagna anvisningar för intern kontroll

- Finns det antagna anvisningar för arbetet med intern kontroll inom nämnden/bolaget?

Effektiv arbetsstruktur för arbetet med intern kontroll

- Finns det en dokumenterad tidsplanering över året för arbetet med intern kontroll?
- Sker utvärdering, uppföljning och förbättring av kontrollmiljön årligen?
- Sker genomförande och uppföljning enligt uppgjord plan och beslutad struktur?

Ledningsgrupperna tar ansvar för fungerande kontrollmiljö

- Tas frågor om intern kontroll kontinuerligt upp på ledningsgrupper på olika nivåer?
- Behandlas riskanalyser, planering och resultat av åtgärder/granskningar regelbundet av ledningsgruppen?

RISKANALYS

Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras

- Finns det en dokumenterad riskanalys där riskerna är bedömda utifrån sannolikhet och konsekvens?

Riskanalysen innehåller risker av varierande art

- Innehåller riskanalysen risker av varierande art, t.ex. verksamhet, ekonomi, förtroende? Har dessa risker övervägts och dokumenterats?
- Omfattar riskanalysen risker inom såväl verksamhet som stödprocesser?
- Omfattar riskanalysen risker av såväl strategisk som operativ karaktär?

Riskanalysen är underlag för åtgärder och granskningar

- Utgör riskanalysen underlag för planering av vad som är viktigast att kontrollera/granska samt planering för vad som är viktigast att åtgärda?

Riskanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen

- Får nämnden/styrelsen information om förvaltningens/bolagets riskanalysarbete?
- Bedöms informationen leda till att nämnden/styrelsen blir involverad?

KONTROLLAKTIVITETER

Det finns en relevant och konsekvent genomförd granskningsmetodik

- Finns det definierade relevanta metoder för respektive granskning i kontrollplanen (granskningssätt, urval, omfattning, frekvens etc.)?
- Genomförs kontrollaktiviteterna metodiskt och i passande omfattning i förhållande till risk?
- Genomförs kontrollerna konsekvent och utan undantag?

Granskningar och åtgärder är dokumenterade och kända

- Dokumenteras metod för och resultat av genomförda granskningar i granskningsrapport?
- Är åtgärder tydligt beskrivna så att det framgår vad som ska göras och varför?

Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys

- Har granskningsområden i kontrollplanen en grund i en dokumenterad riskanalys?
- Har åtgärderna bedömts utifrån effektivitet?
- Bedöms kontrollkostnader mot kontrollnytta?

Oberoende i förhållande till processen som granskas

- Har eventuell jävsproblematik och oberoende övervägts i valet av granskare och metod för granskningar och inbyggda kontroller?

KOMMUNIKATION/INFORMATION

Ledningsgrupperna kommunicerar kontinuerligt internkontrollfrågor

- Kommuniceras planering och uppföljning av internkontrollarbetet kontinuerligt av ledningsgrupper på övergripande nivå (avdelningsnivå eller motsvarande)?

Informationstillgången är tillräcklig

- Finns information om förvaltningens/bolagets internkontrollarbete tillgängligt på intranätet?
- Har medarbetarna tillräcklig tillgång till relevant information för att en god intern kontroll ska uppnås?

Nya chefer får introduktion om intern kontroll

- Får nyanställda chefer, som en del i introduktionen, information och utbildning om internkontrollarbete och sitt eget ansvar?

UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING

Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser

- Föreslås och genomförs åtgärder/förbättringar utifrån konstaterade avvikelser vid granskningar?
- Används informationen i rapportering från granskningar i det reguljära kvalitetsarbetet?
- Finns exempel under året där arbetet med intern kontroll (riskanalyser, åtgärder och granskningar) lett till bättre verksamhet och minskad risk?

Återkoppling görs till förvaltnings-/bolagsledningen

- Görs återkoppling till förvaltnings-/bolagsledningen av resultatet av internkontrollarbetet?

Återkoppling görs till nämnden/styrelsen

- Görs återkoppling till nämnden/styrelsen av resultatet av internkontrollarbetet?