

Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

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 | 3 |
| Nämndens granskningar | 3 |
| Social dokumentation | 3 |
| Genomförandeplan SoL | 4 |
| Kommungemensam granskning | 5 |
| Röjande av sekretess..... | 5 |

Inledning

Intern kontroll-rapportering 2 2020

Uppföljning av den internkontrollplan som hälsa-, vård- och omsorgsnämnden antog i januari 2020 redovisas vid tre tillfällen under året. Detta är den andra rapporteringen och innehåller information om resultatet av tre granskningar.

Framskjuten granskning

I den av nämnden beslutade planen ingår en granskning om fallprevention som ska bestå av journalgenomgångar, slumpmässigt utvalda journaler, med fokus på huruvida riskbedömningar är genomförda i samband med fallavvikelse. Resultatrapporteringen av granskningen planerades att ske genom denna rapport.

På grund av årets pandemisituation har avdelningen ordinärt boendes granskning inte ännu kunnat genomföras. Granskningen skulle genomföras av medicinskt ansvariga i samarbete med verksamheten. Då både medicinskt ansvarigas arbetsuppgifter och verksamhetens arbetssituation i övrigt har förändrats, har omprioriteringar behövt genomföras. Förvaltningen har ambitionen att genomföra granskningen under hösten för redovisning i den tredje uppföljningsrapporten för året.

Nämndens granskningar

Social dokumentation

Avdelning: Särskilt boende

Riskbeskrivning

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.

Områden och tillhörande rutiner som granskats samt syfte

Granskning av dokumentation utifrån förvaltningens rutin för social dokumentation. Granskningen ska säkerställa att dokumentation sker enligt SoL och med god kvalitet.

Omfattning/avgränsning

Granskningen av dokumentation har skett genom stickprovskontroll i mars månad där 20 brukares journaler per enhet har valts ut slumpmässigt. Totalt granskades 120 brukares journaler vilket motsvarade 7,8% av totalt 1 540 journaler

Granskningsmetod

Stickprovskontroll.

Resultat

Granskningen visar att det i 107 journaler gjorts minst en anteckning under granskningsperioden. I 13 journaler saknades anteckning för denna period.

Totalt granskades 810 anteckningar. Dessa bedömdes vara korrekta i de flesta av anteckningarna. I en fjärdedel av anteckningarna förekommer information som istället ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Sammantagen bedömning är att det finns ett visst utvecklingsbehov avseende bland annat förekomst av hälso- och sjukvårdsinformation och förkortningar i anteckningarna, därtill bedöms innehållet i flera anteckningar vara otillräckliga.

Utifrån 2018 års granskningsresultat genomfördes en rad åtgärder. Bland annat utsågs cirka 120 dokumentationsombud vilka under föregående år träffade Socialt ansvarig samordnare (SAS) vid fyra tillfällen.

Vid dessa genomfördes praktiska övningar och dialoger och diskussioner fördes utifrån ombudens egna exempel med syfte att goda exempel skulle spridas mellan verksamheterna. Fortsatta insatser kommer att genomföras.

Beslutade åtgärder utifrån granskningens resultat

Samtliga sektioner ska se över dokumentationsombudens antal, urval och uppdrag.

Sektionscheferna ska under hösten 2020 delta på kompetensutvecklande träffar med fokus på social dokumentation och hur egenkontroller ska genomföras.

SAS presenterar under hösten 2020 årets granskningsresultat för enheternas ledningsgrupper och påbörjar hösten 2020 kompetenshöjande och riktade åtgärder på utvalda boenden.

Genomförandeplan SoL

Avdelning: Särskilt boende

Riskbeskrivning

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

Områden och tillhörande rutiner som granskats samt syfte

Granskning av dokumentation i genomförandeplaner utifrån förvaltningens rutin för social dokumentation.

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/Granskningsmetod

Granskningen av dokumentation i genomförandeplanerna har skett genom stickprovskontroll i mars där 20 brukares genomförandeplaner per enhet slumpats fram. Totalt granskades 120 brukares genomförandeplaner motsvarande 7,8 % av totalt 1 540 brukare.

Resultat

Av de 120 granskade planerna uppfyllde 113 planer kriterierna för genomförandeplan enligt gällande rutiner. Utifrån en kompletterande kvalitetsbedömning, enligt använd granskningsmanual, var 3 av de 113 planerna godkända med *god kvalitet* och 26 godkända *med kvalitet*. Resterande 84 bedöms kvaliteten som *ej godkänd*.

I likhet med föregående granskning 2018 visar årets granskning att planer i de flesta fall har upprättats och är aktuella.

Sammantagen bedömning är att det finns förbättringspotential avseende att kunna utläsa om brukaren varit delaktig, om målformuleringar och av beskrivningar av insatser och hur de ska genomföras.

Efter 2018 års granskningsresultat genomfördes en rad åtgärder. Bland annat utsågs cirka 120 dokumentationsombud vilka under föregående år träffade Socialt ansvarig samordnare (SAS) vid fyra tillfällen. Vid dessa genomfördes praktiska övningar och dialoger och diskussioner fördes utifrån ombudens egna exempel med syfte att goda exempel skulle spridas mellan verksamheterna.

Beslutade åtgärder utifrån granskningens resultat

Samtliga sektioner ska se över dokumentationsombudens antal, urval och uppdrag.

Sektionscheferna ska under hösten 2020 delta på kompetensutvecklande träffar med SAS, med fokus på social dokumentation och hur kommande egenkontroller kan genomföras.

SAS presenterar under hösten 2020 årets granskningsresultat för enheternas ledningsgrupper, samt påbörjar hösten 2020 kompetenshöjande och riktade åtgärder på utvalda boenden.

Kommungemensam granskning

Röjande av sekretess

Riskbeskrivning

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.

Nämnd: Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

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.

Resultat

Under 2020 har en granskning kopplad till risk för röjande av sekretess genomförts. Syftet med granskningen var att mäta förvaltningens mognad och medvetenhet i hanteringen av konfidentiell/sekretessbelagd information oavsett i vilket sammanhang den förekommer. Granskningen innehöll två delar, där den första delen var en enkät skickad till slumpmässigt utvalda chefer. Den andra delen innebar intervjuer av tre utvalda medarbetare.

Urvalet av intervjupersoner var till en början tänkt att vara undersköterska, sjuksköterska och vårdbiträde. Dock inföll intervjuerna precis under starten av Covid-19 vilket innebar att det var svårt att få tillgång till personer som kunde avsätta tid att intervjuas. Urvalskriterierna fick därmed ändras och sattes på en mer övergripande nivå där tre avdelningar var representerade. Informationssäkerhetssamordnare på hälsa-, vård-, och omsorgsförvaltningen har genomfört intervjudelen och intervjuat tre personer; en hemtjänstkoordinator (ordinärt boende), en biståndshandläggare (myndighet) och en socialt ansvarig samordnare (särskilt boende). I och med storleken på hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen anses tre intervjupersoner vara ett litet urval och resultatet kan antas ha sett något annorlunda ut om fler personer deltagit.

Enkätsvaren, tillsammans med intervju svaren, visar att hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen arbetar med och hanterar stora mängder sekretessmaterial. Svaren visar även att förvaltningen har goda rutiner för hur sekretessen ska hanteras med några få enskilda situationer där rutiner kan saknas.

I det stora hela anses svaren vara tillfredsställande och visar att medarbetare i förvaltningen är väl införstådda med och har en god kännedom om hur de ska hantera sekretess. Uppfattningen kring hur mycket utbildningar som finns att tillgå ser olika ut beroende på vilken avdelning intervjupersonen tillhör. Intervjupersonerna är i stort sett tillfreds med den utbildning de själva har fått men det finns en delad uppfattning om hur enkelt det är att tillgå information via till exempelvis Komin och att sekretesskunskapen kan vara bristfällig hos exempelvis vikarier. Enkätsvaren styrker att utbildningsinsatserna varierar.

Enkätsvaren visar på en osäkerhet kring på vilka lagringsytor som sekretessinformation kan förvaras och hanteras. Den osäkerheten fanns inte hos intervjupersonerna, för vilka det var helt klart var och hur sekretessen får sparas. Svaren som gällde verksamhetssystem visar en tydligare bild av vad som får sparas i respektive system.

Gällande molntjänster var det ingen av intervjupersonerna som kände till att de använde sig av det men efter förklaring av vad en molntjänst är var det tydligt att man vet vad som gäller angående lagring även där. Enkätsvaren visade en något större osäkerhet hos cheferna men troligtvis har inte cheferna, precis som intervjupersonerna, alltid klart för sig vilka system som är molnbaserade eller inte. Som medarbetare litar man på att systemen är uppbyggda på ett säkert sätt.

Fortsatt arbete

För att kunna sprida kunskap ska informationen gällande sekretess tillgängliggöras och ses över. En insats är att se över informationen som finns att tillgå på Komin och komplettera med det som saknas. Fortsatta informationsinsatser är planerade att genomföras inom förvaltningen. Nyckeln till en generell kompetenshöjning inom området bör vara att öka kunskap i chefsledet som sedan för vidare kunskapen ut i organisationen.

Det råder en del osäkerheter kring vad som gäller sekretess och lagringsytor såsom G-mappar, SharePoint, OneDrive och andra molntjänster. Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har som socialförvaltning en rad olika krav som måste uppfyllas när det gäller hantering och lagring av sekretess. I största mån används verksamhetssystem när det gäller sekretesshandlingar men det förekommer fall där andra lagringsytor behöver användas i detta ändamål. Därför efterlyses tydligare stadsövergripande riktlinjer över stadens lagringsytor. Riktlinjen bör innehålla säkerhetsnivå och vilken typ av sekretess som är godkänd att lagras på respektive lagringsyta.