

Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

2021

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
Informationsöverföring mellan personal	4
Frånvarorapportering.....	4
Bristande posthantering/diarieföring (inklusive sms, e-post)	5
Resepolicyn	5
Bristande kunskap om hur SIP-möte sammankallas.....	6
Tystnadsplikten bryts	6
Kontaktuppgifter	6
Granskningar	8
Nämndens granskningar	8
Trygghetslarm.....	8
Informationsöverföring, dag och natt.....	8
Dokumentation vid direktupphandling	9
Kommungemensamma granskningar.....	10
Risk för handel utanför avtal	10
Bisysslor	10
Felaktig tillgång till information och lokaler	11

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 socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, bland annat

- avvikelshantering utifrån brister i verksamheten vilket innebär att avvikelser rapporteras, utreds och åtgärdas
- Lex Sarah och Lex Maria - utredningar
- Synpunkts- och klagomålshantering

Dessutom sker arbete utifrån

- RSA (Risk- och sårbarhetsanalyser) 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 kommunfullmäktigemål
- Brukarundersökningar och medarbetarundersökningar
- Uppföljningar av ekonomi och följsamhet till budget

Åtgärder

Här återges de åtgärder som utifrån riskanalysen har bedömts behöva genomföras under 2021. Beskrivningarna anger också när de ska redovisas för nämnden:

- IK1 = maj 2021
- IK2 = september 2021
- IK3 = januari 2022

Informationsöverföring mellan personal

Beskrivning av risk

Risk för brist i informationsöverföring mellan tjänstgörande personal vid fysiska överrapporterings-tillfällen, på grund av avsaknad av övergripande rutin eller avsaknad av/bristande följsamhet till lokala rutiner, vilket kan leda till brister i utförande av insats till den enskilde.

Enhet och riskansvarig

Särskilt boende/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Åtterrapporering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Informationsöverföring tjänstgörande personal	Socialt ansvariga samordnare och kvalitetsutvecklare HSL ska ta fram ett förslag på en övergripande rutin med tillhörande stöddokument, för att tydliggöra processen kring den fysiska informationsöverföringen för tjänstgörande personal.	IK2

Frånvarorapportering

Beskrivning av risk

Risk för fel i frånvarorapporteringen på grund av brister i efterlevnad av rutin, okunskap, misskötsamhet, vilket kan leda till att medarbetare får fel lön, fel i statistikunderlag och felaktigt uttag av semesterar.

Enhet och riskansvarig

Myndighet/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Åtterrapporering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Införskaffande av datorer för insamt utflexning.	Flexdatorer kommer att ordnas vid ingången på arbetsplatsen för att underlätta för samtlig personal att flexa in och ut i direkt anslutning till start och slut på arbetsdagen utan efterkorrigering. Information kommer i samband med detta att skickas ut till medarbetare gällande önskat arbetssätt.	IK3

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:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Informationsåtgärd	Samtliga medarbetare i avdelning myndighets kärnverksamhet får tydlig information om vilka handlingar som ska diarieföras respektive vad som ska arkiveras/scannas till procapita.	IK3
Utbildningsåtgärd	Utbildning i scanning till procapita genomförs av arkivarie samt övergripande superanvändare vilket sedan följs av implementering av nytt arbetssätt. På grund av arbetssituationen 2020 med anledning av Corona-pandemin kunde åtgärden inte genomföras enligt plan. Den kommer nu att återupptas under våren 2021 och då genomförs en pilot av arbetssättet inom enhet ordinärt boende. Piloten innefattar såväl utbildning som implementering. Därefter utvärderas arbetssättet och beslut fattas om vidare utveckling/implementering.	IK3

Resepolicyn

Beskrivning av risk

Risk för att resepolicy och tillhörande riktlinjer inte efterlevs till exempel genom ett överutnyttjande av flyg, bil eller taxi, på grund av

- att den inte är känd i verksamheten eller
- att det finns en kultur som medverkar till att kontinuerliga undantag görs eller
- att det finns arbetsformer och rutiner som gör att policy blir svår att följa. Detta kan leda till en förtroendeskada.

Enhet och riskansvarig

Myndighet/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Lokal tillämpningsbeskrivning av resepolicy	Lokal tillämpningsbeskrivning av resepolicy kommer att tas fram och implementeras.	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 har förutsättningarna att kalla till SIP-möte.

Enhet och riskansvarig

Myndighet/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Utbildningsåtgärd	Intern utbildning genomförs för handläggare inom ordinärt boende.	IK2

Tystnadsplikten bryts

Beskrivning av risk

Risk för att tystnadsplikten bryts på grund av okunskap eller oförsiktighet, vilket kan leda till skada för den enskilde.

Enhet och riskansvarig

Hälsa och förebyggande/Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Säkerställande av hantering av tystnadsplikt	Med bakgrund i inkomna avvikelser gällande brister i hantering av tystnadsplikt ser avdelning för hälsa och förebyggande behov av åtgärder i flera sektioner. Socialt ansvarig samordnare kommer bjudas in till arbetsplatsträffar i berörda sektioner och vid behov genomförs därutöver riktade utbildningar till medarbetare.	IK3

Kontaktuppgifter

Beskrivning av risk

Risk för att kontaktuppgifter till medarbetarna inte uppdateras på grund av bristande rutiner eller svårtillgängliga stödsystem (Komin och CMG Office Web), vilket kan leda till att medborgarna eller andra medarbetare inte kan nå rätt person.

Enhet och riskansvarig

Förvaltningsövergripande/Avdelningschefer

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Skrivelse angående CMG	Uppmärksamma ansvariga för CMG i Malmö stad gällande hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens behov	IK2

Åtgärd	Vad ska göras:	Åtterrapporering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
	<p>av förenkling och samordning av kontaktuppgifter. Skrivelse ska utformas och undertecknas av förvaltningsledningen vilken ställs till ansvariga för CMG gällande uppdatering av kontaktuppgifter till medarbetare.</p>	

Granskningar

Här återges de granskningar som utifrån riskanalysen har bedömts behöva genomföras under 2021. Beskrivningarna anger också när de ska redovisas för nämnden:

- IK1 = maj 2021
- IK2 = september 2021
- IK3 = januari 2022

Nämndens granskningar

Trygghetslarm

Beskrivning av risk

Risk för att rutinen för trygghetslarm inte följs vilket kan leda till negativa konsekvenser för den enskilde.

Enhet och riskansvarig

Ordinärt boende/Avdelningschef

Granskning
Granskning av larmhantering
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen syftar till att säkerställa hanteringen av larm, särskilt i brytpunkterna mellan exempelvis dag och kväll eller natt och dag.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att ta fram konkreta förbättringsförslag i arbetsmetoder och ansvarsfördelning.
Omfattning/avgränsning: Granskningen avser undersökning av avvikelser under 2020 rörande larm samt undersökningar i form av intervjuer i verksamheten kring ansvar, arbetsfördelning och kommunikation.
Granskningsmetod: Granskningen genomförs av en arbetsgrupp bestående av olika specialistfunktioner och med särskilt fokus på bryttiderna mellan exempelvis natt och dag. Granskningen består av två delar, en analys av inkomna avvikelser och en del bestående av intervjuer i verksamheten.
Rapportering av resultat till: Avdelningschef
Åtterrapporering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK3

Informationsöverföring, dag och natt

Beskrivning av risk

Risk att hemtjänstkoordinator dag inte överrapporterar nya nattinsatser till hemtjänstkoordinator natt samt att hemtjänstkoordinator natt missar att verkställa nya insatser.

Enhet och riskansvarig

Ordinärt boende/Avdelningschef

Granskning
Undersökning av informationsflödet avseende insatser mellan dag/kvällsgrupper och nattgrupper
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen avser att undersöka informationsflödet av insatser mellan dag/kvällsgrupperna och nattgrupperna.
Syfte med granskningen: Idag tillåter inte systemet att insatserna kopplat till en enskild brukare skickas till flera sektioner. Därför skickas hela beställningen till dag/kvällsgrupperna. Däri uppstår en risk då dag/kvällsgruppen måste kommunicera förändringar i insatser manuellt till nattgrupperna som skall verkställa de insatserna som sker på natten.
Omfattning/avgränsning: Granskningen avser informationsflödet gällande insatser, insatsernas frekvens och utförande mellan dag/kvällsgrupper och nattgrupperna.
Granskningsmetod: Granskningen genomförs i en arbetsgrupp med specialister så som övergripande systemansvarig (ÖSA), hemtjänstkoordinator och socialt ansvarig samordnare (SAS).
Rapportering av resultat till: Avdelningschef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): IK3

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 kontrolleras i efterhand.

Enhet och riskansvarig

Ekonomi/avdelningschef

Granskning
Dokumentation vid direktupphandling
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Förvaltningens fastställda rutiner följs och att kraven enligt lagen om offentlig upphandling, 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 2020 och 2021.
Granskningsmetod: Granskning av dokumentationen avseende genomförda direktupphandlingar.
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, 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 2021 i den verksamhet som nämnden ansvarar för.

Risk för handel utanför avtal

Beskrivning av risk

Risk för köp av upphandlade varor och tjänster utanför avtal på grund av okunskap, till exempel vid byte av leverantör, vilket kan leda till ekonomiska konsekvenser och förtroendeskada.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden/Ekonomi/Avdelningschef

Granskning
Ramavtalstrohet
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Rutiner för säkerställande och uppföljning av handel mot ingångna ramavtal.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att undersöka i vilken omfattning inköp görs utanför ramavtal i fall där dessa skulle kunnat användas, samt att inhämta information kring orsaker och vad som kan göras för att åstadkomma förbättring.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar nämnder och bolagsstyrelser (helägda bolag).
Granskningsmetod: Granskningen omfattar ett antal frågor kring arbete med att säkerställa god ramavtalstrohet. För nämnderna omfattar granskningen även ett antal slumpmässigt utvalda inköp inom relevanta avtalsområden för att undersöka om dessa hade kunnat göras från ramavtal. Stadskontoret återkommer med konkreta anvisningar som tas fram i samråd med förvaltningar och bolag.
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Återrapportering görs i samband med årsuppföljning av arbetet med intern kontroll.

Bisysslor

Beskrivning av risk

Risk för otillåtna bisysslor på grund av att de inte anmäls, vilket kan leda till jävssituationer, förtroendeskada eller att arbetet inte kan utföras på ett bra sätt.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden/HR/Avdelningschef

Granskning
Bisysslor
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen avser regler och rutiner som avser anmälan av bisyssla.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att undersöka i hur stor utsträckning bisysslor anmäls, om interna rutiner i förvaltningar och bolag finns och följs, om dokumentation görs, och vad som kan behöva åtgärdas om det visar sig finnas brister.
Omfattning/avgränsning: Granskningen gäller samtliga nämnder och bolagsstyrelser.
Granskningsmetod: Granskningen genomförs genom att nämnder och bolagsstyrelser besvarar ett antal frågor kring interna styrdokument, rutiner och hantering. I nämndernas granskning ingår utöver detta granskning av hur stort antal bisysslor som finns registrerade på ett slumpmässigt urval av arbetsplatser. Konkreta anvisningar kommer att tas fram av stadskontoret i samråd med förvaltningar och bolag.

Felaktig tillgång till information och lokaler

Beskrivning av risk

Risk för att hanteringen av behörigheter till system (IT-system, filer på G eller Sharepoint, nycklar + taggar) inte fungerar på grund av att rutiner för behörigheter inte följs vilket kan leda till att personer som slutat/bytt tjänst har tillgång till uppgifter, sekretess, lokaler som de inte ska ha.

Enhet

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

Granskning
Felaktig tillgång till information och lokaler
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Rutiner för säkerställande av att obehöriga inte har tillgång till information och lokaler.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att undersöka hur nämnder och bolagsstyrelser säkerställer att personer inte obehörigen har tillgång till information och lokaler, exempelvis om det finns lokala styrdokument och rutiner och huruvida dessa efterlevs.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar Malmö stads nämnder och helägda bolag. Riktlinjer och anvisningar för informationssäkerhet i Malmö stad gäller för nämnderna och i tillämpliga delar även för bolagen. Detta innebär att granskningsmomenten kommer att skilja sig mellan nämnder och bolagsstyrelser.
Granskningsmetod: - Självskattning utifrån ett antal frågor/påståenden kring hur nämnden/bolagsstyrelsen säkerställer att risken inte faller ut. - Enkät med frågor till slumpmässigt urval av chefer (nämnder). - Intervjuer med ett färre antal chefer i respektive förvaltning för att få djupare och mer nyanserade svar (nämnder). Konkreta anvisningar tas fram av stadskontoret i samråd med förvaltningar och bolag.
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Återrapportering ska göras i samband med årsuppföljning av arbetet med intern kontroll.