

# Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

## INNEHÅLL

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

3 - 2020

Ordning & reda

Rätt saker på rätt sätt

Skapa förtroende

Undvik fel

Effektivitet



INTERN KONTROLL

**Hälsa, vård & omsorg**



# Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>Direktåtgärder .....</b>	<b>3</b>
Utebliven åtgärd när brukare inte öppnar dörren .....	3
Tillägg till det systematiska kvalitetsarbetet med fokus på när brukare inom ordinärt boende inte öppnar dörren.....	3
Bristande avgiftshantering.....	4
Informationsåtgärd .....	4
Bristande posthantering/diarieföring (inklusive sms, e-post) .....	5
Informationsåtgärd.....	5
Utbildningsåtgärd .....	5
Bristande kunskap om hur SIP-möte sammankallas .....	5
Utbildningsåtgärd .....	5
<b>Nämndens granskningar.....</b>	<b>6</b>
Fallprevention .....	6
Följsamhet till rutin för personlyft .....	6
Följsamhet av kompetensen i samband med inspektion av lyftsele .....	6
Dokumentation vid direktupphandling.....	7
Bristande dokumentation vid direktupphandling .....	8
Inköp utanför ramavtal .....	8
Efterlevnad av gällande bestämmelser för systematiskt brandskyddsarbete (SBA).....	9
<b>Kommungemensamma granskningar .....</b>	<b>10</b>
Risk för bristande följsamhet mot skattelagstiftning kopplat till kostförmåner .....	10
Risk för otillåten påverkan .....	10

## Inledning

### Intern kontrollrapportering 3 2020

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

- 5 åtgärder
- 5 av nämndens egna granskningar
- 2 kommungemensamma granskningar.

Den sedan tidigare framskjutna granskningen om fallprevention redovisas i denna rapport.

## Direktåtgärder

### Utebliven åtgärd när brukare inte öppnar dörren

#### Riskbeskrivning

Felaktig/utebliven åtgärd när brukare inte öppnar dörren. Risk för brist på förståelse för hur rutinen "När brukare inte öppnar dörren" ska tillämpas.

### Tillägg till det systematiska kvalitetsarbetet med fokus på när brukare inom ordinärt boende inte öppnar dörren

#### Åtgärd - Vad ska göras

Avdelningens slutsats av behov av åtgärd grundar sig dels på den uppmärksammade händelsen då en brukare blev funnen avliden i hemmet, samt de utredningar som gjorts kring liknande händelser i närtid. Analys visar att kunskapen kring rutinens innehåll är god i verksamheten, men att avsaknaden av efterlevnad beror på en oförståelse om när och hur rutinen ska tillämpas relaterat till varierande förutsättningar inom sektionerna.

Förbättringsarbetet innefattar följande delar:

- Avdelningen ska, tillsammans med kommunikationsavdelningen, ta fram ett filmat diskussionsmaterial grundat i ett antal scener då brukaren inte öppnar dörren.
- Kopplat till dessa scener förs en diskussion i varje arbetsgrupp, som ligger till grund för framtagande av handlingsplan. Handlingsplanen grundas i avvägningar kring sektionens egna förutsättningar och utmaningar. Detta skall genomföras i alla sektioner inom hemtjänsten senast under hösten 2020 och förväntas göra alla medarbetare delaktiga i förbättringsarbetet.
- Avdelningen ska också ta fram ett material med "cases" som ligger till grund för dialog kring rutinen "När brukaren inte öppnar dörren". Dialogen kommer att ske inom ramen för det reguljära kvalitetsarbetet som sker i sektionernas kvalitetsråd.
- Till existerande checklista, i verktygslådan för kontaktmannen, tillförs en punkt om att med nya brukare ta upp en dialog om hur förvaltningen ska agera om denne inte öppnar dörren.

Därutöver kommer avdelningen att komplettera rutinen för överrapportering med en punkt för att säkerställa vad man enligt rutinen gjort om en brukare inte öppnar dörren. Detta kommer att följas upp genom fördjupade intervjuer under hösten 2020.

#### Genomförda åtgärder

Rutinen *Brukare som inte öppnar dörren* är reviderad och förtydligad under november 2020. Rutinen innefattar nu alla yrkeskategorier det vill säga även legitimerade medarbetare. Den är tydliggjord avseende vilka steg som ska vidtas och i vilken ordning, när brukare inte öppnar dörren.

Utifrån den reviderade rutinen är två case framtagna, med tillhörande diskussionsfrågor, att arbeta med i arbetsgrupperna. En film som beskriver ett korrekt tillvägagångssätt, utifrån rutinen, är framtagen i samarbete med kommunikationsavdelningen.

Den existerande checklisten, i verktygslådan för kontaktmannen, är kompletterad med en punkt om att dialog ska föras med ny brukare om vad som kommer att hända om denne vid något tillfälle inte öppnar dörren.

I *rutin för informationsöverföring* är det tydliggjort att om en situation uppstår när brukare inte öppnar dörren ska detta kommuniceras mellan de olika arbetspassen.

Dialogmaterial kommer att helt färdigställas i början av 2021 och implementering påbörjas under våren 2021. Dialogen kommer att ske på APT eller liknande forum där flertalet medarbetare deltar. Någon uppföljning av rutinen gällande informationsöverföring har inte gjorts under 2020 då verksamheten varit belastad av covid-19-pandemin.

**Avdelning:** Ordinärt boende

## **Bristande avgiftshantering**

### **Riskbeskrivning**

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.

### **Informationsåtgärd**

#### **Åtgärd - Vad ska göras:**

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.

#### **Genomförda åtgärder**

Avgiftshandläggare har under året genomfört flera informationsinsatser hos intressenter. Vidare förfrågningar tas löpande emot och informationsinsatserna kommer att fortskrida även framåt.

**Avdelning:** Myndighet

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

### **Riskbeskrivning**

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.

### **Informationsåtgärd**

#### **Åtgärd - Vad ska göras**

Samtliga medarbetare i avdelning myndighets kärnverksamhet får tydlig information om av vad som ska diaries föras respektive vad som ska arkiveras/scannas till ProCapita.

#### **Genomförda åtgärder**

Till följd av ändrade arbetssätt och ett ansatt år med anledning covid-19-pandemin har informationsinsats

inte kunnat genomföras. Medarbetarna har dock tillgång till den handbok som väl beskriver förfarandet. Informationsinsats planeras istället genomföras till våren.

**Avdelning:** Myndighet

### **Utbildningsåtgärd**

**Vad ska göras:** Utbildning av handläggare i scanning till ProCapita av arkivarie och samt övergripande superanvändare.

#### **Genomförda åtgärder**

Till följd av ändrade arbetssätt och ett ansatt år med anledning covid-19-pandemin har utbildningsinsats inte kunnat genomföras utöver för en enhet där personalen idag arbetar med inskanning av dokument till ProCapita. Utbildningsinsatsningen återupptas till våren och då inom enheten för ordinärt boende. Pilot och utvärdering av nytt arbetssätt genomförs i samband med detta.

**Avdelning:** Myndighet

### **Bristande kunskap om hur SIP-möte sammankallas**

#### **Riskbeskrivning**

Risk för att möte om samordnad individuell plan (SIP) försenas/inte bokas på grund av att biståndshandläggarna inom myndigheten riktade mot ordinärt boende saknar kunskap och därmed inte kan kalla till SIP-möte.

### **Utbildningsåtgärd**

#### **Vad ska göras**

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.

#### **Genomförda åtgärder**

Utbildning har genomförts mellan enheterna där handläggare inom enhet SVU/korttid för avdelning myndighet har utbildat handläggare inom ordinärt boende. Med införandet av den nya versionen av systemet Mina Planer kommer även en ny utbildningsmiljö att byggas upp liksom framtagande av ny manual vilken kan vara handläggarna till gagn i tillvägagångssättet att kalla till SIP i systemet.

**Avdelning:** Myndighet

# Nämndens granskningar

## Fallprevention

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

**Avdelning:** Ordinärt boende

### Granskningens omfattning/avgränsning och metod

15 slumpmässigt utvalda fallavvikelser skrivna perioden januari - mars 2020 inom tre hemtjänstområden och en korttidssektion som valdes ut slumpmässigt

### Resultat

Granskning har genomförts av totalt 60 slumpmässigt utvalda fallavvikelser i tre hemtjänstgrupper och en korttidssektion.

Enligt Malmö stads rutin för fallprocess ska fallriskbedömning dokumenteras i patientens journal varför genomgång av journaler för aktuella patienter har genomförts.

Resultatet visar att på korttidsenheten görs en fallriskbedömning i samband med att patienten kommer till boendet.

I hemtjänstgrupperna fanns det för några enskilda patienter en tidigare genomförd fallriskbedömning. Det genomfördes inte en fallriskbedömning i samband med att fallet inträffade.

### Åtgärder

Det pågående arbetet med införandet av kvalitetsregistret Senior Alert i ordinärt boende håller stegvis på att förbättra förutsättningarna för att fallriskbedömning genomförs, dokumenteras och i förlängningen av detta, att fallförebyggande åtgärder avseende den enskilde kommer till stånd. I rutinen för fallprocess framgår det inte tydligt att fallriskbedömning ska ske vid varje nytt fall, varför en uppdatering och ett förtydligande kommer att ske i denna del.

## Följsamhet till rutin för personlyft

### Riskbeskrivning

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.

**Avdelning:** Ordinärt boende

Följsamhet av kompetensen i samband med inspektion av lyftsele

### Granskningens syfte, omfattning/avgränsning och metod

Följsamhet kring kompetens i samband med användning av lyftsele. Undersöka huruvida man vid inspektion av lyftsele, även kontrollerar personalens kompetens att hantera lyft.

Granskningen omfattar största möjliga del av alla arbetsterapeuter inom avdelningen och omfattar alla sektioner inom enheten hemsjukvård rehabilitering och korttid.

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).

## Resultat

Granskningen har genomförts via en självskattning under hösten. Intentionen var att genomföra två självskattningar, en på våren och en på hösten. Men på grund av coronapandemin kunde självskattningen på våren inte genomföras. En självskattning genomfördes under oktober.

Sammanlagt svarade 49 arbetsterapeuter på självskattningen i hemsjukvård och korttid, vilket motsvarar en svarsfrekvens på ungefär 60 %.

Självskattningen avser två aspekter i rutinen kring inspektion av lyftsele. Den första är om respondenten i samband med inspektion av lyftsele genomför en strukturerad uppföljning och bedömning avseende hur personalen hanterar och utför personlyft med hjälp av lyftsele. Självskattningen görs enligt en skala mellan 1 = nästan aldrig och 10 = alltid.

*Fråga: I samband med inspektionen av lyftsele ska förskrivaren göra en strukturerad uppföljning och bedöma hur personalen (minst två personal) hanterar och utför ett personlyft och lyftselen vid förflyttning. Hur ofta skulle du skatta dig själv att du gör detta?*

Självskattningens andra aspekt fokuserar på dialog med ansvarig sektionschef för åtgärd vid upptäckt av bristande kompetens hos personalen vid lyfthantering. Självskattningen gjordes utifrån en skala mellan: 1 = nästan aldrig, 10 = alltid.

*Fråga: Vid bristande kompetens hos personalen vid lyfthantering ska dialog ske med ansvarig sektionschef för hemtjänstgruppen göras för åtgärd. Hur ofta skulle du skatta dig själv att du gör detta då du upptäcker en bristande hantering?*

En stor andel (73%) anser att man alltid eller nästan alltid i samband med inspektionen av lyftsele gör en strukturerad uppföljning och bedömer hur personalen (minst två personal) hanterar och utför ett personlyft och lyftselen vid förflyttning. Dock gör självskattningen tydligt att det finns ett litet antal arbetsterapeuter som ej gör detta. Vissa av dem uppger i fritext till självskattningen att det beror på att man anser att medarbetare på korttiden är så pass vana att hantera lyft att detta moment inte behövs.

På samma sätt svarar en större del (68%) att man alltid eller nästan alltid vid bristande kompetens hos personalen vid lyfthantering för en dialog med ansvarig sektionschef för hemtjänstgruppen för åtgärd. Dock innebär det samtidigt att 32% i olika utsträckning mer eller mindre sällan inte lyfter dialogen om bristande kompetens med ansvarig sektionschef. I fritexten framkommer bland annat att vissa anser att det till viss del ligger hos personalen själv att meddela sin sektionschef att man inte har utbildning eller kan hantera lyft.

Det framkommer också i fritext-svaren att vid hembesök för uppföljning skickas oftast endast en personal från hemtjänsten vilket gör att arbetsterapeuten själv behöver vara delaktig i förflyttningen vilket gör bedömningen av kompetensen svår.

Granskningen visar att den större andelen av arbetsterapeuterna följer rutinerna, medan några inte gör det.

## Åtgärder

Instruktionen till sektionscheferna inom HSL rehabilitering förtydligas i de två moment som granskningen omfattar. Resultatet av granskningen kommuniceras på ledningsgrupper och bland förvaltningens arbetsterapeuter, för att säkra en än större följsamhet.

## Dokumentation vid direktupphandling

### Riskbeskrivning

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.

**Avdelning:** Ekonomi

## Bristande dokumentation vid direktupphandling

### **Granskningens syfte, omfattning/avgränsning och metod**

Att förvaltningens fastställda rutiner följs och att kraven enligt LOU följs. Säkra att förvaltningen uppfyller kraven på dokumentation. Förhindra överklagande på grund av bristande dokumentation.

Stickprov med urval av 20 genomförda direktupphandlingar mellan 2019 och 2020. Granskning av dokumentationen avseende genomförda direktupphandlingar.

### **Resultat**

Av de 20 granskade genomförda direktupphandlingarna under 2019 och 2020 är hälften korrekta.

Av diariefört material går det inte att utläsa att 2 av inköpen följt LOU. Avvikelsen hos 8 inköp beror på att direktupphandlingarna inte har dokumenterats fullt ut enligt förvaltningens interna rutiner.

Åtgärderna är att informera och utbilda verksamheterna om reglerna och kraven enligt LOU (lagen om offentlig upphandling). Särskilda satsningar kommer att genomföras under 2021.

Granskningen kommer att upprepas och ingår i planen för Intern kontroll 2021.

## **Inköp utanför ramavtal**

### **Riskbeskrivning**

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.

**Avdelning:** Ekonomi

### **Granskningens syfte, omfattning/avgränsning och metod**

Att säkra att inköp sker genom de upphandlade ramavtalen. Stickprov om 50 genomförda inköp. Jämförelse med ramavtalen och genomförda inköp.

### **Resultat**

Granskningen har genomförts genom stickprov av 50 genomförda inköp. Av de 50 genomförda inköpen var 19 inköp ej helt korrekt hanterat och dokumenterat enligt förvaltningens rutiner.

Ett av dessa inköp gjordes felaktigt utanför ramavtal. Två inköp som gjordes genom direktupphandling uppfyller inte LOU:s dokumentationsplikt. 16 inköp uppfyller inte fullt ut förvaltningens interna riktlinjer för dokumentation.

Granskningen visar på behovet av mer utbildning för att åstadkomma en större medvetenhet i verksamheterna avseende LOU (lagen om offentlig upphandling). Ekonomienheten kommer att utbilda och stödja verksamheterna för att åstadkomma större följsamhet till LOU.

Kontroll av följsamhet till ramavtal kommer att genomföras och finnas med i internkontrollplanen för 2021 som en av de kammungemensamma granskningarna.



## Efterlevnad av gällande bestämmelser för systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

### Riskbeskrivning

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.

**Avdelning:** Ekonomi

### Granskningens syfte, omfattning/avgränsning och metod

Säkra att gällande bestämmelser om SBA följs.

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. Stickprov om 10 arbetsställen.

Intervjuer och granskning på arbetsstället att SBA-pärmarnas riktlinjer följs. Kontrollen är genomförd på 10 verksamheter och har skett genom intervjuer och genomgång av verksamheternas dokumentation för systematiskt brandskyddsarbete.

Vid intervjuerna har det ställts 10 frågor om det systematiska brandskyddsarbetet:

Finns det en aktuell dokumentation för systematiskt brandskydd?

Finns det en aktuell brandskyddsorganisation med brandskyddsansvarig och kontrollant?

Utförs regelbundna egenkontroller av brandskyddet?

Uppföljning av brister som framkommer vid egenkontroll?

Finns det en ansvarsfördelning av brandskydd mellan verksamhet och fastighetsägare?

Introduktion av byggnadens brandskydd för nyanställda? (utrymningsvägar, återsamlingsplats mm)

Har personal genomgått allmän brandutbildning senaste 4 åren?

Vet personalen hur de ska agera vid brand? (frågan är ställd till brandskyddsorganisation)

Har brandskyddsorganisationen eller delar av den genomgått utbildning för sina roller?

Utrymningsövning genomförd senaste året?

### Resultat

Kontrollen ger svar på om verksamheten uppfyller kraven på dokumentation för systematiskt brandskyddsarbete, arbetar för att förebygga bränder samt att personal har utbildning och kunskap att agera vid en eventuell brand. Verksamheten likställs här med den fysiska arbetsplatsen.

På 7 av de 10 frågorna svarade verksamheterna genomgående "ja" på frågorna.

På frågan om personal har genomgått allmän brandutbildning senaste 4 åren har det framkommit att 9 verksamheter genomfört detta men 1 verksamhet inte gjort det fullt ut.

På frågan om brandskyddsorganisationen eller delar av den genomgått utbildning för sina roller har det framkommit att 8 verksamheter har genomfört detta, men att utbildning pågår i 2 vilket kommer att följas upp.

På frågan om introduktion av byggnadens brandskydd för nyanställda? (utrymningsvägar, återsamlingsplats mm) har det framkommit att 9 verksamheter har genomfört detta, men 1 verksamhet inte har gjort det fullt ut.

En sammanfattande bedömning visar att brandskyddsarbetet fungerar tillfredställande, men att ett fåtal brister ska åtgärdas vid några av verksamheterna, vilket kommer att följas upp.

# Kommungemensamma granskningar

## Risk för bristande följsamhet mot skattelagstiftning kopplat till kostförmåner

### Riskbeskrivning

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.

**Nämnd:** Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

### Granskningens syfte, omfattning/avgränsning och 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.

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.

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.

Granskningen består av två delar, dels fakturagranskning, 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.

### Resultat

Rutin för intern och extern representation finns på förvaltningens KomIn sidor. Där ingår också rutin för kostförmåner.

Stadskontoret har gjort ett urval av 33 fakturor som förvaltningen har granskats. Av dessa fakturor föreligger det inte något skäl för förmånsbeskattning enligt reglerna. Det har dock framkommit att på 9 fakturor saknas deltagarförteckning. Dessa har kompletterats i efterhand under året och informerats till berörda. Enligt granskningen fungerar rutinen ändamålsenligt.

## Risk för otillåten påverkan

### Riskbeskrivning

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.

**Nämnd:** Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

**Granskningens syfte, omfattning/avgränsning, metod och områden och tillhörande rutiner som ska granskas:**

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.

Granskningen omfattar organisationens arbete för att upptäcka risker för och hantera fall av otillåten påverkan. Granskningen gäller nämnder och helägda bolag och består av två delar.

- 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 påstående 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.

**Resultat**

*Definition otillåten påverkan*

Otillåten påverkan är ett paraplybegrepp som omfattar:

- Trakasserier
- Hot
- Våld
- Skadegörelse
- Korruption

Otillåten påverkan avser försök att påverka tjänstepersoner i myndighetsutövning och beslutsfattande. Detta ska tolkas i vid mening. Det behöver inte handla om att påverka beslutet i viss riktning. Det kan också handla om att *inte* fatta beslut eller att prioritera i vilken ordning beslut fattas. Beslutsfattandet kan röra alla typer av beslut.

Granskningen har bestått i en självskattningsdel och en beskrivning av nämndens/styrelsens arbete på området. Självskattningen består av nio påstående. Nämnder/bolagsstyrelser ska bedöma den egna utvecklingsnivån på en tregradig skala.

**Resultat självskattning**

Självskattningen har genomförts med ekonomiavdelningen och myndighetsavdelningen, vilka har bedömts vara de som i högre grad är exponerade för otillåten påverkan när det gäller myndighetsbeslut kring den enskilde samt beslut om och kunskap kring upphandling och inköp. Bedömningen ser ut enligt nedan sammanställning, där angivelsen av **X** representerar det sammanvägda resultatet utifrån intervjuerna.

	Ja, tillfredsställande	Delvis, förbättringsområde	Nej, behövs ses över omgående
1 Nämnden/bolaget har god kännedom om vad otillåten påverkan är		X	
2 Nämndens/bolagets kultur stärker önskat förhållningssätt avseende otillåten påverkan	X		
3 Nämnden/bolaget har ett fungerande arbete för att undersöka förekomsten av försök till otillåten påverkan		X	
4 Nämnden/bolaget har ett fungerande arbete för att förebygga fall av otillåten påverkan		X	
5 Nämnden/bolaget har ett fungerande arbete med att hantera fall där försök till otillåten påverkan förekommit		X	
6 Nämnden/bolaget har ett fungerande arbete för att följa upp inträffade incidenter/försök till otillåten påverkan så att de bidrar till lärande		X	
7 Berörda medarbetare får tillräckligt stöd (hot, våld, trakasserier, skadegörelse)	X		
8 Det finns fungerande rutiner för att hantera fall där medarbetare begått (tjänste-)fel	X		
9 Cheferna har kännedom om hur de ska agera i händelse av inträffad incident	X		

### Nämndens arbete kring otillåten påverkan

Under 2019 kartlades var inom förvaltningen de största riskerna för korruption, otillåten påverkan och bedrägligt beteende fanns inom hälsa-vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Det konstaterades då att vissa funktioner löpte större risk för att genom sitt arbete antingen exponeras för otillåten påverkan eller att de själva löpte risk att bli delaktiga i korruption och bedrägligt beteende. De grupper som lyftes fram var:

- Biståndshandläggare och avgiftshandläggare
- Inköpare/upphandlare
- Lokalsamordnare
- Brukarnära yrkesgrupper
- Alla som rekryterar

Utifrån inträffade incidenter och fall av otillåten påverkan har förvaltningen efter hand arbetat med att ta fram underlag och rutiner för att säkra kvaliteten, förtroendet och förebygga otillåten påverkan, till exempel:

- Rutin för hantering av privata medel
- Kartläggning av konstaterade stölder inom särskilt boende och ordinärt boende
- Digitalt inköpssystem (Ekot) knutet till ramavtal vad gäller vissa inköpsområden.
- Avtal genom Kommunförbundet Skåne för köp av platser inom särskilt boende
- Vissa förbrukningsartiklar köps genom hängavtal genom Region Skåne; vilket ger tillgång till

respektive sårportal, inkontinensportal, samt nutritionsportal.

- SKR – avrop genom Kommentus för t.ex. inköp inom området säker förvaring samt entrémattor.
- Checklista för introduktion av nya medarbetare avseende bland annat gåvor, mutor, jäv samt bisyssla, och ett eventuellt ifyllande av blankett ”anmälan om bisyssla”.
- Info till nyanställda ”Så funkar din anställning” med bland annat anvisningar och regler kring mottagande av gåvor.
- Riktlinjer och rutiner vid våld och hot
- Ärende om registerutdrag; att kontroll av belastningsregisterutdrag ska införas inför anställning i brukarnära verksamheter, vilket kommer att behandlas på nämndens möte i december 2020.

Ovanstående har erfarenhetsmässigt gett goda erfarenheter och förväntas framåt kunna bidra till arbetet med att säkra verksamheten från otillåten påverkan.

### **Sammanfattande resultat av granskningen**

Granskningens resultat visar att förvaltningen till delar har ett fungerande arbete som förebygger och hanterar otillåten påverkan. Fler delar behöver utvecklas, framförallt i form av att i större omfattning kunna upptäcka otillåten påverkan.

### **Fortsatt arbete**

Ett arbete med att mer systematiskt gå igenom risker och förebyggande arbete planerades genomföras under 2020. Detta har skjutits på framtiden, bland annat på grund av den rådande covid-19-pandemin. Arbetet förväntas komma igång under 2021 så snart den pågående pandemin får mindre inverkan på verksamheten.

Förvaltningen kommer att följa det planerade kommunövergripande arbetet med en åtgärdsplan för att stärka inköpsorganiseringen inom kommunen. Bland annat genom certifiering av beställare och ett centralt avtalsregister.

Nämnden har genom kommunfullmäktiges budget 2021 bland annat fått följande uppdrag riktat mot sig: *Kommunstyrelsen, tillsammans med berörda nämnder och relevanta myndigheter, ges i uppdrag att växla upp arbetet med att komma åt strukturer kring välfärdsfusk och den svarta ekonomin i Malmö.*

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden kommer tillsammans med andra nämnder och under ledning av kommunstyrelsen att bidra till en uppväxling av arbetet med att komma åt strukturer kring välfärdsfusk och den svarta ekonomin i Malmö.

Arbetet tar sin utgångspunkt i det i augusti 2020 av kommunfullmäktige beslutade *Återrapportering – ekonomisk brottslighet mot välfärden samt förslag på handlingsplan ”Att förebygga och hantera ekonomisk brottslighet och oegentligheter i välfärden” (STK 2019-1285).*

Handlingsplanen utpekar fyra områden för arbetet

1. Otillåten påverkan och interna oegentligheter
2. Inköp och upphandling
3. Enskilda
4. Företag och föreningar.