

# HANDLINGSPLAN INTERN KONTROLL 2022

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VOO 2021/0410

## Innehållsförteckning

<b>Förvaltningens riskarbete.....</b>	<b>3</b>
<b>Risker.....</b>	<b>4</b>
<b>Kommungemensamma kontrollaktiviteter.....</b>	<b>5</b>
Kontrollaktivitet: Hantering av konvertering enligt LAS och företrädesrätt enligt LAS.....	5
Kontrollaktivitet: Kunskaper om och tillämpning av lagstiftning, rutiner och digitala kommunikationsverktyg i förhållande till offentlighet, sekretess och informationssäkerhet .....	6
Kontrollaktivitet: Framtagande av styrdokument samt säkerställande efterlevnad av beslutade styrdokument.....	7
<b>Nämndens kontrollaktiviteter .....</b>	<b>8</b>
Kontrollaktivitet: Säkerställa att hjälpmedel köps in enligt rutin och avtal och att Medical Device Regulation (MDR) följs.....	8
Kontrollaktivitet: Kontroll av leverantörsfakturor.....	9
Nämndens löpande kontrollaktiviteter .....	10
<b>Framtid och utveckling.....</b>	<b>11</b>

## Förvaltningens riskarbete

Under verksamhetsåret 2021 har en ny riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete arbetats fram och till den har det kopplats en ny handbok för systematiskt förbättringsarbetet samt nya rutiner för intern kontroll och egenkontroll. Rutinerna tydliggör arbetet med riskanalyser, framtagande av kontroller samt förbättringsarbete för intern kontroll respektive egenkontroll.

Parallellt med framtagandet av ny riktlinje, handbok och nya rutiner har en översyn av förvaltningens bruttorisklista genomförts. Syftet med översynen har varit att få till ett enhetligt sätt att formulera risker så att riskerna beskriver vad det blir för konsekvens om en aktivitet inte utförs på det sätt som är beslutat. Bruttoreisklistan ska revideras årligen och rutinen beskriver hur risker med olika riskvärden ska hanteras för att få till en aktuell och hanterbar riskanalys.

Av rutinen för intern kontroll framgår att verksamheten ska identifiera risker som påverkar kvaliteten och som är kopplade till verksamhetens styr- och stödprocesser. Inför upprättande av *Handlingsplan intern kontroll 2022* har riskanalyser genomförts tillsammans med representanter från samtliga enheter/funktioner inom gemensam administration.

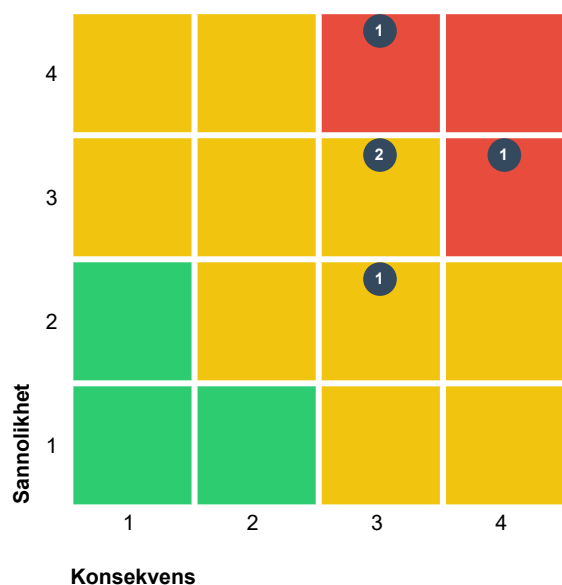
De genomförda riskanalyserna har resulterat i *en* sammanställning med förslag på vidare hantering. Förvaltningsledningen har fått ta del av sammanställningen och med riskanalysen som underlag bedömt att nämndspecifik kontroll motiveras inom följande två områden:

- Säkerställa att hjälpmedel köps in enligt rutin och avtal och att Medical Device Regulation (MDR) följs
- Kontroll av leverantörsfakturor

Inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde finns omfattande krav på kvalitet och uppföljning. Utöver de interna kontrollaktiviteterna genomförs kontroll på ett flertal olika sätt och med stor bredd utifrån gällande lagar och föreskrifter. Tillsammans med de, av kommunstyrelsen beslutade, kommungemensamma kontrollaktiviteterna är bedömningen att nämndens interna kontroll är tillräcklig för att anse att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

## Risker

I riskmatrisen nedan presenteras de kommungemensamma risker avseende nästkommande år, 2022, som identifierats vid riskanalys under våren 2021.



2 Hög 3 Medel Totalt: 5

	Sannolikhet	Konsekvens
<b>Hög</b>		
<b>Medel</b>		
<b>Låg</b>		
4	Sannolik(Den oönskade händelsen kommer sannolikt inträffa och kan inträffa ofta)	Allvarlig (Felet får i princip inte inträffa eftersom konsekvensen för verksamheten kan vara stor)
3	Möjlig(Den oönskade händelsen kan sannolikt inträffa men bara ibland)	Kännbar (Uppfattas som besvärande för intressenter och verksamheten / del av verksamheten )
2	Mindre sannolik(Den oönskade händelsen skulle kunna inträffa vid något tillfälle)	Lindrig (uppfattas som liten av såväl intressenter som verksamheten/ del av verksamheten)
1	Osannolik( Den oönskade händelsen skulle endast kunna inträffa vid exceptionella förhållanden)	Försumbar (Obetydlig för de olika intressenterna och verksamheten / del av verksamheten)

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontrollaktivitet
Att rutiner och systemstöd för hantering av konvertering och företrädesrätt enligt LAS inte är ändamålsenliga och/eller kända i organisationen vilket kan leda till bristfällig hantering av anställningar	4. Sannolik	3.Kännbar	12	Hantering av konvertering enligt LAS och företrädesrätt enligt LAS
Att sekretessbelagd eller annan känslig information hanteras felaktigt och riskerar att röjas	3. Möjlig	3.Kännbar	9	Kunskaper om och tillämpning av lagstiftning, rutiner och digitala kommunikationsverktyg i förhållande till offentlighet, sekretess och informationssäkerhet
Att styrdokument inte tas fram på rätt sätt och/eller inte efterlevs	3. Möjlig	3.Kännbar	9	Framtagande av styrdokument samt säkerställande efterlevnad av beslutade styrdokument
Fel leverantör får ersättning.	2. Mindre sannolik	3.Kännbar	6	Kontroll av leverantörsfakturer
Hjälpmedelprodukt fungerar inte med befintliga system.	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	Säkerställa att hjälpmedel köps in enligt rutin och avtal och att MDR följs

## **Kommungemensamma kontrollaktiviteter**

I detta avsnitt presenteras de tre beslutade kommungemensamma kontrollaktiviteterna för 2022.

### **Kontrollaktivitet: Hantering av konvertering enligt LAS och företrädesrätt enligt LAS**

#### **Beskrivning av kontrollaktivitet**

Lag om anställningsskydd, förkortat LAS, är i Sverige den lag som reglerar anställningsförhållandet, bland annat vilka regler som gäller vid anställning, uppsägning och avskedande. I Lunds kommun gäller att anställningsförfarandet ska följa rutiner för hantering av konvertering enligt LAS § 5 a samt AB § 4 mom. 4. och rutin för hantering företrädesrätt enligt LAS §§ 25-27 samt AB § 35.

Om rutinerna inte följs och anställningar konverteras till tillsvidareanställningar på grund av ouppmärksamhet eller bristande rutiner kan organisationen drabbas både ekonomiskt, förtroendemässigt men det riskerar också att innebära att verksamheten innehar felaktig eller bristfällig kompetens.

Syftet med kontrollaktiviteten är att inventera hur väl Lunds kommuns rutiner följs samt hur systemstöd och andra förutsättningar bidrar till en korrekt hantering av konvertering och företrädesrätt enligt LAS enligt gällande lagstiftning.

#### **Frågeställningar**

- Hur ser kunskaper/kompetens rörande hantering av konvertering och företrädesrätt enligt LAS ut i organisationen?
- Följer organisationen rutinerna för konvertering och företrädesrätt?
- Hur ser förutsättningarna i form av exempelvis systemstöd, anvisningar, säkrande av kompetens gällande regler för LAS ut?

#### **Metod**

Enkät

Inventering

## **Kontrollaktivitet: Kunskaper om och tillämpning av lagstiftning, rutiner och digitala kommunikationsverktyg i förhållande till offentlighet, sekretess och informationssäkerhet**

### **Beskrivning av kontrollaktivitet**

I Lunds kommun hanteras stora mängder information av olika slag, alla med olika behov av skydd. Kommunen har tagit fram juridiska riktlinjer inklusive klassificering av information samt hur verksamheter och medarbetaren ska förhålla sig till hanteringen av sin information, däribland sekretessklassade uppgifter och användandet av digitala samarbetsytor.

Nya arbetsätt kombinerat med en ökad digitalisering och ständigt nya kommunikationsmöjligheter såsom införandet av Teams har medfört ett nytt beteende hos medarbetaren, både hur och var informationen kan och förväntas vara tillgänglig. I takt med ökad digitalisering och tillgängliggörandet av information ökar även kraven på att verksamheterna har kontroll över sin information och att hanteringen är laglig och följer Lunds kommuns informationshanteringskrav. Mot bakgrund av detta behöver verksamhetens och medarbetarens medvetenhet kring lagstiftning, rutiner och lämpligheten att använda digitala kommunikationsverktyg följas upp.

Syftet med granskningen är att mäta organisationens mognad och medvetenhet i hanteringen av konfidentiell/sekretessbelagd information oavsett i vilket sammanhang den förekommer.

### **Frågeställningar**

- Hur utbredda och förankrade är organisationens kunskaper och kompetens rörande offentlighet och sekretess samt hantering av handlingar?
- Hur ser medarbetares och chefers attityder och beteenden rörande informationssäkerhet och hantering av handlingar ut?
- Hur ser organisationens förutsättningar ut för att kunna följa gällande juridiska riktlinjer och lagar om offentlighet, sekretess och hantering av allmänna handlingar?

### **Metod**

Kartläggning

Intervju

## **Kontrollaktivitet: Framtagande av styrdokument samt säkerställande efterlevnad av beslutade styrdokument**

### **Beskrivning av kontrollaktivitet**

Styrdokument ska tas fram i enlighet med det av kommunfullmäktige beslutade Program för styrning (beslutat 2020-01-30). Tas dessa inte fram på rätt sätt är risken att det finns konflikter med redan gällande styrdokument samt att de inte efterlevs. Konsekvenserna kan bli en ineffektiv organisation med onödig administration samt målkonflikter och/eller målförmörkelse som kan påverka utvecklingen av verksamheten.

Syftet med kontrollaktiviteten är att utvärdera genomslaget och efterlevnaden av kommunfullmäktiges antagna program för styrning.

### **Frågeställningar**

- Tas styrdokument fram på rätt sätt enligt det av kommunfullmäktige beslutade Program för styrning?
- Är styrdokumenterna lätt tillgängliga för berörda medarbetare?
- Säkerställer förvaltningen att beslutade styrdokument efterlevs? Om ja, beskriv hur.

Frågorna besvaras med hjälp av självskattning och metoden utgörs av granskning av tre nyligen framtagna kommunövergripande beslutade styrdokument (som väljs ut och presenteras för nämnderna av kommunkontoret) samt ett styrdokument som beslutats av den egna nämnden (om sådant tagits fram under 2021-2022) avseende perioden 2021-06-30 – 2022-06-30.

### **Metod**

Kartläggning  
Inventering

## Nämndens kontrollaktiviteter

### Kontrollaktivitet: Säkerställa att hjälpmedel köps in enligt rutin och avtal och att Medical Device Regulation (MDR) följs

#### Beskrivning av kontrollaktivitet

MDR är en ny EU-förordning som reglerar medicintekniska produkter sedan den 26 maj 2021. Medicintekniska produkter ska vara CE-märkta enligt MDR. Allt som görs med produkten ska dokumenteras och vara spårbart. Distributören (Sodexo/kommunen) ansvarar för att:

- kontrollera CE-märkning
- kontrollera att försäkran om överensstämmelse finns
- kontrollera att bruksanvisning på svenska medföljer produkten
- följa tillverkarens anvisningar avseende användningsområde, rekonditionering, förebyggande underhåll, tvätt och produktens livslängd.

Medicintekniska produkter är produkter som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. De kan förskrivas individuellt som hjälpmedel eller användas av flera som grundutrustning eller medicinsk utrustning. Det kan vara t.ex. läkemedelsrobotar, olika typer av larm (epilepsilarm, larmmattor, rörelselarm), blodtrycksmätare eller sitt-/rullstolsvågar.

Kontrollen syftar till att säkerställa att medicintekniska produkter köps in på befintliga avtal när det är möjligt, att de är kompatibla med befintliga system samt att MDR följs. En enkät kommer att skickas ut till alla verksamhetschefer på vård- och omsorgsförvaltningen. Kontrollen sammanställs och bedöms i sin helhet av kvalitetsstrateger inom kansli och kvalitet.

#### Frågeställningar

I frågorna nedan avses medicintekniska produkter inköpta efter 26 maj 2021.

- Har ni köpt in medicintekniska produkter utanför befintliga avtal med Sodexo eller OneMed? Om ja, vilken/vilka produkter gäller det?

Om ovanstående fråga besvaras med Ja gå vidare till att besvara nedanstående frågor. Medicintekniska produkter inköpta utanför avtal med Sodexo eller OneMed avses i samtliga frågor:

- Har ni kontrollerat så att det inte redan finns en upphandlad produkt som täcker behovet?
- Är produkterna CE-märkta enligt MDR? Om nej, vilken/vilka produkt gäller det?
- Har ni kontrollerat CE-märkning, försäkran om överensstämmelse samt att det finns bruksanvisning på svenska?
- Är produkterna spårbara, dvs finns det dokumenterat var de är placerade?
- Sker dokumentation när produkterna är reparerade, rekonditionerade, besiktigade eller har fått förebyggande underhåll?
- Har ni kontrollerat att inköpta medicintekniska produkter fungerar i befintlig miljö?



## **Metod**

Enkät

### **Kontrollaktivitet: Kontroll av leverantörsfakturor**

#### **Beskrivning av kontrollaktivitet**

En del företag, speciellt små eller medelstora, anlitar factoringbolag för att få snabb tillgång på likvida medel och slippa ansvaret för fakturahantering. I sådana fall anges information om factoringbolag i fakturatexten eller i fakturans sidfot. Det är inte alltid lätt att upptäcka texten om att företagets fordran har överlåtits till ett annat bolag om fakturan inte granskas noga.

Avtal kan formars så att anlitage eller byte av factoringbolag kräver förvaltningens godkännande.

Kontrollen syftar till att säkerställa att kommunens regler för hantering av leverantörsfakturor efterlevs och kontrollaktiviteten består av två delar:

1. Enkät till alla enhetschefer inom vård- och omsorgsförvaltningen. Enkätsvaren ska registreras i IT-ledningsstödet men frågorna kan besvaras av enhetsadministratör ute i verksamheten.
2. Stickprov av 20 fakturor som betalats till företag som anlitar factoringbolag för perioden 1 oktober 2021 - 31 mars 2022.

Verksamhetschef/myndighetschef sammanställer och analyserar enkätsvaren på verksamhetsnivå. Stickproven genomförs av ekonomienheten på förvaltningen. Kontrollen kommer i sin helhet att sammanställas och bedömas av ekonomienheten inom vård- och omsorgsförvaltningen.

#### **Frågeställningar**

Enkätfrågor:

- Känner du till att det kan finnas avtal där förvaltningen ska godkänna leverantörers anlitage av factoringbolag för att betalning ska kunna ske?
- Vet du vem du kan vända dig till om du har frågor gällande fakturor från avtalade leverantörer som anlitar factoringbolag?

Stickprovskontroll:

- Finns avtal för de leverantörer som anlitar factoringbolag?

## **Metod**

Stickprov

Enkät

## Nämndens löpande kontrollaktiviteter

Verksamhetsinriktade uppföljningar genomförs kontinuerligt med fokus på kvalitet inom de olika verksamhetsområdena. Uppföljningarna syftar till att skapa en god redovisning, god personal-/lönehantering, att trygga kommunens tillgångar samt att förhindra förluster till följd av okunskap eller oegentligheter.

Vård- och omsorgsnämnden informeras löpande under året om verksamhets-, kvalitets- och ekonomiuppföljningar, som kontinuerligt och systematiskt genomförs.

### ***Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9***

Nämnden har en skyldighet, enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, att utöva egenkontroll. Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att nämnden ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

### **Egenkontroller enligt SOSFS 2011:9**

En bra egenkontroll förebygger, upptäcker och åtgärdar fel och brister som hindrar verksamheten från att nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. I riskanalysarbetet ska verksamheten identifiera risker som påverkar kvaliteten och som är kopplade till verksamhetens huvudprocesser.

Under 2021 har en ny rutin och process för egenkontroller arbetats fram. Den nya rutinen tydliggör bland annat arbetet med att genomföra riskanalys, t.ex. ska underlag till att identifiera risker hämtas från enheters och verksamheters avvikelserapporter.

Under hösten har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och kvalitetsutvecklare, med stöd från kvalitetsstrateger inom kansli och kvalitet, genomfört en riskanalys med fokus på huvudprocesserna. Riskerna har dokumenterats i en bruttorisklista och en sammanställning vardera inom patientsäkerhetsområdet och myndighetsfunktionen samt en sammanställning per verksamhetsområde tagits fram. Nästa steg är att, utifrån sammanställningarna, arbeta fram förslag på vidare hantering och välja ut risker för egenkontroll, direktåtgärd eller annan hantering.

Resultatet av egenkontrollerna redovisas i respektive verksamhets verksamhetsberättelse 2022 och i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2022.

### **Verksamhetsuppföljning**

Vård- och omsorgsförvaltningen genomför regelbundna verksamhetsuppföljningar för att följa upp och kvalitetssäkra intern och extern verksamhet. Uppföljningarna genomförs av handläggare inom myndighetsfunktionen samt kvalitetsstrateger inom kansli och kvalitet. Resultaten används som underlag i förbättrings- och utvecklingsarbetet.

Myndighetsfunktionens verksamhetsuppföljningar innefattar årliga granskningar av samtliga enheters, interna och externa, sociala dokumentation. Resultaten återkopplas till enhetschefer och verksamhetschefer.

Under hösten 2021 genomför kansli och kvalitet en fördjupad verksamhetsuppföljning av samtliga externa utförare av SoL- och LSS-insatser. Arbetet med uppföljning av extern utförare är pågående och det finns därför inget sammantaget resultat än.

## Framtid och utveckling

En god intern kontroll stärker medborgarnas tilltro till det demokratiska systemet. En samlad bild ökar möjligheten att kommunicera nämndens interna kontroll såväl internt som externt. Öppen och tillgänglig information kan ge medborgarna en tilltro och förväntan vad gäller ordning, tydlighet, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Identifierade utvecklingsområden för 2022 handlar om att tydliggöra och arbeta systematiskt med att:

- fånga upp risker kontinuerligt under verksamhetsåret
- tydliggöra bakgrund och motivering till varför risker lyfts och värderas högt respektive lågt
- samverka och förankra utformningen av olika kontroller i verksamheten
- utveckla användandet av IT-ledningsstödet för riskanalys, kontroll och uppföljning.