

GRANSKNINGS- RAPPORT INTERN KONTROLL 2022

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VOO 2021/0410

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Uppföljning av kontrollaktiviteter	4
Kommungemensamma kontrollaktiviteter	4
Nämndsspecifika kontrollaktiviteter	10
Övriga löpande kontroller	15
Uppföljning av förbättringsåtgärder från tidigare år	16
Utvärdering av nämndens sammanvägda interna kontrollarbete	17

Sammanfattning

Granskningen av årets interna kontroll bygger på *Handlingsplan intern kontroll 2022* som vård- och omsorgsnämnden antog den 14 december 2021. Granskningsrapporten innehåller dels en redovisning av årets kontrollaktiviteter, dels en uppföljning av förbättringsåtgärder från tidigare år samt en utvärdering av nämndens sammanvägda interna kontrollarbete.

Tre kommungemensamma kontrollaktiviteter har genomförts under året:

- Hantering av konvertering enligt LAS och företrädesrätt enligt LAS.
- Kunskaper om och tillämpning av lagstiftning, rutiner och digitala kommunikationsverktyg i förhållande till offentlighet, sekretess och informationssäkerhet.
- Framtagande av styrdokument samt säkerställande efterlevnad av beslutade styrdokument

Även två nämndspecifika kontrollaktiviteter har ingått i granskningen:

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

Resultatet visar avvikelser inom samtliga kommungemensamma kontrollaktiviteter samt inom den nämndspecifika kontrollaktiviteten *Kontroll av leverantörsfakturor*.

De åtgärder som behöver vidtas, för att komma till rätta med bristerna, kommer att samlas i IT-ledningsstödet. Ansvar och åtgärder har fördelat och åtgärderna följs upp i samband med *Slutrapport intern kontroll 2022*, som rapporteras till vård- och omsorgsnämnden under våren 2023.

Riskbedömningen inför den interna kontrollen och urvalet av kontrollaktiviteter har omfattat relevanta områden. Den sammantagna bedömningen är att den interna kontrollen varit tillräcklig enligt gällande lagar och regler, en ändamålsenlig och effektiv uppföljning och kontroll har genomförts.

Uppföljning av kontrollaktiviteter

Kommungemensamma kontrollaktiviteter

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

Risk: 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

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

Resultat

Granskningen har bestått i att kontrollera förvaltningens konverteringslistor. Resultatet visade att det fanns medarbetare som borde ha konverterats enligt LAS. Medarbetare med pågående vikariat är en orsak som har lyfts till att konverteringsdatumet är lätt att missa. I samband med en verksamhetsförändring uppmärksammades en otydlighet i vem som ansvarar för att kontrollera konverteringsdatum för timavlönade.

Utifrån resultatet bedöms avvikelser för kontrollen; det borde inte funnits medarbetare på konverteringslistan med ett passerat konverteringsdatum. Det finns brister i tydlighet och överskådlighet i systemstödet.

Åtgärder

Rekryteringsbehovet i förvaltningen är stort och i strävan efter att vara en attraktiv arbetsgivare behöver systemen utgöra ett stöd för hanteringen av anställningar. Utifrån avvikelserna kommer vård- och omsorgsförvaltningen framföra till kommunkontorets HR-avdelning att det finns behov av åtgärder i form av att:

- Regelbundet kontrollera och säkerställa att anställningar registreras och avslutas på rätt sätt i Personec P.
- Gå igenom systemstödet så att de funktioner som syns i systemstödet inte är fler än nödvändigt för att kunna tolka uppgifter rätt.

Inför förändringen i lagen om anställningsskydd kommer förvaltningens HR-enhet genomföra utbildning för chefer och enhetsadministratörer under hösten 2022.

Sammanfattande bedömning

■ Avvikelser

Risk: Att sekretessbelagd eller annan känslig information hanteras felaktigt och riskerar att röjas

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 arbetssätt 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

Resultat

Vård- och omsorgsnämndens verksamhet är lagstyrd och verksamheten hanterar dagligen uppgifter som är omfattas av tystnadsplikt. I samband med nyanställning får alla medarbetare information om sekretess inom vård- och omsorgsförvaltningen och alla får skriva under en sekretessförbindelse.

Granskningen har bestått av två delar; en enkät med fem frågor som skickats ut till 28 slumpmässigt utvalda enhetschefer samt en intervju med utvalda tjänstepersoner från förvaltningen. Förvaltningen uppnådde en svarsfrekvens på 46 procent för enkäten.

Utifrån enkätsvaren och av vad som framkom under intervjutillfället visade granskningen att organisationen generellt sett har kompetens rörande offentlighet och sekretess samt hantering av handlingar. Fysiska dokument som rör brukares/patienters personliga förhållanden ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte får tillgång till dessa. Myndighetsfunktionen kontrollerar förvaringen av de fysiska personakterna en gång om året i samband med dokumentationsgranskning. Innan pandemin (i dokumentationsgranskningen för helåret 2020) visade resultatet att de fysiska akterna förvarades på ett säkert sätt i 94 procent av de granskade journalerna.

Syftet med intervjudelen i granskningen har varit att få en djupare förståelse kring kunskaper, attityder, kompetens och beteende kopplat till granskningsområdet. Resultatet av intervjuerna har primärt vägts in i bedömningen av kontrollaktiviteten på kommungemensam nivå, det vill säga det generella resultatet för Lunds kommun som helhet. Vid intervjun uppmärksammades följande för vård- och omsorgsnämnden:

- Innehåll på nätverksplatser behöver ses över för att säkerställa att det inte förvaras digitala dokument som innehåller sekretessuppgifter, t.ex. arbetsbeskrivningar eller handlingsplaner som beskriver det brukarnära arbetet.
- Behovet av att kommunicera snabbt och enkelt med brukare/patienter och närstående kan inte tillgodoses på ett önskvärt sätt. Personuppgifter får aldrig skickas i meddelande via till exempel e-post, fax eller sms eftersom det finns en risk att någon annan än den avsedda mottagaren tar del av meddelandet.
- Önskemål av löpande/återkommande kompetensutveckling för medarbetarna gällande offentlighet och sekretess (motsvarande som det finns för GDPR-arbetet).
- Behov av systematiskt informationssäkerhetsarbete (ledningssystem för informationssäkerhet).

Utifrån vad som uppmärksammades vid intervjun bedöms avvikelse för kontrollen.

Åtgärder

- Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att framföra behovet av en återkommande utbildning i offentlighet och sekretess till kommunkontoret.
- Se över behov av att ta fram ett ledningssystem för informationssäkerhet.
- Säkerställa att verktyg och arbetssätt motsvarar verksamheternas behov så att sekretessuppgifter och andra personuppgifter hanteras korrekt.

Förvaltningsdirektör ansvarar i samverkan med förvaltningsledningsgrupp för att åtgärder planeras. Det finns en förvaltningsövergripande styrgruppen för digitaliseringsarbetet.

Sammanfattande bedömning

■ Avvikelser

Risk: Att styrdokument inte tas fram på rätt sätt och/eller inte efterlevs

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 styrdokumentet lätt tillgängliga för berörda medarbetare?
- Säkerställer förvaltningen att beslutade styrdokument implementeras?

Frågorna besvaras med hjälp av självskattning.

Metod

Kartläggning
Inventering

Resultat

Granskningen av kontrollen har bestått av två delar; dels en kontroll av om nämnden tagit fram egna styrdokument under perioden 30 juni 2021 till och med 30 juni 2022, dels en kontroll av implementeringen av åtta¹ styrande kommunövergripande dokument som fastställt av kommunstyrelsen eller kommunfullmäktige.

Under kontrollperioden har vård- och omsorgsnämnden fastställt tre styrdokument:

- Riktlinjer för insatser enligt Socialtjänstlagen
- Verksamhetsplan med internbudget 2022
- Handlingsplan intern kontroll 2022

Samtliga styrdokument går att söka fram och finns tillgängliga för berörda medarbetare via kommunens intranät, Inloggad. Granskningen visar att det för ett av styrdokumentet, *Riktlinjer för insatser enligt Socialtjänstlagen*, går att hitta både den gällande versionen samt den äldre versionen vilket gör att det finns en risk att

¹ De åtta styrande kommunövergripande dokument som ingått i granskningen är: 1) Riktlinje om extern finansiering, 2) Utbyggnadsplan 2030, 3) Näringslivsprogram för Lunds kommun 2022–2030, 4) Strategisk lokalförsörjningsplan 2023–2032, 5) Lunds kommuns riktlinjer för resor, 6) Handlingsplan mot hedersrelaterat våld och förtryck, 7) Handlingsplan för barnets bästa i Lunds kommun 2021–2030, 8) Riktlinjer för att förebygga och hantera hot och våld mot förtroendevalda.

medarbetare tar del av fel dokument.

Under våren har en utbildning i *Program för styrning* anordnats för berörda medarbetare centralt på förvaltningen. Utbildningen är ett sätt att sprida kunskap för att säkerställa att styrdokument tas fram på rätt sätt. Enligt program för styrning ska det i styrdokumenterna framgå information om när uppföljning, aktualisering eller revidering ska ske. I granskningen framkom det att det för *Handlingsplan intern kontroll 2022* finns behov av att förtydliga när den beslutats. För styrdokumentet *Riktlinjer för insatser enligt socialtjänstlagen* saknas information om uppföljning, aktualisering eller revidering.

I granskningen av implementeringen av de åtta kommunövergripande dokumenten framgår det i expedieringen av besluten från kommunstyrelsen eller kommunfullmäktige till nämnden om styrdokumenterna skickats *för kännedom* eller *för verkställighet*. Ärenden expedieras som anmälningsärenden till nämnden och för information eller verkställighet till berörda tjänstepersoner. Resultatet av granskningen är att det är tydligt vilken beslutsnivå som ansvarar för implementeringen av de kommunövergripande styrdokumenterna.

Utifrån att resultatet visar att det finns bristande information i nämndens framtagna styrdokument görs bedömningen att det finns en mindre avvikelse för kontrollen.

Åtgärder

För att säkerställa att *Program för styrning* följs föreslås fortsatt utbildning för berörda medarbetare samt att arbetssättet utvecklas så att det alltid säkerställs av handläggare att handlingarna i samband med framtagandet av nämndspecifika styrdokument följer *Program för styrning*. Enheten för Kansli & Kvalitet ansvarar för att åtgärder planeras och genomförs.

Sammanfattande bedömning

■ Avvikelser

Nämndspecifika kontrollaktiviteter

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 överlåtit till ett annat bolag om fakturan inte granskas noga.

Avtal kan formars så att anlitande 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 anlitande 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

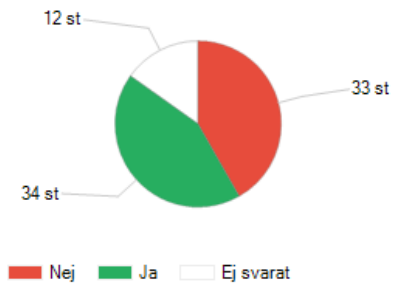
Stickprov
Enkät

Resultat

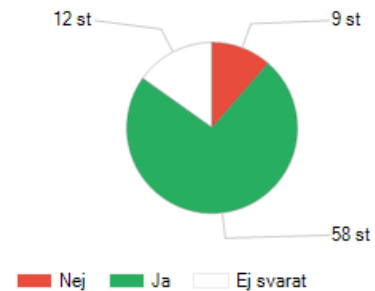
För kontrollens första del har en enkät bestående av två frågor skickats ut till samtliga enhetschefer inom vård- och omsorgsförvaltningen. Av de 78 enhetschefer som fick enkäten har 67 personer svarat.

Fråga

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?



Resultatet visar att drygt hälften av de svarande känner till att det kan finnas avtal där förvaltningen ska godkänna leverantörernas anlitage av factoringbolag. 91 procent av de svarande enhetscheferna vet vart de kan vända sig om de har frågor gällande fakturor.

Den andra delen har bestått av en stickprovskontroll av fakturor som betalats till företag som anlitar factoringbolag. Syftet har varit att kontrollera att anlitage av factoringbolag är tillåtet enligt avtal. Stickprovskontrollen visade att 33 leverantörer som anlitar factoringbolag har fakturerat vård- och omsorgsförvaltningen. Av dessa 33 leverantörer har förvaltningen ramavtal med fyra stycken. För en av leverantörerna är anlitage av factoringbolag inte reglerat i avtalet, medan det för övriga tre krävs ett godkännande. Kontrollen visade att godkännande fanns för dessa tre leverantörer.

Den sammanvägda bedömningen är avvikelse utifrån att 49 procent av de svarande enhetscheferna inte kände till att godkännande av anlitage av factoringbolag kan krävas.

Ett bifynd i samband med granskningen var att flertalet inköp gjorts från leverantörer där ramavtal saknas. Det finns därav ett behov av att analysera orsaken till varför inköpen gjorts för att rätt åtgärder ska kunna planeras och genomföras.

Åtgärder

Utifrån resultatet finns behov av åtgärder i form av information och utbildning för att säkerställa att kommunens regler för leverantörsfakturor efterlevs. Inom vård- och omsorgsförvaltningen kommer enheten för ekonomi, lokaler och IT ansvara för att åtgärder planeras och genomförs.

Sammanfattande bedömning

■ Avvikelser

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 till exempel 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?

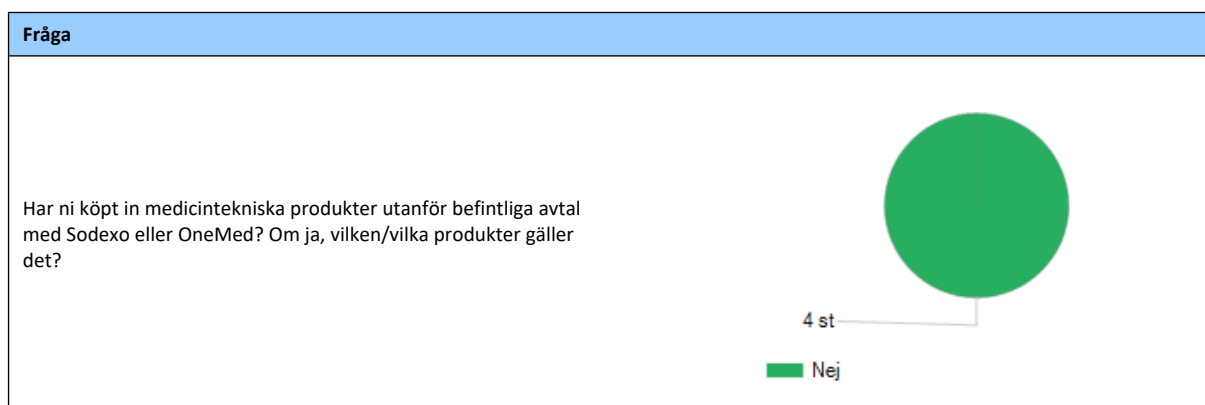
Metod

Enkät

Resultat

Inför genomförandet av kontrollen skickades ovanstående frågeställningar ut till samtliga verksamhetschefer. Kontrollen och enkäten besvarades sedan i dialogform vid fyra tillfällen med verksamhetschefer och representanter från de olika verksamhetsområdena. Kvalitetsstrateg med hjälpmedelsinriktning ledde dialogerna och ansvarade för sammanställning av resultaten och bedömning av kontrollen.

I dialogen kring frågeställningarna fördes ett resonemang kring skillnaderna mellan vad som räknas som medicintekniska produkter respektive konsumentprodukter. Området kräver goda kunskaper så att hjälpmedel köps in enligt rutin och avtal och att MDR följs. I dialogen framkom att inga MDR-klassade produkter har köpts in utanför avtal under kontrollperioden, därav bedöms inga avvikelser för kontrollen.



Vidare framkom det i dialogerna att:

- det finns en osäkerhet i verksamheterna kring vilka produkter som är MDR-klassade och vem det är som bestämmer hur en produkt ska klassas. (Det är alltid leverantören som avgör om en produkt ska klassas enligt MDR.)
- förvaltningen kan, i upphandlingar, kravställa att produkter ska vara MDR-klassade, vilket alltid måste göras när produkten ska förskrivas enligt HSL. Det kan till exempel handla om produkter som läkemedelsgivare eller epilepsilarm.
- verksamheten i upphandlingar av produkter eller tjänsten behöver säkerställa om det ingår fler funktioner i produkten/tjänsten än vad som ingår i upphandlingen. Ingår fler funktioner behöver verksamheten ställa krav på leverantören att specificera vilka funktioner som är MDR-klassade, till exempel kan epilepsilarm vara kopplade till trygghetslarm.
- det har genomförts upphandlingar av appar som numera MDR-klassats, trots att motsvarande produkt redan funnits upphandlad som förskrivningsbart hjälpmedel.
- Lunds kommun har avtal med Skånes Kommuner för att upphandla MDR-klassade produkter som ska förskrivas som hjälpmedel. Verksamheten bör undvika att själv göra upphandlingar inom detta område och istället arbeta för att påverka upphandlingarna via Skånes Kommuner genom upparbetade befintliga kanaler.

I den långsiktiga planen och organisationen av digitaliseringsarbetet behöver det säkerställas att inköp inte görs av produkter/tjänster innan en behovsanalys genomförts:

- till exempel testas MDR-klassade appar inom olika verksamheter kostnadsfritt under en begränsad period, utan att det finns en plan för framtida användning eller kostnadsansvar. Det finns även inköpta produkter, som inte längre används i verksamheterna till exempel motoriserade draglakan.
- inom LSS-verksamheterna lyfter cheferna att begränsad tillgång till arbetsterapeuter och fysioterapeuter försvårar arbetet med behovsanalys för brukarna och det kan finnas ökad risk för att redan upphandlade hjälpmedel inte utnyttjas.

Den sammanfattade bedömningen är att kontrollen visar inga avvikelser, men utifrån genomförandet av kontrollen och resultatet ovan finns behov av förändringar i att styra, leda och utveckla arbetet med inköp och hantering av medicintekniska produkter och koppla ihop det tydligare och ännu mer med digitaliseringsarbetet.

Sammanfattande bedömning

- Ej avvikelser

Övriga löpande kontroller

Inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde finns omfattande krav på kvalitet och uppföljning. Förutom de interna kontrollaktiviteterna genomförs kontroll på ett flertal olika sätt och med stor bredd utifrån gällande lagar och föreskrifter.






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.

Utifrån riskbedömningar utarbetas och genomförs årligen egenkontroller för förvaltningens verksamhetsområden. Efter genomförda kontroller analyserar enhetscheferna sina resultat och därefter sammanställer verksamhetschefen resultaten för sina respektive verksamhetsområden. När resultaten påvisar brister arbetar enhetschefer och verksamhetschefer med förbättringar utifrån PGSA-hjulet.

Resultat av egenkontrollerna redovisas i verksamhetsberättelserna samt i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2022.

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 redovisas i separata rapporter och återkopplas till enhets- och verksamhetschefer och används som underlag i förbättrings- och utvecklingsarbetet.

Uppföljning av förbättringsåtgärder från tidigare år

Kontrollaktivitet	Åtgärd	Kommentar	Status
Säkerställa kännedom om nödlägesrutiner och att utrymningsövningar sker årligen	Se över förvaltningsövergripande rutiner och dokument för brandpärm.		 Pågående
	Ta fram verktyg för att cheferna ska kunna arbeta med systematiskt brandskyddsarbete, så att arbetet också kan följas upp.		 Pågående
	Informera cheferna via interna informationskanaler om att nödlägesrutiner ska finnas för enheterna samt att utrymningsövningar ska ske årligen.		 Pågående
Säkerställa strukturerad referenstagning vid rekrytering	Informera chefen för rekryteringsenheten om rekryteringsprocessen och om mallarna för referenstagning som finns i Varbi.		 Avslutad
	Chefen för den nya rekryteringsenheten får i sin tur i uppdrag att informera HR-konsulter och HR-administratörer inom enheten.		 Avslutad

Utvärdering av nämndens sammanvägda interna kontrollarbete

Kontrollmiljö

Inom vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde finns omfattande krav på kvalitet och uppföljning. Styr- och kontrollmiljön inom förvaltningen präglas av tydlig ansvarsfördelning mellan de olika enheterna och det finns välfungerande rutiner. Den interna kontrollen är en del i nämndens årshjul och det finns ett kommungemensamt nätverk till stöd i arbetet. Kommunens IT-ledningsstöd ger stöd för struktur och rapportering.

Inom förvaltningen leds och samordnas arbetet med intern kontroll av enheten för kansli och kvalitet.

Riskbedömning

Inför fastställande av *Handlingsplan intern kontroll 2022* har riskanalys och riskvärdering genomförts under våren 2021 tillsammans med representanter för respektive enhet inom förvaltningens gemensamma administration i enlighet med förvaltningens rutin för arbetet med intern kontroll. Resultatet av granskningarna visar att riskbedömningen inför den interna kontrollen 2022 och urvalet av kontrollaktiviteter omfattat relevanta områden.

Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteter utarbetades efter genomförande av riskbedömningen i syfte att undersöka de risker som framkommit. Kontroller har skett inom de områden där risker bedömts vara relevanta och utformats i samarbete med berörda delar av verksamheten. Parallellt med framtagandet av kontrollaktiviteterna har även en tidplan för uppföljningsarbetet tagits fram för att så långt som möjligt säkerställa att genomförandet av kontrollerna inte sker i samband med annat uppföljningsarbete.

Information/Kommunikation

Kommunikationen och information om det interna kontrollarbetet sker inom organisationen genom ledningsgrupper och till nämnd samt genom information på intranätet - Inloggad. Under året informeras vård- och omsorgsnämnden löpande om verksamhets-, kvalitets- och ekonomiuppföljningar som kontinuerligt och systematiskt genomförs.

Ett identifierat nästa steg i utvecklingsarbetet är att utveckla kommunikationen av resultatet av riskanalyser och kontroller med berörda medarbetare för att bidra till ett än mer utvecklande arbetsklimat och delaktighet.

Uppföljning och utvärdering

Förvaltningen har ett väl fungerande system för uppföljning och utvärdering av den interna kontrollen. Resultaten analyseras och åtgärder vidtas för att komma till rätta med eventuella brister. Förvaltningen har rutiner för uppföljning av åtgärder kopplade till resultatet av den interna kontrollen som innebär att vidtagna åtgärder följs upp varje vår. Uppföljningen redovisas i en slutrapport som lämnas till nämnden. Bedömningen är att det samlade systemet för intern kontroll fungerar tillfredsställande. Arbetssätt och metoder vidareutvecklas fortlöpande.