

# GRANSKNINGSRAPPORT INTERN KONTROLL 2023

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VOO 2022/0545

## **Innehållsförteckning**

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>Uppföljning av kontrollaktiviteter .....</b>	<b>4</b>
Kommungemensamma kontrollaktiviteter .....	4
Nämndsspecifika kontrollaktiviteter .....	10
Direktåtgärder .....	12
Övriga löpande kontroller .....	13
<b>Uppföljning av förbättringsåtgärder från tidigare år .....</b>	<b>14</b>
<b>Utvärdering av nämndens sammanvägda interna kontrollarbete .....</b>	<b>15</b>

## Sammanfattning

Granskningen av årets interna kontroll bygger på *Handlingsplan intern kontroll 2023* som vård- och omsorgsnämnden antog den 14 december 2022. 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 externa intäkter
- Avtalshantering
- Kontinuitetsplanering för kritiska verksamheter och verksamhetsystem.

Även en nämndspecifik kontrollaktivitet har ingått i granskningen:

- Kontroll av att rehabiliteringsutredningar startas upp i enlighet med kommunens rehabiliteringsprocess.




Resultatet visade avvikelser inom de två kommungemensamma kontrollaktiviteterna *avtalshantering* samt *kontinuitetsplanering för kritiska verksamheter och verksamhets-system*. Det bedömdes även avvikelse för den nämndspecifika kontrollaktiviteten.

De åtgärder som behöver vidtas, för att komma till rätta med bristerna, kommer att samlas i IT-ledningsstödet. Ansvar och åtgärder har fördelats och åtgärderna följs upp i samband med *Slutrapport intern kontroll 2023*, som rapporteras till vård- och omsorgsnämnden under våren 2024.

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 kommunens flöden för att hantera och redovisa externa intäkter inte hanteras och kontrolleras systematiskt, vilket kan leda till ineffektiv och felaktig redovisning, förlorade intäkter och förtroendeskada.	3. Möjlig	3.Kännbar	9 	Hantering av externa intäkter
Risk att kommunen saknar samlad översikt över gällande avtal och dess innehåll vilket kan leda till stora kostnader, skadestånd och skada på Lunds kommuns varumärke.	4. Sannolik	3.Kännbar	12 	Avtalshantering
Risk att kommunen saknar ändamålsenliga kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och verksamhetssystem, vilket kan leda till stor negativ påverkan på kommunens leverans av insatser, kritiska funktioner och informationssäkerhet i händelse av att kommunens verksamhet drabbas av en allvarlig störning.	3. Möjlig	4.Allvarlig	12 	Kontinuitetsplanering för kritiska verksamheter och verksamhetssystem

***Risk: Att kommunens flöden för att hantera och redovisa externa intäkter inte hanteras och kontrolleras systematiskt, vilket kan leda till ineffektiv och felaktig redovisning, förlorade intäkter och förtroendeskada.***

Kontrollaktivitet: Hantering av externa intäkter

### Beskrivning av kontrollaktivitet

Lunds kommuns intäkter uppgår årligen till väsentliga belopp. En god intern kontroll i intäktsprocessen är viktig både för att säkra kommunens intäkter och säkerställa att de hanteras i enlighet med gällande riktlinjer eller motsvarande.

En effektiv och kvalitetssäkrad hantering av intäktsflödet är beroende av såväl ett anpassat systemstöd som effektiva och väl utvalda kontrollpunkter genom hela hanteringen. Dessutom måste rutiner och arbetsprocesser vara väl kända och förankrade i organisationen.

Syftet med granskningen är att kartlägga hur kommunens flöden för externa intäkter, exempelvis att säkra intäkter via de stadsbidrag och bidrag kommunen har rätt till, ser ut och fungerar i respektive förvaltning/styrelse samt att säkra att det finns tillräcklig kontroll och uppföljning på området.

### Frågeställningar

- Hur ser kommunens intäktsflöden för externa intäkter ut?
- Hur är väsentliga intäktsflöden för externa intäkter dokumenterade?
- Är redovisning av de externa intäkterna ändamålsenlig (kontering, periodisering)?
- Vilka manuella och automatiska kontroller och uppföljningar utförs i flödet för att säkra fullständighet och riktighet – finns en ändamålsenlig intern kontroll på plats?

## Metod

Kartläggning

## Resultat

För vård- och omsorgsförvaltningen ser intäktsflödet ut enligt följande tabell:

Typ av intäkt (uteslutit motpart 11-12)	Kort beskrivning av intäktsflödet
Statsbidrag	Statliga bidrag ansöks om och rekvideras. Före en ansökan görs en plan upp för vad pengarna ska användas till och att ändamålet överensstämmer med statens intension. Uppföljning sker sen systematiskt under året för att följa användningen av bidragen. För att underlätta och säkra uppföljning används projektkoder för de olika statsbidragen.
Avgifter	Avgifter kopplade till beviljade insatser finns registrerade i verksamhetssystemet. Avgifterna beräknas årligen efter att brukarnas inkomstavgifter inhämtats.
Hyror, påminnelser, krav och inkasso	Hyrors uppräknings förhandlas genom LKF och följer allmännyttan. Kravhantering ligger som bevakning i ekonomisystem och rutiner finns kring vad som ska ske avseende påminnelse, krav och inkasso.

Ovan nämnda intäktsflöden finns dokumenterade i olika system, till exempel i verksamhets- och ekonomisystem.

Granskning visar att redovisningen av de externa intäkterna är ändamålsenlig utifrån kontering och period. Varje månad matchas intäkterna mot de eventuella kostnader som ska finansieras, exempelvis när det gäller statsbidrag.

Intäkter och kostnader följs upp manuellt månadsvis genom de rapporter som finns i ekonomisystemet. Det sker inga automatiska kontroller av att konteringar följer kommunens ekonomihandbok och kontoplan. En ekonom är speciellt utsedd att löpande följa upp statsbidrag samt att ansökningar av bidrag görs.

Om avvikelser upptäcks i den systematiska månadskontrollen som sker genom den ekonomiska uppföljningen, rättas fel till. Utbildning av ekonomihandläggare sker kontinuerligt.

Utifrån granskningens resultat bedöms ingen avvikelse för kontrollen.

## Sammanfattande bedömning

● Ej avvikelser

***Risk: Risk att kommunen saknar samlad översikt över gällande avtal och dess innehåll vilket kan leda till stora kostnader, skadestånd och skada på Lunds kommuns varumärke.***

Kontrollaktivitet: Avtalshantering

### **Beskrivning av kontrollaktivitet**

Lunds kommun ingår årligen en mängd avtal. Bristande kunskaper och kompetens rörande avtalshantering och redan ingångna avtal riskerar att medföra stora kostnader för en kommun. Andra konsekvenser kan också vara att kommunens förtroendekapital rubbas om kommunens intressen i avtalen inte efterlevs.

I syfte att säkra att avtal hanteras ändamålsenligt och enligt samma principer har Lunds kommun genomfört flera åtgärder de senaste åren. Området inköp och upphandling av varor och tjänster har centraliserats till upphandlingsenheten sedan april 2021 och har inneburit ett professionaliserande av kommunens inköpsarbete, med målet att sänka kostnaderna för inköp. Flera nya stödinsatser till förvaltningar och styrelser har införts, i syfte att öka hela organisationens kompetens på området.

I kommunens inköps- och upphandlingspolicy framgår att inköpsverksamheten ska organiseras på ett effektivt sätt så att inköpsarbetet kan utföras rationellt. I Lunds kommuns gemensamma avtalskatalog samlas kommunens övergripande ramavtal samt förvaltningsspecifika avtal. Alla genomförda upphandlingar i kommunen ska rapporteras in i kommunens avtalskatalog (varor och tjänster, entreprenader och direktupphandlingar).

Syftet med granskningen är att granska förvaltningarnas processer och arbetssätt för att hantera avtal. En granskning av hantering av befintliga avtal ingår också i kontrollaktiviteten, i syfte att säkra att dessa är rapporterade på korrekt vis till kommunens centrala avtalskatalog. Vidare syftar granskningen till att kontrollera att kunskaper och stöd för denna hantering är tillräcklig.

### **Frågeställningar**

- Hur hanteras gällande avtal i respektive förvaltning/styrelse?
- Är gällande avtal korrekt rapporterade i förhållande till kommunens avtalskatalog?
- Hur ser kunskaper/kompetens rörande avtalshantering i organisationen?
- Hur ser förutsättningarna i form av exempelvis systemstöd, anvisningar, säkrande av kompetens gällande avtalshantering ut?

### **Metod**

Kartläggning  
Inventering

## Resultat

Granskningen inleddes med en inventering av upphandlade avtal gällande varor och tjänster med ett värde över 700 000 kronor (direktupphandlingar och avtal gällande hyror har inte inkluderats i granskningen). Avtal som tecknas inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter ska diarieföras i förvaltningens avtalsserie, i W3D3. I samband med registreringen sätts start-, slut- och bevakningsdatum.

I dagsläget finns inget stöd i bedömningen av ett avtals värde därav kan det vara svårt att avgöra om ett avtal bör finnas tillgängligt i kommunens centrala avtalskatalog eller inte. Det finns en otydlighet i avtalshanteringen, vem som säkerställer att avtal registreras i den centrala avtalskatalogen. Det framkom vidare att det är svårt att identifiera vilka avtal i den centrala avtalskatalogen som är förvaltningsspecifika.

I vård- och omsorgsförvaltningens avtalsserie fanns det vid granskningstillfället den 23 augusti sju förvaltningsspecifika avtal med ett värde av minst 700 000 kronor. En jämförelse, som genomfördes 24 augusti, mellan förvaltningens avtalsserie och ett utdrag från den centrala avtalskatalogen visade att två av sju avtal fanns registrerade i kommunens centrala avtalskatalog.

Kunskaper och kompetens kring avtalshanteringen varierar inom förvaltningen. Det lyfts ett behov av kommungemensamma rutiner, löpande utbildningsinsatser och att informationen på Inloggad målgruppsanpassas utifrån de medarbetare som hanterar avtal i olika delar av verksamheten.

Utifrån att alla sju avtal inte var registrerade i den centrala avtalskatalogen samt att det finns en otydlighet i arbetet med att säkerställa att avtal över 700 000 kronor blir registrerade i den centrala avtalskatalogen bedömdes avvikelser för kontrollen.

## Åtgärder

Kommunens centrala upphandlingsenhet är vanligtvis involverad i förvaltningsspecifika upphandlingar som har ett värde över 700 000 kronor. För att säkerställa en god hantering av avtal kommer vård- och omsorgsförvaltningen att framföra nedanstående förslag på åtgärder till kommunkontorets upphandlingsenhet:

- ta fram en kommungemensam rutin för hanteringen av avtal.
- ta fram stödmaterial för att kunna bedöma ett avtals värde.
- tydliggöra vilka avtal som är förvaltningsspecifika i den centrala avtalskatalogen samt utvärdera möjligheten att ha en samlad katalog för samtliga avtal (även de avtalen under 700 000 kronor).

## Sammanfattande bedömning

■ Avvikelser

***Risk: Risk att kommunen saknar ändamålsenliga kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och verksamhetssystem, vilket kan leda till stor negativ påverkan på kommunens leverans av insatser, kritiska funktioner och informationssäkerhet i händelse av att kommunens verksamhet drabbas av en allvarlig störning.***

Kontrollaktivitet: Kontinuitetsplanering för kritiska verksamheter och verksamhetssystem

### **Beskrivning av kontrollaktivitet**

Oavsett vilken större kris eller störning som inträffar ska kommunen ha en grundläggande beredskap för att kunna hantera händelsen. Kravet på beredskap finns reglerat i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och vid höjd beredskap (LEH). För kommunen är ett viktigt kritiskt beroende de digitala verksamhetssystemen, som är en del av kommunens IT-basinfrastruktur.

Kommunens IT-basinfrastruktur hanterar stora mängder data, som inte sällan är av känslig och sekretessklassad karaktär. Stora delar av den kommunala servicen är beroende av dess funktionalitet, både internt via exempelvis e-posthantering, verksamhetsstöd för dokumentation och journalföring liksom program för ekonomiska transaktioner och ärendehantering. Men även externt i servicen gentemot medborgare i form av exempelvis informationskanaler via hemsidan liksom olika sorters e-tjänster för ansökningar och anmälningar till kommunen.

Syftet med granskningen är att kontrollera att kritiska verksamhetssystem är identifierade samt att det finns upprättade kontinuitetsplaner för kritiska verksamhetssystem utifrån förvaltningarnas IT-kontinuitetsarbete. Planerna ska vara aktuella, ändamålsenliga och kända inom förvaltningen/styrelsen.

### **Frågeställningar**

- Är kritiska verksamhetssystem identifierade?
- Finns upprättade kontinuitetsplaner för kritiska verksamhetssystem?

### **Metod**

Kartläggning

### **Resultat**

Granskningen av kontinuitetsplanering för kritiska verksamheter och verksamhetssystem har genomförts under våren 2023 parallellt med att förvaltningen har inventerat och identifierat de system som används inom vård- och omsorgsförvaltningen. I samband med inventeringen har systemen prioriterats utifrån hur verksamhetskritiska de är.

Resultatet av inventeringen och granskningen visade att det fanns system där det pågår ett arbete med att se över och revidera befintliga kontinuitetsplaner. Granskningen visade också att det fanns verksamhetssystem där kontinuitetsplaner helt eller delvis saknades och därav bedömdes avvikelser för kontrollen.



## **Åtgärder**

Arbetet med att revidera alternativt ta fram kontinuitetsplaner för samtliga verksamhetssystem behöver prioriteras i förvaltningen för att säkerställa att verksamheten kan fortgå vid eventuella kriser eller störningar. Inom ramen för kris- och beredskapsarbetet har kommunen under 2023 blivit tilldelad statsbidrag för arbete med att stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvårdvård. Av statsbidraget har medel avsatts för arbetet med kris och beredskap samt att revidera eller upprätta kontinuitetsplaner. En konsult har tagits in som stöd i arbetet med att genomföra riskanalyser och upprätta kontinuitetsplaner. Arbetet leds av kommunkontoret. I takt med att planerna blir färdigställda ska de kommuniceras av objektledare och chefer så att det blir kända för berörda medarbetare.

## **Sammanfattande bedömning**

- Avvikelser

## Nämndsspecifika kontrollaktiviteter

***Kontrollaktivitet: Kontroll av att rehabiliteringsutredningar startas upp i enlighet med kommunens rehabiliteringsprocess.***

### Beskrivning av kontrollaktivitet

Syftet med kontrollaktiviteten är att säkerställa att kommunens rehabiliteringsprocess följs. Rehabiliteringsprocessen är ett stöd för att förebygga ohälsa och sjukskrivningar samt att fånga upp behov av anpassningar när en medarbetare varit sjuk:

- vid sex tillfällen under den senaste tolv månadersperioden och/eller
- sammanhängande mer än 14 dagar

När något av ovanstående blir aktuellt blir chefen uppmärksammas via Adato, kommunens system för bevakning av sjukfrånvaro. När ett bevakningsmejl skickas ut från systemet ska chefen boka in ett samtal med medarbetaren för att prata om sjukfrånvaron. Samtalet ska dokumenteras i Adato och i de fall medarbetaren är sjukskriven sammanhängande mer än 14 dagar ska chefen genomföra en utredning av långtidssjuksjukfrånvaro/plan för återgång i arbete senast dag 30 i sjukperioden. Vid sjukskrivning som bedöms vara längre än 60 dagar kräver Försäkringskassan att arbetsgivaren gör en plan för återgång i arbete senast dag 30.

Vård- och omsorgsförvaltningens HR-enhet har under april månad, i Adato, genomfört:

- en inventering av antalet rehabiliteringsbevakningar och
- ett stickprov av 10 chefers samtal och utredningar fördelat på hela förvaltningen.

Verksamhetscheferna och myndighetschef har getts möjlighet att kommentera resultatet om det fanns avvikelser för kontrollen inom respektive verksamhet. Kontrollen har sammanställts och bedömts i sin helhet av förvaltningens HR-enhet.

### Frågeställningar

- Finns det rehabiliteringsbevakningar som är äldre än en månad och inte har hanterats enligt rehabiliteringsprocessen? Kommentera hur många rehabiliterings-bevakningar som är äldre än en månad och som inte har blivit hanterade i Adato.
- Finns det dokumenterade samtal i Adato för rehabiliteringsärenden som har startats för medarbetare som har varit sjuka sex tillfällen under den senaste tolv månadersperioden?
- Finns det en rehabiliteringsutredning om långtidssjukfrånvaro upprättad senast dag 30 för medarbetare som förväntas vara sjukskrivna mer än 60 dagar?

### Metod

Stickprov

Inventering

## Resultat

Vid granskningstillfället den 12 april 2023 genomfördes dels en inventering av rehabiliteringsbevakningar och dels ett stickprov av samtals- och utredningsdokumentation. Inventeringen visade att det fanns totalt 206 rehabiliteringsbevakningar i Adato, varav 112 var äldre än en månad. Bevakningar som var äldre än en månad fanns inom samtliga verksamhetsområden.

Vid inventeringen fanns det 23 bevakningar som var äldre än en månad, som gällde medarbetare med korttidssjukfrånvaro. Två bevakningar hade blivit inaktuella eftersom sjukfrånvaron upphört vid kontrolltillfället och 21 bevakningar avsåg medarbetare med en pågående upprepad korttidssjukfrånvaro.

Av de 89 bevakningar som rörde långtidssjukfrånvaro hade majoriteten av sjukfrånvaron upphört vid tidpunkten för granskningstillfället. Att det fanns bevakningar som inte hanterats innebär att rehabiliteringsärenden inte startas upp under den pågående långtidssjukfrånvaron.

För att få fram ett stickprovsunderlag genomfördes ett slumpmässigt urval av chefers registrerade rehabiliteringsärenden. Antalet ärenden som granskades varierade utifrån verksamhetsområdenas storlek, vilket medförde att elva chefers ärenden granskades i stället för tio, som det står i kontrollens beskrivning ovan. Av tabellerna nedan framgår hur många chefers ärenden som granskats samt i hur många rehabiliteringsärenden som det fanns dokumenterade samtal respektive utredningar. För varje chef har *ett* rehabiliteringsärende granskats oavsett antalet pågående ärenden.

Verksamhetsområde	Antal slumpmässigt uttagna chefer	Dokumenterade samtal kopplat till korttidsfrånvaro fanns i
Boende LSS	2 chefer	2 av 2 rehabiliteringsärenden
Hemvård, rehabilitering och service för seniorer	3 chefer	1 av 3 rehabiliteringsärenden
Myndighetsfunktionen	1 chef	0 av 1 rehabiliteringsärende
Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning	2 chefer	1 av 2 rehabiliteringsärenden
Särskilt boende för äldre	3 chefer	3 av 3 rehabiliteringsärenden
<b>Totalt</b>	<b>Totalt 11 chefer</b>	<b>7 av 11 rehabiliteringsärenden</b>
Verksamhetsområde	Antal slumpmässigt uttagna chefer	Utredning kopplat till långtidsfrånvaro fanns i
Boende LSS	2 chefer	1 av 2 rehabiliteringsärenden
Hemvård, rehabilitering och service för seniorer	3 chefer	1 av 3 rehabiliteringsärenden
Myndighetsfunktionen	1 chef	Fanns ingen långtidssjukskrivning
Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning	2 chefer	0 av 2 rehabiliteringsärenden
Särskilt boende för äldre	3 chefer	1 av 3 rehabiliteringsärenden
<b>Totalt</b>	<b>Totalt 11 chefer</b>	<b>3 av 10 rehabiliteringsärenden</b>

Resultatet för granskningen visade att det fanns brister i följsamhet till kommunens rehabiliteringsprocess. Utifrån att det fanns bevakningar i Adato som inte hanterats samt att det saknades dokumenterade samtal och rehabiliteringsutredningar bedömdes avvikelser för kontrollen.

## Åtgärder

För att säkerställa bästa möjliga rehabilitering för medarbetare behövs det vidtas åtgärder i form av mer dialog mellan chefer och förvaltningens HR-enhet i kombination med löpande uppföljningar i verksamhetsområdenas ledningsgrupper. Inom vård- och omsorgsförvaltningen kommer HR-enheten tillsammans med verksamhetscheferna säkerställa att åtgärder planeras och genomförs.


## Sammanfattande bedömning

### ■ Avvikelser

## Direktåtgärder

I tabellen nedan visas de risker som vid riskanalysen våren 2022 beslutades att hanteras genom *direktåtgärd* samt vilka åtgärder som ska eller har vidtagits.

Risk	Direktåtgärd	Status	Slutdatum
Felaktiga beslut om vilka förbättringsarbeten som ska prioriteras. <b>N</b>	<b>Förändrat arbetssätt av sammanställning och analys av kvalitetsårets 2022/2023 samlade avvikelser.</b>  <i>Kommentar</i> I den samlade uppföljning av avvikelser har det pågått ett arbete sedan hösten 2022 med att förenkla, förbättra och utveckla uppföljningen för enhets- och verksamhetschefer/ myndighetschef. Ett led i arbetet har bestått i att tydliggöra åtgärder på verksamhetsområdesnivå samt att följa upp arbetet med åtgärderna.		2023-12-31
Risk att vi tappar kandidater på grund av långsam hantering av hälsokontroll TBC. <b>N</b>	<b>Förlängning av avsteg från rutinen att hälsodeklaration TBC ska genomföras innan anställning.</b>  <i>Kommentar</i> Beslut har fattats av ordförande i nämnden att förlänga avsteg från rutinen att hälsodeklaration TBC ska genomföras innan anställning. Avsteget gäller för anställningar som påbörjas under perioden den 1 september 2023 till den 31 december 2023. Medarbetare ska genomföra hälsodeklarationen som tidigare, men ska kunna påbörja sin anställning innan svar på hälsodeklarationen kommit. Vid eventuella anmärkningar får anställningen hanteras därefter. Anställningar som påbörjas 1 januari eller senare följer ordinarie rutin. Kommunkontoret har startat en utredning för att se över riktlinjen för hälsodeklaration för TBC vid nyanställning. Denna utredning beräknas bli klar under hösten och därefter kommer kommunfullmäktige att besluta i frågan.		2023-12-31
Svårigheter att utföra uppdraget på grund av konkurrens på arbetsmarknad och begränsad tillgång av kompetent personal. <b>N</b>	<b>Åtgärder i enlighet med nämndens verksamhetsplan 2023</b>  <i>Kommentar</i> Åtgärder kopplade till risken återfinns i nämndens verksamhetsplan för 2023 pågår och berör både verksamhetens och stödfunktioners uppdrag. Förvaltningen arbetar aktivt utifrån ARUBA-modellen (attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avsluta). Exempel på aktiviteter som pågår: <ul style="list-style-type: none"><li>• fortsätta utveckla deltagande på rekryterings- och arbetsmarknadsföreläsningar, besöka skolor etc. med syftet att attrahera nya medarbetare och sprida arbetsgivarvarumärket.</li><li>• genomföra rekryteringskampanjer under året; riktat mot målgrupperna undersköterskor, sjuksköterskor och timavlönade.</li><li>• fortsätta implementeringen av kompetenstrappan med syftet att fånga upp nya potentiella medarbetare som står långt ifrån arbetsmarknaden och tillsammans med verksamheten erbjuda praktik.</li><li>• utveckla nya arbetssätt och se över möjligheten till nya relevanta kompetenser/befattningar till exempel servicemedarbetare och digital hemvård.</li><li>• arbeta med uppföljning av kandidater i samband med rekrytering liksom insatser för utveckling av språkstöd/språkkommunikation.</li><li>• översyn av samarbetet med lärosäten, med målet att attrahera HSL-personal har påbörjats.</li><li>• inom HSL-organisationen testas just nu ett traineeprogram, vilket har syfte att både attrahera nya, oerfarna medarbetare, men även genom detta program ge en fördjupad introduktion till erfaren hälso- och sjukvårdspersonal.</li><li>• en utveckling av onboardingprocess pågår kommungemensamt och på förvaltningsnivå.</li><li>• förebyggande och främjande åtgärder inom arbetsmiljöområdet genomförs inom ramen för ett hälsoinspiratörsprojekt med syftet om en minskad sjukfrånvaro.</li></ul>		2023-12-31

Risk	Direktåtgärd	Status	Slutdatum
	<ul style="list-style-type: none"> <li>för att behålla medarbetare och chefer har förvaltningsledningen i uppdrag att se över de organisatoriska förutsättningarna för enhetschefer med fokus på ett rimligt antal medarbetare per chef och en struktur för dialog och uppföljning.</li> <li>inom uppdraget att utveckla de organisatoriska förutsättningar för chefer pågår just nu även en översyn av stödfunktioner med fokus på rollen som enhetsadministratör.</li> <li>ett projekt med alternativa anställningsformer, så kallad veckosluttjänstgöring, med syfte att attrahera nya målgrupper och behålla medarbetare. En utvärdering pågår just nu.</li> <li>prova att utveckla självstyrande team inom ett par verksamheter samt förstärkning inom schema- o bemanningsplanering för att öka förutsägbarhet.</li> </ul>		
Uteblivna intäkter för verksamheten <b>N</b>	<b>Utskick</b>		2023-12-31
	<b>Kommentar</b>		
	Utskick har genomförts från förvaltningens myndighetsfunktion till berörda brukare.		

## 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 2023.

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 enheten för 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
Framtagande av styrdokument samt säkerställande efterlevnad av beslutade styrdokument	Anordna utbildning i Program för styrning för berörda medarbetare	Det har ordnats utbildningar i Program för styrning, två tillfällen under våren och ett under hösten.	✓ Avslutad
	Utveckla arbetssätt så att handlingar i samband med nämndspecifika styrdokument följer Program för styrning.	Dialog pågår kring hur arbetet kan utformas för att säkerställa att det sker en kvalitetssäkring av styrdokument som ska beslutas av nämnden.	▶ Pågående
Hantering av konvertering enligt LAS och företrädesrätt enligt LAS	Framföra behov till kommunkontoret om att regelbundet kontrollera och säkerställa att anställningar registreras och avslutas på rätt sätt i Personec P.	Behovet har framförts till kommunkontoret via vård- och omsorgsnämndens <i>Granskningsrapport intern kontroll 2022</i> och vid en av de kommungemensamma nätverksträffarna för intern kontroll.	✓ Avslutad
	Framföra till kommunkontoret om att gå igenom systemstödet så att de funktioner som syns i systemstödet inte är fler än nödvändigt för att kunna tolka uppgifterna rätt.	Behovet har framförts till kommunkontoret via vård- och omsorgsnämndens <i>Granskningsrapport intern kontroll 2022</i> och vid en av de kommungemensamma nätverksträffarna för intern kontroll.	✓ Avslutad
Kunskaper om och tillämpning av lagstiftning, rutiner och digitala kommunikationsverktyg i förhållande till offentlighet, sekretess och informationssäkerhet	Framföra behov av återkommande utbildning i offentlighet och sekretess till kommunkontoret	Behovet av återkommande utbildning i offentlighet och sekretess har framförts till kommunkontoret via vård- och omsorgsnämndens <i>Granskningsrapport intern kontroll 2022</i> . Under våren 2023 har kommunkontoret bjudit in till utbildning vid två tillfällen i offentlighet och sekretess.	✓ Avslutad
	Se över behov av att ta fram ett ledningssystem för informationssäkerhet.	Planeringsarbete pågår med stöd av kommunens informationssäkerhetssamordnare samt en extern konsult som finns tillgänglig för stöd i processen för framtagandet av ledningssystem för informationssäkerhet.	▶ Pågående
	Säkerställa att verktyg och arbetssätt motsvarar verksamheternas behov så att sekretessuppgifter och andra personuppgifter hanteras korrekt.	För att säkerställa att de system som används i verksamheten uppfyller de krav som finns på informationssäkerhet återstår ett arbete i första hand för systemägare och systemförvaltare. Arbetet består bland annat i att ta fram risk- och sårbarhetsanalyser - ett arbete som har pågår.	▶ Pågående

## **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 2023* har riskanalys och riskvärdering genomförts under våren 2022 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 2023 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.

### **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.