

# Uppföljning 2 av intern kontroll 2024

---

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

# Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Inledning .....   | 3  |
| Direktåtgärder .....  | 4  |
| Risk: Bristande verksamhetskunskap och ej anpassad information.....   | 4  |
| Beskrivning av risk.....  | 4  |
| Åtgärd: Gemensam introduktion för stabsmedarbetare .....  | 4  |
| Risk: Ej uppdaterade kontaktuppgifter.....  | 5  |
| Beskrivning av risk.....  | 5  |
| Åtgärd: Öka tillgången på korrekt och uppdaterad information om arbetsuppgifter och kontaktuppgifter till medarbetare ..... | 5  |
| Risk: Otillräcklig reflektion .....   | 6  |
| Beskrivning av risk.....  | 6  |
| Åtgärd: Modell för strukturerad reflektion.....   | 6  |
| Granskningar .....  | 7  |
| Kommungemensamma granskningar.....  | 7  |
| Risk: Felaktig tillgång till information och lokaler .....  | 7  |
| Beskrivning av risk .....   | 7  |
| Granskning: Felaktig tillgång till information och lokaler .....  | 7  |
| Risk: AI-relaterade risker .....  | 10 |
| Beskrivning av risk .....   | 10 |
| Granskning: AI - artificiell intelligens.....   | 10 |
| Risk: Bristande digital offentlig service .....   | 15 |
| Beskrivning av risk .....   | 15 |
| Granskning: Digital offentlig service .....   | 15 |

# Inledning

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden antog en intern kontrollplan i januari 2024. Planen innehåller fem direktåtgärder, en granskning och tre kommungemensamma granskningar. I en första uppföljning av planen i september 2024 redovisades uppföljning av två direktåtgärder och en granskning.

Den här uppföljningen redovisar hur det gått med resterande innehåll i den interna kontrollplanen. En av direktåtgärderna är inte slutförd och kommer därför att återkomma i intern kontrollplan för 2025.

# Direktåtgärder

## Risk: Bristande verksamhetskunskap och ej anpassad information

### Beskrivning av risk

Risk för att stödfunktioner/stabsavdelningar har bristande verksamhetskunskap på grund av att de finns långt från verksamheten vilket kan leda till ett sämre stöd och ökad administration.

Risk för att medarbetare inte kan ta till sig information som kommer från stödfunktioner och stabsavdelningarna på grund av att den inte är målgruppsanpassad vilket kan leda till att informationen inte når fram och att närmsta chef får lägga ned tid på att anpassa informationen.

### Åtgärd: Gemensam introduktion för stabsmedarbetare

#### Vad ska göras:

Åtgärden innebär att ta fram förslag på en förvaltningsgemensam introduktion för medarbetare och chefer i stabsavdelningar och enheter. Förslaget ska innefatta vilket innehåll som ska ingå, vilka personer/funktioner som ska involveras. Upplägget ska under 2024 testas och utvärderas. Syftet är att bidra till ett gemensamt förhållningsätt, skapa en förståelse för kärnverksamhetens och de andra stabernas uppdrag för att i förlängningen på bästa sätt kunna vara ett stöd till kärnverksamheten. Utifrån vad som framkommer i utvärderingen planeras implementering under 2025.

#### Genomförda åtgärder

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har under 2024 arbetat med upplägget för den gemensamma stabsintroduktionen, men det har inte hunnit testats och utvärderats under året. Förvaltningen planerar därför att föra över risk och åtgärd till nästa års intern kontrollplan och att under 2025 följa upp åtgärden och återrapportera till nämnden.

# **Risk: Ej uppdaterade kontaktuppgifter**

## **Beskrivning av risk**

Risk för svårigheter att hitta rätt person i organisationen på grund av att kontakt- och arbetsuppgifter inte är uppdaterade vilket kan leda till att chefer inte får det stöd de behöver, att kontaktcenter inte kan lotsa medborgare rätt, intern post går fel och att Malmöborna i slutändan får fel eller fördröjt stöd och hjälp.

## **Åtgärd: Öka tillgången på korrekt och uppdaterad information om arbetsuppgifter och kontaktuppgifter till medarbetare**

### **Vad ska göras:**

Åtgärden genomförs i steg. Inledningsvis behöver förvaltningen ta ställning till vilka yrkeskategorier som förväntas ha kontaktuppgifter och presentation på intranätet samt vad som ska framgå av en medarbetares så kallade kontaktkort. Därefter planeras för stickprovskontroller av vilka kontaktuppgifter olika typer av medarbetare saknar för att kunna göra riktade insatser beroende på vilka brister som är störst. Därefter görs lämpliga åtgärder, vilka skulle kunna vara informationsinsatser om vikten av uppdaterade uppgifter, uppdaterad checklista för introduktion av nya medarbetare, tydligare instruktioner för vad som ska göras och hur man uppdaterar sina uppgifter eller dylikt.

### **Genomförda åtgärder**

Förvaltningen har tagit ställning till att det är stöd-/stabsfunktioner samt chefer som ska uppdatera sina kontaktkort på intranätet (i större utsträckning än de uppgifter som finns där automatiskt). De uppgifter som medarbetarna själva ansvarar för att fylla i är adress, samt en kort presentation av sina arbetsuppgifter, vilken verksamhet en chef är chef över eller om man arbetar stödjande mot en specifik verksamhet. Medarbetare behöver också säkerställa att telefonnummer är korrekta och annars justera detta i telefonisystemet. Fotografi uppmuntras men är inget krav.

Stickprovskontroller har gjorts av 50 medarbetares kontaktkort. De främsta bristerna gällde fotografi samt den korta presentationen där knappt hälften av de granskade saknade uppgifter.

Riktad information i nyhetsformat har lagts ut på intranätet med instruktion dels kring vilka uppgifter man som medarbetare förväntas fylla i, dels instruktioner för hur man gör de olika delarna.

# Risk: Otillräcklig reflektion

## Beskrivning av risk

Risk för otillräcklig reflektionstid vilket kan leda till försämrad arbetsmiljö, svårigheter att upprätthållande av kunskap kring personcentrerat förhållningssätt och annan kompetens.

Risk för att vi inte lär av varandra på grund av bristande reflektionsmöjligheter vilket kan leda till att kompetensen i arbetsgruppen inte kan upprätthållas eller att goda exempel inte kan spridas

## Åtgärd: Modell för strukturerad reflektion

### Vad ska göras:

Ett metodstöd tas fram för att etablera och öka möjligheterna för enkel strukturerad reflektion. Metodstödet ska finnas tillgängligt att använda för förvaltningens medarbetare.

### Genomförda åtgärder

I hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen har det i flera verksamheter uppmärksammats ett behov av att medarbetare ska kunna få möjlighet att reflektera över händelser i vardagen på ett strukturerat och enkelt sätt. Händelser kan vara av olika karaktär, såsom ett förändrat arbetssätt, ett nyligen uppstått fenomen i omgivningen, eller en oönskad händelse i arbetet med brukare/patient/anhörig.

Risk- och händelseanalysgruppen i förvaltningen har sedan tidigare tagit fram ett metodstöd för att arbetsgrupper ska kunna värdera risker inför en förändring eller i komplexa ärenden. Under året har gruppen även tagit fram ett metodstöd för reflektion *efter* en uppstådd situation eller händelse. Materialet är inspirerat av AAR - After action review, framtaget av MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap). Metodstödet går ut på att varje enskild medarbetare ges möjlighet att fundera över vad som förväntades hända och vad som faktiskt hände samt varför det hände och om något kan förbättras. Därefter ska gruppen som helhet tillsammans komma överens om vad man gjort bra, vad som bör förändras och om något behöver sluta göras. Avsikten är att metodstödet ska kunna användas som en snabb reflektion exempelvis vid arbetsdagens slut eller vid en enstaka incident. En enhet eller avdelning ska även kunna kontakta risk- och händelseanalysgruppen för handledning i en mer omfattande reflektion om situationen kräver det.

Risk- och händelseanalysgruppen ansvarar för materialet och presenterar detta på Komin, där information och material finns tillgängligt. Därtill kommer digitala informationsträffar erbjudas för den chef som är intresserad av att använda materialet.

# Granskningar

## Kommungemensamma granskningar

### Risk: Felaktig tillgång till information och lokaler

#### Beskrivning av risk

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

#### Granskning: Felaktig tillgång till information och lokaler

##### Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:

Rutiner för säkerställande av att obehöriga inte har tillgång till information och lokaler.

##### Syfte med granskningen:

Syftet med granskningen är att undersöka hur nämnder och bolagsstyrelser säkerställer att personer inte obehörigen har tillgång till information och lokaler, exempelvis om det finns lokala styrdokument och rutiner och huruvida dessa efterlevs.

##### Omfattning/avgränsning:

Granskningen omfattar Malmö stads nämnder och helägda bolag. Riktlinjer och anvisningar för informationssäkerhet i Malmö stad gäller för nämnderna och i tillämpliga delar även för bolagen. Detta innebär att granskningsmomenten kommer att skilja sig mellan nämnder och bolagsstyrelser.

##### Granskningsmetod:

- Självskattning utifrån ett antal frågor/påståenden kring hur nämnden/bolagsstyrelsen säkerställer att risken inte faller ut.
- Enkät med frågor till slumpmässigt urval av chefer (nämnder).
- Intervjuer med ett färre antal chefer i respektive förvaltning för att få djupare och mer nyanserade svar (nämnder).

Stadskontoret tar i samråd med förvaltningar och bolag fram anvisningar som bland annat innehåller frågor för enkäter och intervjuer och påståenden för självskattningsdelen av granskningen.

##### Resultat

Enkäten hade 53 svarande i förvaltningen och fyra chefer har intervjuats. Se även självskattningen nedan.

##### Systembehörigheter

Förvaltningen tillhandahåller en mängd olika system. Behörighetsförfarandet ser olika ut, vissa system är kopplade till medarbetarens Malmö stad-login och i andra behöver användaren logga in med en e-postadress och ett lösenord. Vissa behörigheter beställer chefen,

andra kan en medarbetare beställa själv. Att utveckla samma behörighetshantering för samtliga system skulle vara ett väldigt omfattande projekt. Som chef är det snårigt att navigera och hitta rätt väg för att avbeställa behörigheter. Till att börja med finns ingen överblick för en chef, det går inte att någonstans se vilka behörigheter en medarbetare har. Den framtagna checklisten är generell då den är anpassad för samtliga verksamheter i förvaltningen. Avsluten ser olika ut för olika system och arbetsplatser. Cheferna önskar ett utökat stöd med behörighetshanteringen. Som förslag nämndes en behörighetsfunktion på stabsnivå, en väg in eller en bättre överblick på medarbetarnas behörigheter.

I det stora hela visar enkätsvaren tillsammans med intervjuerna samma resultat som vid förra granskningen. Den nya checklisten för avslut av medarbetare har bidragit till en större medvetenhet kring vilka rutiner som finns för att avsluta medarbetare. Enkätsvaren visar en liten försämring gällande chefers kunskap om deras ansvar för medarbetarnas behörigheter till system. Eftersom det saknas en förankrad process kring medarbetarnas behörigheter kan detta vara en faktor. Enkätsvaren och intervjuerna visar också att det fortfarande är svårt att göra rätt när det gäller behörigheter till system.

För att få en enhetlighet kring behörighetshantering behöver staden ta fram riktlinjer och processer för hur detta ska hanteras och vilka tekniska förutsättningar som behövs för att underlätta processen. Det kan helt enkelt handla om någon form av behörighetshanteringssystem som behöver vara kommunövergripande eftersom många system handhas på kommunnivå eller hos en annan förvaltning.

#### **Tillgång till lokaler**

Hanteringen av tillgång till lokaler i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen skiljer sig brett mellan verksamheter då det både finns olika nyckelsystem och passersystem, så kallade accesskontrollsystem. I vissa lokaler är det dessutom fastighetsägaren och inte förvaltningen som tillhandahåller detta. Det saknas därtill en övergripande hantering och riktlinjer kring larm- och passagesystem i Malmö stad. De olika nyckel- och passersystemen för accesskontroll innebär att det är svårt att ha en gemensam rutin för tillvägagångssätt för samtliga lokaler och det förekommer därmed olika lokala rutiner. Det innebär att hanteringen av hur behörigheterna sköts spretar och skiljer sig mellan verksamheterna. Resultatet från enkätundersökningen visar en liten försämring gällande hantering av lokaler. Detta kan bero på att de tekniska förutsättningarna för respektive lokal ser olika ut och chefen kan känna en otrygghet kring hanteringen av dessa system. En liten försämring framgår också i enkätsvaren gällande chefers kunskap om sitt ansvar för tillgången till våra lokaler.

#### **Sammanfattning**

Behörighetshantering till våra system är komplext. En övergripande process skulle behövas tas fram för Malmö stad centralt.

Accesskontrollen för våra lokaler skiljer sig åt och det bidrar till en svårighet att upprätta gemensamma förvaltningsövergripande rutiner. Detta kan medföra en osäkerhet hos chefen som ansvarar för lokalen. Säkerhetskulturen i förvaltningen behöver stärkas genom ökad medvetenhet, riktlinjer och utbildning. Genom att ha ett gemensamt



arbetssätt för behörighetsstyrning till system och lokaler kan en effektivare förflyttning ske. Men för det krävs att varje lokal använder samma passersystem.

#### Självskattning

| Nr | Påstående  | Ja, tillfredsställande | Delvis, förbättrings område | Nej, behöver ses över omgående |
|----|--|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1  | Det finns dokumenterade rutiner för hantering av tillgång till system vid avslut av anställning/uppdrag  |                        | X                           |                                |
| 2  | Rutinerna är kända   |                        | X                           |                                |
| 3  | Rutinerna tillämpas  |                        | X                           |                                |
| 4  | Det finns dokumenterade rutiner för hantering av tillgång till lokaler vid avslut av anställning/uppdrag |                        | X                           |                                |
| 5  | Rutinerna är kända   |                        |                             | X                              |
| 6  | Rutinerna tillämpas  |                        | X                           |                                |

## **Risk: AI-relaterade risker**

### **Beskrivning av risk**

Risk för bristande beredskap för att identifiera, möta och hantera möjligheter och risker kopplade till AI, på grund av bristande kompetens. Detta kan leda till outnyttjad effektiviserings-potential, rättsosäkerhet, kränkning av enskildas fri- och rättigheter, välfärdsbrottlighet och otillåten påverkan med mera.

### **Granskning: AI - artificiell intelligens**

#### **Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:**

Granskningen avser huruvida det finns en beredskap att tillvarata möjligheter och möta hot kopplade till AI - artificiell intelligens.

#### **Syfte med granskningen:**

Syftet med granskningen är att undersöka beredskapen i nämnder och bolag att hantera hot och utnyttja möjligheter med AI.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Granskningen omfattar Malmö stads samtliga nämnder och helägda bolag, och genomförs på samma sätt för nämnder och bolag.

#### **Granskningsmetod:**

Granskning görs genom självskattning av det egna arbetet utifrån ett antal påståenden. Självskattningen kompletteras med frågor.

### **Resultat**

Sammanfattningsvis kan sägas att i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen används AI främst för att effektivisera rekryteringsprocessen (Hubert) och som verktyg för textbearbetning (ChatGPT och Copilot). Även om dessa lösningar sparar tid, saknas en strukturerad och systematisk strategi för AI-implementering och långsiktig utveckling.

#### **Slutsatser för nämnden**

- AI erbjuder stora möjligheter för effektivisering men kräver tydligare riktlinjer och integrationer för att nå sin fulla potential.
- Förvaltningens arbete är beroende av central vägledning, vilket begränsar initiativförmågan lokalt på förvaltningen.
- Förvaltningen behöver generellt arbeta med informationsspridning och även ta fram processer för hur vi lokalt ska ta oss an framtida projekt och införanden. Det behöver säkerställas att ITD:s riktlinjer är kända och används av alla avdelningar och enheter.
- Önskemål finns om att det skapas en tydlig policy för AI-användning i Malmö stad men sedan med specifik policy för hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.
- Regler kring hantering av känsliga personuppgifter och användning av molntjänster behöver tydliggöras
- Regelbunden utbildning i AI-verktyg för personal behövs för att öka förståelsen och förbättra tillämpningen.

Se självskattning samt svar på utskickade frågor nedan. Svaren på frågorna utgår dels från ett generellt perspektiv, dels arbetssättet med

Hubert AI i rekryteringsprocessen.

### Självskattning

| Nr  | Påstående   | Ja, tillfredsställande utifrån nämndens/styrelsens behov/ambition | Delvis, förbättrings område | Nej, behöver ses över omgående |
|-----|---|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1   | Nämnden/styrelsen har en god förståelse för olika typer av AI och dess tillämpningsområden.   |   | X                           |                                |
| 2   | Nämnden/styrelsen vet var och hur AI används inom den egna verksamheten i dag.  |   | X                           |                                |
| 3   | Nämnden/styrelsen har ett arbetssätt för att identifiera möjliga områden i verksamheten att utveckla med hjälp av AI.   |   | X                           |                                |
| 4   | Nämnden/styrelsen har ett arbetssätt för att identifiera risker som uppstår till följd av AI som verksamheten använder eller påverkas av:   |   |                             |                                |
| 4 a | Säkerhetsmässiga aspekter   |   | X                           |                                |
| 4 b | Dataförvaltning (datakvalitet, vidareutnyttjande av data, metadata)   |   | X                           |                                |
| 4 c | Etiska aspekter (exempelvis bias, desinformation/påhittade fakta, kontrollproblemet, transparens)   |   | X                           |                                |
| 4 d | Juridiska aspekter  |   | X                           |                                |
| 4 e | Tekniska aspekter   |   | X                           |                                |
| 4 f | Klimatpåverkan (se länk <a href="https://www.ri.se/sv/resur-seffektiv-ai-for-hallbarhet-och-praktisk-nytta">https://www.ri.se/sv/resur-seffektiv-ai-for-hallbarhet-och-praktisk-nytta</a> ) |   | X                           |                                |
| 4 g | Affärsmässiga/leverantörsmässiga aspekter (leverantörsberoende, leverantörens lämplighet kopplat till Malmö stads värderingar och mål)  |   | X                           |                                |

| Nr | Påstående   | Ja, tillfredsställande utifrån nämndens/styrelsens behov/ambition | Delvis, förbättrings område | Nej, behöver ses över omgående |
|----|---|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 5  | Nämnden/styrelsen har dimensionerat resurstilldelningen och säkerställt den kompetens som krävs för att arbeta med AI utifrån ovanstående (a-g) aspekter. |   | X                           |                                |
| 6  | Nämnden/styrelsen arbetar systematiskt med att höja medarbetarnas förståelse och kunskap kring AI.  |   | X                           |                                |
| 7  | Nämnden/styrelsen har en process för att säkerställa att användningen av AI faktiskt utvecklar/effektiviserar verksamheten.                               |   | X                           |                                |
| 8  | Nämnden/styrelsen är transparenta mot enskilda eller organisationer som direkt berörs/påverkas av den egna användningen av AI.                            |   | X                           |                                |
| 9  | Nämnden/styrelsen har ett strukturerat och användarcentrerat arbetssätt vid utveckling eller implementering av AI i den egna verksamheten.                |   | X                           |                                |

#### Frågor kring nämndens/bolagsstyrelsens arbete

1. Hur ser nämndens/bolagsstyrelsens arbetssätt för AI ut och hur tillämpas det i verksamheten?

Förvaltningen följer vägledningen från ITD (IT- och digitaliseringsavdelningen på serviceförvaltningen). Flera avdelningar och enheter använder AI-verktyg som ChatGPT (gratisversion) och Copilot för olika ändamål. Avdelningen för digital utveckling och lokaler stödjer verksamheterna med informationssäkerhetsfrågor och digital utveckling, men är beroende av att verksamheterna rapporterar vad de inför. Just nu pågår en undersökning om hur AI kan användas för dokumenthantering.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen använder AI-verktyget Hubert som ett stöd för rekryteringsprocessen. AI tillhandahåller chatbaserade intervjuer som effektiviserar urvalsprocessen, där kandidaterna poängsätts baserat på sina svar. Verktyget används för att minska tiden som tidigare ägnades åt telefonintervjuer och administrativt arbete, vilket möjliggör snabbare beslutsfattande. Dock används AI enbart som ett

stöd och inte för att fatta slutgiltiga beslut om anställning.

2. Hur har nämnden/bolagsstyrelsen åstadkommit förbättringar (exempelvis effektivisering eller kvalitetshöjning, reducering av risker i verksamheten), där AI helt eller delvis varit en del av lösningen?

AI-verktyg som Copilot och ChatGPT används för att förbättra texter och generera idéer. Detta görs dock på eget initiativ och utan central kontroll.

Användandet av Hubert AI har lett till:

- Tidsbesparing: Processen minskade med cirka 100 minuter per kandidat under piloten.
- Effektivisering: Snabbare identifiering och hantering av kandidater, vilket minskar risken för att förlora kvalificerade sökande.
- Förbättrad kandidatupplevelse: Kortare väntetider och snabbare återkoppling har gett ett positivt intryck av arbetsgivaren.

3. Vilka eventuella hinder respektive utvecklingsområden ser nämnden/bolagsstyrelsen för ett framgångsrikt arbete med AI?

Nämnden ser följande hinder:

- Hantering av känsliga personuppgifter gör det svårt att säkerställa att AI används på ett säkert sätt.
- Vägledningen från ITD är inte tillräckligt spridd eller känd.
- Begränsningar i integrationer mellan system, för Hubert handlar det om integrationer till exempelvis rekryteringssystemet ReachMee.
- AI:s roll som stödverktyg kräver fortfarande manuella kontroller och beslutsfattande.

Nämnden ser följande utvecklingsområden:

- Öka integrationer med andra system.
- Informationsklassning bör införas vid implementering av ny AI för att identifiera och hantera risker tidigt.

4. Välj ut ett konkret fall: Hur har nämnden/bolagsstyrelsen resonerat i detta fall kring effekter och konsekvenser av tillämpning av AI i verksamheten?

I sommarrekryteringen 2024 användes Hubert för att hantera 905 ansökningar. Hubert hjälpte till att filtrera och intervjua kandidater, vilket minskade tidsåtgången och förbättrade kandidatupplevelsen. AI-verktyget fungerade som ett beslutsunderlag men inte som slutgiltig beslutsfattare. Slutliga anställningsbeslut fattades manuellt för att följa riktlinjer om transparens och ansvar.

5. Hur säkerställer nämnden/bolagsstyrelsen digitala eller analoga alternativ för fortsatt utförande av uppdrag/verksamhetsprocesser om förutsättningarna för användningen av AI förändras (kontinuitetsplanering)?

Förvaltningen förlitar sig på att centrala IT ansvarar för kontinuitetsplanering. Detta inkluderar exempelvis AI-lösningar i Office 365.

Om Hubert AI inte kan användas, finns det en tidigare etablerad rekryteringsprocess som är mer tidskrävande och kräver mer arbete men genomförbar. Den manuella hanteringen har varit standard tidigare och kan återupptas vid behov.

6. Kring vilka områden har nämnden/bolagsstyrelsen styrdokument för AI-utveckling och tillämpning?

Förvaltningen har inga egna styrdokument för AI, utan följer vägledningen från ITD.

7. Kring vilka områden där nämnden/bolagsstyrelsen saknar styrdokument för AI-utveckling och tillämpning finns ett behov av styrdokument?

Nämnden önskar en tydlig policy för AI inom Malmö stad, inklusive integration i andra system, samt styrdokument för användning av molntjänster och hantering av data som inte ska delas internationellt.

8. Hur arbetar nämnden/bolagsstyrelsen systematiskt med arbetsmiljön vid utveckling eller tillämpning av AI inom den egna verksamheten?

Vid större förändringar i arbetssätt genomförs riskbedömningar enligt rutin i de berörda verksamheterna. Hittills i arbetet med Hubert AI ges utbildningar till rekryterare och chefer för att använda verktyget på ett effektivt sätt. Det görs också regelbundna utvärderingar genom enkäter till chefer och kandidater för att förbättra processen kontinuerligt.

## **Risk: Bristande digital offentlig service**

### **Beskrivning av risk**

Risk för bristande tillgång till digital offentlig service på grund av otillräcklig och/eller bristande prioritering. Detta kan hindra grupper från att tillvarata sina rättigheter och uppfylla sina skyldigheter på lika villkor.

### **Granskning: Digital offentlig service**

#### **Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:**

Granskningen avser webbsidor, innehåll och e-tjänster och om kommunen, inklusive de helägda bolagen, lever upp till de krav som finns i lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service (DOS-lagen).

#### **Syfte med granskningen:**

Syftet med granskningen är att säkerställa att Malmö stad - stadens förvaltningar och bolag - har rutiner och metoder som säkrar att alla kan ta del av digital offentlig service på lika villkor.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Granskningen omfattar Malmö stads nämnder och helägda bolag.

#### **Granskningsmetod:**

Nämndernas granskning kommer att utgå från granskning och analys av ett urval av webbsidor, innehåll som e-tjänster som genomförs av stadskontorets kommunikationsavdelning, och genom frågor kring nämndens arbete inom området. Bolagen kommer granskas genom frågor kring bolagsstyrelsens arbete inom området.

#### **Resultat**

Stadskontoret sammanfattade sin granskning av ett urval av hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens webbsidor, dokument och videofilmer såhär: "Efterlevnaden av gällande regler är generellt god för det redaktionella innehållet inklusive dokument och videofilmer som publiceras på malmo.se. Stickproven uppvisar endast smärre brister vilket tyder på att förvaltningen har goda rutiner för att upprätthålla en god efterlevnad av lagstiftningens krav."

Förvaltningen har åtgärdat de brister som hittades i granskningen.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens framgångsfaktor för ett digitalt tillgängligt innehåll på malmo.se är att ha ett fåtal antal webbredaktörer, i princip en som är huvudansvarig. Denna person kompetensutvecklas löpande och sprider kunskap vidare till övriga redaktörer. Förvaltningen ser av granskningens resultat att detta arbetssätt bör fortsätta.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har ingen systematisk uppföljning av kraven på digital tillgänglighet när det gäller innehåll på webbplatser utan uppdaterar när behov eller felaktigheter upptäcks. Förvaltningen har ett antal förbättringsförslag som kan tas med i framtida utveckling av webbplattformen. Det gäller:

1. Vid publicering av bild bör det vara tvingande att antingen fylla i en alternativ-text eller att markera bilden som dekorativ.
2. Det bör vara möjligt att utse faktaägare för sidor på malmo.se (likt hur intranätet är uppbyggt) så att det går att ta kontakt med och påminna alla som är ansvariga för innehållet på olika sidor om att följa upp digital tillgänglighet och faktainnehållet.
3. En funktion där besökare kan rapportera fel på sidor. Dessa fel kan vara av olika slag, digital tillgänglighet kan vara en av dem.

Gällande upphandling och avtal av digitala verktyg och tjänster för digital offentlig service, exempelvis e-tjänster av olika slag, har förvaltningen ingen systematik kring kravställan eller uppföljning specifikt utifrån digital tillgänglighet. Förvaltningen genomför sällan denna typ av upphandlingar och vill helst använda de e-tjänst-verktyg som är kommungemensamma. En viktig hjälp vid eventuell upphandling är att sådana krav finns i det kravbibliotek som IT- och digitaliseringsavdelningen på serviceförvaltningen har till förfogande för nämnderna.