

# Uppföljning av intern kontroll 2025

---

Funktionsstödsnämnden

# Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
<b>Ansvar .....</b>	<b>5</b>
<b>Arbetsgång vid internkontrollgranskning .....</b>	<b>6</b>
<b>Kommungemensamma granskningsområden .....</b>	<b>7</b>
<b>Direktåtgärder.....</b>	<b>8</b>
Risk: Följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) .....	8
Åtgärd: Kompetenshöjande åtgärder.....	8
Åtgärd: Kompetenshöjande åtgärd.....	8
Risk: Privata medel.....	10
Åtgärd: Kompetenshöjande åtgärd.....	10
<b>Granskningar.....</b>	<b>11</b>
Nämndens granskningar .....	11
Risk: Inköp utanför avtal .....	11
Granskning: Inköp utanför avtal .....	11
Risk: Följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) .....	13
Granskning: Uppföljning av delegeringar.....	13
Kommungemensamma granskningar.....	15
Risk: Bristande serviceskyldighet.....	15
Granskning: Användande av sociala medier .....	16
Risk: Bisysslor .....	18
Granskning: Bisysslor .....	18
Risk: Valfärdsbrottslighet.....	21
Granskning: Valfärdsbrottslighet.....	21

<b>Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll .....</b>	<b>23</b>
Självskattning .....	23
Kontrollmiljö .....	23
Riskanalys .....	23
Kontrollaktiviteter .....	23
Kommunikation/information .....	24
Uppföljning/utvärdering.....	24

# Inledning

Funktionsstödsnämnden fastställde vid sammanträde den 27 januari 2025 internkontrollplan för funktionsstödsförvaltningen.

Internkontrollplanen togs fram utifrån förvaltningens riskanalyser. Utöver de risker som förvaltningen identifierade har kommunstyrelsen beslutat om tre gemensamma granskningsområden för samtliga nämnder i Malmö stad.

Uppföljning av delar av internkontrollplan 2025 har redovisats för nämnden i enlighet med angiven uppföljningstid i planen.

Denna uppföljning av internkontrollplan 2025 omfattar samtliga granskningsområden och direktåtgärder förutom uppföljning av välfärdsbrottslighet som redovisas i egen uppföljningsrapport. De tre kommungemensamma granskningarna samt självskattningen rapporteras vidare till kommunstyrelsen.

## Ansvar

Enligt Malmö stads reglemente för intern kontroll har nämnder och bolagsstyrelser det yttersta ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig inom dess ansvarsområden och ska se till att det finns en organisering och ett systematiskt arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll.

Enligt reglementet skall nämnden varje år anta en särskild plan för den interna kontrollen. Nämndens verksamheter upprättar en gemensam plan för intern kontroll samt ansvarar för rapportering, uppföljning och utvärdering av denna. Ansvariga för framttagande av metoder för kontrollerna är avdelningschefer.

Förvaltningsdirektören rapporterar till nämnden huruvida granskningar och åtgärder genomförts i enlighet med antagen internkontrollplan samt redogör för resultatet av genomförda kontroller. Nämnden fattar beslut om rapport från föregående års internkontroll samt beslutar om årets internkontrollplan senast i februari månad.

## Arbetsgång vid internkontrollgranskning

Genomförande av granskningar och direktåtgärder sker löpande under året och rapporteras i enlighet med vad som angivits i internkontrollplanen samt i en samlad uppföljningsrapport för hela året till nämnden.

Granskare som utses ska ha relevant kunskap inom granskningsområdet men inte stå i jävsförhållande till det som ska granskas. Efter genomförd granskning ska eventuellt konstaterade avvikelser leda till åtgärdsförslag från den som utför granskningen. Granskare ska efter genomförd kontroll rapportera resultatet av granskningen till granskad verksamhet, ansvarig avdelningschef samt vid behov till förvaltningsdirektör. Avdelningschef beslutar om förbättringsåtgärder inom sitt ansvarsområde.

# Kommungemensamma granskningsområden

Kommunstyrelsen beslutade vid sitt sammanträde 2024-11-27 om tre gemensamma granskningsområden för

Malmö stads nämnder:

- Bisysslor
- Velfärdsbrottslighet
- Sociala medier

Dessa ingår som obligatoriska granskningar i samtliga nämnders internkontrollplaner för 2025 och har granskats på sätt som beskrivs i kommunstyrelsens ärende och stadskontorets anvisningar. Granskningen avseende risk för velfärdsbrottslighet avrapporterades under våren.

# Direktåtgärder

## Risk: Följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

### Beskrivning av risk

Risk för brister i följsamheten till delegeringsprocessen på grund av avsaknad av förutsättningar, till exempel effekter från omställningsarbetet såsom flytt av medarbetare, att rätt delegering inte finns på plats eller att personal inte har den kompetens kring uppgiften och/eller kännedom om patienten/brukaren (barn och vuxna) som behövs för att kunna utföra den delegerade uppgiften säkert vilket kan leda till brister i patientsäkerheten.

### Åtgärd: Kompetenshöjande åtgärder

#### Vad ska göras:

Förvaltningen har tidigare genomfört dialogmöten för att höja kompetensen kring Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom funktionsstödsförvaltningen. Dialogmöten är en framgångsrik form, där expertfunktioner inom förvaltningen träffar sektionsschefer. Under våren 2024 kommer dialogformen användas i en mer omfattande utsträckning genom att MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och utvecklingssekreterare i hälso- och sjukvårdsenheten besöker samtliga ledningsgrupper i verksamhetsavdelningarna på enhetsnivå.

Sommaren är en mer såbar period än övriga året då det gäller att ha tillräckligt med delegerad personal i verksamheten. För att säkra upp att sommarvikarier kan få delegering av legitimerad personal ska planeringen av utbildningarna inför delegering ses över. Det ska också ske en planering så att det finns förutsättningarna för legitimerad personal att ge delegering. Vidare behöver det tydligare säkerställas att rätt personer anvisas till rätt utbildning och på ett mer effektivt sätt kan anmäla sig, genomföra utbildningen samt att utbildningen följs upp.

### Åtgärd: Kompetenshöjande åtgärd

#### Vad ska göras:

Under 2024 genomfördes kompetenshöjande åtgärder kring Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter genom besök i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper på enhetsnivå. Åtgärden fokuserade främst på att öka förståelse och underlätta för de chefer som har personal som tar emot delegering. Under våren 2025 följs arbetet upp med att medicinskt ansvarig sjuksköterska och professionsstödjare på hälso- och sjukvårdsenheten genomför workshop med ledningsgruppen på hälso- och sjukvårdsenheten. Syftet är att ta till vara olika aspekter och



erfarenheter kring delegeringar och därmed öka förutsättningar för delegerande personal att kunna fullfölja föreskrifter och riktlinjer.

### **Genomförda åtgärder**

Medicinskt ansvariga har hållit workshop om delegeringar med fem sektionschefer och två professionsstödjare för HS-enheten. Tf enhetschef kunde inte närvara. Workshopen utgick från Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter och syftet var att fånga nuläge, utmaningar och förbättringsförslag kring delegering.

En inventering av nuläget visade på flera utmaningar som inte har direkt med riktlinjen att göra, men som är viktiga för att processerna kring delegering ska fungera optimalt i sin helhet. Ett önskat läge togs fram som innehåller faktorer såsom

- ett mer systematiskt arbetssätt kring delegering
- att förutsättningar för planering och uppföljning är sektionschefens ansvar
- sektionschefer behöver stödja legitimerad personal i att prioritera arbetsuppgifter för att frigöra tid för arbetet med delegeringar
- tydliga rutiner och introduktioner för nyanställda
- kollegial handledning och stöd
- hög grad av personligt ansvar av de som delegerar.

Det framkom flera förslag på hur förflyttningen till önskat läge kan ske. Chefer och professionsstödjare kommer tillsammans att skapa en handlingsplan, fördela ansvar, tidsätta aktiviteter samt följa upp åtgärder. Förslagsvis ska aktiviteterna läggas in i Stratsys. Medicinskt ansvariga kommer att följa upp arbetet under hösten.

### *Kompletterande uppföljning december*

På grund av omorganisation och nödvändighet att fokusera på andra områden har vårens planering inte kunnat fullföljas så som önskat. Det som i dagsläget pågår är bland annat:

- uppdatering av introduktion för nyanställda sjuksköterskor gällande området delegeringar
- uppstart av Appva Analytics Delegering som ger en översikt över delegeringar ur flera perspektiv
- omorganisation har lett till färre antal patienter/sjuksköterska vilket skapar mer tid för att arbeta med säkra delegeringar

Höstens granskning av sjuksköterskors uppföljning av delegeringar förväntas ge ytterligare information om vilka områden som behöver prioriteras framåt.

## **Risk: Privata medel**

### **Beskrivning av risk**

Risk för att privata medel inte hanteras korrekt på grund av bristande kunskaper hos medarbetare vilket kan leda till brister i redovisningen av privata medel och ekonomiska konsekvenser för den enskilde brukaren samt minskat förtroende för nämndens verksamhet.

### **Åtgärd: Kompetenshöjande åtgärd**

#### **Vad ska göras:**

Nystart av utbildning Q1 2025 och sedan löpande utbildningar under 2025. Utbildningen har tidigare hållits med jämna mellanrum men har under 2024 inte erbjudits varför det nu finns ett behov av och en efterfrågan på nystart.

#### **Genomförda åtgärder**

Utbildning i redovisning av privata medel har genomförts i februari och april av två medarbetare på ekonomiavdelningen. Utbildningen utgår från förvaltningens rutin för hantering av privata medel. I samband med utbildningstillfället finns tid avsatt för deltagarnas frågor.

Ekonomiavdelningen har informerat om utbildningarna via förvaltningens nyhetsbrev Ledarnytt och information finns även på Komin där anmälan görs. Fler utbildningar är planerade till hösten och information om utbildningstillfällen kommer att finnas på Komin.

Synpunkter och frågeställningar följs upp och kan leda till eventuell revidering av rutin samt utbildningsmaterial.

#### *Kompletterande uppföljning november*

Under hösten har tre utbildningstillfällen erbjudits. Utöver det har en medarbetare från ekonomiavdelningen gjort ett besök på gruppboende i syfte att utbilda medarbetare på plats.

# Granskningar

## Nämndens granskningar

### **Risk: Inköp utanför avtal**

#### **Beskrivning av risk**

Risk att inköp görs utan upphandling vilket innebär att LOU inte följs, vilket kan leda till negativa ekonomiska konsekvenser.

#### **Enhet**

Funktionsstödsnämnden

### **Granskning: Inköp utanför avtal**

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

Rutin för inköp och upphandling

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

Kontroll av följsamhet till rutiner för inköp och upphandling.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Stickprov

#### **Granskningsmetod:**

Granskning av inköp av icke-avtalsleverantörer över 1000:- på konto 64\*\*\*. Stickprovskontroll av 15 st fakturor våren 2025 respektive hösten 2025.

#### **Resultat**

Vid inköp över 1000 kronor utanför avtal ska upphandling dokumenteras i mall för direktupphandling. Inköp som inte görs enligt regler för upphandling kan medföra ekonomiska konsekvenser.

2024 kontrollerades att inköp gjorts inom avtal genom slumpmässigt urval av fakturor inom konto 64\*\*\*. 2025 avser kontrollen i stället att inköp utanför avtal följer antagna riktlinjer, varför resultatet inte blir jämförbart med tidigare år. Justering av den interna kontrollen bedöms mer effektivt belysa vilka kompetensbrister som finns i förvaltningen samt vilka insatser som därför är nödvändiga.

## Metod

Granskningen har omfattat kontroll av 15 fakturor inom förbrukningsmaterial och livsmedel för inköp över 1000 kronor. Kontroll av att inköpta varor inte finns i Marknadsplatsen eller Avtalskatalogen samt att direktupphandling dokumenterats enligt rutiner och riktlinjer.

Urval genom stickprov av leverantörsfakturor över 1000 kronor från icke-avtalsleverantörer på konto 64\*\*\* under perioden januari-april 2025 samt .

### *Befintliga styrdokument*

*Riktlinje för direktupphandlingar* samt *Riktlinjer för avtalshantering* finns på Komin. Där finns även en sida med samlad information om inköp och upphandling riktad till förvaltningens medarbetare.

### *Fungerar styrdokument ändamålsenligt*

Verksamheterna har ett ansvar att följa gällande regler. Marknadsplatsen ska vara första valet när inköp ska göras och Avtalskatalogen finns tillgänglig för alla på Komin. Om behovet inte kan tillgodoses med befintliga ramavtal eller förvaltningsspecifika avtal går det att direktupphandla om inköpet inte överstiger 700 000 kronor. På Komin finns det samlad information om inköp och direktupphandling i förvaltningen.

Granskningen våren 2025 av 15 fakturor inom konto 64\*\*\* visar att:

- 7 av 15 fakturor avser köp av varor som finns att beställa i Marknadsplatsen eller Avtalskatalogen
- 7 av 15 fakturor saknar dokumentation av upphandlingen
- 2 av 15 fakturor har felaktigt utförd dokumentation
- 4 fakturor avser inköp av livsmedel i butik, vilket skulle kunna vara en pedagogisk aktivitet

Granskningen hösten 2025 av 15 slumpmässigt valda fakturor under perioden juli-oktober inom konto 64\*\*\* visar att:

- 7 av 15 fakturor avser köp av varor som finns att beställa i Marknadsplatsen eller Avtalskatalogen
- 8 av 15 fakturor saknar dokumentation av upphandlingen
- 6 av 15 fakturor avser inköp av livsmedel i butik, vilket skulle kunna vara en pedagogisk aktivitet

### *Förslag på förbättringsåtgärder*

Fortsätter på befintliga/tidigare åtgärder för att upprätthålla att inköp görs från avtalade leverantörer samt att rutiner för direktupphandlingar följs.

När nya chefer introduceras informerar ekonomiavdelningen om regler kring upphandling. Framöver behövs ytterligare utbildningsinsatser för att öka kompetensen hos både chefer och beställare. Beställarutbildningar finns tillgängliga för stadens medarbetare och alla nya beställare inom förvaltningen utbildas sedan hösten 2024. Under hösten 2025 har alla

befintliga beställare genomgått utbildning för att få behålla sin beställarbehörighet.

Ekonomiavdelningen gör löpande stickprovskontroller av fakturor i samband med att utbetalningar sker. När brister identifieras kontaktar ekonomiavdelningen attestanten. Arbetet med att göra kontroller av fakturor utanför avtal i samband med utbetalningsjournalen samt att informera nya chefer fortsätter.

Förvaltningens inköpssamordnare finns för att ge service, hjälpa och kontrollera förvaltningens inköp. Nya riktlinjer med krav på utbildning vid beställning, upphandling och avrop kommer att fastslås innan årets slut vilket förväntas leda till högre efterlevnad av rutiner inom förvaltningen.

Inköp av livsmedel eller andra varor som pedagogisk aktivitet föreslås dokumenteras genom att attestanten skriver i pennan i Ekot då det inte går att utläsa på annat sätt i fakturan.

## **Risk: Följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL)**

### **Beskrivning av risk**

Risk för brister i följsamheten till delegeringsprocessen på grund av avsaknad av förutsättningar, till exempel effekter från omställningsarbetet såsom flytt av medarbetare, att rätt delegering inte finns på plats eller att personal inte har den kompetens kring uppgiften och/eller kännedom om patienten/brukaren (barn och vuxna) som behövs för att kunna utföra den delegerade uppgiften säkert vilket kan leda till brister i patientsäkerheten.

### **Enhet**

Funktionsstödsnämnden

### **Granskning: Uppföljning av delegeringar**

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

HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården  
Patientsäkerhetslag (2010:659)  
Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter (FSN-2023-956)  
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

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

Undersöka hur sjuksköterskor går till väga när de följer upp sina delegeringar (när/var/vem/hur), samt identifiera upplevda (av sjuksköterskorna) och objektiva (faktiska) svagheter såväl som styrkor i följsamheten till uppföljningssteget i delegeringsprocessen.

## **Omfattning/avgränsning:**

Intervjuer sker med patientansvariga sjuksköterskor (PAS) med anställning i HS-enheten sedan minst 6 månader.

## **Granskningsmetod:**

Granskningen är en utveckling utifrån de direktåtgärder som gjorts under 2024, i enlighet med internkontrollplanen, då behov har identifierats av vidare granskning avseende följsamheten till delegeringsprocessen i förvaltningen. Granskningen avser ett steg i delegeringsprocessen som inte tidigare har granskats eller hanterats genom direktåtgärd inom ramen för intern kontroll.

Granskning avseende sjuksköterskors uppföljning av de delegeringar de ansvarar för. Granskningen görs genom semistrukturerade enskilda intervjuer på 30 minuter. Materialet från intervjuerna hanteras konfidentiellt.

## **Resultat**

### *Befintliga styrdokument*

HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården  
Patientsäkerhetslag (2010:659)  
Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter (FSN-2023–956)  
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

### *Fungerar styrdokument ändamålsenligt*

Det förekommer olika tillvägagångssättet vid förlängning av delegering. Framför allt är det två riktningar som tas, den ena tillvägagångssättet är att sjuksköterskan utgår från att utföraren har 100 % rätt på provet och som många gånger kompletteras med statistik och avvikelser som avgör om utföraren (de som tar emot delegering) kan få sin delegering förlängd. Detta utan att träffa utföraren. Den andra tillvägagångssättet är att det nödvändigtvis inte krävs 100 % rätt på proven utan bedömning görs utifrån samtal med utföraren som visar att det finns rätt kompetens. Kontinuerlig kontakt med utförarna under året underlättar förlängning, men det är svårt att träffa personal som arbetar kvällar, nätter eller som är vikarier.

Det finns ett behov av bättre samarbete med sektionschefer för att skapa förutsättning för att inventera behov av kompetensutveckling och uppföljning av delegeringar. Fokus på testresultatet leder till att repetera provet tills utföraren klarat provet utan någon annan lösning som att t.ex gå utbildningen igen eller på annat vis tillskansa sig den kunskaps som krävs. Kontroll av praktiskt genomförande som ska ingå i momentet sker inte vid uppföljning av delegering. Däremot framkommer det att det alltid sker vid ny delegering gällande administrering av insulin och av sondnäring.

När det gäller ställningstagande av att förlänga en delegering upplevs det ibland att det finns en viss press att förlänga för att tillfredsställa verksamhetens behov men det framgår dock att sjuksköterskorna alltid sätter patientsäkerheten först. Ett återkommande problem är att utförarna inte följer rutinen att kontakta sjuksköterskan i tid för förlängning av delegering, vilket leder till akuta delegeringar eller att läkemedel ges utan giltig delegering. Genom kontinuerlig kontakt med utförarna och tydligare rutiner kan både kvalitet och trygghet i delegeringsprocessen stärkas. Utförarna behöver bli bättre på att följa rutinen för förlängd delegering och kontakta sjuksköterskan via funktionsbrevlådan i god tid innan delegering löper ut för att möjliggöra säker delegering.

Genom tydlig introduktion för sjuksköterskorna och fysisk eller digital kontakt i samband med delegeringarna möjliggörs säkerställandet av patientsäkerheten i delegeringsprocessen. Riktlinjen tydliggör hur delegeringsprocessen uppfyller kraven på god och säker vård vilket ställer krav på att sjuksköterskorna följer riktlinjen och går till källan om något är osäkert, att sektionschefen följer den rutin som gäller för dem och har förståelse för delegeringsprocessen samt att utförarna kontakter sjuksköterskorna via funktionsbrevlådan när provet är gjort och lämnar in ansökan om förlängd delegering i god tid innan delegeringen går ut så att sjuksköterskorna hinner boka in möte med utföraren innan delegeringen går ut.

#### *Förslag på förbättringsåtgärder*

För att stärka delegerande sjuksköterskor i uppgiften att delegera samt säkerställa kunskap och kompetens hos den som tar emot delegering kommer förvaltningen arbeta med åtgärder som föreslås som direktåtgärder i internkontrollplan 2026.

- Delegeringsprocessen enligt Riktlinje för delegering ska ingå i introduktionen för samtliga nyanställda legitimerade medarbetare som delegerar.
- Sjuksköterska ska ha fysisk eller digital kontakt med varje person som får ny eller förnyad delegering för läkemedel.

# Kommungemensamma granskningar

## **Risk: Bristande serviceskyldighet**

### **Beskrivning av risk**

Risk för att kommunen inte klarar att leva upp till serviceskyldigheten i förvaltningslagen på grund av felaktig hantering av sociala medier, vilket kan leda till att medborgare inte får den service de förväntar sig och har rätt till, sekretessbelagd information röjs eller medborgare blir kränkta etc.

### **Enhet**

Funktionsstödsnämnden

## **Granskning: Användande av sociala medier**

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

Granskning huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar.

### **Syfte med granskningen:**

Syftet med granskningen är att undersöka om Malmö stad hanterar sociala medier på ett ansvarsfullt sätt i enlighet med Malmö stads riktlinjer och i enlighet med tillämplig lagstiftning.

### **Omfattning/avgränsning:**

Granskningen omfattar samtliga konton på Facebook, Twitter och Instagram.

### **Granskningsmetod:**

Granskningen innebär att kontroll ska göras huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar (förutom över helger, då svar ges snarast möjligt kommande arbetsdag). För att kontrollera huruvida frågor besvaras inom 24 timmar väljer förvaltningen, d.v.s. granskaren, ut enkla frågor som rör verksamheten och ställer dessa i förvaltningens konton i sociala medier. Granskning ska ske utifrån särskild anvisning från stadskontoret.

### **Resultat**

#### *Befintliga styrdokument*

I Malmö stads handbok för sociala medier finns instruktioner som talar om hur sociala medier i Malmö stad ska hanteras. Där finns också instruktioner för hur frågor ska besvaras.



### *Fungerar styrdokument ändamålsenligt*

Grundskoleförvaltningen har granskat funktionsstödsförvaltningens konton i sociala medier enligt stadskontorets anvisningar. Granskningen gick ut på att kontrollera om frågor ställda på Facebook, Instagram och X (före detta Twitter) besvarades inom 24 timmar. Funktionsstödsförvaltningen hade vid granskningstillfället, enligt Malmö stads förteckning över sociala medier, 28 konton i sociala medier. 24 av kontona finns på Instagram och 4 av kontona finns på Facebook. 1 konto finns inte längre och 1 konto var stängt (privat) och det gick därför inte att se eller kommentera inlägg.

Av de 26 konton som granskaren skrev en fråga eller kommentar till, svarade 3 kontoinnehavare inom 24 timmar.

- 2 kontoinnehavare svarade efter 24 timmar.
- 1 kontoinnehavare gillade frågan men svarade inte på den.
- 23 kontoinnehavare svarade inte inom granskningsperioden (2025-05-05-2025-05-09)

Vid den förra granskningen 2022 hade funktionsstödsförvaltningen 16 konton i sociala medier som granskades.

- Av dessa svarade 8 kontoinnehavare inom 24 timmar.
- Ytterligare 2 svarade efter 24 timmar.
- 6 konton svarade inte inom granskningsperioden.

Jämförelse	2025	2022	Förändring
Totalt antal konton på Facebook och Instagram	28	16	-12
Andel besvarade frågor och kommentarer inom 24 timmar.	11 %	50 %	-39 %
Andel besvarade frågor och kommentarer efter 24 timmar.	7 %	12 %	-5 %
Andel frågor och kommentarer som inte besvarades under granskningsperioden.	82 %	37 %	-45 %

I tidigare granskningar har det även mätts hur många som signerat svar med förnamn. Eftersom detta krav numera är borttaget från Malmö stads riktlinjer har det inte ingått i årets granskning.

Till skillnad från tidigare år gjordes inget förebyggande informationsarbete inför denna granskning. Det innebär att resultatet speglar den faktiska nulägesbilden utan att verksamheterna fått någon påminnelse om riktlinjer och svarstider. Även om detta kan påverka siffrorna negativt ger det ett tydligt underlag för att se var stödet till kontoinnehavare behöver stärkas.

Efter granskningen har de ansvariga för kontona kontaktats för att undersöka orsakerna till uteblivna svar. De som återkopplat pekar framför allt på personalförändringar eller otydlig ansvarsfördelning. Flera har meddelat att de ska se över sina rutiner och följa rådet att alltid ha minst två administratörer för varje konto, för att säkerställa kontinuitet vid sjukdom eller frånvaro.

Antalet sociala medier-konton i förvaltningen har nästan fördubblats på tre år. Resultatet visar att det behövs tydligare riktlinjer, återkommande information och stöd för hur konton ska hanteras.

#### *Förslag på förbättringsåtgärder*

Under 2026 planeras följande aktiviteter på kommunikationsenheten:

- Ett utskick till ansvarig chef för de verksamheter som har konton i sociala medier för att berätta om resultatet i granskningen med en påminnelse om de riktlinjer som gäller för sociala medier. I samband med detta efterfrågas om verksamheten har en rutin för hantering av sina sociala medier så att frågor och kommentarer bevakas dagligen.
- Förtydligande för de som har ett konto eller planerar att starta ett konto i sociala medier att de bör ha minst två administratörer kopplade till kontot under kontots hela livslängd, för att säkerställa att konton inte lämnas utan administratörer och därför inte kan bevakas.
- En artikel på intranätet som tydligt belyser granskningens resultat samt klargör vilka skyldigheter verksamheter med konton i sociala medier har.
- Efter den interna granskningen visade det sig vara svårt att nå kontoadministratörerna på grund av bristande uppdaterade kontaktuppgifter. Rutinen för hur information om kontoadministratörer registreras och underhålls bör därför ses över, så att kommunikationsavdelningen, eller annan berörd part, alltid vet vem som är ansvarig för respektive konto och kan nå rätt person för löpande underhåll.

## **Risk: Bisysslor**

### **Beskrivning av risk**

Risk för otillåtna bisysslor på grund av att de inte anmäls, vilket kan leda till jävssituationer, förtroendeskada eller att arbetet inte kan utföras på ett bra sätt.

### **Enhet**

Funktionsstödsnämnden

## **Granskning: Bisysslor**

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

Granskningen avser regler och rutiner som avser anmälan av bisyssla.

### **Syfte med granskningen:**

Syftet med granskningen är att undersöka i hur stor utsträckning bisysslor anmäls, om interna rutiner i förvaltningar och bolag finns och följs, om dokumentation görs, och vad som kan behöva åtgärdas om det visar sig finnas brister.

### **Omfattning/avgränsning:**

Granskningen gäller samtliga nämnder och bolagsstyrelser.

### **Granskningsmetod:**

Granskningen genomförs genom att nämnder och bolagsstyrelser besvarar ett antal frågor kring interna styrdokument, rutiner och hantering. I nämndernas granskning ingår utöver denna granskning av hur stort antal bisysslor som finns registrerade på ett slumpmässigt urval av arbetsplatser.

Konkreta anvisningar kommer att tas fram av stadskontoret i samråd med förvaltningar och bolag.

### **Resultat**

Nedan redovisas resultat av genomförd granskning av bisysslor.

#### *Befintliga styrdokument*

### **Hur arbetar nämnden med Malmö stads riktlinjer för bisysslor?**

Nämnden hänvisar till och följer Malmö stads riktlinjer för bisysslor. Riktlinjen och den kommunövergripande informationen på Komin har kommunicerats till samtliga chefer i förvaltningen. Förvaltningen arbetar vidare i enlighet med Malmö stads arkivhandbok, som beskriver de övergripande reglerna för hantering och arkivering av handlingar, däribland anmälan om bisyssla.

Bedömningen om en bisyssla är tillåten görs i enlighet med stadens riktlinje för bisysslor. Huvudregeln är att bisysslor är tillåtna så länge de inte riskerar att påverka arbetet negativt, är förtroendeskadlig eller konkurrerar med arbetsgivarens verksamhet.

Bedömningen görs individuellt, då förutsättningar och omständigheter kan skilja sig mellan olika medarbetare.

Medarbetaren är skyldig att lämna de uppgifter som krävs för att arbetsgivaren ska kunna göra en korrekt bedömning. Bedömningen av bisysslan görs ofta av närmaste chef och vid behov sker dialog med HR. Vid mer komplexa bedömningar rekommenderas samråd med förvaltningschef för att säkerställa enhetlig bedömning inom förvaltningen. Beslut om förbud mot bisyssla fattas av direktör i enlighet med funktionsstödsnämndens delegationsordning.

### **Hur säkerställer nämnden att medarbetarna informeras om skyldigheten att anmäla bisyssla samt att bisysslor dokumenteras och diarieförs?**

Information om hanteringen av bisysslor har kommunicerats till förvaltningens chefer som i sin tur ansvarar för att informera medarbetarna. Som ovan nämnts finns frågan om bisysslor med i förvaltningens checklista för introduktion av nya medarbetare samt som en obligatorisk fråga i medarbetarsamtalet. Respektive chef kan också informera om hanteringen av bisysslor på arbetsplatsträffar eller motsvarande. Genom att integrera information om bisysslor i återkommande processer säkerställs att medarbetare i största möjliga mån får kännedom om skyldigheten att anmäla bisysslor.

I enlighet med Malmö stads riktlinjer om bisysslor behöver medarbetaren göra en ny anmälan om en redan anmäld bisyssla förändras alternativt om medarbetarens anställning förändras. Det är därför viktigt att respektive chef årligen ställer frågan om eventuella bisysslor i samband med medarbetarsamtalet. På så sätt möjliggörs en regelbunden uppföljning.

### **Finns det förvaltningsspecifika rutiner för hantering av bisysslor?**

Det har inte tagits fram förvaltningsspecifika rutiner för hantering av bisysslor. I förvaltningens mall för medarbetarsamtal finns dock information och en obligatorisk fråga, "Har du någon bisyssla, eller planerar du att utöva någon bisyssla?", som ska ställas i samband med det årliga medarbetarsamtalet. På Komin där förvaltningen har samlat information om medarbetarsamtalet finns en länk till Malmö stads övergripande information om bisysslor.

I checklistan för introduktion av nya medarbetare ingår en punkt som säkerställer att frågan om bisysslor tas upp tidigt i anställningen. Checklistan finns på Komin.

Som stöd till cheferna har förvaltningen även tagit fram och kommunicerat en lathund för hantering av personalhandlingar som syftar till att underlätta

korrekt och enhetlig dokumenthantering.

**På vilket sätt och med vilken frekvens återrapporteras beslut om bisysslor till nämnden?**

Återrapportering av delegationsbeslut till nämnden sker löpande. Enligt nämndens delegationsordning återrapporteras enbart beslut om förbud mot bisyssla. Beviljade av bisyssla ligger på respektive chef att godkänna. Beslut om förbud mot bisyssla fattas av direktör.

*Fungerar styrdokument ändamålsenligt*

Granskningen visar att det finns tre anmälda bisysslor i urvalet. Ett av de granskade ärendena finns i både Platina och personalakten, ett finns enbart i Platina och ett finns enbart i personalakten. Anledningen till detta kan vara att det inte fanns fler personer som har bisyssla i det aktuella urvalet, men det kan också bero på brister i följsamhet alternativt kännedom om gällande riktlinjer eller att riktlinjen uppfattas som otydlig.

*Förslag till förbättringsåtgärder*

Utifrån granskningen bedöms rutinerna delvis fungera ändamålsenligt, men det finns förbättringsområden. Enligt Malmö stads arkivhandbok ska bisysslor registreras i Platina och originalhandling förvaras i personalakten. Det konstateras att dokumentation och diarieföring inte sker konsekvent enligt kraven i Arkivhandboken. Nämnden kommer även fortsatt att informera om skyldigheten att anmäla bisysslor samt att följa upp att rutinerna kring diarieföring och arkivering följs.

Vidare anser nämnden att den kommungemensamma informationen på Komin och Malmö stads riktlinjer för bisysslor med fördel kan kompletteras så att kravet på dokumentation och diarieföring inte enbart framgår av Arkivhandboken. En sådan förtydligande åtgärd bedöms kunna stärka följsamheten och minska risken för avvikelser i hanteringen.

## **Risk: Valfärdsbrottslighet**

### **Beskrivning av risk**

Risk för att kommunen betalar ut pengar på felaktiga grunder, på grund av bristande riskmedvetenhet utifrån att området är brett och komplext, vilket leder till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada.

### **Enhet**

Funktionsstödsnämnden

## **Granskning: Valfärdsbrottslighet**

### **Syfte med granskningen:**

Syftet med granskningen är att undersöka om Malmö stad - stadens förvaltningar och bolag - har ett ändamålsenligt arbete för att motverka valfärdsbrottslighet.

### **Omfattning/avgränsning:**

Granskningen omfattar Malmö stads nämnder, och helägda bolag i tillämpliga delar.

### **Granskningsmetod:**

Granskningen genomförs genom allmänna och specifika frågor om nämndernas arbete med att motverka valfärdsbrottslighet, kompletterat med en mindre självskattning. Granskningsanvisning finns som separat dokument.

### **Resultat**

Granskningen av valfärdsbrottslighet redovisades i maj till funktionsstödsnämnden och kommunstyrelsen i separat uppföljningsrapport.





# Självskattning utifrån kommungemensamma kriterier för utvärdering av intern kontroll

## Kommentarer till självskattning




I nuläget bedöms merparten fungera tillfredsställande. Området kommunikation/information kan stärkas upp och ses därför som ett utvecklingsområde framåt. Förvaltningen har haft stort fokus på målarbetet under året och därför inte lika stort fokus på intern kontroll i ledningens dialoger. Intern kontroll behöver i större utsträckning vara en del av chefers introduktion. Intern kontroll behöver också hållas levande under året i dialoger kring avvikelser och hantering av dessa.

## Självskattning





### Kontrollmiljö

Kriterium	Bedömning
Ansvar och befogenheter tydliggjorda	 Tillfredsställande
Anvisningar antagna för intern kontroll	 Tillfredsställande
Effektiv arbetsstruktur för arbetet med intern kontroll	 Tillfredsställande
Ledningsgrupperna tar ansvar för fungerande kontrollmiljö	 Tillfredsställande

### Risikanalys

Kriterium	Bedömning
Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras	 Tillfredsställande
Risikanalysen innehåller risker av varierande art	 Tillfredsställande
Risikanalysen är underlag för åtgärder och granskningar	 Tillfredsställande
Risikanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen	 Tillfredsställande

## Kontrollaktiviteter

Kriterium	Bedömning
Det finns en relevant och konsekvent genomförd granskningsmetodik	 Tillfredsställande
Granskningar är dokumenterade och kända	 Tillfredsställande
Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys	 Tillfredsställande
Oberoende i förhållande till processen som granskas	 Tillfredsställande

## Kommunikation/information

Kriterium	Bedömning
Ledningsgrupperna hanterar kontinuerligt intern kontroll-frågor	 Förbättringsområde
Informationstillgången är tillräcklig	 Förbättringsområde
Nya chefer får introduktion om intern kontroll	 Förbättringsområde

## Uppföljning/utvärdering

Kriterium	Bedömning
Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser	 Tillfredsställande
Återkoppling görs till förvaltnings-/bolagsledningen	 Tillfredsställande
Återkoppling görs till nämnden/styrelsen	 Tillfredsställande
Återkoppling till berörda medarbetare	 Tillfredsställande