

# Uppföljning internkontrollplan 2019 vid delårsrapport

---

Funktionsstödsnämnden

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Direktåtgärder</b> .....	<b>4</b>
Risk för resursbrist avseende sjuksköterskor .....	4
Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs .....	4
Risk för resursbrist avseende sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter .....	4
Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs .....	4
Felaktiga behörigheter .....	5
Översyn av behörigheter .....	5
<b>Granskningar</b> .....	<b>6</b>
Nämndens granskningar .....	6
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet .....	6
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet .....	6
Skyddsåtgärder .....	7
Skyddsåtgärder.....	7
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet .....	9
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet .....	9
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet .....	9
Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet .....	10
Risk för vårdskada om det saknas aktuell egenvårdsbedömning .....	11
Egenvårdsbedömning .....	11
Brister i efterlevnad av alkoholpolicy .....	12
Efterlevnad av alkoholpolicy .....	12
Brister i efterlevnad av resepolicy.....	13
Efterlevnad av resepolicy.....	13

## **Inledning**

Funktionsstödsnämnden fastställde vid sammanträde 20 februari 2019 internkontrollplan för funktionsstödsförvaltningen.

Genomförande av granskningar och direktåtgärder genomförs och följs upp löpande under året. Uppföljning till nämnden sker i samband med ekonomisk prognos, delårsrapport och årsanalys. Utöver den riskanalys förvaltningen genomförde och som utgör grund för internkontrollplanen har kommunstyrelsen beslutat om tre gemensamma granskningsområden för samtliga nämnder i Malmö stad. Dessa granskningsområden följs upp i samband med årsanalysen.

## Direktåtgärder

Risk:

### **Risk för resursbrist avseende sjuksköterskor**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för utebliven eller felaktig hälso- och sjukvårdsinsats på grund av resursbrist avseende sjuksköterskor vilket kan leda till vårdskada.

#### **Enhet**

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

#### **Åtgärd:**

### **Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs**

#### **Vad ska göras:**

Fortsatt aktiv rekrytering i samarbete med HR och kommunikationsavdelningen.

#### **Genomförda åtgärder**

Det är ännu för tidigt att ge en säker prognos om de budgeterade befattningarna inom enheten för sjuksköterskor och undersköterskor är tillräckliga för uppdraget. Detta beror på att det i dagsläget inte går att bedöma hur omfattande uppdraget inom HSL-organisationen är i kombination med att rekryteringsläget fortfarande är ansträngt, även om det är något bättre än tidigare. Rekrytering pågår kontinuerligt och intentionen att vara självförsörjande kvarstår men påverkas fortfarande av vakanser och ett svårt rekryteringsläge som snabbt kan förändras. Fokus i nuläget är att minska beroendet av bemanningsföretag dagtid och helg för att få en budget i balans vilket får avvägas mot patientsäkerheten. En mer säker prognos om uppdragets omfattning kan ges tidigast 2020.

Risk:

### **Risk för resursbrist avseende sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för utebliven eller felaktig hälso- och sjukvårdsinsats på grund av resursbrist avseende sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter vilket kan leda till vårdskada.

#### **Enhet**

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

#### **Åtgärd:**

### **Åtgärder för att säkerställa att HSL-personal finns i den utsträckning det behövs**

#### **Vad ska göras:**

Aktiv rekrytering i samarbete med HR och kommunikationsavdelningen.

#### **Genomförda åtgärder**

Rekryteringsläget är fortfarande ansträngt avseende fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det finns även ett utökat behov av tjänster för att täcka vikariebehovet eftersom det i verksamheten saknas vikarier att sätta in vid frånvaro. Något som krävs för att skapa förutsättningar för ett välfungerande, patientsäkert och effektivt arbetssätt vilket är prioriterat. Det är svårt att få fram en säker prognos i dagsläget avseende

bemanning beroende på att det finns väntelistor med patienter och samtidigt vakanser i arbetsgruppen vilket sammantaget påverkar ledtiderna. Således går det inte att ge en säker prognos om hur många tjänster som krävs för att säkerställa uppdraget i nuläget. Kortsiktig samt långsiktig planering pågår parallellt med åtgärder utifrån en strategisk handlingsplan.

**Risk:**

### **Felaktiga behörigheter**

#### **Beskrivning av risk**

Risk att medarbetare inte kommer åt digitala dokument på grund av felaktiga behörigheter och dålig tillgång till IT-system.

**Enhet**

Ekonomiavdelning

**Åtgärd:**

### **Översyn av behörigheter**

**Vad ska göras:**

Utredning av behovet av högre behörighetsnivå i plattformen för vissa medarbetare samt kostnad för detta.

#### **Genomförda åtgärder**

Under året har olika utbildningsinsatser genomförts för att säkerställa att alla har rätt information om hur systemen fungerar och vad man kan och inte kan göra med de olika behörigheterna. Upplever medarbetarna att de fortfarande inte kan arbeta med det som de måste med sin befintliga behörighet har besked gått ut till verksamheterna att de själva kan ändra detta i IT-kompassen där närmsta chef godkänner förändringen. Efter genomförda insatser bedöms rätt behörighet för medarbetarnas möjlighet till att utföra sina uppdrag ha säkerställts. Den totala kostnaden är svår att bedöma på grund av de olika licensnivåerna och exakt hur många som kommer att höja sin nivå och till vilken nivå de höjer sig till. En preliminär beräkning är dock gjord utifrån uppgifter från avdelningarna. Den ökade kostnaden är beaktad i årets prognos.

# Granskningar

## Nämndens granskningar

Risk:

### **Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för att insatsen utförs felaktigt på grund av bristande delaktighet och inaktuell genomförandeplan vilket kan leda till att brukaren inte får sina önskemål tillgodosedda.

#### **Enhet**

Avdelning LSS bostäder

#### **Granskning:**

**Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet**

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

Alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. Granskningen omfattar att det finns aktuell genomförandeplan och att brukaren är delaktig.

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

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutinen för upprättande av genomförandeplan.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Stickprov.

#### **Granskningsmetod:**

Kvalitetsgranskning av slumpvis utvalda brukares genomförandeplaner i Lifecare i 12 verksamheter enligt fastlagd mall.

#### **Resultat**

Stickprovskontroll i Lifecare har genomförts för att granska genomförandeplaner samt delaktighet hos 56 brukare i 12 olika verksamheter. Totalt 25 kvinnor och 31 män ingick i granskningen. Granskningen noterade att 52 av 56 brukare, alltså 93%, hade genomförandeplaner som var upprättade/uppföljda de senaste 6 månaderna. 4 brukare hade gamla/oupdaterade genomförandeplaner. Generellt var det enstaka brukare i verksamheterna som inte hade uppdaterade genomförandeplaner.

Stickprovskontrollen av delaktighet vid upprättande/uppföljning av genomförandeplaner visade att 51 av 56 brukare, alltså 91% varit delaktiga. Fem brukare hade inte varit delaktiga. Av de fem som inte varit delaktiga var det en som inte ville, det saknas dock kommentar om det samt hur genomförandeplanen har upprättats, en brukare där det saknas kommentar om varför brukaren inte varit delaktig samt tre brukare som bedömdes sakna förmåga till delaktighet men där det inte är kommenterat hur genomförandeplanen har utförts. Det finns inget samband mellan brukarna som inte varit delaktiga vid upprättande och brukarna som har gamla genomförandeplaner.

38 av 56 brukare, 68%, har kommentarer i genomförandeplanen som förtydligar brukarens delaktighet i utformandet av genomförandeplanen.

Av 56 granskningar blev 48 (86%) helt godkända dvs. genomförandeplanen var upprättad/uppdaterad de senaste sex månaderna och brukaren har varit delaktig vid upprättandet. 2018 var antalet godkända

granskningar 70% och 2017 var antalet godkända granskningar 75%.

#### *Förslag på förbättringsåtgärder*

Resultatet av granskningar av genomförandeplaner har kontinuerligt blivit bättre från år till år. Verksamheten arbetar vidare med genomförandeplanerna inom ramen för pedagogisk struktur och bedömer att resultatet kommer att fortsätta förbättras i takt med att det arbetssättet utvecklas.

(Avdelning LSS bostäder)

#### **Risk:**

#### **Skyddsåtgärder**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för tvångsåtgärder på grund av bristande följsamhet till skyddsåtgärdsprocessen, vilket kan leda till lidande för brukaren och olaglig hantering.

#### **Enhet**

Avdelning LSS bostäder

#### **Granskning:**

#### **Skyddsåtgärder**

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

Vid behov av skyddsåtgärder ska befintlig rutin/process följas. Granskningen omfattar att rutin/processen har följts.

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

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutin/process för skyddsåtgärder.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Stickprov.

#### **Granskningsmetod:**

Kvalitetsgranskning av slumpvis utvalda brukares dokumentation avseende skyddsåtgärder i 12 verksamheter inom avdelningen.

#### **Resultat**

Totalt kontrollerades skyddsåtgärder för 48 brukare i 12 utvalda verksamheter. De verksamheter som har valts ut är sådana där det kan tänkas finnas skyddsåtgärder. Fyra brukare per verksamhet kontrollerades. Kontrollerna utfördes mellan den 10 juni och 11 juli 2019.

Kontrollen avser skyddsåtgärder som inte är ordinerade av legitimerad personal. Enhetschefer har varit behjälpliga med att välja ut verksamheter där det kan tänkas finnas skyddsåtgärder. Vid besök i verksamheten har utvecklingssekreterare träffat sektionschef och ibland även omsorgspedagog eller annan personal. Internkontrollen bestod av följande frågor:

-Används några skyddsåtgärder i arbetet med brukaren?

-Finns några skyddsåtgärder dokumenterade i Lifecare under möte?

-Finns några skyddsåtgärder dokumenterade under allmänna uppgifter och krav?

-Finns några skyddsåtgärder dokumenterade på annat ställe? Var i så fall?

-Står det något om skyddsåtgärder i genomförandeplanen?

-Finns det några generella skyddsåtgärder eller övriga åtgärder som påverkar alla på boendet?

-Finns det åtgärder med samtycke?

I kontrollen framkommer det att skyddsåtgärder används i det direkta arbetet med 27 av 48 brukare. Exempel på skyddsåtgärder som används i verksamheterna är låsta lådor för vassa föremål, låsta skåp där godis förvaras, dörrlarm, fördröjningseffekter på grindar, inlåsta eller flyttade hygien- och rengöringsartiklar.

I 7 av 12 verksamheter finns generella skydds/begränsningsåtgärder som påverkar fler än en brukare. Det kan röra sig om låsta gemensamhetskök, låsta mellanrumsdörrar i gemensamhetsutrymme, dörrlarm till huvudentré, låsta lådor eller skåp i gemensamhetskök.

Det finns en process avseende skyddsåtgärder som verksamheterna ska följa. Enligt befintlig process ska arbetet med skyddsåtgärder dokumenteras på ett särskilt sätt i Lifecare. Ingen skyddsåtgärd är dokumenterad enligt processen och uppfyller således inte dokumentationskraven som finns i processen. Alla skyddsåtgärder som används är dock mer eller mindre dokumenterade på andra sätt. Skyddsåtgärderna kan vara beskrivna och dokumenterade i handlingsplaner, arbetsbeskrivningar, riskbedömningar, genomförandeplaner. Ofta finns dokumentationen i brukarens pärm på boendet. I kontrollen framgick det att fyra, av 27, brukare hade en något mindre omfattande dokumentation avseende skyddsåtgärderna jämfört med övriga brukare.

Varför är det så här? Verksamheterna uttrycker att processen är svår att följa. Lifecare upplevs inte som ändamålsenligt för dokumentation av skyddsåtgärder. Det är inte användarvänligt när det gäller att få en överblick över befintliga skyddsåtgärder och hur de ska användas. Det framkommer också att verksamheterna tycker att det är svårt att få gehör hos övriga aktörer (vilka varierar från brukare till brukare, t.ex. kan det vara dietist, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, anhörig eller extern sjukvård) som enligt processen ska delta i arbetet med skyddsåtgärder. Detta leder till att verksamheterna löser frågan på egen hand.

Hanteringen och dokumentationen som framkommer visar att i princip alla verksamheter är införstådda med vad skyddsåtgärder är, hur de ska hanteras och har dokumenterat sitt arbete. I enstaka verksamheter framkommer det arbetssätt som innebär att skyddsåtgärder används oreflekterat.

Då internkontrollen specifikt har utförts i verksamheter där det kan tänkas finnas skyddsåtgärder går det inte att dra någon generell slutsats för avdelningen avseende hur vanligt förekommande det är att skyddsåtgärder används i arbetet med brukarna. Däremot går det att konstatera stora brister i följsamhet till befintlig process avseende skyddsåtgärder. Det betyder dock inte att verksamheternas arbete med skyddsåtgärder är bristfällig utan enbart att det brister avseende följsamheten till processen.

#### *Förslag på förbättringsåtgärder*

Verksamheten har vidtagit direkta åtgärder i de individärenden där brister eller behov av kompletteringar uppmärksammades i internkontrollen.

Avdelningen arbetar med att öka kännedomen och kunskapen om processen för skyddsåtgärder inom ramen för egenkontroll i det systematiska kvalitetsarbetet.

Avdelningen måste få klarhet i gränsdragningen och ansvarsfördelningen avseende brukare som har LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård), är inskrivna vid RPK (rättspsykiatrisk klinik) eller liknande. Hur ska samarbetet med vårdgivande instans fungera, både avseende sekretess och övriga frågor? Frågan kommer att utredas vidare med hjälp av förvaltningsjurist och övriga avdelningar.

Det finns ett redan påbörjat arbete med att revidera dokumenten som ingår i skyddsprocessen. Detta sker tillsammans med hälsa, vård- och omsorgsförvaltningen och ska vara klart i september 2019. Resultatet av



internkontrollen bör beaktas i detta arbete.

Förvaltningsledningen beslutade den 13 augusti 2019 att 5–10 personer ska utbildas i processens olika moment för att kunna stödja verksamheterna i detta arbetet.

(Avdelning LSS bostäder)

**Risk:**

### **Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för att insatsen utförs felaktigt på grund av bristande delaktighet och inaktuell genomförandeplan vilket kan leda till att brukaren inte får sina önskemål tillgodosedda.

**Enhet**

Avdelning myndighet och socialpsykiatri

**Granskning:**

### **Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet**

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

Det finns ett krav att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. Granskningen omfattar att det finns aktuell genomförandeplan och att brukaren är delaktig.

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

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutinen för upprättande av genomförandeplan.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Kvalitetsgranskning av 12 slumpvis utvalda brukares genomförandeplaner i Lifecare i fyra verksamheter i avdelningen, enligt fastlagd mall.

#### **Granskningsmetod:**

Stickprov.

#### **Resultat**

12 slumpvis utvalda genomförandeplaner från fyra LSS-boenden granskades. Samtliga var aktuella, relevant ifyllda och respektive brukare hade varit delaktig. Detta har nästan alltid varit fallet även under tidigare års granskningar. Då resultatet är detsamma från år till år fyller granskningen inte längre någon större funktion. Vad som möjligtvis bör läggas fokus på istället är om genomförandeplanens utformning är optimal för berörd målgrupp. En översyn som bör göras i samarbete med brukare då det är deras plan och de har tidigare aldrig tillfrågats om vad de anser är viktiga punkter att ha med.

*Förslag på förbättringsåtgärder*

Inga åtgärder bedöms behövas.

(Avdelning myndighet och socialpsykiatri)

**Risk:**

## **Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet**

### **Beskrivning av risk**

Risk för att insatsen utförs felaktigt på grund av bristande delaktighet och inaktuell genomförandeplan vilket kan leda till att brukaren inte får sina önskemål tillgodosedda.

### **Enhet**

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

### **Granskning:**

#### **Brister i genomförandeplan och brukarens delaktighet**

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

Det finns ett krav att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan. Granskningen omfattar att det finns aktuell genomförandeplan och att brukaren är delaktig.

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

Kvalitetssäkra att verksamheten följer rutinen för upprättande av genomförandeplan.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Kvalitetsgranskning av 30 slumpvis utvalda brukares genomförandeplaner i Lifecare i 6 sektioner inom avdelningen, enligt fastlagd mall.

#### **Granskningsmetod:**

Stickprov.

### **Resultat**

Efter att internkontrollplanen beslutades har justering gjorts och fler granskningar har lagts till. Totalt har 38 stycken genomförandeplaner (GFP) granskats vid tolv sektioner, utifrån om de är aktuella och om beskrivning finns av hur brukaren varit delaktig. Totalt 16 kvinnor och 22 män ingick i granskningen. Granskningen har gjorts vid två dagliga verksamheter (DV), två korttidsboende, två barnboende samt inom personlig assistans (samtliga sex sektioner med två brukare per sektion).

Är genomförandeplanen aktuell ger det en poäng och är delaktigheten beskriven ger det ytterligare en poäng, vilket kan ge max totalt två poäng per brukare. Är genomförandeplanen inte aktuell ges ingen poäng även om delaktigheten är beskriven. Nedan återges procentsats och poäng för att underlätta jämförelse då antalet granskningar per sektion skiljer sig åt. Inom parentes anges totala antalet brukares genomförandeplaner som granskades och sedan hur många poäng sektionen fick.

Totalt av de granskade genomförandeplanerna var 27 (71%) av 38 godkända avseende aktualitet och 22 (58%) av 38 godkända avseende delaktighet, vilket innebär att av de godkända genomförandeplanerna saknade sex (13%) stycken beskrivning av delaktigheten. Således är 58% av genomförandeplanerna godkända i båda kontrollmomenten, 2018 var siffran 61%. Fyra sektioner blev godkända i alla moment (100%), det var Galaxen DV (5 brukare-10 p), barnboende Västanväg 123 (4 brukare-8 p) och två sektioner (1 och 2) inom personlig assistans (4 brukare-8p).

Bokbytet DV (5 brukare-9 p) och Västanväg 121 (2 brukare-3p) hade alla aktuella (100%) genomförandeplaner men en genomförandeplan i respektive verksamhet saknade beskrivning av delaktigheten.

Båda korttidsboendena Högsäkersringen och Dukatgatan hade samma resultat, vardera hade (5 brukare-4

p), där tre av fem var aktuella (60%) men endast en av dessa tre hade godkänt avseende delaktigheten (20%). Personlig assistans sektionerna 3,5 och 6 hade samma resultat med varsin genomförandeplan som var aktuell och delaktigheten beskriven (2 brukare-2p). Personlig assistans sektion 4 fick 0 p.

#### *Förslag på förbättringsåtgärder*

- DV fortsätter kvalitetsarbetet, enhet två har i sina egenkontroller att de ska kvalitetsgranska genomförandeplaner. Likaså så fortsätter barnboendena med sitt kvalitetsarbete.
- Korttiden: pedagogisk samordnare är anställd med ett uppdrag att utbilda och säkerställa kompetensen hos medarbetare i att upprätta och följa upp GFP. Det pågår rekrytering för att anställa omsorgspedagoger i respektive korttidsverksamhet.

Enhetschef kommer vid uppföljningsmöte i september och november säkerställa att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner där delaktigheten framgår.

- Personlig assistans: digitaliseringen har under 2019 möjliggjort att upprättandet av GFP kan göras på plats hos brukaren. Arbetet fortsätter enligt plan; att vid årsskiftet 2019/2020 ha 100% upprättade GFP där delaktigheten framgår.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

#### **Risk:**

#### **Risk för vårdskada om det saknas aktuell egenvårdsbedömning**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för brister i egenvårdsprocessen (utebliven eller felaktig behandling/HSL-insats) på grund av att riktlinjer och rutiner inte följs vilket kan leda till ohälsa och vårdskada hos den enskilde.

#### **Enhet**

Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

#### **Granskning:**

#### **Egenvårdsbedömning**

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

Socialstyrelsens föreskrift om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6). Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 6/2013.

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

Att brukare som har stöd avseende insats som av leg. läkare bedömts som egenvård har en aktuell egenvårdsbedömning och läkemedelsordination (kan förekomma att det står ordination på bedömningen eller att det är separat på lista). Egenvård räknas inte som en hälso- och sjukvårdsinsats.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Fyra verksamheter kommer att besökas och totalt 24 stycken brukare som har egenvård kontrolleras om de har aktuell egenvårdsbedömning och läkemedelsordination. Antalet brukare med egenvård kan variera inom verksamheter och antalet granskningar kan därav variera per verksamheter.

#### **Granskningsmetod:**

Kontroll om det finns en aktuell egenvårdsbedömning och läkemedelsordination-/lista, båda måste finnas för ett godkänt resultat. Granskningen genomförs på plats i LSS verksamheten.

## Resultat

Granskning av egenvård har genomförts vid fyra korttidsboenden inom LSS och omfattar sex brukares egenvård på varje sektion, totalt 24 brukare. Av de granskade egenvårdsinsatserna tillhörde 9 kvinnor och 15 män.

Totalt var 14 (58 %) av 24 godkända. Av kvinnornas var fyra (44%) av nio godkända. Dessa granskades vid tre korttidsboenden. Av männens var tio (67%) av 15 godkända. Dessa granskades vid fyra korttidsboende.

Resultatet per sektion: Katstanjeplatsen fem (83%) av sex godkända, Dukatgatan och Högsåkeringen hade båda fyra (67%) av sex godkända och Elinelund hade en (17%) av sex godkända egenvårdsbedömningar.

### *Förslag på förbättringsåtgärder*

Nyanställd sjuksköterska har i uppdrag att utreda arbetet kring egenvårdsprocessen (internt och externt), vilket ska leda till en säkrare hantering kring brukare med egenvård. Arbetet följas upp och redovisas i årsanalysen.

(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)

## Risk:

### **Brister i efterlevnad av alkoholpolicy**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för att Malmö stads alkoholpolicy inte följs, på grund av okunskap, vilket kan leda till minskat förtroende hos medborgarna.

#### **Enhet**

Ekonomiavdelning

#### **Granskning:**

#### **Efterlevnad av alkoholpolicy**

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

Efterlevnad av policy för alkohol vid representation.

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

Säkerställa att chefer och medarbetare efterlever policy för alkohol vid representation i Malmö stad.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Granskning av 20 fakturor.

#### **Granskningsmetod:**

Granskning av fakturor konterade på konton för representation under perioden januari till juli.

## Resultat

Granskningen omfattar 20 leverantörsfakturor som konterats på konton för representation under perioden januari till juli. Granskade fakturor avser huvudsakligen intern representation. Granskningen omfattar endast efterlevnad av policy för alkohol vid representation.

Enligt Malmö stads alkoholpolicy gäller att:

- vid intern representation serveras inte alkohol som bekostas av arbetsgivaren. (Vid ceremoni avseende pensionsavtackning och utdelning av minnesgåva, kan undantag göras efter beslut av ansvarig förvaltningschef. Måttfullhet ska då iakttagas vid servering av vin eller öl.)
- Vid extern representation ska måttfullhet iakttagas vid servering av vin eller öl.

Ingen av de granskade fakturorna innehöll kostnader för alkohol.

Inga förbättringsåtgärder bedöms behövas.

(Ekonomiavdelning)

**Risk:**

### **Brister i efterlevnad av resepolicy**

#### **Beskrivning av risk**

Risk för att resor i tjänsten inte genomförs på ett hållbart och miljöanpassat sätt på grund av brister i efterlevnad av resepolicy, vilket kan leda till minskat förtroende hos medborgarna samt klimatpåverkan.

#### **Enhet**

Ekonomiavdelning

#### **Granskning:**

Efterlevnad av resepolicy

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

Efterlevnad av Malmö stads resepolicy.

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

Säkerställa att chefer och medarbetare efterlever Malmö stads resepolicy.

#### **Omfattning/avgränsning:**

Granskning av fakturor som avser tjänsteresor med flyg.

(Antal korta taxiresor är en indikator som förvaltningen mäter och den tas därför inte med i granskningen.)

#### **Granskningsmetod:**

Granskning av fakturor konterade på konton för resekostnader under perioden mars-maj.

#### **Resultat**

Granskningen omfattar 58 leverantörsfakturor som konteras på konton för resekostnader under perioden mars till maj. De granskade fakturorna avsåg huvudsakligen kostnader för hotell och resor med tåg.

Granskningen omfattar endast tjänsteresor med flyg.

Två av de granskade fakturorna innehöll kostnader för flygresor.

· En faktura avsåg en längre flygresor för en personlig assistent, anställd av funktionsstödsförvaltningen, som rest tillsammans med en brukare på en semesterresa. Vid en sådan resa är den personliga assistenten hänvisad till att använda samma färdmedel som brukaren valt.

· En faktura avsåg en tjänsteresa mellan Malmö och Skellefteå för två personer. Enligt resepolicyen är flygresor tillåtna om tidsvinsten är påtaglig, tidsvinsten ska uppgå till minst tre timmar för enkel resa. I detta fallet överstiger tidsvinsten tre timmar för enkel resa.

Granskningen av resefakturer visar att man huvudsakligen använder tåg vid längre tjänsteresor. Inga förbättringsåtgärder bedöms behövas.

(Ekonomiavdelning)