

# Internkontrollplan 2025

---

Funktionsstödsnämnden

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Funktionsstödsförvaltningens arbetsprocess</b> .....	<b>4</b>
<b>Ansvar</b> .....	<b>5</b>
<b>Arbetsgång vid internkontrollgranskning</b> .....	<b>6</b>
<b>Åtgärder</b> .....	<b>7</b>
Följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) .....	7
Privata medel.....	8
<b>Granskningar</b> .....	<b>9</b>
Nämndens granskningar .....	9
Inköp utanför avtal .....	9
Följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) .....	9
Kommungemensamma granskningar.....	10
Bristande serviceskyldighet .....	10
Bisysslor .....	11
Välfärdsbrottslighet.....	12

# Inledning

Enligt kommunallagen (6 kap 7§) ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Det interna kontrollarbetet i Malmö stad styrs av *Reglemente för intern kontroll* (kommunfullmäktige 2016-12-20, § 303). *Handbok för intern kontroll* är ett stöd i det praktiska arbetet i förvaltningarna. Stratsys ska användas som systemstöd.

Intern kontroll är ett av flera sätt för en organisation att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. I en offentlig organisation som Malmö stad skapar en god intern kontroll förutsättningar för en effektiv användning av skattepengarna och en bra service till kommunmedlemmar och andra intressenter. Generellt sett handlar intern kontroll om att ha ordning och reda och se till att:

- verksamheten är ändamålsenlig och effektiv
- information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig
- lagar, förordningar och styrdokument följs

Internkontrollplanen omfattar de granskningar och direktåtgärder som funktionsstödsförvaltningen avser att följa inom ramen för intern kontroll under 2025. Planen innehåller även de tre kommungemensamma granskningsområdena beslutade av kommunstyrelsen, som för 2025 är sociala medier, bisysslor och välfärdsbrottslighet.

# Funktionsstödsförvaltningens arbetsprocess

Internkontrollplan för funktionsstödsnämnden är framtagen utifrån riskdialoger som genomförts i samtliga avdelningar. Riskdialogerna har omfattat identifiering, värdering och prioritering av risker.

Riskernas sannolikhet och konsekvens värderas på skala 1 - 5. Riskvärdet fås genom att multiplicera värdet för sannolikhet med värdet för konsekvens. I samband med riskdialogerna har hantering av riskerna bestämts. Risker hanteras och följs upp inom ramen för olika styrprocesser, som intern kontroll, målkedja eller systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Hantering och uppföljning kan också ske genom annan styrprocess, som t. ex. det systematiska arbetsmiljöarbetet eller genom handlingsplaner för prioriterade områden. Utgångspunkten är att prioritera hantering av risker med högt riskvärde. Det kan innebära hantering på en eller flera nivåer i organisationen, till exempel genom granskning eller direktåtgärder inom ramen för intern kontroll och/eller egenkontroller och åtgärder i verksamheten inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

I internkontrollplanen framgår vilka risker som efter riskdialogerna föreslås hanteras genom direktåtgärder och granskningar inom ramen för intern kontroll 2025. Andra prioriterade riskområden där det finns ett behov av förvaltningsgemensamma insatser är social dokumentation och det systematiska brandskyddsarbetet. Inom det systematiska arbetsmiljöarbetet kommer särskilt fokus vara på jargong och bemötande samt språk. Samtliga fyra områden följs i uppföljningsrapporterna till nämndsbudgeten.

## Ansvar

Nämnden har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom den egna verksamheten. Detta innebär att en organisation upprättas för internkontrollarbetet, regler och anvisningar för den interna kontrollen beslutas samt att årlig uppföljning av nämndens interna kontroll rapporteras till kommunstyrelsen.

Förvaltningsdirektören ansvarar för att konkreta regler och anvisningar är utformade så att en god intern kontroll kan upprätthållas. Förvaltningsdirektören ansvarar även för att löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.

## Arbetsgång vid internkontrollgranskning

Genomförande av granskningar och direktåtgärder sker löpande under året och rapporteras enligt angiven tid i internkontrollplanen samt i en samlad rapport 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.

# Åtgärder

## 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

### Riskansvarig

Ansvariga chefer

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Kompetenshöjande åtgärd	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.	Maj

## 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.

### Enhet

Funktionsstödsnämnden

### Riskansvarig

Berörda chefer

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Kompetenshöjande åtgärd	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.	Maj



# Granskningar

## Nämndens granskningar

### 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

#### Riskansvarig

Ekonomichef

Granskning
<b>Inköp utanför avtal</b>
<b>Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:</b> Rutin för inköp och upphandling
<b>Syfte med granskningen:</b> Kontroll av följsamhet till rutiner för inköp och upphandling.
<b>Omfattning/avgränsning:</b> Stickprov
<b>Granskningsmetod:</b> Granskning av inköp av icke-avtalsleverantörer över 1000:- på konto 64***. Stickprovskontroll av 15 st fakturor våren 2025 respektive hösten 2025.
<b>Rapportering av resultat till:</b> Ekonomichef
<b>Åtterrapporering till nämnd/styrelse (tidpunkt):</b> Maj och år

### 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

## Riskansvarig

Ansvariga chefer

Granskning
<b>Uppföljning av delegeringar</b>
<b>Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:</b> 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
<b>Syfte med granskningen:</b> Undersöka hur sjuksköterskor går tillväga 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.
<b>Omfattning/avgränsning:</b> Intervjuer sker med patientansvariga sjuksköterskor (PAS) med anställning i HS-enheten sedan minst 6 månader.
<b>Granskningsmetod:</b> 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.
<b>Rapportering av resultat till:</b> Avdelningschef
<b>Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):</b> År

## Kommungemensamma granskningar

### 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
<b>Användande av sociala medier</b>
<b>Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:</b> Granskning huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar.
<b>Syfte med granskningen:</b> 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.
<b>Omfattning/avgränsning:</b> Granskningen omfattar samtliga konton på Facebook, Twitter och Instagram.
<b>Granskningsmetod:</b> 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 fråga 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.
<b>Rapportering av resultat till:</b> Kommunikationschef
<b>Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):</b> Årsanalys

## 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

### Riskansvarig

Samtliga chefer

Granskning
<b>Bisysslor</b>
<b>Områden och tillhörande rutiner som ska granskas:</b> Granskningen avser regler och rutiner som avser anmälan av bisyssla.
<b>Syfte med granskningen:</b> 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.

Granskning
<p><b>Omfattning/avgränsning:</b> Granskningen gäller samtliga nämnder och bolagsstyrelser.</p>
<p><b>Granskningsmetod:</b> Granskningen genomförs genom att nämnder och bolagsstyrelser besvarar ett antal frågor kring interna styrdokument, rutiner och hantering. I nämndernas granskning ingår utöver detta granskning av hur stort antal bisysslor som finns registrerade på ett slumpmässigt urval av arbetsplatser.</p> <p>Konkreta anvisningar kommer att tas fram av stadskontoret i samråd med förvaltningar och bolag.</p>
<p><b>Rapportering av resultat till:</b> HR-chef</p>
<p><b>Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):</b> Årsanalys</p>

## Välfärdsbrottslighet

### 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
<p><b>Välfärdsbrottslighet</b></p>
<p><b>Syfte med granskningen:</b> Syftet med granskningen är att undersöka om Malmö stad - stadens förvaltningar och bolag - har ett ändamålsenligt arbete för att motverka välfärdsbrottslighet.</p>
<p><b>Omfattning/avgränsning:</b> Granskningen omfattar Malmö stads nämnder, och helägda bolag i tillämpliga delar.</p>
<p><b>Granskningsmetod:</b> Granskningen genomförs genom allmänna och specifika frågor om nämndernas arbete med att motverka välfärdsbrottslighet, kompletterat med en mindre självskattnig. Granskningsanvisning finns som separat dokument.</p>
<p><b>Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):</b> 31 maj 2025.</p>