

Årsrapport 2025

Funktionsstödsnämnden

Organisation/Förvaltning
Avdelning/Enhet
Upprättad
Version
Diarienummer

Stadsrevisionen
Revisionskontoret
2026-05-05
Beslutad av revisorskollegiet
SR-2025-6

Innehållsförteckning

1	Slutsats utifrån årlig granskning	4
1.1	Verksamhet	4
1.2	Intern kontroll	5
1.3	Ekonomi.....	5
2	Grundläggande granskning	5
2.1	Verksamhet – granskningsresultat	6
2.2	Intern kontroll – granskningsresultat	7
2.3	Ekonomi – granskningsresultat.....	7
3	Fördjupad granskning	8
3.1	Läkemedelshantering	8
3.2	Uppföljning av privata utförare	9
3.3	Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne	11
3.4	Daglig verksamhet (2024, uppföljning)	12
4	Om årlig granskning	15
4.1	Bedömningsskala	16
4.2	Granskningsansvariga	16
	Bilaga: Förklaringar till begrepp	17

1 Slutsats utifrån årlig granskning

Den sammanvägda bedömningen, utifrån den årliga granskningen, är att funktionsstödsnämndens verksamhet har bedrivits på ett inte helt ändamålsenligt sätt, att den interna kontrollen har varit inte helt tillräcklig samt att verksamheten från ekonomisk synpunkt har bedrivits på ett tillfredsställande sätt.

Område	Bedömning
Verksamhet	● Inte helt ändamålsenlig
Intern kontroll	● Inte helt tillräcklig
Ekonomi	● Tillfredsställande

1.1 Verksamhet

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden har bedrivit verksamheten på ett inte helt ändamålsenligt sätt.

Bedömningen grundar sig på att antalet gynnande beslut enligt 9§ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som inte verkställts inom tre månader har ökat mellan varje kvartal under 2025 samt att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sju ärenden under 2025 gjort bedömningen att Malmö stad dröjt oskäligt länge med att verkställa beslut enligt LSS och Socialtjänstlagen (SoL). Uppföljning av fördjupad granskning av daglig verksamhet som genomfördes 2024 visar också att vidtagna åtgärder bedöms vara i överensstämmelse med revisionens slutsatser och rekommendationer, med reservation för rekommendationen gällande att säkerställa att verkställande av gynnande beslut inte dröjer oskäligt länge på grund av att det bland annat saknas lämplig verksamhet. Resultatet från uppföljning av granskningen redogörs för under fördjupad granskning, rubrik 3.4 Daglig verksamhet.

Bedömningen grundar sig även på att nämndens verksamheter är inte helt ändamålsenliga i förhållande till intentionerna i avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Resultatet från granskningen redogörs för under fördjupad granskning, rubrik 3.3 Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne.

Bedömningen grundar sig vidare på att genomförd granskning inte visar på annat än att nämnden i övrigt har arbetat i enlighet med reglementet för nämnden samt fullmäktiges mål och uppdrag, liksom att nämnden har levt upp till tillämpliga författningar.

1.2 Intern kontroll

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämndens interna kontroll har varit inte helt tillräcklig.

Bedömningen grundar sig på att nämnden inte helt säkerställt en ändamålsenlig läkemedelshantering i bostad med särskild service (LSS) och att nämnden inte helt har säkerställt en tillräcklig uppföljning av privata utförare. Resultatet från granskningarna redogörs för under fördjupad granskning, rubrik 3.1 Läkemedelshantering respektive rubrik 3.2 Uppföljning av privata utförare.

Bedömningen grundar sig på att nämnden under året har följt reglementet för intern kontroll. Nämnden har beslutat om en intern kontrollplan som har följts upp under året och rapporterats till kommunstyrelsen.

Bedömningen grundar sig vidare på att det inte har framkommit några väsentliga brister i nämndens arbete med intern kontroll i övrigt.

1.3 Ekonomi

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden har bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, med hänsyn tagen till att kommunfullmäktige tillfälligt befriar nämnden från ansvar för underskott hänförligt till insatsen personlig assistans.

Bedömningen grundar sig på att nämnden har följt Malmö stads riktlinjer vad gäller att bedriva verksamheten inom de beslutade ekonomiska ramarna och vidta korrigerande åtgärder vid behov. Nämnden har även följt upp ekonomin och rapporterat till kommunstyrelsen.

Bedömningen grundar sig vidare på att det inte har framkommit några väsentliga brister i nämndens förvaltning av ekonomin i övrigt.

2 Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att översiktligt bedöma om nämnden har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut och föreskrifter.

2.1 Verksamhet – granskningsresultat

Genomförd grundläggande granskning visar att funktionsstödsnämnden i huvudsak har följt kommunfullmäktiges beslut avseende nämndsbudget samt planering och uppföljning av kommunfullmäktigemål.

Nämnden har löpande följt upp verksamheten och vidtagit åtgärder vid avvikelser. Nämnden har inte fått uppdrag riktade till sig i Malmö stads budget 2025. Kommunfullmäktige har gett nämnden i uppdrag att utreda volym- och kostnadsutveckling inom insatsen personlig assistans, vilket har genomförts under året och resultatet har rapporterats i årsanalys 2025.

Nämnden bedömer att *samtliga* (9) bidrag till kommunfullmäktigemålen för 2025 har uppnåtts.

Revisionen har granskat nämndens analys och bedömning av bidragen till de fullmäktigemål som nämnden berörs av. Genomförd granskning visar att nämndens bedömning av bidragen till kommunfullmäktigemålen i huvudsak bedöms vara tillförlitlig.

Ett utvecklingsområde bedöms dock vara tydliga indikatorer. I nämndens uppföljning av bidrag till respektive kommunfullmäktigemål under rubriken Bedömning av bidrag till kommunfullmäktigemålet för året redogörs främst för genomförda insatser och aktiviteter och hur dessa resulterar i bedömningen att bidraget till kommunfullmäktigemålet för 2025 har uppnåtts (grönt). Av redogörelsen framgår inte tydligt vad som är indikatorn, vad som är utgångsläget vid förflyttning eller vad som är det önskade utfallet. Indikatorer kan för tydlighetens skull med fördel redovisas i tabell eller vara särskilt angivna.

Grundläggande granskning har genomförts av redovisning av gynnande beslut enligt 9§ LSS som inte verkställts inom tre månader 2025.

Granskningen visar att antalet icke verkställda beslut inom LSS-verksamheten har ökat mellan varje kvartal under 2025, tabell nedan.

I sju ärenden har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gjort bedömningen att Malmö stad dröjt oskäligt länge med att verkställa beslut enligt LSS och Socialtjänstlagen (SoL).

År	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
2021	87	73	93	80
2022	80	81	116	109
2023	102	96	97	79
2024	98	104	124	100
2025	88	97	112	113

Nämnden har i den kvartalsvisa redovisning av gynnande beslut enligt LSS som inte verkställts inom tre månader 2025 redogjort för att insatsen som har ökat mest i antal ej verkställda beslut är insatsen boende med särskild service vuxna från 16 kvartal 3 år 2025 till 21 kvartal 4 år 2025. Samtidigt har det också skett en viss ökning inom insatsen avlösarservice från 10 ej verkställda kvartal 3 år 2025 till 13 ej verkställda under kvartal 4 år 2025.

Genomförd grundläggande granskning visar i övrigt inte på annat än att nämnden har bedrivit verksamheten i enlighet med reglementet för nämnden och fullmäktiges beslut, liksom att nämnden har levt upp till tillämpliga författningar.

2.2 Intern kontroll – granskningsresultat

Genomförd grundläggande granskning visar att funktionsstödsnämnden har följt Malmö stads reglemente för intern kontroll samt kommungemensamma anvisningar från kommunstyrelsen.

Revisionen har granskat dokumentationen till två av nämndens granskningar i interna kontrollplanen 2025. Bedömningen är att genomförande och återrapportering till nämnden är tillförlitlig.

2.3 Ekonomi – granskningsresultat

Genomförd grundläggande granskning visar att funktionsstödsnämnden har följt Malmö stads budget och riktlinjer för ekonomi.

Verksamheten har bedrivits inom de beslutade ekonomiska ramarna och tilldelad investeringsram (överskott 3 mnkr). Nämnden har även följt upp ekonomin regelbundet och rapporterat till kommunstyrelsen.

Nämnden visar på en relativt god prognossäkerhet och redovisar för 2025 ett negativt resultat efter finansiella poster (utfall) om -6 587 mnkr.

Noterbart är att verksamheten har bedrivits inom de ekonomiska ramarna då kommunfullmäktige tillfälligt befriat funktionsstödsnämnden från ansvar för underskott om högst 16 mnkr hänförligt till insatsen personlig assistans.

3 Fördjupad granskning

Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen visar på väsentliga risker och där revisionen bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

3.1 Läkemedelshantering

Stadsrevisionen har genomfört en granskning av läkemedelshantering. Granskningen omfattade hälsa-, vård- och omsorgsnämnden och funktionsstödsnämnden.

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden inte helt säkerställer en ändamålsenlig läkemedelshantering i bostad med särskild service (LSS.) Det finns risk för brister kopplade till läkemedelsdelegerade uppgifter, exempelvis sjuksköterskornas förutsättningar för individuell riskanalys och uppföljning för att säkerställa en säker läkemedelshantering. Även brister i nyckelhantering avseende läkemedelsförvarning och spårbarhet medför säkerhetsrisker. Det bedöms även finnas väsentliga risker kopplat till spårbarhet och kontrollräkning vid förvaring av kasserade narkotiska läkemedel. Det finns också avvikelser avseende omfattning, struktur och efterlevnad av föreskrifter avseende egenkontroll, särskilt avsaknaden av en heltäckande och årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Det finns kända dokumenterade rutiner för läkemedelshantering samt rutiner och system för avvikelshantering. Rapportering till nämnderna kring bland annat läkemedelsavvikelser sker i patientsäkerhetsberättelsen.

Utifrån granskningens resultat rekommenderas nämnden att:

- Stärka förutsättningarna för en säker läkemedelsdelegering genom att säkerställa att sjuksköterska har förutsättningar för individuell riskanalys och uppföljning av delegerad omsorgspersonal.

- Stärka kompetensutveckling och återkoppling avseende kunskapstester inom ramen för delegeringsprocessen för att säkerställa en säker läkemedelshantering.
- Förbättra spårbarhet och säkerhet i läkemedelsförvaring och hantering av nycklar och koder.
- Stärka spårbarhet, säkerhet och kontroll vid förvaring av kasserade narkotikaklassade läkemedel inför transport till apotek för att undvika risk för oupptäckt stöld och oro hos personalen.
- Säkerställa att extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering sker och följs upp i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37).
- Förstärka arbetet med riskanalyser och egenkontroll för att säkerställa ett systematiskt förebyggande arbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

Funktionsstödsnämnden har avlämnat ett yttrande över revisionsrapporten 2026-01-26. Nämnden delar i huvudsak rapportens slutsatser och kommer att vidta åtgärder för att hantera rekommendationerna. Av yttrandet framgår att nämnden bland annat planerar inköp av digitala, spårbara nyckelskåp utifrån identifierade brister, behov och fastställda prioriteringskriterier, exempelvis vid boenden där narkotikaklassade läkemedel hanteras. Boenden med behov av sjuksköterskeskåp kommer att omfattas av inköp under en treårsperiod. Vidare ska kvittens av nycklar till läkemedelsskåp säkerställas i berörda verksamheter. Spårbarhet, säkerhet och kontroll vid transport av narkotikaklassade läkemedel till apotek ska säkerställas genom lokal rutin samt inköp av läkemedelsskåp vid HS-enheten. Förvaltningsledningen har beslutat att upphandla extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Vidtagna och planerade åtgärder bedöms vara i överensstämmelse med revisionens slutsatser och rekommendationer.

3.2 Uppföljning av privata utförare

Stadsrevisionen har genomfört en granskning av uppföljning av privata utförare. Granskningen omfattade kommunstyrelsen, funktionsstödsnämnden samt arbetsmarknads- och socialnämnden.

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden inte helt har säkerställt en tillräcklig uppföljning av privata utförare. Bedömningen grundar sig på att nämnden har system för uppföljning av privata utförare

och har upprättat skriftliga rutiner för den konkreta uppföljningen, men att flera av rutinerna har karaktären av checklistor. Dock saknas information om hur kontrollerna ska dokumenteras samt vem som ansvarar för genomförandet av kontrollerna. Dokumentationen är bristfällig avseende utförda kontroller. Riskanalysen omfattar inte risker som direkt rör uppföljning av privata utförare och urvalet av kontroller av privata utförare är inte riskbaserat. Uppföljningen av privata utförare i nämndens årsanalys 2024 omfattade inte personlig assistans.

Utifrån granskningens resultat rekommenderas nämnden att:

- Se över styrande dokument för avtalsuppföljning och kontroll av privata utförare samt komplettera dessa med beskrivningar av hur utförda uppföljningar och kontroller ska dokumenteras samt vem som är ansvarig för genomförandet.
- Överväga att införa ett riskbaserat urval inför avtalsuppföljning, och att komplettera förvaltningens riskanalys med risker som rör privata utförare.
- Utöka rapporteringen i årsanalysen gällande privata utförare till att inkludera uppföljning av privata utförare inom personlig assistans.

Funktionsstödsnämnden har avlämnat ett yttrande över revisionsrapporten 2026-03-06. Nämnden delar revisionens synpunkter och redovisar att de bland annat planerar att ta fram ett reviderat och mer strukturerat uppföljningsmaterial inför och under placering av privata utförare. Materialet ska exempelvis innehålla en anvisning om hur uppföljning ska dokumenteras samt en tydlig ansvarsfördelning. Vidare ska en systematisk riskanalys genomföras för att identifiera vilka avtalade utförare som kan innebära förhöjd risk. Utifrån riskanalysen kommer uppföljning att ske tätare och/eller prioriteras i en viss ordning. Av yttrandet framgår även att personlig assistans ska inkluderas i återrapportering till nämnden. Vidtagna och planerade åtgärder bedöms vara i överensstämmelse med revisionens slutsatser och rekommendationer.

3.3 Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

Sirona har på uppdrag av styrgruppen för revisionssamverkan i Skåne genomfört en uppföljning av granskningen om Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Granskningen omfattade hälsa-, vård- och omsorgsnämnden och funktionsstödsnämnden.

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer. Sammantaget bedöms nämndens verksamheter vara inte helt ändamålsenliga i förhållande till hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner. Granskningen visar att det kvarstår brister inom flera centrala delar av hälso- och sjukvårdsavtalet, däribland rehabilitering, egenvård samt stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljningen av avtalet har utvecklats men är ännu inte tillräckligt systematisk eller heltäckande. Vidare framgår att ansvarsfördelningen i vissa delar fortsatt upplevs som otydlig, vilket riskerar att påverka genomförande och uppföljning. För nämndens verksamheter kan det dock konstateras att samverkan med Region Skåne har utvecklats genom flera insatser sedan den tidigare granskningen. Bland annat har riktade hälsosamtal, etablering och vidareutveckling av FACT-team samt förbättrade strukturer för läkarmedverkan bidragit till bättre samordning för personer med komplexa och sammansatta behov. I vissa delar finns även förbättrade rutiner och ökad samverkan mellan berörda aktörer.

Utifrån granskningens resultat rekommenderas nämnden att:

- Vidta åtgärder för att stärka styrning och ansvarsfördelning kopplat till hälso- och sjukvårdsavtalet, särskilt inom de delar av avtalet där brister fortfarande kvarstår, såsom läkarmedverkan, rehabilitering, psykisk funktionsnedsättning och egenvård.
- Utveckla en mer systematisk uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet, så att den i högre grad har sin utgångspunkt i avtalets intentioner och därmed kan utgöra ett ändamålsenligt underlag för styrning, prioritering och analys inom samtliga avtalsområden.

- Säkerställa ett ökat genomslag i den operativa verksamheten genom att befintliga strukturer och arbetssätt tillämpas mer konsekvent och systematiskt.

Funktionsstödsnämnden har avlämnat ett yttrande över revisionsrapporten 2026-03-23. Nämnden instämmer i rapportens slutsatser och redovisar att de kommer att vidta åtgärder för att hantera kvarstående brister i samverkan, egenvård och uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet. Av yttrandet framgår bland annat att nämnden ska fortsätta utveckla samverkan kring vårdövergångar, initiera dialog med BUP och habiliteringen för att tydliggöra ansvarsfördelningen inom egenvård samt fortsätta utveckla en mer systematisk uppföljning av avtalet genom gemensamt ramverk, nyckeltal och integrering i ordinarie kvalitetsarbete. Vidtagna och planerade åtgärder bedöms vara i överensstämmelse med revisionens slutsatser och rekommendationer.

3.4 Daglig verksamhet (2024, uppföljning)

Malmö stadsrevision har under 2024 genomfört en granskning av daglig verksamhet. Granskningen omfattade funktionsstödsnämnden.

Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden inte har en helt ändamålsenlig planering, styrning och uppföljning av daglig verksamhet.

Granskningen visar att funktionsstödsnämnden genom planering och styrning inte fullt ut säkerställer att det finns förutsättningar för att verkställa beslut gällande daglig verksamhet. Funktionsstödsnämnden verkställer inte samtliga beslut om daglig verksamhet inom tre månader. Antalet nya ej verkställda beslut har dock minskat mellan kvartal 1 2023 och kvartal 1 2024. I stickprovsgranskning av gynnande beslut enligt 9 § LSS om daglig verksamhet som inte verkställts inom tre månader framkommer att det förekommer att anledning till dröjsmål är att det saknas plats i de verksamheter som bedöms som lämpliga för brukaren. Av stickprovet framgår även att det förekommer att dokumentationen kring anledning till dröjsmål är bristfällig.

Funktionsstödsnämndens arbetsutskott har beslutat om en handlingsplan för att minska antalet LSS-beslut som inte verkställs inom tre månader och en arbetsprocess för att säkerställa att beslut verkställs i tid har implementerats. Det finns dock behov av att revidera handlingsplanen utifrån att den innehåller statistik och åtgärder som inte är uppdaterade.

Av granskningen framgår att brukarnas inflytande och medbestämmande säkerställs i utformningen av insatserna. Stickprovsgranskning av genomförandeplaner visar att brukarna gjorts delaktiga i framtagandet av genomförandeplanerna samt att brukarna ges inflytande och medbestämmande över det dagliga arbetet.

Det genomförs kvalitetsuppföljning av verksamheten där åtgärder sätts in vid konstaterade brister. Vid granskning gällande genomförandeplaner finns det dock risk för jävssituation. Detta utifrån att medarbetare granskar genomförandeplaner som de själva medverkat i att upprätta. Vid tidpunkten för granskningen har omsorgspedagogerna, som har i uppdrag att arbeta med kvaliteten i det pedagogiska arbetet, inte har behörighet att dokumentera i systemet för avvikelshantering. Detta utgör ett utvecklingsområde som hade kunnat bidra till ökad effektivitet och minskad administrativ börda för sektionscheferna inom verksamheten.

Av granskningen framgår att statistiken som rapporteras till funktionsstödsnämnden i årsanalysen är mindre detaljerad än statistiken som tidigare rapporterades i form av en kvalitetsberättelse. Detta skulle kunna påverka funktionsstödsnämndens möjlighet att styra utifrån resultatet i kvalitetsuppföljningen.

Det bedrivs en tillräcklig styrning och uppföljning av kostnaderna för daglig verksamhet. Uppnått resultat följs upp sektionsvis varje månad och nämnden får månadsvis ta del av uppföljning av nämndens ekonomi.

Utifrån granskningens resultat rekommenderas nämnden att:

- Säkerställa att verkställande av gynnande beslut inte dröjer oskäligt länge på grund av att det saknas lämplig verksamhet.
- Tillse att handlingsplanen för att minska andelen LSS-beslut som inte verkställs inom tre månader revideras.
- Överväga införande av kollegial granskning av genomförandeplaner över verksamhetsgränser.
- Se över möjligheten att ge omsorgspedagogerna behörighet att dokumentera i systemet för avvikelshantering.
- Säkerställa att statistiken som rapporteras till nämnden i årsanalysen är tillräcklig.

Funktionsstödsnämnden inkom med ett första yttrande i januari 2025 och ett uppföljande yttrande i december 2025. I det uppföljande yttrandet redovisas bland annat att för att säkerställa att verkställigheten sker inom anmodad tidsram har ett flertal processer och arbetssätt justerats eller skärpts. Flera nya arbetssätt har implementerats inom området för verkställighet av insatser, placeringsprocesser, byte av daglig verksamhet samt lokalanskaffning. Införandet av den nya processen har hittills inte medfört någon tydlig förändring i verkställighetstiderna, vilket redogörs för mer detaljerat i yttrandet. Det enskilt största hindret för att minska verkställighetstiderna är att många personer inte är redo att påbörja daglig verksamhet när beslut fattas. Detta beror ofta på psykisk ohälsa, bristande stabilitet i livssituationen eller otillräckliga nätverk. Därtill saknas för vissa målgrupper tillräckligt anpassade lokaler, vilket ytterligare försvårar möjligheten att verkställa besluten i tid. Handlingsplanen reviderades och beslutades av funktionsstödsnämndens arbetsutskott i februari 2025. Handlingsplanen kommer årligen att justeras och beslutas av arbetsutskottet. Kvartalsvis görs sammanställning gällande icke verkställda beslut på daglig verksamhet. Under första kvartalet 2025 var det 18 icke verkställda beslut samt 22 avbrott i verkställigheten. Under kvartal 2 var det 21 icke verkställda beslut samt 19 avbrott i verkställigheten, för kvartal 3 var det 19 icke verkställda beslut samt 32 avbrott i verkställigheten.

Under våren 2025 genomfördes kollegial granskning av genomförandeplaner inom daglig verksamhet. Målet med granskningen var att kvalitetssäkra följsamheten till lagstiftning och krav gällande genomförandeplaner inom LSS men även att kartlägga hur kvaliteten i genomförandeplanerna ser ut och på så sätt kunna skapa rätt insatser för att arbeta kvalitetsutvecklande. Ett pilotprojekt påbörjades redan under 2024 där omsorgspedagoger i vissa verksamheter inom daglig verksamhet gavs möjlighet att dokumentera i utredningsdelen i avvikelssystemet. Utvärdering av pilotprojektet gav goda resultat och under 2025 har möjlighet getts fler omsorgspedagoger. Funktionsstödsnämnden kommer från och med årsanalys 2025 att sammanställa statistik över antalet rapporterade missförhållanden och risk för missförhållanden på årsbasis.

Vidtagna åtgärder bedöms vara i överensstämmelse med revisionens slutsatser och rekommendationer, med reservation för rekommendationen gällande att säkerställa att verkställande av gynnande beslut inte dröjer oskäligt länge på grund av att det bland annat saknas lämplig verksamhet.

4 Om årlig granskning

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och styrelser¹.

Stadsrevisionen i Malmö granskar dessas ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna i revisorskollegiet och de sakkunniga yrkesrevisorerna på revisionskontoret.

Revisorernas uppdrag är att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnder och styrelser är tillräcklig². Se vidare om begreppen tillräcklig intern kontroll, ändamålsenlig verksamhet och tillfredsställande ekonomi i bilaga.

Den årliga granskningen består av tre delar:

- grundläggande granskning av samtliga nämnder och styrelser
- fördjupade granskningar, vilka rapporteras i sin helhet i enskilda rapporter som publiceras på Stadsrevisionens hemsida
- granskning av Malmö stads delårsrapport och årsredovisning.

Granskningen utgår från en riskanalys och genomförs med den inriktning och omfattning som god sed³ kräver för att ge en rimlig grund för de förtroendevalda revisorernas bedömning. Granskningen bygger på revisionskriterier, varmed avses de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterier utgörs exempelvis av lagstiftning, kommunfullmäktigemål och andra beslut av fullmäktige.

Utifrån brister som konstaterats genom granskningen lämnas ofta rekommendationer till de granskade nämnderna och styrelserna. Stadsrevisionen följer upp om dessa har genomfört åtgärder för att följa revisorernas rekommendationer.

I revisionskontorets årsrapport sammanfattar den sakkunnige yrkesrevisorn all granskning som har genomförts av respektive nämnd/styrelse under det

¹ Begreppet styrelse omfattar här kommunstyrelsen och bolagsstyrelser.

² Kommunallagen, 12 kapitlet 1 §.

³ God revisions sed i kommunal verksamhet 2022, SKR.

gångna året. Syftet med rapporten är att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för sin ansvarsprövning enligt kommunallagen.

Förvaltningen har givits möjlighet att faktakontrollera årsrapporten, som är ett utkast och inte en allmän offentlig handling fram till dess att revisorskollegiet beslutar om revisionsberättelsen.

De förtroendevalda revisorerna i respektive styrgrupp ur revisorskollegiet träffar nämndens presidium och förvaltningsledning i samband med delårsrapport och årsbokslut.

4.1 Bedömningsskala

Områdena verksamhet, intern kontroll och ekonomi bedöms enligt följande bedömningsskala.

Bedömning	Förklaring av kriterier
● Ändamålsenlig / Tillräcklig / tillfredsställande	Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser/brister som behöver åtgärdas.
● Inte helt ändamålsenlig / tillräcklig / tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara helt uppfyllda. Det finns avvikelser/brister som behöver åtgärdas.
● Inte ändamålsenlig / tillräcklig / tillfredsställande	Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser/brister som behöver åtgärdas.

4.2 Granskningsansvariga

Revisorskollegiets styrgrupp Omsorg: Pia Landgren, Claes Carlsson, Göran Hellberg, Inger Leite, Per Håkan Linné, Berit Sjövall

Sakkunnig från revisionskontoret: Frida Starbrant, certifierad kommunal yrkesrevisor, Fredrik Edler, certifierad kommunal yrkesrevisor. Yrkesrevisorn har prövat sitt oberoende i enlighet med SKYREV:s rekommendation R2 och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen.

Kvalitetssäkring: Ann-Mari Ek, revisionsdirektör, certifierad kommunal yrkesrevisor.

Bilaga: Förklaringar till begrepp

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen 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 bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt sätt innebär att:⁴

- verksamhetens resultat lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten.
- styrelsen och nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Av Malmö stads budget 2025⁵ framgår att kommunfullmäktigemålen anger ett fåtal områden där nämnder och helägda bolag behöver arbeta gemensamt för att åstadkomma en tydlig förflyttning över mandatperioden. Nämnden/styrelsen ska två gånger om året – i samband med delårsrapport och årsanalys - bedöma om bidraget leder till förflyttning i riktning mot de långsiktiga kommunfullmäktigemål som tilldelats nämnden/styrelsen.

I samband med översyn av strukturen för styrning, ledning och utveckling med mål beslutade kommunfullmäktige 231123 att godkänna förslaget till reviderad struktur, med tillägget att indikatorerna fortsatt ska vara obligatoriska.

Inom målområdena finns ett antal uppdrag riktade till vissa nämnder och styrelser. Årliga budgetuppdrag ska redovisas senast i samband med nämndens/styrelsens årsanalys. Fleråriga budgetuppdrag som är pågående ska delrapporteras i samband med årsanalysen.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner, som på en rimlig nivå säkerställer att:⁶

⁴ God revisionssed i kommunal verksamhet 2022, SKR sidan 26.

⁵ Malmö stads budget 2025, sidan 28.

⁶ God revisionssed i kommunal verksamhet 2022, SKR sidan 27.

- verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv,
- informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Nämnden ska i enlighet med Malmö stads reglemente för intern kontroll⁷ se till att det finns en organisering och ett systematiskt arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll. Det innefattar bland annat att årligen besluta om en intern kontrollplan som beskriver prioriterade åtgärder och granskningar utifrån dokumenterade riskanalyser.

Att nämndens verksamhet sköts på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att nämnden:⁸

- klarar att genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser,
- bedriver verksamheten med god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut.

Av Malmö stads budget 2025⁹ framgår bland annat att nämnden ska upprätta interna riktlinjer för ekonomisk styrning, regelbundet följa utvecklingen i sin verksamhet och vidta korrigerande åtgärder efter behov.

⁷ Reglemente för intern kontroll i Malmö stad; antagen av kommunfullmäktige 20/12 2016.

⁸ God revisionssed i kommunal verksamhet 2022, SKR sidan 26.

⁹ Malmö stads budget 2025, sidorna 28-29.