



Helårsuppföljning Internkontrollplan 2025

Socialnämnden

Beslutsdatum: 2026-MM-DD

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Helårsuppföljning av internkontrollplan 2025.....	3
Helårsuppföljning av kritiska risker	4
Granskning av risk: <i>Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet</i>	6
Syfte, frågeställningar och genomförande	6
Processbeskrivning	7
Resultatreddovisning och analys.....	7
<i>Finns kunskap hos medarbetare om hantering av skyddade personuppgifter?</i>	7
<i>Finns kunskap hos chefer om hantering av skyddade personuppgifter?</i>	8
Bedömning om behov av åtgärder	9
Uppföljning av identifierade åtgärder	9

Inledning

Enligt kommunallagen 6 kapitlet 6 § ska nämnderna 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. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap 1 § har lämnats över till någon annan.

Helårsuppföljning av internkontrollplan 2025

Socialnämnden har antagit en internkontrollplan för 2025. Vid framtagandet av planen genomfördes en riskanalys utifrån verksamhetens viktiga ansvarsområden, processer och system. Riskanalysen utfördes genom inventering av risker, bedömning av riskvärde samt val av hantering av respektive risk. Verksamhetens hantering av de kritiska riskerna rapporteras per del- och helår. Risker med lägre riskvärde, och som därmed ej bedömts som kritiska, omhändertas inom ramen för verksamhetens ordinarie systematiska utvecklingsarbete. Granskningar inom internkontrollplanen har som syfte att besvara specifika frågeställningar och vid behov föreslå åtgärder. Dessa granskningar ska stödja lärande och bidra till ett systematiskt utvecklingsarbete. Åtgärder som identifieras i granskningarna tas med i nästa års internkontrollplan.

I nämndens internkontrollplan 2025 hanteras 14 risker. Fyra av dessa risker har ett riskvärde som värderar risken som kritisk. Den beslutade hanteringen innebär att de kritiska riskerna ska omhändertas i det systematiska förbättringsarbetet och en av riskerna ska även granskas.

Nedan redovisas om den hantering som angivits i internkontrollplanen följts eller ej samt en beskrivning av genomförda och planerade aktiviteter. Vidare redovisas resultatet av genomförd granskning. Sammanställningen visar att riskerna har hanterats enligt plan.

Helårsuppföljning av kritiska risker

Risk	Risk att verksamheten utsätts för välfärdsbrottslighet genom till exempel korrupktion, otillbörlig påverkan eller att någon felaktigt tillskansar sig bidrag eller fördelar.		
Ansvarsområde/ process	Välfärdsbrottslighet		
Befintliga aktiviteter och egenkontroller	Följsamhet till styrdokument. Kontroll av utförare inför avtalsskrivning samt deltagande i RAM-avtal och avtalstrohet. Avtalsuppföljningar. Registerkontroll innan vissa anställningar. Egenkontroll inom t ex utbetalning av ekonomiskt bistånd samt arbetar utifrån modellen FUT (felaktiga utbetalningar). Egenkontroll genom logg-kontroller.		
Planerad hantering	Omhändertas genom utbildningsinsats inom välfärdsbrottslighet och identifiering av sårbarheter för chefer under 2025. Säkerställande att legitimation alltid efterfrågas. Utökning av egenkontroll vid utbetalning inom ekonomiskt bistånd.		
Riskvärde	9	Följer plan	JA
Kommentar	Utbildning inom välfärdsbrottslighet har genomförts för samtliga chefer, medarbetare inom myndighetsområdet och socialnämndens ledamöter. Implementerat/säkerställt att legitimation alltid efterfrågas gentemot brukare. Fr o m december månad påbörjas utökad egenkontroll (i administrativa utbetalningsflödet) vid utbetalning inom ekonomiskt bistånd. Inom enheten för ekonomiskt bistånd arbetas utifrån modellen FUT (felaktiga utbetalningar). Under senhösten genomförs test av crime proofing (ekonomiskt bistånd)		

Risk	Risk att personalresurserna inte används effektivt i förhållande till brukarnas behov. Detta kan leda till ökade bemanningskostnader samt svårigheter vid analysen av ekonomiska avvikelser.		
Ansvarsområde/ process	Bemanningsekonomi och personalplanering		
Befintliga aktiviteter och egenkontroller	Personalplaneringen sker i systemet Time Care och i hemtjänsten planeras brukarbehovet i TES. Utmaningar i schemalaggningen är arbetstidslagstiftning, heltid som norm, timvikarietillsättning samt tydliga mätetal för planering och uppföljning. Egenkontroll genomförs löpande. Slutrapport för projekt tas emot i december och leder till åtgärder.		

Planerad hantering	Omhändertas genom utvecklingsarbete och utbildningsinsatser i Time Care. Under 2025 införs ett arbetssätt för att följa upp/analysera personalkostnader och arbetade timmar vid varje ekonomiuppföljning. Därefter säkerställs att planeringen sker utifrån brukarbehov. Under hösten 2025 eller våren 2026 planeras utbildningsinsatser inom schemaplanering för att ytterligare förbättra effektiviteten och styrmöjligheten.		
Riskvärde	12	Följer plan	JÄ
Kommentar	Nytt arbetssätt att följa upp, analysera och budgetera personalkostnader och arbetade timmar är genomfört enligt plan. Utvecklingsarbete och utbildningsinsatser i Time Care har genomförts men behöver fortsätta ytterligare. Har hanterats enligt plan men arbetet fortsätter.		

Risk	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.		
Ansvarsområde/ process	Hantera personuppgifter		
Befintliga aktiviteter och egenkontroller	Muntlig rutin om begränsad åtkomst (chef + handläggare) i verksamhets-systemet av personer med skyddad identitet. Skriftlig rutin har färdigställts och implementerats. Kontroller kommer utvecklas inom ramen för de åtgärder som beslutats i uppföljning av internkontrollplan 2024.		
Planerad hantering	Omhändertas genom löpande systematiskt kvalitetsarbete och påminnelse på APT/liknande, d v s göra nya rutinen känd även fortsättningsvis. Detta upp-repas vintern 2024/2025 för att säkerställa de åtgärder som angavs i uppfölj-ning av internkontrollplan 2024. Hanteras genom granskning i intern-kontrollplan 2025.		
Riskvärde	8	Följer plan	JÄ
Kommentar	Har hanterats enligt plan.		

Risk	Risk att verksamhetens informationshantering avseende information som finns i nätverksmappen Gemensam (G) inte följer gällande lagstiftning		
Ansvarsområde/ process	Hantera personuppgifter		

Befintliga aktiviteter och egenkontroller	Arbetsätt behöver ses över.		
Planerad hantering	Omhändertas genom utvecklingsarbete för att kvalitetssäkra nuvarande arbetsätt samt påbörja avimplementering av ej korrekta delar.		
Riskvärde	12	Följer plan	JÄ
Kommentar	Arbetsmodell och behörigheter har begränsats så långt det är möjligt efter dialog med informationssäkerhetssamordnare. Risken kvarstår men accepteras tills vidare tills annan generell lösning för mellanlagring finns på kommunnivå.		

Granskning av risk: *Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet*

Syfte, frågeställningar och genomförande

Syftet med granskningen är att svara på de angivna frågorna och vid behov föreslå åtgärder. Granskningen ska fungera som ett stöd för lärande och hjälpa till med systematiskt förbättringsarbete.

- Har medarbetarna kunskap om hur man hanterar skyddade personuppgifter?
- Har cheferna kunskap om hur man hanterar skyddade personuppgifter?

Granskningen baseras på kontorets fastställda rutin för hantering av skyddade personuppgifter och har genomförts genom enkäter till personal inom vård- och omsorgskontoret. En enkät har skickats till de medarbetare som arbetar med myndighetsutövning, och en annan enkät har skickats till kontorets enhetschefer. Medarbetarenkäten skickades till 42 medarbetare, varav 33 svarade. Chefsenkäten skickades till tolv chefer, varav elva svarade.

Enkäten innehåller påståenden med svarsalternativen: "instämmer helt", "instämmer i hög grad", "instämmer delvis", "instämmer i låg grad", "instämmer inte alls" och "vet inte". Om någon svarar "instämmer delvis", "instämmer i låg grad", "instämmer inte alls" eller "vet inte", bedöms det som att personen har låg kunskap. Resultaten har sammanställts på kontorsnivå.

En likadan enkät skickades ut under 2024, och då svarade 31 medarbetare och tio enhetschefer. Resultaten för 2025 kommer att jämföras med resultaten från 2024 för att upptäcka eventuella betydande skillnader.

Processbeskrivning

Vård och omsorgskontoret har tagit fram rutin för hantering av skyddade personuppgifter. Syftet med rutinen är att hjälpa medarbetare inom Vård- och omsorgskontoret att hantera skyddade personuppgifter på rätt sätt. Målet är att minimera risken för att sekretessmarkerade personuppgifter oavsiktligt lämnas ut, att begränsa antalet personer som har tillgång till skyddade uppgifter, samt att begränsa eventuell skadeverkan. En säker hantering av skyddade personuppgifter kräver att den personal som hanterar dessa personuppgifter har goda kunskaper om de sekretessbestämmelser som gäller för behandlingen och hur markeringar som finns för skyddade personuppgifter är avsedda att tillämpas.

Rutinen innefattar hantering av; sekretessmarkering, skyddad folkbokföring och fingerade personuppgifter. Enhetschef ansvarar för att medarbetarna följer rutinen. Den enskildes hälsa, omsorg eller säkerhet ska vara vägledande i all hantering av skyddade personuppgifter. Medarbetare ska alltid utgå från rutinen och därefter rådgöra med sakkunniga om det uppstår osäkerhet kring behandling av skyddade personuppgifter. Sakkunniga utgörs av dataskyddsombud, socialt ansvarig samordnare, medicinskt ansvarig rehabiliterare eller medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Resultatredovisning och analys

Finns kunskap hos medarbetare om hantering av skyddade personuppgifter?

Medarbetare som i följande påstående svarat:	2025 (totalt antal: 33)		2024 (totalt antal: 31)	
	Instämmer helt/ i hög grad %	Instämmer delvis/ i låg grad/ inte alls/ vet inte %	Instämmer helt/ i hög grad %	Instämmer delvis/ i låg grad/ inte alls/ vet inte %
Jag har kännedom om innehållet i rutinen	67	33	58	42
Jag upplever att jag har ett tydligt ansvar enligt rutinen	85	15	77	33
Jag har under det senaste året fått information om rutinen och dess innehåll av min chef	42	58	39	61
Jag vet vem jag kan vända mig till vid frågor och behov av praktiskt stöd i hanteringen av skyddade personuppgifter	73	27	68	32
Jag vet till vem jag ska återkoppla eventuella felaktigheter i hanteringen av skyddade personuppgifter	61	49	55	45

En jämförelse mellan resultaten från 2024 och 2025 visar att de flesta medarbetare fortfarande är osäkra på om de har fått information om rutinen det senaste året. Det finns också tveksamhet kring vad rutinen innehåller och vem de ska kontakta om det uppstår fel i hanteringen av skyddade personuppgifter.

Av de som svarade på enkäten har lite mindre än en tredjedel arbetat i Knivsta kommun i mindre än ett år. Resultaten visar inte några tydliga skillnader mellan dessa medarbetare och de som har arbetat längre tid.

I enkäten för 2025 svarade 24 medarbetare att de under det senaste året har hanterat skyddade personuppgifter. Dessa medarbetare känner sig mer säkra på sitt ansvar enligt rutinen jämfört med helheten. Resultaten från enkäterna visar att de medarbetare som hanterade skyddade personuppgifter under 2025 känner större säkerhet om vart de ska vända sig för att rapportera eventuella fel, jämfört med de medarbetare som hanterade sådana uppgifter under 2024.

Vetskap om vart man ska vända sig för att rapportera eventuella fel är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet, därför är det viktigt att medarbetarna har denna kunskap. För att säkerställa ett bra kvalitetsarbete är det också viktigt att regelbundet informera medarbetarna om rutinen och vad den innehåller.

Finns kunskap hos chefer om hantering av skyddade personuppgifter?

Enhetschefer som i följande påståenden svarat:	2025 (totalt antal: 11)		2024 (totalt antal: 10)	
	Instämmer helt/ i hög grad %	Instämmer delvis/ i låg grad/ inte alls/ vet inte %	Instämmer helt/ i hög grad %	Instämmer delvis/ i låg grad/ inte alls/ vet inte %
Jag har kännedom om innehållet i rutinen	82	8	50	50
Jag upplever att jag har ett tydligt ansvar enligt rutinen	73	17	90	10
Jag vet vem jag kan vända mig till vid frågor och behov av praktiskt stöd i hanteringen av skyddade personuppgifter	64	36	60	40
Jag vet till vem jag ska återkoppla eventuella felaktigheter i hanteringen av skyddade personuppgifter	64	36	50	50
Jag har under det senaste året informerat min personal om rutinen och dess innehåll	73	27	40	60

Enhetschefer som i enkäten angett att deras verksamhet under det senaste året hanterat skyddade personuppgifter har i följande påståenden svarat:	2025 (totalt antal: 9)		2024 (totalt antal: 7)	
	Instämmer helt/ i hög grad %	Instämmer delvis/ i låg grad/ inte alls/ vet inte %	Instämmer helt/ i hög grad %	Instämmer delvis/ i låg grad/ inte alls/ vet inte %
Jag upplever att min personal arbetar i enlighet med rutinen	89	11	57	43
Jag har under det senaste året kontrollerat att min personal arbetar i enlighet med rutinen och dess innehåll	33	67	43	57

En jämförelse mellan resultaten från 2024 och 2025 visar att betydligt fler chefer upplever sig känna till innehållet i rutinen. Något färre chefer känner att de har ett tydligt ansvar enligt rutinen. Flertalet chefer säger att de under det senaste året har informerat sin personal om rutinen och dess innehåll.

De flesta chefer vars personal har hanterat skyddade personuppgifter under året säger att de tror att deras personal följer rutinen. Men få av dessa chefer har helt eller till stor del kontrollerat detta under året. Jämfört med 2024 visar resultaten för 2025 att fler chefer tror att personalen följer rutinen, men färre har faktiskt följt upp det.

Strukturerade uppföljningar eller informationsinsatser kan hjälpa till att säkerställa att rutinen följs och att skyddade personuppgifter hanteras korrekt.

Bedömning om behov av åtgärder

Nämndens verksamheter ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet säkerställa att;

- berörd personal vet vart de ska vända sig för att återskapa eventuella felaktigheter,
- det genomförs strukturerade uppföljningar av rutinens följsamhet.

Uppföljning av identifierade åtgärder

Risk (Ansvarsområde/process)	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet. (Hantera personuppgifter)
Identifierade åtgärder	Nämndens verksamheter ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet säkerställa att; <ul style="list-style-type: none">• det hos berörd personal föreligger kunskap om vart de ska vända sig vid återkoppling av eventuella felaktigheter,• det i verksamheten föreligger kunskap om huruvida medarbetarna arbetar i enlighet med gällande rutin.
Hantering	Se granskning. Fortfarande få som säger sig ha informerats om rutinen från sina chefer – och färre chefer har följt upp, även om man i högre utsträckning än 2024 tror att medarbetare kan rutinen. Tidigare åtgärder behöver således fortsätta och följas upp av kontorets ledningsgrupp.

Risk (Ansvarsområde/process)	Risk att kommunens inköp och upphandlingar inte genomförs enligt ingångna avtal och kommunens styrdokument. (Upphandling och inköp)
Identifierade åtgärder	Nämndens verksamhet ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet säkerställa att samtliga inköp och upphandlingar uppfyller ställda krav på dokumentation.
Hantering	Vård- och omsorgskontoret saknar information om hur detta centralt följts upp och har därför inget resultat eller nuläge att presentera. Vid nya typer av inköp och upphandling ingår det i chefsansvaret att känna till regler för upphandling och inköp. Kontorets chefer samarbetar tätt med upphandlingsenheten.