

Internkontrollplan 2024 för Socialnämnden

*Antagen av Socialnämnd
Februari 2024*

Den interna kontrollen

Kommunallagen 6 kapitlet 6 § anger att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Den interna kontrollens syfte är att tillse tillförlitlig rapportering om verksamhet och ekonomi, uppfyllelse av mål samt efterlevnad av lagar och regler. Den interna kontrollen innefattar verksamhetens hantering av alla de risker som föreligger i verksamheten och som faller inom ramen för intern kontrollens syfte.

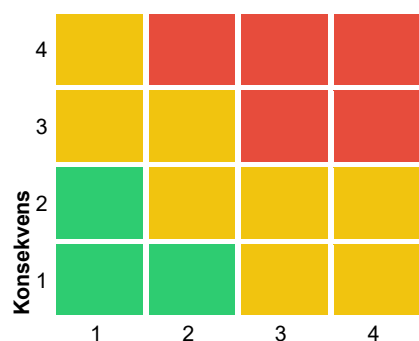
Internkontrollplanen är ett verktyg för att säkerställa att intern kontroll hanteras systematiskt och är tillräcklig. Internkontrollplanen antas årligen och säkerställer att risker bedöms och hanteras.

I internkontrollplanen synliggörs verksamhetens inventering, bedömning och hantering av risker i form av en bruttolista. Bruttolistan utgår från verksamhetens mest betydelsefulla och prioriterade ansvarsområden och processer. Kommunstyrelsen har i sin internkontroll även bedömt fyra kommunövergripande risker; ekonomisk förvaltning, bisyssla, upphandling och inköp samt delegation. Bedömningen av dessa risker redovisas i kommunstyrelsens internkontrollplan. Vid granskning av dessa risker delges berörda nämnder resultatet i samband med återkoppling av nämndernas internkontrollplaner.

Hantering av risker sker genom att de accepteras, granskas i internkontrollplanen, omhändertas på annat sätt, exempelvis genom utvecklingsarbete i verksamhetsplan, eller åtgärdas omgående.

Den interna kontrollen är en del av nämndens utvecklingsarbete och ingår i ledningssystemet. Detta innebär att nämnden ansvarar för att vidta åtgärder utifrån identifierade brister för att ständigt förbättra och utveckla sin verksamhet.

Riskmatris



Sannolikhet

Kritisk
Medium
Låg

	Konsekvens	Sannolikhet
4	Allvarlig - är så stor konsekvens att det helt enkelt inte får hända	Sannolik - Det är mycket troligt att fel kan uppstå
3	Kännbar - Uppfattas som besvärande av berörda personer (internt och externt)	Möjlig - Det finns en möjlig risk för att fel kan uppstå
2	Lindrig - Uppfattas som liten av berörda	Mindre sannolik - Risken är mycket liten för att fel kan uppstå
1	Försumbar - Uppfattas som obetydlig av berörda	Osannolik - Risken är praktiskt taget obefintlig att fel kan uppstå

Bruttolista risker

Ansvarsområde/process	Risk i verksamheten för att inte kunna säkerställa utförandet av ansvarsområde/process	Befintliga åtgärder, egenkontroller, systemstöd etc	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Ställningstagande av hantering
Systemberoende processer i vardagen	Risk för brister i system, integration, it-support, ansvarsfördelning och systemförvaltning vid förändringar i driften som påverkar processer inom nämndens verksamheter. Flera problem rör beroenden till andra aktörer. Vissa har kontoret egen rådighet över men kräver helhetsgrepp då det rör både system och arbetssätt och kompetens.	Intern stödstruktur har tagits fram för att säkerställa riskbedömningar och genomförande. Behöver tydliggöras vad som är kontorets ansvar och vad som är samverkansparters.	4	2	8	Hanteras genom utvecklingsarbete. Uppföljning under 2024 om den nystartade interna stödstruktur fångar problem inom ramen för kontorets ansvar samt om gällande implementeringsstruktur följs.
Hantering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	I och med digitalt ledningssystem finns en inbyggd sårbarhet vid personalomsättning. Risk att ingen på plats kan upprätthålla/bygga ledningssystemet.	Nyanställda ansvariga medarbetare i kvalitets- och utvecklingsavdelningen utbildas inom ramen för sin introduktion.	2	2	4	Accepteras. Uttalat ansvar för kvalitets- och utvecklingschef att minska sårbarheten.
Hantera personuppgifter enligt GDPR och Offentlighet och sekretesslagen, Patientdatalagen, lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, Socialtjänstlagen, Personuppgiftslagen.	Risk att skicka sekretessbelagda individhandlingar till fel person.	Inom myndighetsområdet tas hantering av handlingar upp regelbundet på APT.	2	3	6	Hanteras genom löpande systematiskt kvalitetsarbete arbetsledning. Accepteras.
	Risk att skriva sekretessbelagd information i osäker e-post.	Muntlig arbetsledning ute i enheterna att enbart maila klienter/brukare om de först valt den kommunikationsvägen eller samtyckt till kontakt via e-post.	3	2	6	Hanteras genom utvecklingsarbete. Ska inkluderas i även övriga myndighetsenheters introduktionsmallar samt enheten för råd och stöd, där det inte ännu finns. Klart vt 2024.
	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.	Muntlig rutin om begränsad åtkomst (chef + handläggare) i verksamhetssystemet av personer med skyddad identitet. Skriftlig rutin har färdigställts och implementerats.	2	4	8	Löpande systematiskt kvalitetsarbete och påminnelse på APT/liknande, d v s göra nya rutinen känd även fortsättningsvis. Hanteras genom granskning i internkontrollplan.

	Risken är att medarbetare i systemet tar del av information som den inte ska.	I introduktionsmall på myndighet bistånd + barn och unga är information om inre sekretess nyss tillagt. Ny rutin för internkontroll genom stickprov av loggar är framtagen.	2	3	6	Hanteras genom utvecklingsarbete. Övriga introduktionsmallar ska också få info om inre sekretess.
	Risk att personuppgifter överlämnas till externa parter (leverantörer och utförare) utan att personuppgiftsbehandlingen regleras i avtal och instruktion.	SKR:s mall används. Den är dock svårbegriplig och ej anpassad till socialtjänstens förutsättningar då den ej hanterar patient- och brukar-data. Instruktion saknas för patient- och brukar-data.	3	2	6	Hanteras genom utvecklingsarbete där instruktion tas fram.
Hot och våld mellan brukare/klient och medarbetare	Risk för att rutiner inte efterlevs.	Rutin finns och är väl känd.	2	3	6	Accepteras. Hanteras genom befintligt arbetssätt.
Hantera klagomål/synpunkter	Risk att klagomål och synpunkter ej tas tillvara eller återkopplas.	Övergripande riktlinje samt lokala rutiner finns och är kända. SAS har ett övergripande påminnelseansvar.	2	3	6	Accepteras. Synpunkts- och klagomålshandlingen processkartläggs för en enklare hantering för verksamheten. Åtgärder ska genomföras utifrån granskning 2023.
Hantering av avvikelser, Lex Maria och Lex Sarah	Risk att medarbetare inte använder anmälningskyldigheten i Lex Maria och Lex Sarah.	Riktlinje och rutiner för Lex Maria och Lex Sarah finns. Det är väl känt att skyldigheten finns. Hur man går tillväga kan vara mindre känt men man vet vem man kan fråga.	1	3	3	Accepteras. Enklare digital sökbarhet önskas dock för smidigare hantering. Pågående processkartläggning inom avvikelsehanteringen generellt kan leda till förenkling/förtydligande i flödet inom Lex Sarah.

Kvalitetssäkra externa utförare (uppföljning)	Risk för att låg kvalitet i utförande hos privat regi inte uppmärksammas.	Rutin för avtalsuppföljning finns, vilket innebär större uppföljningar på verksamhetsnivå ca vartannat år. Därutöver uppföljning på individnivå från myndighetsenheterna. Inför nya placeringar nyttjas IVOs e-tjänst ”planeringsstöd för HVB- och stödboende”. Inför nya ramavtalsupphandlingar tas stöd av upphandlingsenheten och benchmarking kravställarna på verksamheter.	2	3	6	Accepteras. Rimlig nuvarande modell
Kvalitetssäkra egenregi (uppföljning)	Risk för att låg kvalitet i våra egenregiverksamheter inte uppmärksammas	Uppföljning i linjestyrningen inom Vård- och omsorgskontoret, samt i årshjulet VP till nämnd. Därutöver uppföljning på individnivå från myndighetsenheterna.	2	3	6	Accepteras. Rimlig nuvarande modell
Kvalitetssäkra uppdragstagare (familjehem, kontaktfamiljer, kontaktpersoner)	Risk för låg kvalitet hos våra uppdragstagare, vilket medför att barn eller vuxna far illa eller får bristande stöd.	Gemensamt resursregister i verksamhetssystemet (LSS och IFO ser varandras uppdragstagare). Utpekade funktioner i organisationen ansvarar för utredning/ godkännande av uppdragstagare samt uppföljning gentemot dem – utöver socialsekreterares uppföljning av klientens insats. Utvecklingsarbete har skett på Myndighet under året.	2	3	6	Hanteras under 2024 genom genomlysning av processen för rekrytering och godkännande av uppdragstagare i samband med fortsatt uppbyggnad av digitalt kvalitetsledningssystem.
Hantering statsbidrag, externa medel	Risk att socialnämnden går miste om statliga bidrag.	Ansvar för hantering av statsbidrag är förlagt till Kvalitets- och utvecklingsavdelningen. Rutiner och dokumentation finns.	2	3	6	Accepteras. Fortsatt idogt arbete med omvärldsbevakning, dokumentation och återrapportering

Återsökning Migrationsverket	Risk att socialnämnden går miste som statliga medel.	Rutin håller på att färdigställas, återaktualiseras och införlivas i ny organisation.	2	3	6	Den uppdaterade rutinen för återsökningar är färdig december 2023. I o m arbetet har sannolikheten sjunkit. Implementeras och kontrolleras framgent. Risknivån kan sjunka ytterligare. Accepteras.
Myndighetens informationsskyldighet till klienter/brukare	Bristande information	Information om GDPR finns på ansökningshandlingar inom VoK. Besvärshänvisning följer med beslut i individärenden.	2	2	4	Hanteras genom löpande systematiskt kvalitetsarbete/arbetsledning. Accepteras.
Hantering egenavgifter	Risk att socialnämnden går miste om intäkter ÄO	Avgifter och tillämpningsregler i socialnämndens verksamhetsområde, beslutad i KF, aug 2022	1	3	3	Accepteras. Avgiftsrutinerna är väl kända och efterlevs. Avgifter tas in enligt politiska beslut.
	Socialnämnden går miste om intäkter IFO	Avgifter och tillämpningsregler i socialnämndens verksamhetsområde, beslutad i KF, aug 2022. Utvecklingsarbete har genomförts och första fakturering för de målgrupper som tidigare avkrävts egenavgifter har skett.	2	3	6	Accepteras. Avgiftsrutinerna är nu framtagna och implementerade även inom IFO, start december. Avgifter tas in enligt politiska beslut, men sannolikheten sänks endast ett snäpp medan rutinen är ny.
	Risk att brukare/klienter får för höga avgifts-krav	Avgifter och tillämpningsregler i socialnämndens verksamhetsområde, beslutad i KF, aug 2022	1	3	3	Accepteras då nuvarande arbets-sätt bedöms adekvat.

Följsamhet basal hygien	Risk för låg följsamhet till basal hygien, vilket kan medföra smittorisker	Riktlinje och rutin för basal hygien finns. Rutin för utbildning vid introduktion finns utifrån ny föreskrift från Socialstyrelsen. Rutin för observationsmätningar finns och genomförs med månatlig uppföljning. Rutin för åtgärdsplan vid lågt resultat vid observationsmätningar finns. Kontinuerlig uppföljning på förvaltningsledningsnivå finns. Resultaten kan ibland variera men den övergripande trenden är en förbättring från år till år som också ligger över genomsnitt i landet.	2	3	6	Följs kontinuerligt och åtgärder sätts in direkt vid låga resultat i mätningarna. Att ständigt ha 100 % följsamhet är inte rimligt. En "låg" följsamhet (70 % i snitt eller lägre) är dock låg risk.
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Risker som ska granskas i internkontrollplan

Risker inom den interna kontrollen kan hanteras på följande sätt; accepteras, omhändertas i annan planering, granskas i internkontrollplan eller åtgärdas omedelbart.

Utifrån bedömning i aktuell bruttolista ska en risk hanteras genom granskning i internkontrollplanen 2024 och återrapporteras till nämnden per helår 2024.

Ansvarsområde/ process	Risk i verksamheten för att inte kunna säkerställa utförandet av ansvarsområde/process	Riskvärde	Ställningstagande av hantering
Hantera personuppgifter enligt GDPR och Offentlighet och sekretesslagen, Patientdatalagen, lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, Socialtjänstlagen, Personuppgiftslagen.	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.	8	Löpande systematiskt kvalitetsarbete och påminnelse på APT/liknande, d v s göra nya rutinen känd även fortsättningsvis. Hanteras genom granskning i internkontrollplan.