



# Internkontrollplan 2026

Socialnämnden

Beslutsdatum: 2026-MM-DD  
Giltighetstid: 2026-01-01 – 2026-12-31

## **Innehållsförteckning**

Den interna kontrollen .....	3
Internkontrollplan.....	3
Riskmatris .....	4
Bruttolista risker.....	4
Risker som ska granskas .....	4
Kritiska risker som ska hanteras på annat sätt .....	4
Identifierade åtgärder .....	5

## Den interna kontrollen

Enligt kommunallagen (2017:725) 6 kap 6 § 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. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan. Ansvarsfördelning gällande den interna kontrollen regleras i kommunens reglemente för intern kontroll. Riktlinjer för den interna kontrollen ska tydliggöra och kvalitetssäkra det systematiska arbetet kring internkontrollen.

Den interna kontrollen i Knivsta kommun förebygger, upptäcker och åtgärdar fel, brister och oegentligheter som hindrar att organisationen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. Den bygger in en medvetenhet om behovet av att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet. Den interna kontrollen bidrar också till att skydda organisationen, dess förtroendevalda och medarbetare från risker, förluster, oegentligheter, misstankar och andra skador.

## Internkontrollplan

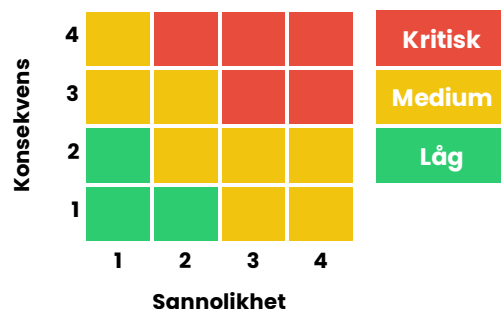
Internkontrollplanen är ett verktyg för att synliggöra och säkerställa att arbetet med intern kontroll utförs på ett systematiskt sätt och är tillräcklig. Den antas varje år och ser till att risker värderas och hanteras. Framtagandet utgår från en riskanalys som genomförs inom respektive nämnds verksamhet utifrån verksamhetens viktiga ansvarsområden, processer och system. Riskanalysen utförs genom inventering av risker, bedömning av riskvärde samt val av hantering. Risker kan hanteras genom att de accepteras, granskas i internkontrollplanen, omhändertas i utvecklingsarbete eller åtgärdas direkt. Nämnden ansvarar för att vidta åtgärder utifrån identifierade brister för att ständigt utveckla sin verksamhet.

Kontorschefen har i självutvärdering angett att riskanalysen har identifierat verksamhetens viktigaste risker i förhållande till den interna kontrollens syfte samt att föreslagen hantering av kritiska risker kan anses tillräcklig, adekvat samt anpassad till verksamhetens storlek och komplexitet.

Uppföljning av internkontrollplanen med beslutad hantering av kritiska risker rapporteras till nämnd per del- och helår. Genom att nämnden antar internkontrollplan och godkänner uppföljning av internkontrollplanen bedömer nämnden att den interna kontrollen kan anses tillräcklig i enlighet med kommunallagen (2017:725) 6 kap 6 §.

# Riskmatris

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	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

S: sannolikhet, K: konsekvens, RV: riskvärde.

Ansvarsområde/process	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
Statistik och ersättningsflöde inom hemtjänst och hemsjukvård	Risk för felaktig statistik och ersättning (såväl plus som minus) inom delegerad hemsjukvård på grund av bristande följsamhet till rutiner mellan hemsjukvård och hemtjänstutförare.	FFU inom LOV anger ansvarsfördelning. Lathundar visar hantering i verksamhetssystemet.	Övergripande administrativa funktioner följer och uppmärksammar hanteringen, vilket minskar konsekvensens storlek.	4	2	8	Omhändertas genom utvecklingsarbete i form av noggrann kartläggning av flödet i teori och praktik genomförs hösten 2025 och vintern 2025/2026. Därefter vidtas åtgärder utifrån behov i form av t ex förtydligade rutiner och tätare egenkontroller.
Välfärdsbrottslighet	Risk för att verksamheten utsätts för välfärdsbrottslighet genom till exempel korruption, otillbörlig påverkan eller att någon felaktigt tillskansar sig bidrag eller fördelar.	Följsamhet till styrdokument. Deltagande i utbildningsinsatser inom välfärdsbrottslighet. Omvärldsbevakning för att höja medvetandegraden. Egen- och internkontroller inom t ex ekonomiskt bistånd.	Kontroll av utförare inför avtalsskrivning samt deltagande i RAM-avtal och avtalstrohet. Avtalsuppföljningar. Registerkontroll innan vissa anställningar. Nyligen utökad egenkontroll inom t ex utbetalning av ekonomiskt bistånd samt arbetar utifrån modellen FUT (felaktiga utbetalningar). Egenkontroll genom logg-kontroller. Pilottest genom roing under första kvartalet. Test av crime proofing. Legitimationskontroll vid brukar- och medarbetarkontakter.	3	3	9	Omhändertas genom att: * använda crime proofing på fler områden (utöver pilot ekonomiskt bistånd 2025) * ytterligare medarbetaregrupper utbildas i ämnet (utöver hittills chefer, myndighetsutövare + förtroendevalda) * Beakta välfärdsbrottslighetsperspektivet när riktlinjer revideras år 2026. *Införa e-tjänst för ersättning till privata utförare inom personlig assistans med tydligare kravställan på redovisning.
Bemanningsekonomi och	Risk att personalresurserna inte används	Personalplaneringen sker i systemet Time Care och i	Egenkontroll genomförs löpande.	4	3	12	Omhändertas genom utveckling av arbetssätt

Ansvarsområde/process	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
personalplanering	effektivt i förhållande till brukarnas behov. Detta kan leda till ökade bemanningskostnader samt svårigheter vid analysen av ekonomiska avvikelser.	hemtjänsten planeras brukarbehovet i TES. Utmaningar i schemalagningen är arbetstidslagstiftning, heltid som norm, timvikariatillsättning samt tydliga måttal för planering och uppföljning.					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.
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 fortsätter för helhetsgrepp i genomförande, tydliggöra interna beroenden och ansvarsfördelning mellan kontoret och samverkanspartner.	Den interna stödstrukturen fångar problem inom ramen för kontorets ansvar samt om gällande implementeringsstruktur följs.	4	2	8	Omhändertas genom fortsatt utvecklingsarbete även under 2026, enligt vidareutvecklad stödstruktur som startat upp under senhösten 2025 med extra närvaro av leverantören från VOKS största verksamhetssystem.
Hantera personuppgifter enligt GDPR och Offentlighet och sekretesslagen, Patientdatalagen, lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, Socialtjänstlagen, Personuppgiftslagen.	Risk att skriva sekretessbelagd information i osäker e-post.	Muntlig arbetsledning ute i enheterna att enbart mejla klienter/brukare om de först valt den kommunikationsvägen eller samtyckt till kontakt via e-post.		3	2	6	Nu finns rutin i alla berörda enheters introduktion, risk kvarstår dock pga mänsklig faktor. Fortsatt påminnelse/APT.
	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.	Skriftlig gemensam rutin finns sedan ett par år tillbaka. Denna går igenom årligen på APT.	Granskning inom ramen för IKP-2025.	2	4	8	Omhändertas genom fortsatta genomgångar av rutin på APT och vid behov.
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	Uppföljningsplan tas fram och återrapporteras inom ramen för målstyrningsprocessen.	2	3	6	Accepteras, förekommande arbetssätt och strukturer för avtalsuppföljning ska förtydligas i en uppdaterad modell under året.

Ansvarsområde/process	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
		benchmarking kravställarna på verksamheter.					
Kvalitetssäkra uppdragsstagare (familjer, kontaktfamiljer, kontaktpersoner)	Risk för låg kvalitet hos våra uppdragstagare, vilket medför att barn eller vuxna far illa eller får bristande stöd. Nu är risken större p g a att antalet uppdragstagare ökat (fler insatser med den här modellen).	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.	Egenkontroll genomförs genom utpekade funktioner inom ramen för utarbetat arbetssätt.	3	3	9	Omhändertas genom att fullfölja planerat utvecklingsarbete under 2026. Se över kravställan för tidsrapportering för uppdragstagare.

## Kritiska risker som ska hanteras på annat sätt

För att säkerställa ett systematiskt arbetssätt gällande de risker som bedömts som kritiska, men där granskning ej ska ske, kommer uppföljning ske till nämnden vid två tillfällen, dels för första halvåret 2026, dels för helåret. Återkopplingen kommer att synliggöra om risken hanteras enligt planen i bruttolistan.

Ansvarsområde/process	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
Välfärdsbrottslighet	Risk för att verksamheten utsätts för välfärdsbrottslighet genom till exempel korruption, otillbörlig påverkan eller att någon felaktigt tillskansar sig bidrag eller fördelar.	Följsamhet till styrdokument. Deltagande i utbildningsinsatser inom välfärdsbrottslighet. Omvärldsbevakning för att höja medvetandegraden. Egen- och internkontroller inom t ex ekonomiskt bistånd.	Kontroll av utförare inför avtalsskrivning samt deltagande i RAM-avtal och avtalstrohet. Avtalsuppföljningar. Registerkontroll innan vissa anställningar. Nyligen utökad egenkontroll inom t ex utbetalning av ekonomiskt bistånd samt arbetar utifrån modellen FUT (felaktiga utbetalningar). Egenkontroll genom loggkontroller. Pilottest genom roering under första kvartalet. Test av crime proofing. Legitimationskontroll vid brukar- och medarbetarkontakter.	3	3	9	Omhändertas genom att: * använda crime proofing på fler områden (utöver pilot ekonomiskt bistånd 2025) * ytterligare medarbetaregrupper utbildas i ämnet (utöver hittills chefer, myndighetsutövare + förtroendevalda) * Beakta välfärdsbrottslighetsperspektivet när riktlinjer revideras år 2026. *Införa e-tjänst för ersättning till privata utförare inom personlig assistans med tydligare kravställan på redovisning.

Ansvarsområde/process	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
Bemanningsekonomi och personalplanering	Risk att personalresurserna inte används effektivt i förhållande till brukarnas behov. Detta kan leda till ökade bemanningskostnader samt svårigheter vid analysen av ekonomiska avvikelser.	Personalplaneringen sker i systemet Time Care och i hemtjänsten planeras brukarbehovet i TES. Utmaningar i schemalagningen är arbetstidslagstiftning, heltid som norm, timvikariatillsättning samt tydliga måttal för planering och uppföljning.	Egenkontroll genomförs löpande.	4	3	12	Omhändertas genom utveckling av 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.
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.	Skriftlig gemensam rutin finns sedan ett par år tillbaka. Denna går igenom årligen på APT.	Granskning inom ramen för IKP-2025.	2	4	8	Omhändertas genom fortsatta genomgångar av rutin på APT och vid behov.
Kvalitetssäkra uppdragsstagare (familjehem, kontaktfamiljer, kontaktpersoner)	Risk för låg kvalitet hos våra uppdragstagare, vilket medför att barn eller vuxna får illa eller får bristande stöd. Nu är risken större p g a att antalet uppdragstagare ökat (fler insatser med den här modellen).	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.	Egenkontroll genomförs genom utpekade funktioner inom ramen för utarbetat arbetssätt.	3	3	9	Omhändertas genom att fullfölja planerat utvecklingsarbete under 2026. Se över kravställen för tidsrapportering för uppdragstagare.

## Identifierade åtgärder

I granskning som genomförts inom ramen för nämndens internkontrollplan 2025 identifierades åtgärder som ska genomföras för att stärka den interna kontrollen. Uppföljning av dessa åtgärder sker till nämnden per helår 2026.

<b>Risk</b> <b>(Ansvarsområde/process)</b>	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet. (Hantera personuppgifter)
<b>Identifierade åtgärder</b>	Nämndens verksamheter ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet säkerställa att; <ul style="list-style-type: none"><li>• berörd personal vet vart de ska vända sig för att återrapportera eventuella felaktigheter,</li><li>• det genomförs strukturerade uppföljningar av rutinens följsamhet.</li></ul>