

Socialnämndens internkontrollplan 2025

Innehållsförteckning

Den interna kontrollen	3
Riskmatris	3
Bruttolista risker.....	4
Kritiska risker som ska granskas	6
Kritiska risker som ska hanteras på annat sätt.....	7
Identifierade åtgärder	7

Den interna kontrollen

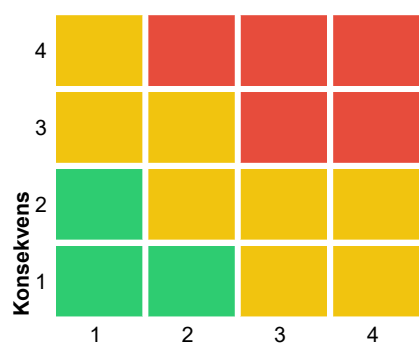
Enligt Kommunallagen 6 kapitlet 6 § ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Intern kontrollens syfte är att säkerställa att rapporteringen om verksamhet och ekonomi är pålitlig, att målen uppfylls och att lagar och regler följs. Den interna kontrollen omfattar hur verksamheten hanterar de risker som kan uppstå inom ramen för intern kontrollens syfte. En risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.

Internkontrollplanen är ett verktyg för att systematiskt hantera och säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Den antas varje år och ser till att risker bedöms och hanteras. Internkontrollplanens bruttolista utgår från verksamhetens viktigaste och mest prioriterade ansvarsområden och processer. Kommunstyrelsen har i sin internkontrollplan också identifierat fyra övergripande risker: ekonomisk förvaltning, bisyssla, upphandling och inköp samt delegation. Dessa risker redovisas i kommunstyrelsens internkontrollplan och resultaten delas med berörda nämnder.

Risker hanteras genom att de accepteras, granskas i internkontrollplanen, hanteras på annat sätt, till exempel genom utvecklingsarbete, eller åtgärdas omedelbart. Nämnden ansvarar för att vidta åtgärder utifrån identifierade brister för att ständigt förbättra och 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.

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

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

(Ansvarsområde/process)	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
Välfärdsbrottslighet	Risk att verksamheten utsätts för välfärdsbrottslighet genom till exempel korruption, otillbörlig påverkan eller att någon felaktigt tillskansar sig bidrag eller fördelar.	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.	3	3	9	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.
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 schemalaggeningen är arbetstidslagstiftning, heltid som norm, timvikariatillsättning samt tydliga måttetal för planering och uppföljning.	Egenkontroll genomförs löpande. Slutrapport för projekt tas emot i december och leder till åtgärder.	4	3	12	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 schema-planering för att ytterligare förbättra effektiviteten och styrmöjligheten.
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 under 2025.

(Ansvarsområde/process)	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
Hantering av lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	Innan alla enheter har ett digitalt lednings-system har inte alla enheter sina styrdokument samlade på ett ställe, vilket kan försvåra åtkomst i vardagen.	Färdigställande av det digitala ledningssystemet är en prioriterad uppgift för kvalitets- och utvecklingsavdelningen.		2	2	4	Accepteras, utifrån förekommande arbets-sätt och strukturer. Uttalat ansvar för kvalitets- och utvecklingschef att minska sårbarheten.
	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, utifrån förekommande arbets-sätt och strukturer.
Hantera personuppgifter enligt GDPR och Offentlighet och sekretesslagen, Patientdatalagen, lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, Socialtjänstlagen, Personuppgifts-lagen.	Risk att skriva sekretessbelagd information i osäker e-post.	Muntlig arbetsledning ute i enheterna att enbart mejla klienter/brukare om de först valt den kommunikations-vägen eller samtyckt till kontakt via e-post.		3	2	6	Omhändertas genom utvecklingsarbete. Ska inkluderas i introduktionen även enheten för råd och stöd.
	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.	Kontroller kommer utvecklas inom ramen för de åtgärder som beslutats i uppföljning av internkontrollplan 2024.	2	4	8	Omhändertas genom löpande systematiskt kvalitetsarbete och påminnelse på APT/li-knande, d v s göra nya rutinen känd även fortsättningsvis. Detta upprepas vintern 2024/2025 för att säkerställa de åtgärder som angavs i uppföljning av internkontrollplan 2024. Hanteras genom granskning i internkontrollplan 2025.
	Risk att verksamhetens informationshantering avseende information som finns i nätverks-mappen Gemensam (G) inte följer gällande lagstiftning.	Arbets-sätt behöver ses över.		4	3	12	Omhändertas genom utvecklingsarbete för att kvalitetssäkra nuvarande arbets-sätt samt påbörja avimplementering av ej korrekta delar.
	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 inte anpassad till socialtjänstens förutsättningar då den inte hanterar patient- och brukardata. Instruktion saknas för patient- och brukardata.		3	2	6	Omhändertas genom inventering av alla PUB-avtal och komplettering där instruktion saknas. Planeras för hösten 2025.
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.	Kontroller har genomförts inom ramen för de åtgärder som beslutats i uppföljning av internkontrollplan 2023.	2	3	6	Accepteras. Synpunkts- och klagomålshanteringen processkartläggs för en enklare hantering för verksamheten.

(Ansvarsområde/process)	Risk	Befintliga aktiviteter	Befintliga egenkontroller	S	K	RV	Hantering
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.	Uppföljningsplan tas fram och återrapporteras inom ramen för målstyrningsprocessen.	2	3	6	Accepteras, utifrån förekommande arbetssätt och strukturer. 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.	Löpande uppföljningar sker systematiskt.	2	3	6	Accepteras, utifrån förekommande arbetssätt och strukturer. Rimlig nuvarande modell
Kvalitetssäkra uppdragstagare (familjehem, kontaktfamiljer, kontaktpersoner)	Risk för låg kvalitet hos våra uppdragstagare, vilket medför att barn eller vuxna får illa eller får bristande stöd.	Gemensamt resursregister i verksamhetssystemet (LSS och IFO ser varandras uppdragstagare). Utpökade 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.	2	3	6	Omhäntas genom att påbörjat utvecklingsarbete följs upp och kvalitetssäkras under 2025.
Hantering egenavgifter	Risk att brukare/klienter får felaktiga avgiftskrav	Avgifter och tillämpningsregler i socialnämndens verksamhetsområde, beslutad i KF.		1	3	3	Accepteras utifrån nuvarande arbetssätt som bedöms adekvat.

Kritiska risker som ska granskas

Utifrån bedömning i aktuell bruttolista ska en risk hanteras genom granskning i internkontrollplanen 2025. Resultatet ska redovisas till nämnden per helår 2025.

(Ansvarsområde/process) Risk	Riskvärde
(Hantera personuppgifter) Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.	9

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 2025, dels för helåret. Återkopplingen kommer att synliggöra om risken hanteras enligt planen i bruttolistan.

(Ansvarsområde/process) Risk	Risk- värde	Hantering
(Välfärdsbrottslighet) Risk att verksamheten utsätts för välfärdsbrottslighet genom till exempel korruption, otillbörlig påverkan eller att någon felaktigt tillskansar sig bidrag eller fördelar.	9	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.
(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.	12	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 styrbarheten.
(Hantera personuppgifter) Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.	8	Omhändertas genom löpande systematiskt kvalitetsarbete och påminnelse på APT/liknande, d v s göra nya rutinen känd även fortsättningsvis. Detta upprepas vintern 2024/2025 för att säkerställa de åtgärder som angavs i uppföljning av internkontrollplan 2024. Hanteras även genom granskning i internkontrollplan 2025.
(Hantera personuppgifter) Risk att verksamhetens informationshantering avseende information som finns i nätverksmappen Gemensam (G) inte följer gällande lagstiftning	12	Omhändertas genom utvecklingsarbete för att kvalitetssäkra nuvarande arbetssätt samt påbörja avimplementering ej korrekta delar.

Identifierade åtgärder

I granskningar som genomförts inom ramen för socialnämndens och kommunstyrelsens internkontrollplaner 2024 identifierades åtgärder som ska genomföras för att stärka den interna kontrollen. Uppföljning av dessa åtgärder sker till nämnd per helår 2025.

(Ansvarsområde/process) Risk	Identifierade åtgärder
(Hantera personuppgifter) Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.	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.
(Upphandling och inköp) Risk att kommunens inköp och upphandlingar inte genomförs enligt ingångna avtal och kommunens styrdokument.	Nämndens verksamhet ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet säkerställa att samtliga inköp och upphandlingar uppfyller ställda krav på dokumentation.