

Uppföljning av social- nämndens internkontroll- plan 2024

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Granskning av risk gällande skyddade personuppgifter	4
Granskning av risk gällande inköp och upphandling.....	7
Genomförande av tidigare beslutade 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 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.

För 2024 har nämnden antagit en internkontrollplan som identifierar en kritisk risk, vilken ska hanteras genom granskning. Risker med lägre riskvärde hanteras inom ramen för verksamhetens ordinarie förbättringsarbete.

I kommunstyrelsens internkontrollplan för 2024 finns en risk som rör upphandling och som påverkar alla nämnders verksamheter. Denna risk har granskats inom kommunstyrelsens internkontrollplan. Resultaten och åtgärderna från denna granskning redovisas i uppföljningen av socialnämndens internkontrollplan för 2024, i de delar som berör socialnämnden.

Granskningarna inom internkontrollplanen syftar till att besvara specifika frågor och vid behov föreslå åtgärder. Dessa granskningar ska stödja lärande och bidra till ett systematiskt förbättringsarbete. Åtgärder som identifieras tas med i nästa års internkontrollplan.

I uppföljningen redovisas också hur de åtgärder som beslutades i nämndens internkontrollplan för 2023 har genomförts.

Granskning av risk gällande skyddade personuppgifter

Risk angiven i socialnämndens internkontrollplan

Ansvarsområde/ process	Hantera personuppgifter enligt GDPR och Offentlighet och sekretesslagen, Patientdatalagen, lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, Socialtjänstlagen, Personuppgiftslagen.				
Risk	Risk för felaktig hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet.				
Befintliga åtgärder	Muntlig rutin om begränsad åtkomst (chef + handläggare) i verksamhetssystemet av personer med skyddad identitet. Skriftlig rutin har färdigställts och implementerats.				
Sannolikhet	2	Konsekvens	4	Riskvärde	8
Ställningstagande av hantering	Löpande systematiskt kvalitetsarbete och påminnelse på APT/liknande, d v s göra nya rutinen känd även fortsättningsvis. Hanteras genom granskning i internkontrollplan.				

Syfte, frågeställningar och genomförande

Fokus för granskningen utgörs av följande frågeställningar:

- Finns kunskap hos medarbetare om hantering av skyddade personuppgifter?
- Finns kunskap hos chefer om hantering av skyddade personuppgifter?

Granskningen utgår från kontorets antagna rutin gällande hantering av skyddade personuppgifter och har skett genom enkäter till personal inom vård- och omsorgskontoret. En enkät har riktats till de medarbetare som arbetar med myndighetsutövning. En enkät har riktats till kontorets enhetschefer. Medarbetarenkäten skickades till 38 medarbetare, av vilka 31 svarade. Chefsenkäten skickades till tolv berörda chefer, varav tio besvarade enkäten.

Enkäten innefattar ett antal påståenden samt svarsalternativen; instämmer helt/i hög grad/delvis/i låg grad/inte alls och vet inte. Vid svaren ”instämmer delvis/i låg grad/inte alls/vet inte”, görs utifrån riskens formulering bedömningen att låg grad av kunskap föreligger. Resultaten har sammanställts på kontorsnivå.

Processbeskrivning

Vård och omsorgskontoret har en framtagen rutin för hantering av skyddade personuppgifter. Rutinen fastställdes i november 2023 och syftar till att underlätta för medarbetare inom Vård- och omsorgskontoret när det gäller hanteringen av skyddade personuppgifter. Målet är att minimera risken för att sekretessmarkerade personuppgifter lämnas ut oavsiktligt, att begränsa antalet personer som har tillgång till de skyddade uppgifterna, 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. Rutinen anger att enhetschefer har ansvar för att medarbetare arbetar i enlighet med 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.

Finns kunskap hos medarbetare om hantering av skyddade personuppgifter?

(Totalt antal medarbetare som besvarat enkäten: 31) Medarbetare som i följande påståenden svarat:	Instämmer helt/ i hög grad % (antal)	Instämmer delvis/i låg grad/inte alls/vet inte % (antal)
Jag upplever att jag har ett tydligt ansvar enligt rutinen	77 (24)	33 (7)
Jag har under det senaste året fått information om rutinen och dess innehåll av min chef	39 (12)	61 (19)
Jag vet vem jag kan vända mig till vid frågor och behov av praktiskt stöd i hanteringen av skyddade personuppgifter	68 (21)	32 (10)
Jag vet till vem jag ska återkoppla eventuella felaktigheter i hanteringen av skyddade personuppgifter	55 (17)	45 (14)

Resultatet anger att medarbetarna upplever att de har ett tydligt ansvar enligt rutinen och att de vet vart de ska vända sig vid frågor eller behov av stöd. Det finns en något större osäkerhet kring vart de ska vända sig vid återkoppling av eventuella felaktigheter. En majoritet av medarbetarna anger att de under det senaste året inte fått någon information om rutinen och dess innehåll av sin chef.

Av de som besvarat enkäten är det ett fåtal medarbetare som arbetet kortare tid än ett år i Knivsta kommun och resultatet visar inga skillnader för dessa medarbetare i förhållande till de som arbetat under längre tid.

Det är 20 medarbetare som anger att de under det senaste året hanterat skyddade personuppgifter. Resultatet visar, i relation till helheten, att dessa medarbetare upplever sig mer säkra kring sitt ansvar, men att det finns en något större osäkerhet om vart de ska vända sig för vid återkoppling av eventuella felaktigheter. Hälften av dessa medarbetare anger att de under det senaste året fått information från sin chef gällande rutinen.

Återkoppling av eventuella felaktigheter utgör en betydelsefull del av det systematiska kvalitetsarbetet, varför det är av vikt att medarbetarna har kunskap om hur detta ska ske.

Finns kunskap hos chefer om hantering av skyddade personuppgifter?

(Totalt antal enhetschefer som besvarat enkäten: 10) Enhetschefer som i följande påståenden svarat:	Instämmer helt/ i hög grad % (antal)	Instämmer delvis/i låg grad/inte alls/vet inte % (antal)
Jag upplever att jag har ett tydligt ansvar enligt rutinen	90 (9)	10 (1)
Jag vet vem jag kan vända mig till vid frågor och behov av praktiskt stöd i hanteringen av skyddade personuppgifter	60 (6)	40 (4)

Jag vet till vem jag ska återkoppla eventuella felaktigheter i hanteringen av skyddade personuppgifter	50 (5)	50 (5)
Jag har under det senaste året informerat min personal om rutinen och dess innehåll	40 (4)	60 (6)
<i>(Totalt antal enhetschefer som i enkäten angett att deras verksamhet under det senaste året hanterat skyddade personuppgifter: 7)</i> Enhetschefer som i följande påståenden svarat:	Instämmer helt/ i hög grad % (antal)	Instämmer delvis/i låg grad/inte alls/vet inte % (antal)
Jag upplever att min personal arbetar i enlighet med rutinen	57 (4)	43 (3)
Jag har under det senaste året kontrollerat att min personal arbetar i enlighet med rutinen och dess innehåll	43 (3)	57 (4)

Cheferna upplever att de har ett tydligt ansvar enligt rutinen. Det föreligger dock en osäkerhet kring vart de ska vända sig vid eventuella felaktigheter i hanteringen.

Något mer än hälften av de chefer vars verksamhet under det senaste året hanterat skyddade personuppgifter upplever att deras personal arbetar i enlighet med rutinen. Något färre än hälften av cheferna har även kontrollerat detta.

En fördjupad analys visar att av de chefer vars verksamhet har hanterat skyddade personuppgifter har ungefär hälften under det senaste året informerat sin personal om rutinen och dess innehåll. Övriga chefer har under det senaste året inte informerat sin personal om rutinen och dess innehåll.

Återkoppling av eventuella felaktigheter utgör en betydelsefull del av det systematiska kvalitetsarbetet, varför det är av vikt att cheferna har kunskap om hur detta ska ske. För att säkerställa kvalitet i verksamheten behöver denna skapa sig kunskap om huruvida medarbetarna arbetar i enlighet med gällande rutin.

Bedömning om behov av åtgärder

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

- 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.

Resultatet av genomförda åtgärder ska redovisas vid uppföljning av nämndens internkontrollplan för nästkommande år.

Granskning av risk gällande inköp och upphandling

Risk angiven i kommunstyrelsens internkontrollplan

Ansvarsområde/ process	Upphandling och inköp (Ekonomikontoret)				
Risk	Risk att kommunens inköp och upphandlingar inte genomförs enligt ingångna avtal och kommunens styrdokument.				
Befintliga åtgärder	Riktlinjer och policy finns. Information till verksamheterna sker löpande. Inköpsanalyser medför kvalitetssäkring och visar avtalstäckning. Upphandlingsplan som utgår från framtida upphandlingsbehov, kvalitetssäkrar upphandlingar över tröskelvärdet för direktupphandling. Ekonomiavstämning i prognosuppföljning. Samverkan med förvaltningsekonomerna ger en helhetsbild.				
Sannolikhet	3	Konsekvens	3	Riskvärde	9
Ställningstagande av hantering	Granskning beslutad i kommunstyrelsens internkontrollplan.				

Syfte, frågeställningar och genomförande

Fokus för granskningen utgörs av följande frågeställning:

- Har inköp och upphandling genomförts enligt ingångna avtal och kommunens styrdokument?

Frågeställningen har för varje stickprov brutits ner i två kontrollpunkter:

- a) att avtalstrohet föreligger vid inköp som görs där det finns ett avtalsförhållande vid inköpstillfället
- b) att köp utan avtal genomförs i enlighet med gällande lagstiftning och kommunens styrdokument

Granskningen har skett genom stickprov av inkomna fakturor med summa över 50 tkr under kvartal 1 år 2024 i kommunens ekonomisystem Agresso. Stickprov har genomförts för alla nämnder. Resultat och åtgärder återkopplas i de delar som berör socialnämnden.

Process och lagstiftning

Knivsta kommun måste som offentlig myndighet på bästa sätt tillvarata konkurrensen på marknaden och hushålla med skattemedlen och ska därför följa gällande regler för offentlig upphandling vid inköp. Upphandling inom den offentliga sektorn regleras främst av lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), lag (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna (LUF) samt lag (2016:1147) om upphandling av koncessioner.

Alla varor och tjänster som införskaffas mot ekonomisk ersättning är så kallade inköp. Inköp kan antingen göras genom offentlig upphandling eller genom avrop på ett ramavtal. Ett ramavtal är en överenskommelse som fastställer ramarna för kommande inköp. När behov av inköp uppkommer ska det först kontrolleras om kommunen har ett gällande ramavtal som kan tillgodose behovet. Om detta finns

ska inköpet göras genom avrop på ramavtalet för att kommunen ska leva upp till avtalstrohet.

Inköp och upphandling ska också utföras i enlighet med kommunens styrdokument. De viktigaste styrdokumenterna inom området är Inköps- och upphandlingspolicy, Riktlinjer för inköp och upphandling, Riktlinjer för direktupphandling, samt Riktlinjer för upphandling av livsmedel.

Resultat och analys

	SN
Kraven är uppfyllda	
Upphandling/inköp uppfyller kraven genom avtalstrohet	4
Upphandling/inköp uppfyller kraven genom lag eller kommunens styrdokument	
Kraven är inte uppfyllda	
Upphandling/inköp bryter om avtalstrohet	
Upphandling/inköp bryter mot lag eller kommunens styrdokument	2

Av de sex granskade fakturorna uppfyller fyra kontrollpunkternas krav. Två fakturor uppfyller inte dessa krav då det saknas dokumentation kring hur inköpet har genomförts. Dokumentation föreligger varken i Ärendehanteringssystemet W3D3, i avtalskatalogen eller i upphandlingsverktyget Visma Tendesign.

Bedömning om behov av åtgärder

Nämndens verksamhet ska inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet säkerställa att samtliga inköp och upphandlingar uppfyller ställda krav på dokumentation.

Resultatet av genomförda åtgärder ska redovisas vid uppföljning av nämndens internkontrollplan för nästkommande år.

Genomförande av tidigare beslutade åtgärder

I socialnämndens internkontrollplan för 2023 beslutades att en granskning skulle göras för att undersöka risken *att enstaka klagomål och synpunkter inte tas tillvara och att det vid några tillfällen saknas återkoppling.*

Baserat på granskningens resultat beslutade socialnämnden att nämndens verksamheter inom sitt systematiska kvalitetsarbete skulle säkerställa att medarbetarna vet vad som utgör synpunkter och klagomål och till vem de ska lämnas. Dessutom skulle säkerställas att cheferna diarieför återkopplingen enligt gällande styrdokument.

Under 2024 har berörda chefer informerat sina medarbetare om riktlinjerna för synpunkter och klagomål. På så sätt har de säkerställt att medarbetarna vet vad som räknas som synpunkter och klagomål samt till vem dessa ska lämnas. Dessutom har cheferna uppdaterat sin kunskap om hur återkoppling ska dokumenteras