



### **Handläggare**

Barbro Ernard

0152-296 07

## **Socialnämndens internkontrollplan 2018**

Socialnämnden beslutar att

1. anta internkontrollplan 2018 för socialnämnden, daterad den 10 januari 2018.

### **Beskrivning av ärendet**

Syftet med internkontroll är att säkra en effektiv förvaltning och att undgå allvarliga fel.

Nämnderna ska inför varje verksamhetsår besluta om en särskild plan för internkontroll. Planen ska följas upp, och vid upptäckta brister även innehålla förslag på åtgärder. Två gånger om året ska nämnderna ta del av uppföljningarna. KS/2016:648.

Inför framtagande av socialnämndens internkontrollplan 2018 har nämnden haft en vägledningsdiskussion, 2017-12-12.

Källor vid framtagandet av kontrollpunkter har utgjorts av:

- internkontrollplan 2017
- socialnämndens verksamhetsplan 2018
- granskning av inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- granskning av kommunrevisionen
- granskning av arbetsmiljöinspektionen
- till IVO redovisade icke verkställda beslut
- nyheter i lagar och arbetsätt

Tre kontrollpunkter från IK plan 2017 är borttagna då risker för brist inom dessa områden har minskat. (Kostnader för klienter på vandrarhem och hotell, tillgång på bostäder till socialkontorets målgrupp samt utredningstid i barn och ungdomsärenden.)

Fem kontrollpunkter har tillkommit 2018, uppföljning av barn och ungdomar i Hem för Vård eller Boende (HVB), sjukfrånvaro hos socialnämndens medarbetare, verkställighet av beslut av kontaktpersoner och kontaktfamiljer, arbetsmiljön inom äldreomsorgen samt kontroll av att internkontrollarbetet sköts.



**Ekonomiska konsekvenser och finansiering för kommunen**

Inga ekonomiska konsekvenser föreligger.

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

**Uppföljning**

Uppföljning av internkontrollplanen sker två gånger per år i samband med delårsrapport 2 och årsrapporten. Om brister kvarstår vid årsrapporteringen 2018 ska uppföljning återigen göras i samband med delårsrapporten 2019.

Parallellt med uppföljningsarbetet ska 2019 års internkontrollplan skapas, ett arbete som påbörjas i socialnämnden i augusti, med beslut i december 2018.

**Beslutsunderlag**

Internkontrollplan för socialnämnden 2018, 2018-01-10.

**Beslutet skickas till**

Kommunstyrelsen

Inger Grindelid  
Socialchef

Annika Jungklo  
Planeringschef

Barbro Ernard  
Verksamhetscontroller

# Internkontrollplan för socialnämnden 2018. Dnr SN/2018:19

2018-01-10/BE

| Källa   | Kontrollmoment                                  | Risk   | Acceptabelt värde | Sannolikhet | Konsekvens | Riskvärde | Kontrollmetod  | Ansvarig                       | Handläggare                                       | Frekvens på uppföljning                           | Rapportering till socialnämnden | Styrdokument  |
|---------|---|--|-------------------|-------------|------------|-----------|--|--------------------------------|---|---|---------------------------------|---|
| IK 2017 | Undernäring inom särskilt boende                | Att tiden för nattfasta på särskilt boende är längre än 11 timmar.   | 11 timmar         | 4           | 4          | 16        | Mätning via Nutritionsrådets mall.   | Vch. ÄO                        | MAS   | Två gånger per år.                                | Varje halvår                    | SOSFS 2014:10, Rutin vid nattfasta och risk för undernäring, Socialkontoret 2015-05-28  |
|         |   | Att en stor andel (30 %) av de boende på särskilt boende är undernärda.  | 30%               | 4           | 4          | 16        | Uppgifter hämtas i Senior alert.   | Vch. ÄO                        | MAS   | Två gånger per år.                                | Varje halvår                    | SOSFS 2014:10, Rutin vid nattfasta och risk för undernäring, Socialkontoret 2015-05-29  |
|         |   | Att inte alla personer som har ett värde under 22, har en åtgärdsplan.   | 100%              | 2           | 4          | 8         | Uppgifter hämtas i Senior alert.   | Vch. ÄO                        | MAS   | Två gånger per år.                                | Varje halvår                    | SOSFS 2014:10, Rutin vid nattfasta och risk för undernäring, Socialkontoret 2015-05-30  |
| IK 2017 | Genomförandeplaner inom AoF, FHO samt ÄO.       | Att inte alla brukare har en godkänd genomförandeplan inom 14 dagar, från det att insatsen verkstälts.           | 100%              | 4           | 3          | 12        | Stickprovskontroller inom AoF, FHO samt ÄO.  | Vch Vch AoF, FHO och ÄO        | Verksamhetscontroller PA                          | En gång per år.                                   | Efter första halvåret           | ÄO: LOV-underlag SN/2016:855 samt Rutin för social dokumentation för personer med funktionsnedsättning SN/2016:62. SoL 11 kap 3 §. HVB: Gfpl godkänns utifrån 11 kap 3 § SoL samt 5 kap 1a§ socialtjänstförordningen  |
| IK 2017 | Hemtjänst                                       | Att brukare inom hemtjänsten får fler än 15 personal inom en fjortondagarsperiod.                                | 15 personal       | 4           | 2          | 8         | Kontinuitetsmätning, enligt RKA:   | Vch ÄO                         | Utvecklare på Myndighet och Uppdrag               | Två gånger per år.                                | Varje halvår.                   |   |
| IK 2017 | Ansökan om statsbidrag för flykting-mottagning. | Att de bidrag från Migrationsverket som socialnämnden är berättigade till, inte utbetalas till kommunen.         | 5 processer       | 3           | 4          | 12        | Att alla (fem) processer som styr återsökningsförfarandet är klara senast 31 mars 2018                               | Planeringschef Vch MoU och AoF | Statsbidragscontroller                            | En gång per år.                                   | Efter första halvåret           |   |
|         |   |  | 100%              | 3           | 4          | 12        | Att processerna är kända av handläggare och administratörer. Att handläggare och administratörer följer processerna. |                                |   | En gång per år.                                   | Efter andra halvåret            |   |
|         |   |  | 3 utbetalningar   | 3           | 4          | 12        | Att kommunen fått utbetalningar utifrån minst tre nya ersättnings typer senast 31 juli 2018.                         |                                |   | En gång per år.                                   | Efter andra halvåret            |   |
| IK 2017 | Loggkontroll, kommun-revisionen                 | Risk för att personuppgifter i Treserva, NPÖ och Prator inte behandlas enligt gällande lagstiftning och god sed. | Enligt rutin      | 4           | 3          | 12        | Kontroll sker utifrån Rutin loggkontroll SN/2017:502.  | Vch MoU, AoF, FHO, ÄO och VGI  | Systemansvarig inom Planering och administration. | En gång per kvartal samt på förekommen anledning. | Varje halvår.                   | Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659. Patientdatalag, SFS 2008:355. Socialstyrelsen, Föreskrift om informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14. From 25 maj: Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.Brottsbalk, SFS 1962:700 4 kap. 9c§ samt 20 kap. 3§. Personuppgiftslag, SFS 1998:204. Strängnäs kommun Informationssäkerhetspolicy KS/2013:15. Rutin loggkontroll SN/2017:502. |

|                                 |  |   |                          |   |   |    |   |                  |                                     |              |              |  |
|---------------------------------|--|---|--------------------------|---|---|----|---|------------------|-------------------------------------|--------------|--------------|--|
| Inspektion av IVO sommaren 2017 | Barn och ungdomar placerade på HVB           | Att barn och unga placerade i HVB inte följs upp avseende hälsa, utveckling, socialt beteende, skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående. | Hälsa m fl faktorer      | 2 | 4 | 8  | Följa de placerade enligt 6 kap 7b SoL och 13a§ LVU.                                    | Vch MoU          | Verksamhetscontroller PA            | Varje halvår | Varje halvår | SoL samt LVU   |
|                                 |  | Att vården för barn och unga placerade i HVB inte omprövas minst en gång var sjätte månad för barn och unga placerade i HVB.                                | 1 gång per halvår        | 2 | 4 | 8  | Omprövas enligt 6 kap 8§ SoL respektive 13§ första stycket LVU.                         | Vch MoU          | Verksamhetscontroller PA            | Varje halvår | Varje halvår |  |
|                                 |  | Att barn och unga placerade i HVB saknar utsedd socialsekreterare.  | Utsedd socialsekreterare | 1 | 4 | 4  | Följa de placerade enligt 6 kap 7c SoL.   | Vch MoU          | Verksamhetscontroller PA            | Varje halvår | Varje halvår |  |
| Nyheter                         | Trygg och effektiv                           | Att person som är utskrivningsklar på sjukhus ändå inte kommer hem, beroende på kommunen.   | Ingen brukare            | 3 | 4 | 12 | Uppföljning i Prator, utarbetas närmare när tjänsten som utvecklare inom MoU är besatt. | Vch MoU, ÄO, VGI | Utvecklare på Myndighet och Uppdrag | Varje månad  | Varje halvår | Rutin Betalansvar ...(läns gemensam)   |
| Verksamhetsplan SN 2018         | Sjukfrånvaron inom socialnämnden             | Att sjukfrånvaron för socialnämnden som helhet kommer att överstiga 9,2%.   | 9,2%                     | 3 | 3 | 9  | Följa sjukfrånvarostatistiken från HR varje månad.                                      | Socialchef       | Verksamhetscontroller PA            | Varje månad. | Varje halvår | Verksamhetsplan SN/2017:445  |
| Icke verkställda beslut         | Kontaktperson, kontaktfamiljer till brukarna | Att brukare som beviljats kontaktpersoner och kontaktfamiljer får vänta mer än tre månader.   | 3 mån.                   | 4 | 3 | 12 | Uppföljning icke verkställda beslut.  | Vch AoF          | Verksamhetscontroller PA            | 4 ggr per år | Varje halvår |  |
| Arbetsmiljöverkets inspektion   | Organisatorisk och social arbetsmiljö i ÄO   | Att alla enheter inte genomfört en OSA och utifrån den skapat åtgärdsplan under 2018.   | 100%                     | 4 | 3 | 12 |   | Vch ÄO           |                                     | 1 g per år   | Varje halvår | Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4), Arbetsmiljölagen (1977:1160) Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (2001:1). |
|                                 | Fysisk arbetsmiljön i ÄO                     | Att alla enheter inte gjort en fysisk skyddsron och utifrån den skapat åtgärdsplan under 2018,  | 100%                     | 4 | 3 | 12 |   | Vch ÄO           |                                     | 1 g per år   | Varje halvår |  |
|                                 | Arbetsmiljön hos brukarna i ÄO               | Att det inte finns en riskbedömning utifrån arbetsmiljön hos alla brukare inom äldreomsorgen.   | 100%                     | 4 | 3 | 12 |   | Vch ÄO           |                                     | 1 g per år   | Varje halvår |  |
| SKL                             | Att IK inom SN fungerar.                     | Risk för att Internkontrolluppföljningen inte görs och att åtgärder inte vidtas.  |                          | 2 | 4 | 8  | Rutin för internkontroll ska skapas.  | Socialchef       | Medarbetare på PA                   | Varje halvår | Varje halvår | Riktlinjer för internkontroll. KS/2016:648. "På den säkra sidan" SKL   |