

## Internkontroll 2025

### Förslag till beslut

Redovisning av internkontroll 2025 godkänns

### Beskrivning av ärendet

Internkontrollen syftar till att säkerställa:

- Att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt
- En tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer mm.

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll. Varje nämnd har en skyldighet att styra och följa upp den interna kontrollen inom nämndens verksamhetsområden.

### Resultat och eventuella åtgärder

För respektive område som kontrollerats har undersökts om det finns aktuell dokumenterad rutinbeskrivning, om rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning, om rutinen fungerar men behöver utvecklas, om avvikelser mot rutiner har konstaterats samt om det, i förekommande fall, finns förslag till åtgärder.

### Rutin för loggkontroll

Kontroll av loggar i verksamhetssystem görs för att den enskildes integritet ska säkerställas. Innehållet i journaler skyddas av sekretess. Medarbetare ska bara ta del av information om individer som krävs för att kunna utföra sitt arbete. Loggkontrollen ska utföras på ett systematiskt och regelbundet sätt samt utifrån uppkommen misstanke om otillbörlig användning.

En ny rutin för loggkontroll fastställdes i december 2024. Planeringen var att de första loggkontrollerna skulle påbörjas under inledningen av 2025 men beslut togs att avvakta med anledning av mycket hög arbetsbelastning hos IT-samordnarna. I oktober 2025 genomfördes de första loggkontrollerna enligt fastställd rutin.

### **Korrekt information till kommuninvånare**

Rutin finns i form av checklista vid förändring av befintlig verksamhet eller vid ny verksamhet. I checklistan framgår att chef för respektive verksamhet ansvarar för att hålla hemsidan uppdaterad. Kontroll har gjorts genom att chefer har fått i uppdrag att gå igenom sina respektive områden på hemsidan och att skicka förslag till ändringar till IT-samordnare som genomför ändringarna. Efter avstämning kan konstateras att kontroller har utförts.

### **Socialnämndens delegationsordning**

Inför införandet av en ny socialtjänstlag den 1 juli 2025 genomfördes ett omfattande arbete med att revidera delegationsordningen utifrån lagrum och beslutsnivåer. I samband med detta gjordes en del ändringar utifrån befattningar. Delegationsordningen bedöms vara aktuell.

Huruvida beslut fattats av behörig delegat har kontrollerats genom stickprov. Sex typer av beslut inom myndighetsutövning för barn och unga, där socialsekreterare ej har delegation att fatta beslut, har valts ut och samtliga sådana beslut under det första halvåret har kontrollerats. Inom äldre- och funktionshinderomsorgen har fem typer av verkställighetsbeslut som avser externa placeringar valts. Även här har alla beslut fattade under det första halvåret kontrollerats. Stickprovskontrollen visar att samtliga beslut fattats av behörig delegat.

### **Verkställa socialnämndens beslut**

Granskning av socialnämndens protokoll visar att det finns ett beslut som ännu inte har verkställts. Beslutet fattades av socialnämnden den 28 maj 2025 § 38: ”Förvaltningen får i uppdrag att inför nästkommande mandatperiod ta fram ett förslag på revidering av rådets nuvarande reglemente.” Ny mandatperiod gäller från 2027. Socialnämndens beslut kommer att verkställas under 2026.

### **Dataskyddsförordningen**

Socialnämndens registerförteckning över personuppgiftsbehandlingar har gått igenom för att stämma av att ingen personuppgiftsbehandling saknas kopplat till de datasystem som används inom socialförvaltningen. Efter genomgång och komplettering bedöms registerförteckningen över socialnämndens personuppgiftsbehandlingar vara komplett.

### Korrekt debitering av avgifter

Här har intervju med avgiftshandläggare och deras chef genomförts i syfte att ta reda på om verksamheten har välfungerande processer och rutiner som säkerställer en korrekt avgiftsdebitering. Kontrollen visar att det finns väl utarbetade stöddokument för avgiftshandläggning och att dessa löpande revideras vid behov. En korrekt debitering är samtidigt beroende av rätt handpåläggning i verksamhetssystem av många involverade funktioner i förvaltningen. Här är de möjliga felkällorna många varför avgiftshandläggare varje månad lägger ner ett omfattande arbete på att kontrollera att den information de har som påverkar den enskildes avgift faktiskt stämmer.

### Fakturahantering

I stickprovskontrollen har kontrollerats hur fakturor från privat utförare av hemtjänst hanteras. Tidigare har beviljad tid i form av schabloner stämts av mot utförd tid när faktura inkommer till socialförvaltningen. IT-samordnare har granskat fakturor och enhetschef på biståndsenheten har attesterat dessa. I och med införandet av rambeslut finns inte längre någon beviljad tid att stämma av mot utförd tid. Internkontrollen visar att det finns ett behov av att se över fakturahanteringen och ta fram ett mer ändamålsenligt tillvägagångssätt för att bedöma rimligheten av fakturerade belopp.

### Uppföljning av ej avslutade ärenden i w3d3

Samtliga ej avslutade ärenden i w3d3 har gått igenom. Efter att kontrollen genomförts har ett flertal ärenden kunnat avslutas.

### Underskrivna fullmakter

Kontrollen genomfördes under våren 2025 och visade att 53 medarbetare har undertecknat fullmakt för e-post. I juni 2025 beslutades att undanta vissa yrkesgruppers e-postkonton från kravet på att bevaka dessa vid frånvaro. Dessa yrkesgrupper behöver därför inte längre underteckna en fullmakt. När kontrollen genomfördes saknades emellertid undertecknade fullmakter från flera av de verksamheter som inte undantagits från kravet.

### Registerutdrag från Polisen vid lagkrav

Kontrollen visar att det finns en kommunövergripande rutin som HR-enheten ansvarar för men att den är otillräcklig för socialförvaltningens verksamheter. Det har framkommit att registerutdrag inhämtas där det finns lagkrav men att det finns behov av att tydliggöra när den utökade möjligheten att begära utdrag för övrigt arbete med barn ska tillämpas. Vidare har framkommit flera brister i hanteringen av registerutdrag såsom att spara dessa när krav om det finns eller

att anteckna att kontroll gjorts. HR-enheten har uppmärksammat på att befintlig rutin behöver utvecklas och arbetar nu med att revidera denna.

### **Vårdskada och Lex Maria**

En enkät är utskickad med frågor kring vårdskador och Lex Maria. Enkäten är utskickad till enhetschefer och legitimerad personal. 9 av 10 enhetschefer svarade och 12 av 30 legitimerade svarade. Påminnelser gick ut i både nyhetsbrev och mail vid olika tillfällen.

Enkäten visar att personal och enhetschefer har relativt god teoretisk kunskap om definitionen av vårdskada och om rapporteringsvägar, men att det finns betydande brister i praktisk tillämpning, återkoppling vid vårdskador, tydlighet i roller samt stödprocesser – både för patienter/närstående och för personal. Flera resultat pekar på att processer och ansvar är oklara, särskilt kring fortlöpande utbildning, personalens roll i utredningar samt stöd till drabbade. Genom att stärka utbildning, struktur, roller, återkoppling och stöd kan verksamheten höja kvaliteten i sitt patientsäkerhetsarbete betydligt.

### **Rutin för utlämnande av handlingar**

Det finns en rutin för utlämnande av allmänna handlingar. Vid kontrollen har enhetschefer inom olika delar av förvaltningen intervjuats. Det har framkommit att det varierar kraftigt mellan olika verksamheter hur vanligt det är att handlingar begärs. Där det är en sällanhändelse kan det vara svårt att enbart med befintlig rutin som utgångspunkt genomföra utlämnandet på ett rättssäkert sätt. Det finns behov av att utveckla rutinen, som idag är allmänt hållen, med mer praktisk information om hur man går tillväga.

### **Rutin för e-posthantering vid frånvaro**

I samband med sommarsemestern skickades ett e-postmeddelande till 70 medarbetare inom olika verksamheter, som omfattas av rutin för hantering av e-post vid frånvaro, med uppmaningen att direkt svara. Detta gjordes för att kontrollera om e-posten togs omhand. Resultatet visade att 32 medarbetares e-postinkorgar togs om hand korrekt.

### **Hantering av skyddade personuppgifter**

Kontrollen visar att det finns en fungerande rutin men att den behöver utvecklas för att även ta om hand det praktiska handhavandet i verksamhetssystemet. Detta är nu åtgärdat.

### **Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd**

Vid kontrollen har framkommit att en rutin nyligen tagits fram för ändamålet. Aktuell verksamhetssystem har en särskild process för handläggning av den här typen av ärenden. Enhetschef och IT-samordnare har tillsammans gått igenom denna i syfte att underlätta handläggningen.

### **Social dokumentation**

Stickprovskontrollen har genomförts genom att inhämta information från den kvalitetsindikator som används av samtliga enheter inom äldreomsorgen under rättssäkerhet inom målgruppsperspektivet, nämligen antal ej aktuella genomförandeplaner. Resultatet visar att det vid senaste tertiärrapporteringen fanns 13 brukare på särskilt boende i augusti 2025 som saknade en aktuell genomförandeplan. Vad gäller hemtjänst visar resultatet att det i maj 2025 saknades aktuell genomförandeplan i 37 av ca 470 uppdrag.

Sara Svenningsson  
Utredare

Michelle Wahlby  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare

**Beslutet skickas till**  
Kommunstyrelsen  
Kommunens revisorer  
Chefer i socialförvaltningen