

# Internkontroll

Socialnämnden, halvår 2 2018

## Innehåll

Uppföljning internkontroll .....	1
Process/Rutin: Avtalstrohet.....	2
Process/Rutin: Rehabiliteringsprocess .....	4
Process/Rutin: IT-säkerhet .....	6
Process/Rutin: Familjehem 2018 .....	8
Process/Rutin: Utredningsprocessen BoU .....	10
Process/Rutin: Social dokumentation 2018.....	12

## Uppföljning internkontroll

Socialnämnden fastslår områden samt tidsintervaller för internkontroll senast i januari månad, det år som planen avser. Förvaltningen bereder ärendet. Urvalsarbetet ska utgå från variablerna sannolikhet (risk) och konsekvens samt socialnämndens mål och befintliga nyckeltal. Kommunfullmäktiges reglemente för internkontroll utgör styrdokument, vilket innebär att principen ”rimlig grad av säkerhet” ska vara rådande liksom nedan övergripande mål för internkontrollarbete inom kommunen.

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

### Riskanalys



## Process/Rutin: Avtalstrohet

Granskning: 2 av 2

Kontrollsystem: Att inköp görs via kommunens ramavtal.

### Bakgrund

Kommunen lyder under lagen om offentlig upphandling (LOU) vad gäller kommunens inköp av varor och tjänster. Lagen bygger på principerna, icke diskriminering, likabehandling, transparens, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. Syftet med lagen är att ge alla företag samma chans att sälja sina varor och tjänster samt att säkerställa att kommunen använder sina resurser på ett så resurseffektivt sätt som möjligt.

För att få göra inköp och/eller upphandlingar för kommunen krävs ett godkännande från sin närmsta chef samt att man genomgått utbildningen certifierad inköpare.

Ansvar för inköp och upphandlingar ligger på respektive förvaltning men ett samordningsuppdrag ligger på kommunledningskontoret. På kommunens intranät finns kommunens samtliga avtal samlade i en avtalsdatabas, där en beskrivning av upphandlade varor och tjänster finns. Kommunen arbetar också för att utveckla e-inköp via en inköpsmodul kopplad till ekonomisystemet.

### Metod och urval

Granskningen utförs genom stickprov och ska utföras två gånger under 2018. Granskningen har avgränsats till de avtal som finns i inköpsmodulen i ekonomisystemet, toner och papper, blommor och mat och konsulter hyrpersonal.

### Resultat

Avtalsområde	Antal transaktioner	Kronor	Andel (kronor)
Toner och papper	44	45507	
- Inom avtal	43	44567	98%
- Utanför avtal	1	940	2%
Blommor och mat	89	58173	
- Inom avtal	87	56928	98%
- Utanför avtal	2	1245	2%
Konsulter hyrpersonal	57	3679293	
- Inom avtal	54	3061455	83%
- Utanför avtal	3	617838	17%

### Sammanfattning/bedömning

Utifrån resultatet kan man se att det fortfarande finns brister i förvaltningens trohet gentemot ingångna avtal. Resultatet är bättre än den första granskningen.

### Åtgärder

Med hänsyn till resultatet från årets två granskningar behöver förvaltningens inköpsprocess ses över. Vi ser också att information kring inköp och upphandling på intranätet behöver

utvecklas, med ett fokus på avtalsdatabasen. Förvaltningen bedömer att åtgärds punkterna från förra rapporten fortfarande är aktuella.

- Översyn av inköpsprocessen.
- Förbättra information på intranätet/avtalsdatabas (i dialog med kommunledningskontoret).
- Tydliggöra vilket stöd kring inköp/upphandling som finns att få på förvaltningen, och vem man kan kontakta.
- Genomföra avtalsinventering för att säkerställa att samtliga aktuella avtal finns tillgängliga i avtalsdatabasen.

## Process/Rutin: Rehabiliteringsprocess

Granskning: 2 av 2

Kontrollsystem: Att riktlinjer gällande dokumentation följs

### Bakgrund

Arbetsgivaren har ett ansvar för att utreda en arbetstagares behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta innebär att vi måste vidta sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos oss. Dokumentation av rehabiliteringsarbetet sker i Adato och all dokumentation ligger till grund för att visa vilka insatser vi som arbetsgivare har gjort för att få arbetstagaren tillbaka i arbete.

En rehabiliteringsutredning ska startas då arbetstagaren är sjukskriven, dock senast den 28:e sjukdagen, har haft upprepad korttidssjukfrånvaro (sex tillfällen under de senaste tolv kalendermånaderna) eller själv önskar det. Arbetsgivaren kan också starta en arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning vid tidiga signaler på ohälsa hos arbetstagaren. Arbetstagarens närmaste chef är ansvarig för utredningen och påminnelser skickas automatiskt till denna via mail då en utredning inte har startats efter 28 sjukdagar eller 6 sjuktillfällen. Det är viktigt att arbetsgivaren löpande fyller på med relevanta anteckningar och påminnelser skickas om det inte sker.

Utbildningar i Adato anordnas regelbundet av Lednings- och verksamhetsstöd.

### Metod

Kontroller gjordes i Adato den 17 oktober 2018.

### Resultat

Vid tidpunkten för kontrollen fanns det **52** rehabiliteringsbevakningar, dvs. individärenden där arbetsgivaren på grund av sjukfrånvaro egentligen ska ha startat en rehabiliteringsutredning. Vid **30** av dessa ärenden är orsaken upprepad korttidsfrånvaro, dvs. sex sjukfrånvarotillfällen eller mer under de senaste tolv kalendermånaderna. I övriga fall har arbetstagaren varit borta 28 dagar eller mer, alternativt har både upprepad korttidsfrånvaro och varit borta 28 dagar eller mer.

Kontrollen visar vidare att det finns **67** påbörjade rehabiliteringsutredningar. Vid **7** av de påbörjade rehabiliteringsutredningarna har anteckningar inte gjorts sedan den sista juni 2018, eller tidigare.

Den nedanstående tabellen visar resultatet av kontroll 1 respektive kontroll 2.

Kontroll	Rehab. Bevakning (pga. korttidsfrånvaro)	Öppnade och pågående ärenden
April 2018	45 (34)	61
Oktober 2018	52 (30)	67

Dokumentationen i pågående ärenden fungerar överlag bra men förbättringar kan ske så att det inte bara startas ett ärende utan att åtgärder faktiskt vidtas och dokumenteras.

Den nedanstående tabellen visar de historiska bevakningarna **2018-01-01 – 2018-10-15**

<b>Behandlad</b>	<b>52</b>
<b>Ej behandlad</b>	<b>102</b>
<b>Avförd</b>	<b>125</b>
<b>Totalt</b>	<b>279<sup>1</sup></b> (varav 201, beroende på upprepad korttidsfrånvaro)

**Behandlad** – ärenden som har behandlats under perioden

**Ej behandlad** – bevakningar som ej har behandlats under perioden

**Avförd** – ansvarig chef har gjort bedömningen att det inte behöver startas ett rehabiliteringsärende.

### **Sammanfattning/bedömning**

Internkontrollen visar att förbättringar behöver ske avseende att påbörja och dokumentera rekryteringsutredningar, dvs. gällande att följa rehabiliteringsprocessen.

Ingen förbättring har skett i förhållande till de kontroller som genomfördes år 2017.

### **Åtgärder**

- Information på IFO:s ledningsgrupp.
- Alla aktuella rehabiliteringsärenden skall följa rehabiliteringsprocessen och vara hanterade till årets slut.

---

<sup>1</sup> 162 personer.

## Process/Rutin: IT-säkerhet

Granskning: 2 av 2

Kontrollsystem: Att IT-behörigheter inte är korrekta.

### Riskbedömning

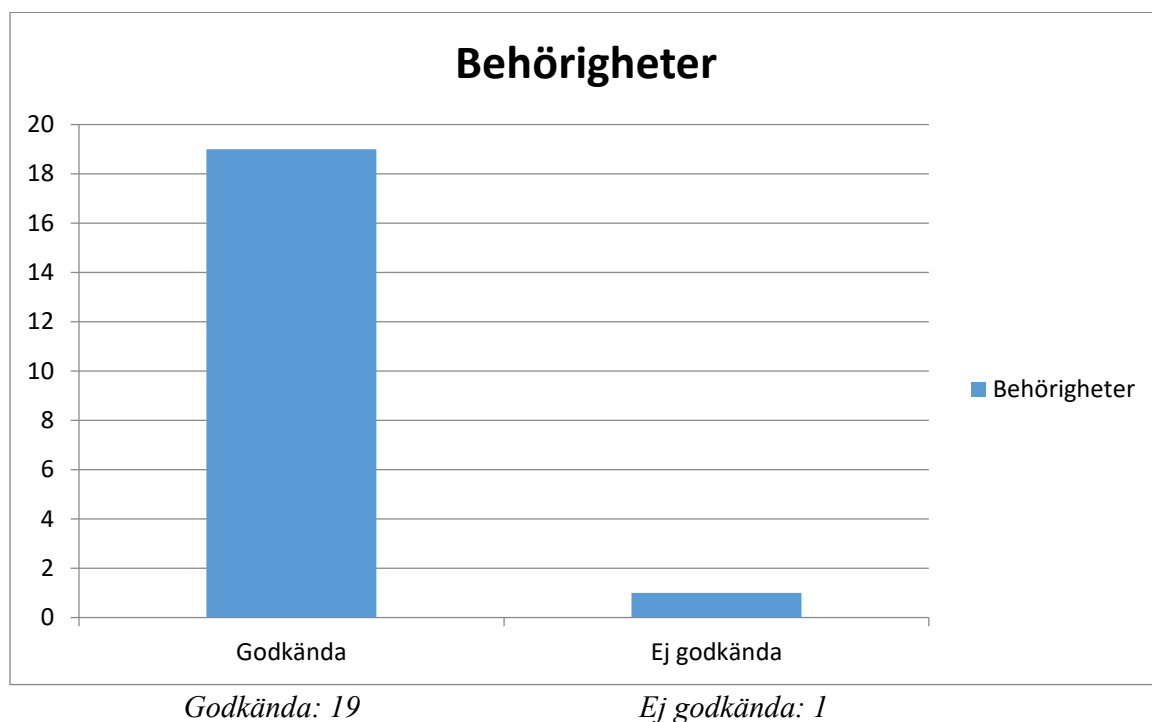
Då ett nytt system implementerats och då ingen rutin ännu upprättats för att sätta IT-behörigheter anses risken hög att någon av misstag fått högre behörigheter än vad som är nödvändigt.

### Metod

Först utfördes en inventering av befintliga rutiner för att sätta behörighet i verksamhetssystemet Combine. Därefter gjordes ett slumpmässigt urval av 20 personer anställda vid Socialförvaltningen i september månad 2018, vars behörigheter i Combine sedan kontrollerades mot typ av tjänst. Utöver det kontrollerades hur behörigheternas åtkomst såg ut i systemet.

### Resultat

Det finns fortfarande inte en adekvat rutin för att sätta behörigheter i Combine, detta gäller både vid anställning och avslutad anställning. Stickprovet visar dock att de flesta har korrekt behörighet.



### Bedömning

Trots avsaknad av rutin för att sätta behörighet så stämmer de satta behörigheterna. Den behörigheten som inte blev godkänd är inget fel i sig, det berodde enbart på att anställningen inte adekvat reflekterade personens ansvarsområde i Combine. Det här är ej en säkerhetsbrist i sig, utan mer ett tecken på att ett större samarbete krävs mellan systemansvarig för Combine och HR; det vill säga: bör alla behörigheter i Combine överensstämma med vad man är anställd som. I det aktuella fallet så var personen anställd som undersköterska men jobbar primärt i systemet som planerare.



### **Åtgärder**

Förvaltningen bedömer därför att följande åtgärder ska genomföras:

- En gemensam rutin för att ange behörighet för olika typer av tjänster och avslutande av behörighet vid byte/avslut av tjänst tas fram.
- Att man utreder huruvida personalens tjänst måste matcha rollbeskrivningen i systemet i alla tänkbara scenarion.

## Process/Rutin: Familjehem 2018

Granskning: 1 av 1

Kontrollsystem:

- Att socialtjänsten träffar barnen fyra gånger per år
- Att övervägande sker var 6:e månad

### Bakgrund

Granskningen rör uppföljning av familjehem. Syftet är att tillförsäkra att uppföljning av placeringsbeslut för barn och unga i familjehem sker enligt gällande författningar.

Kontrollen ska enligt internkontrollplanen för 2018 ske en gång per år genom stickprov.

Föreskriften i 2 kap 1§ SOSFS 2012:11 ställer krav på att den som bedriver socialtjänsten ska tillförsäkra att ledningssystemet innehåller de rutiner och processer som krävs för att leva upp till de krav som ställs i föreskriften. Enligt 2 kap 2§ ska socialnämnden säkerställa att det finns rutiner för att planera och följa upp placeringen för att tidigt kunna upptäcka och åtgärda brister i hemmet.

I SOFS 2012:11 (allmänna råd) framgår att socialtjänsten bör träffa barnet minst fyra gånger per år. Om barnet är yngre eller nyligen har placerats i hemmet kan det behövas genomföras besök oftare. Eftersom det rör sig om ett bör-krav ställt som ett allmänt råd, är antalet besök inte tvingande men om antalet inte uppfylls bör det kunna motiveras hur kraven på uppföljning nås på motsvarande sätt. I 6 kap 8§ SOL framgår att ett övervägande ska ske var 6e månad.

### Metod

Granskningen kommer att ske genom stickprov från de ärenden som hanterats under 2018. Ett slumpvist urval görs av 8 fall. Ärendena har granskats genom att undersöka journalerna i Combine under 12 månader mellan 19 oktober 2017 till 19 oktober 2018. Undersökningen avgränsar sig till att granska uppföljningen av placeringsbeslut i familjehem utifrån följande frågor:

- Att socialtjänsten träffar barnen fyra gånger per år
- Att övervägande sker var 6e månad

### Resultat

#### Övervägande

Kontrollen visar på brister inom de båda undersökta områdena. Övervägande har i 3 fall skett inom 6 månader, i två fall har det skett med en försening av 8 respektive 12 dagar vilket får betraktas som en marginell försening. I tre fall är kravet inte uppfyllt eftersom att det dröjt runt 7 respektive 9 och 12 månader innan en uppföljning gjorts.

Övervägande inom 6 månader	Antal ärende
Ja	3
Nej	3
Nej (marginell försening)	2

### *Kontakt med barnet*

Socialtjänsten har i två av ärendena träffat barnen minst fyra gånger och således uppfyllt börkravet. I tre ärenden saknas besök helt, i två ärenden har två besök gjorts och i ett ärende har ett besök gjorts.

Antal besök	Fyra eller fler	Färre än fyra
Antal ärende	2	6

Familjehemsplaceringar rör barn och unga i utsatta situationer, det är därför avgörande att uppföljningar sker på ett riktigt sätt för att tillförsäkra att insatsen sker enligt den placerades bästa. Med bakgrund av detta visar kontrollen på alvarliga brister inom uppföljningen av familjehemsplaceringar.

### **Åtgärder:**

- Vi kommer att genomföra information på APT .
- Vi kommer via verksamhetsutvecklaren och samordnaren på Barn -& Ungdoms sektionen har regelbundna genomgångar var tredje månad för att belysa vikten av att man träffar den unge och att göra regelbundna uppföljningar/överväganden inom stipulerad tid.

## Process/Rutin: Utredningsprocessen BoU

Granskning: 1 av 1

Kontrollsystem:

- Att beslutet är fattat inom rätt tid
- Att det finns utredningsfrågor
- Att det finns en beslutsmotivering
- Att det finns en juridisk motivering
- Att det är lättbegripligt
- Att barnet har fått framföra sina åsikter
- Att det finns en utredningsplan

### Bakgrund

Enligt internkontrollplanen för 2018 ska en granskning av utredningsprocesserna inom BoU genomföras. Granskningen kommer att göras utifrån målet att utredningarna ska vara tydliga, kompletta och ske inom tidsramen. Syftet är att upptäcka om det brister i någon del av utredningsprocessen. Undersökningen har utgått från några av de krav som finns på verksamheten och dessa listas nedan:

- Enligt 20 § FL ska ett myndighetsbeslut mot enskild innehålla de skäl som föranlett beslutet.
- Ärenden rörande ingripande till skydd eller stöd för barn ska handläggas inom 4 månader enligt 11 kap. 2 § SOL.
- Enligt 11 kap. 10§ 1st SOL har barnet som utreds rätt att få framföra sina åsikter och dessa ska tillmätas betydelse i relation till barnets ålder och mognad. Om barnet inte kan framföra sina åsikter ska barnets vilja kartläggas på annat sätt så långt det är möjligt.
- En utredningsplan som beskriver processen under utredningen bör finnas enligt SOSFS 2014:6.
- Myndigheter ska enligt 7 § FL sträva efter att uttrycka sig lättbegripligt.
- Enligt 5 kap. 14 § 3p SOSFS 2014:5 ska det framgå med vilket lagstöd ett beslut har fattats.

### Metod

Uppföljningen har skett genom stickprov från de ärendena som hanterats under 2018. Urvalet har gjorts genom att en lista tagits fram på avslutade ärenden som pågått under 2018 fram till slutet av augusti. Från listan har 8 ärenden slumpvist valts ut för granskning. Detta innebär att 8 av ca 80 ärenden granskats, vilket motsvarar 10 %.

Den data som använts har hämtats ifrån Combine. En avgränsning har gjorts till att endast granska utredningar enligt 11 kap. 1§ SOL. Eftersom området är brett är det inte möjligt att undersöka alla krav som finns på verksamheten utan istället har ett urval fått göras. Urvalet

har gjorts utifrån områden som tidigare kontrollerats och med syfte att fokusera på de krav som ska tillförsäkra rättssäkerheten mot den enskilde.

För att genomföra undersökningen har ett antal områden som ska kontrolleras valts ut. Det som undersökts är, att beslutet är fattat inom rätt tid, att det finns en beslutsmotivering, att det finns en juridisk motivering, att det är lättbegripligt, att barnet har fått framföra sina åsikter och att det finns en utredningsplan.

## Resultat

Uppfylls kravet?	Tidskravet	Barnet har fått framföra sina åsikter	Lätt-begripligt	Besluts-motivering	Juridisk motivering	Utrednings-plan	Utrednings-frågor
Ja (antal ärenden)	6	7	8	8	6	0	8
Nej (antal ärenden)	2	1	0	0	2	8	0

I de två fall där tidskravet inte uppfylldes dröjde det ca 10 dagar respektive en månad för länge. I det fall där barnets åsikter inte redovisades rörde det sig om ett yngre barn med en utvecklingsstörning och därför blir det svårt för en utomstående att avgöra barnets förmåga att framföra sina åsikter. I flera av fallen där hänvisningar görs till lagstöd saknas en förklaring till hur tolkningen är gjord. I ett fall finns det någon enstaka notering under rubriken utredningsplan men dessa uppgifter är för knapphändiga för att det ska vara motiverat att bedöma det som en utredningsplan. Sammantaget finns det vissa brister i utredningarna men de flesta krav uppfylls i hög utsträckning. Undantaget är kravet på utredningsplaner som genomgående inte uppfylls.

## Åtgärder

- Information kommer att ges på APT. Vi kommer att fortsätta de regelbundna genomgångar som sker med hjälp av verksamhetsutvecklaren.
- Utredningarna skall genomföras inom den tid som vi har som lagkrav i övrigt skall en begäran om förlängning göras hos AU enligt de lagkrav som finns.

## Process/Rutin: Social dokumentation 2018

Granskning: 1 av 1

Kontrollsystem: Att tillförsäkra att dokumentationen lever upp till kraven i SOSFS 2014:5

### Bakgrund

I internkontrollplanen för 2018 beslutades att en kontroll av den sociala dokumentationen ska genomföras. Syftet är att tillförsäkra att dokumentationen lever upp till kraven i SOSFS 2014:5. Kontrollen ska enligt internkontrollplanen ske en gång per år. Som material har genomförandeplaner från särskilda boenden används. Genomförandeplaner är en plan för genomförandet av beslutade vårdinsatser och ska upprättas hos utföraren.

11 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) ställer krav på dokumentation av handläggning och genomförande av vård-, stöd- och behandlingsinsatser. Krav på hur genomförandeplaner bör utformas ställs i SOSFS 2014:5 (allmänna råd). Eftersom det rör sig om allmänna råd, är det inte tvingande men om de inte uppfylls bör det kunna motiveras hur de bakomliggande kraven på dokumentation nås på motsvarande sätt.

### Metod

Granskningen har skett genom stickprov från aktuella ärenden. Urvalet gjordes genom att 18 av 228 ärenden slumpvis valdes ut för kontroll. Undersökningen begränsar sig till att undersöka ärenden som rör särskilt boende. Uppföljningen kommer ta sin utgångspunkt i 6 kap. 3§ SOSFS 2014:5 som ställer krav på innehållet i genomförandeplaner. En avgränsning att endast undersöka de ärenden som rör särskilt boende har gjorts. Utifrån de 11 krav som finns i föreskriften kontrolleras utvalda genomförandeplaner för att undersöka i hur stor omfattning dessa uppfylls.

### Resultat

Den övergripande bedömningen är att de flesta genomförandeplanerna är relativt lika men att några få sticker ut från övriga genom att de är mer detaljerade. Vissa delar som bör finnas saknas genomgående medan andra delar behöver utvecklas för att bli fullständiga. 8 av de 18 utvalda ärendena fanns inte i Combine eller i arkivet utan behövde begäras in från respektive särskilda boende som ansvarar för planerna. Med undantag av de två genomförandeplaner som levererades handskrivna saknas namnteckningar på genomförandeplanerna. Endast i ett fall har brukarna deltagit i framtagandet av genomförandeplanen. Kravet är inte att brukaren måste delta utan att det ska framgå i vilken utsträckning personen har gjort det men det kan säkerligen finnas andra goda skäl till att öka brukarnas delaktighet.

Som beställt mål med insatserna anges standardformuleringar, även målformuleringarna använder till stora delar återkommande likartade formuleringar, kravet är uppfyllt men målen kan utvecklas. Samtliga genomförandeplaner innehåller aktiviteter i någon form men hur frågan hanteras skiljer sig åt. I ett ärende ges ett tydligt svar på vilken aktivitet brukaren vill delta i, under vilka förutsättningar och vilket stöd personen vill ha, detta borde vara det svar som är eftersträvanvärt men i övriga ärenden saknas delar av den informationen. I många fall anges däremot att brukaren deltar i de flesta aktiviteter, vilket får antas vara tillräckligt med information i de fall inget stöd krävs, kravet uppfylls i de flesta ärenden men området kan utvecklas. Endast i två av ärendena nämns vad som är målen med aktiviteterna, här uppfyller

alltså de flesta ärenden inte kraven. Det nämns inte vem som är ansvarig för aktiviteterna, förutom i något enstaka undantag där det står att personal/ vårdpersonal ansvar för tvätt eller städning, här uppfylls alltså inte kraven. I vissa av planerna nämns övergripande när och hur aktiviteterna ska genomföras i form av en veckodag eller att det är under morgon/kväll men det anges inte mer specifikt än så. Hur genomförandet ska ske beskrivs ofta övergripande men inte på detaljnivå. Generellt anges relativt detaljerat hur och när morgon-/ kvällsrutiner och personlighygien ska genomföras men inte hur de sociala aktiviteterna ska genomföras, kravet uppfylls därför delvis.

Det saknas planering för hur samverkan ska ske mot andra aktörer, alltså uppfylls inte kravet. Samtliga planer har datum för när uppföljning ska ske men det saknas på aktivitetsnivå, alltså uppfylls inte kravet. Brukarna deltar bara i undantagsfall i framtagandet av genomförandeplanen men i det enda fall som skett ges ingen förklaring till vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och åsikter. Den låga graden av delaktighet kan i flera fall förklaras av att brukaren är demenssjuk. Kravet är inte att brukarna måste delta men att det ska framgå vilken hänsyn som tagits till deras synpunkter och önskemål. Eftersom brukaren bara deltagit i ett ärende är det svårt att dra generella slutsatser men i det fallet uppfylldes inte kravet.

I flera fall listas övriga personer som deltagit, men i vissa fall anges inte i vilken roll de deltagit. Här skulle det åtminstone för en utomstående läsare bli tydligare ifall det alltid skrivs ut i vilken egenskap personerna deltar. Här är det svårt att dra slutsatser om vilka som deltagit eftersom den här kontrollen endast utgår från vad som står i planerna och därför kan det inte avgöras om alla som deltagit i planerna listats. Det som kan konstateras är att det i flera fall listas vilka som deltagit i framtagandet och det finns ingen särskild anledning att anta att det finns brister, därför får kravet betraktas som uppfyllt.

I samtliga ärenden anges vilket datum planen fastställts vilket uppfyller kravet. Samtliga planer innehåller datum för när planerna ska följas upp. Hur uppföljningen ska ske beskrivs inte i något ärende, alltså uppfylls bara den ena delen av kravet.

Sammantaget kan det konstateras att genomförandeplanerna har relativt stora brister och inte uppfyller flera av de allmänna råden i SOSFS 2014:5.

### Åtgärder

- Att genomföra utbildningsinsatser i det nya systemet, så att samtliga genomförandeplaner registreras där
- Att säkerställa att genomförandeplaner upprättas, uppföljning sker varje kvartal av områdeschef genom ledningssystemets egenkontroll