SURAHAMMARS KOMMUN

Internkontroll uppföljning delår 2025

Internkontroll uppföljning

Socialnämnden

Socialnämnden 2025-09-22, §§ 178-179

SURAHAMMARS KOMMUN

Internkontroll uppföljning delår 2025

Status: *Påbörjad* ***Rapportperiod:*** *2025-08-31* ***Organisation:*** *Socialnämnden*

Innehåll

Inledning 1
Risker 3
Kontroller 10
Åtgärder 16

Inledning

Internkontroll ska vara en naturlig del i alla verksamheter och processer.

Internkontroll syftar till att säkerställa att de av kommunfullmäktige fastställda målen uppfylls samt att säkerställa styrning, uppföljning och rapportering samt verksamhets- och kvalitetsutveckling i kombination med effektiv resursanvändning.

Målet med internkontrollplanen är i stort att kontrollera och säkerställa ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, att tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten sker samt kontrollera att tillämpliga lagar, föreskrifter, policys och riktlinjer efterlevs. Utöver kontroll av verksamhet är målet även att arbetet ska bidra till utveckling och ökad kvalitet.

Internkontrollplanen utgörs av

- riskkartläggning, bedömning
- planering för kontroller, ansvarsfördelning
- åtgärder om möjligt

Vid internkontrolluppföljningar, del- och helår följs detta upp med kommentarer och bedömningar vilka sen återrapporteras till Kommunstyrelsen

Surahammars kommuns internkontrollplan består dels av en kommunövergripande internkontrollplan med risker som alla nämnder/styrelser ska arbeta med, dels nämndspecifika internkontrollplaner med risker som är mer verksamhetsspecifika.

Ansvar

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god internkontroll. Ansvaret innefattar att en organisation för internkontroll upprättas inom kommunkoncernen. Kommunstyrelsen har också att tillse att organisationen rapporterar utifrån kommunstyrelsens behov av kontroll. Kommunstyrelsen ska med utgångspunkt från nämndernas och bolagsstyrelsernas uppföljningsrapporter utvärdera kommunkoncernens samlade system för internkontroll. Kommunstyrelsen har därmed ansvaret för den interna kontrollen på ett koncernövergripande plan.

Nämnder och bolagsstyrelser för de helägda kommunala bolagen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden och styrelsen ansvarar för att en organisation för internkontroll finns samt att de regler och anvisningar som är nödvändiga tillskapas. Nämnderna och bolagsstyrelserna ska följa de anvisningar för arbets-sätt och rapportering som fastslås av kommunstyrelsen.

Kommundirektören ansvarar för att en god internkontroll inom kommunen och de kommunala bolagen upprätthålls och tillämpas, utifrån kommunstyrelsens regler och anvisningar. Kommundirektören svarar även för att ett enhetligt och samordnat arbetssätt tillämpas inom kommunkoncernens olika verksamhetsområden, de olika nämnderna och bolagen. Kommundirektören ska tillse att kommunstyrelsen årligen får rapport om hur den interna kontrollen fungerar.

Förvaltningschefer ansvarar för att verksamheten har en god internkontroll och efterlever upprättade rutiner och regler, för att upprätta en verksamhetsanpassad internkontrollplan baserad på risker, bedömning av sannolikhet och konsekvens, hantering eller ej, kontroller och åtgärder, att det finns tydliga rutiner och anvisningar för den interna kontrollen, att fortlöpande rapportera till nämnd/bolagsstyrelse hur den Interna kontrollen fungerar utifrån gällande internkontrollplan, att redovisa resultatet av genomförda och effekter av beslutade förbättringsåtgärder samt för att sammanställa nämndens/bolagsstyrelsens rapportering till Kommunstyrelsen

Uppföljning

Varje nämnd/bolagsstyrelse ska inför kommande år anta en plan för uppföljning och granskning av den interna kontrollen. I planen ska ingå de eventuella kommunövergripande kontrollområden som fastställts av kommunstyrelsen samt de verksamhetsspecifika kontrollområden som ska följas upp. Dokumenterad uppföljning av årlig internkontroll ska fastställas av nämnd/ bolagsstyrelse och översändas kommunstyrelsen.

Risker

Individ- och familjeomsorgen

Individ- och familjeomsorgen arbetar aktivt med de risker som identifierats i verksamheten. Detta genom egenkontroller och uppföljning av kvalitetsarbete. Under det första halvåret har tolv rapporter inkommit som lex Sarah-rapporter eller andra avvikelser. Fyra av dessa gäller barn- och ungdomsenheten. Rapporterna avser att en biståndsbedömd insats verkställts utan beslut och utredning, att handlingar inte skrivits ut och lagts i akt enligt rutin och att betalning till familjehem skett utan att kvitto inhämtats. I en rapport på barn- och ungdomsenheten har en insats inte verkställts på nästan ett år, vilket bedömdes som risk för allvarligt missförhållande och anmäldes till IVO.

På familjerättsenheten har det inkommit en avvikelse om att journaler förts felaktigt och att de fysiska akterna inte upprättats enligt rutin. På familjecentrum har en rapport handlat om fördröjd journalföring. På vuxenenheten har det inkommit två rapporter om samma händelse där uppföljningar inte skett enligt rutin. Det har även inkommit samt att en enskild blivit beviljad kontaktperson men att beställning på uppdraget inte inkommit till familjehemsenheten. Övergripande på IFO har det inkommit två avvikelser om att dokument felaktigt skickats ut till fel organisation. En lex Sarah rapport avser suicid för en brukare inom hemtjänst och utreddes både gällande biståndsenheten och hemtjänsten.

Äldreomsorgen

Äldreomsorgen har under den första delen av året genomfört ett omfattande arbete med att revidera och sammanställa alla rutiner inom verksamheten. För att identifiera och utreda risker kring brukare skrivs avvikelser i Lifecare som sedan utreds av ansvarig chef eller av sjuksköterska/rehabpersonal, beroende på vad avvikelsen gäller. För att förhindra och minimera risker i medarbetarnas arbetsmiljö görs en fysisk och en psykosocial skyddsrond varje år. Samtliga förändringar i verksamheten föregås av en risk- och konsekvensanalys som skrivs av arbetsgivaren tillsammans med skyddsombud och förhandlas på MBL. Under första halvåret har 24 tillbud i verksamheten anmälts och utretts av ansvarig chef inom vård och omsorg. Majoriteten av tillbuden handlar om ”tillbud att bli skadad av person (även oavsiktligt)". Dessa inträffar främst på demensavdelningarna och inom LSS. Personer med demenssjukdom och eller funktionsvariation kan ibland ha ett utåtagerande beteende utifrån sitt tillstånd. Personalen stävjar detta genom lågaffektivt bemötande, lugna miljöer och kartläggning av vad som triggar dessa beteenden. Vid behov kan det även vara nödvändigt att förstärka med ytterligare personal. Ingen anmälan har gjorts till arbetsmiljöverket under 2025.

HSL och LSS

För att bedriva en patientsäker vård rapporterar alla medarbetare avvikelser i verksamhetssystemet lifecare. En ny modul avseende HSL-avvikelser har införts i lifecare vilken både chefer och medarbetare utbildats i. Tre avvikelser gällande vårdskador har

utretts, en händelse där patient blivit utan läkemedel då det försvunnit ur SignIt. Bedömningen var att sjuksköterskan brustit samt att omvårdnaspersonal inte kontrollerat ordinationen vid varje utlämning av läkemedel. Det noterades inga konsekvenser i den enskildes mående på grund av felet. Två avvikelser har handlar om att omvårdnadspersonal upplevt att patient löpte risk att drabbas av vårdskada. I utredningarna framkom att det inte förelåg risk för vårdskada. Nytt utbildningsmaterial för delegeringar samt förändring i arbetssättet gällande delegeringar har upprättats för att kvalitetssäkra och öka patientsäkerheten relaterat till läkemedelshantering. Sjuksköterskorna har planerat utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal inom olika områden, exempelvis kontroll av parametrar, diabetes och palliativ vård.

Rapportperiod: *2025-08-31*

Kvalitetsområde	Risk	Riskvärde	Kommentar
Informationshantering	Risk för att informationshanteringsplaner ej är kända och efterlevs		Att informationshanteringspalnanen är väl känd och implementerad är viktigt för att säkerställa rättssäkerheten och kunna tillhandahålla rätt information till kommuninvånarna. Risken att informationshanteringsplanen ej är känd och efterlevs bedöms vara relativt låg utifrån att planen används i det dagliga arbetet och revideringar sker kontinuerligt. Individ- och familjeomsorgen har upprättat mer specifika rutiner om gallring för att säkerställa att arbetet sker korrekt.

Rekrytering och kompetens	Avsaknad av personella resurser/funktioner		Avsaknad av personella resurser kan medföra bland annat hög arbetsbörda, kompetensbrist och bristande verkställighet, vilket innebär allvarliga konsekvenser om risken inträffar. Inom individ- och familjeomsorgen har kompetensförsörjningen varit en utmaning under en längre tid, i dagsläget bedöms förutsättningarna blivit något bättre. Inom vård och omsorg har rekryteringar med rätt kompetens skett inom rimlig rid.
Budget	Konkreta och effektiva åtgärdsplaner upprättas ej vid budgetavvikelser		Utifrån att regelbundna ekonomiska uppföljningar genomförs varje månad kan budgetunderskott upptäckas i tid och åtgärdsplaner tas fram i tidigt skede.
Informationshantering	Avsaknad av informationsbroschyrer inom Socialförvaltningens verksamheter.		Utifrån samhällets utveckling och efterfrågan på digital information ser Socialförvaltningen ett minskat behov av fysiska broschyrer. Verksamheterna fokuserar i större utsträckning på att tillhandahålla information via hemsidan och sociala medier för att kunna ha en mer frekvent uppdatering av aktuella händelser. Om enskilda har behov få information utskriven erbjuds de fysiska broschyrer.

Demokratisk styrning och beslutsprocess	Ej aktuella delegationsordningar		Risken att delegationsordning inte är aktuell bedöms vara låg då tjänstemän använder sig av delegationsordningen i sitt dagliga arbete och den revideras vid behov, så som lagändringar, organisationsförändringar eller vid förändrade förutsättningar.
Demokratisk styrning och beslutsprocess	Verkställighet av politiska beslut fördröjs eller uteblir		Om verkställighet av politiska beslut fördröjs eller uteblir kan det inte säkerställas att de politiska målen får genomslag. Detta kan i sin tur leda till att kommuninvånare får ett minskat förtroende för ledning och politiker i kommunen. Samtliga verksamheter inom Socialförvaltningen arbetar aktivt med att följa upp och verkställa nämndbeslut och socialnämndens mål med stöd av verksamhetsplaner.
Brandskydd	Brister i brandskyddsarbetet		Avsaknad av kända brandrutiner är en risk vid förekomst av brand. Socialförvaltningen arbetar med rutiner och checklistor för brand men ser behov av mer fysiska övningar.
Uppföljning och kontroll av riskbedömningar	Verksamheterna utför inte riskbedömningar.		Om riskbedömningar inte genomförs kan risker lämnas ohanterade och kvaliteten i verksamheterna kan minska. Sannolikhet att riskbedömningar inte genomförs bedöms som låg utifrån väl implementerade rutiner gällande detta.

Fast omsorgskontakt	Fast omsorgskontakt tillsätts inte till berörda hemtjänsttagare		Om hemtjänsttagare inte erbjuds fast omsorgskontakt kan kvalitet på omvårdnaden och samordning kring vårdtagaren försämras. Om risken inträffar uppfylls inte heller lagkraven kring fast omsorgskontakt. Rutiner för att erbjuda fast omsorgskontakt är framtagna, vilka är väl förankrade inom äldreomsorgen.
Hälsosamtal	Hälsosamtal uteblir		Hälsosamtal är planerade att genomföras i höst för tredje året i rad. Risken att hälsosamtalen uteblir bedöms vara låg utifrån rådande planering och tidigare erfarenheter av genomförandet.
Familjecentrum	Att familjecentrums resurser inte nyttjas ändamålsenligt.		Kontinuerlig uppföljning och utvärdering av familjecentrums resurser sker för att säkerställa att resurserna nyttjas ändamålsenligt och tillgodoser kommuninvånarnas behov. Utvärdering av familjecentrum samt statistik för fältarna har redovisats för nämnd under året.
Beredskap och säkerhet	Risk för att inte styrelse och nämnder arbetar med åtgärdsplaner för att förhindra störningar i verksamheter		Socialförvaltningen har under 2025 visstidsanställt en beredskapssamordnare som har i uppdrag att revidera kontinuitetsplaner, utbilda personal inom socialförvaltningen samt ta fram riktlinjer och rutiner gällande civil beredskap.

Beredskap och säkerhet	Risk för att digitaliseringsutvecklingen gör verksamheter sårbara		Digital sårbarhet kan ha allvarliga konsekvenser för verkställighet och invånares rätt till trygg hantering av känsliga personuppgifter. Socialnämnden deltar i utbildning i IT-säkerhet och kravställer säkra IT-system vid upphandling.
Avtal	Risk för bristande avtalstrohet		Om inköp görs utanför avtal kan det medföra ekonomisk skada, förtroendeskada och viten. Risken för bristande avtalstrohet bedöms som låg utifrån en hög medvetandegrad om avtalskatalogen från kommunalförbundet för samtlig personal som gör inköp av varor eller tjänster.
Bidragsansökan till kommunkoncernens verksamheter	Risk att ansökan om tillgängliga statsbidrag och andra externa bidrag inte sker		Risken att ansökningar om statsbidrag och andra bidrag uteblir bedöms vara låg. Detta då månadsvisa kontroller görs av bidrag som är möjliga att ansöka.
Beredskap och säkerhet	Risk att det inte upprättas kontinuitetsplaner inom varje styrelse och nämnd.		Kontinuitetsplaner för socialförvaltningen är framtagna och revideras kontinuerligt av bland annat Socialförvaltningens beredskapssamordnare.
Befolkningsmängd	Risk för minskat skatteunderlag		Risken med minskat skatteunderlag är att det kan medföra budgetunderskott och neddragning av verksamheter som inte är lagstyrt.

Löneutbetalningar	Risk för felaktiga underlag inför lönehantering		Enhetschefer och områdesassistenter behöver manuellt godkänna förändringar i personec, vilket ligger till grund för löneutbetalningar. Detta minskar risken för att felaktiga underlag gällande lönehantering.
Rekrytering och kompetens	Risk för felrekryteringar		Felrekryteringar kan medföra både ekonomisk skada samt negativa erfarenheter för kommunens invånare. Förvaltningen ser behov av mer stöd i rekrytering för att i ännu högre grad kunna säkerställa att risken sannolikheten för risken minskar, bland annat önskas mer stöd från HR och i form av personlighetstester för vissa tjänster.
Egenkontroll	Risk att loggkontroller inte genomförs		Uteblivna loggkontroller kan medföra sämre rättssäkerhet för enskilda då det riskerar att verksamheten inte upptäcker om någon obehörigen kommit åt känslig information. Risken att loggkontroller inte genomförs bedöms vara låg utifrån reviderad rutin samt mall för tydliggörande.

Kontroller

Individ- och familjeomsorgen

Rutinen för egenkontroll och systematisk kvalitetsuppföljning har reviderats gällande hur ofta egenkontroller ska ske samt hur de ska dokumenteras. Vidare har nya mallar tagit fram för barn- och ungdomsenheten, familjehemsenheten, vuxenenheten och stödboendet för att säkerställa att rätt kvalitetsområden granskas. I egenkontrollsmallen redovisas uppföljning av vidtagna åtgärder för att säkerställa att uppföljning av beslutade åtgärder efterföljs. Enhetschefer har avsatt tid veckovis och månadsvis för att genomföra egenkontroller.

Äldreomsorgen

Samtliga enheter arbetar med egenkontroller utifrån förvaltningens årshjul. En fysisk- och psykosocial skyddsrond genomförs varje år. Brandronder genomförs en gång i kvartalet. Arbetsplatsträffar genomförs med samtliga grupper en gång i månaden. Områdescheferna har möte med ansvarig verksamhetschef varje vecka. Uppföljning av genomförandeplaner görs två gånger om året.

HSL och LSS

Verksamheterna HSL och LSS gör internkontroller enligt årshjul. Skyddsronder gällande den fysiska och psykosociala arbetsmiljön görs genom att använda Sunt arbetslivs checklista. Sjuksköterskorna har under våren fått handledning av företagshälsovården och arbetat med den psykosociala arbetsmiljön i arbetsgruppen. Tillbud och arbetsskador skrivs i systemet Stella. Det görs risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner vid organisationsförändringar. Samtliga chefer har fått utbildning i att skriva risk- och konsekvensanalyser. Det görs stickkontroller avseende dokumentation både i hälso- och sjukvårdsjournaler samt i journalsystem för social dokumentation. Hur, vad och när dokumentation sker kontrolleras. Vidare kontrolleras att det finns vårdplaner inom HSL samt att det finns genomförandeplaner inom SoL. Socialförvaltningen har tagit fram rutiner för arkivering av journaler utifrån de olika lagrummen HSL, SoL samt LSS. För att kontrollera läkemedelsavvikelser dokumenteras dessa i Lifecare. I Sign It registrerar omvårdnadspersonalen när patienter fått läkemedel. Sjuksköterska och MAS ser om det har missats en signering gällande medicin eller andra delegerade insatser, som träningsprogram och såromläggning. MAS rapporterar regelbundet antal läkemedelsavvikelser till Socialnämnd.

Rapportperiod: *2025-08-31*

Risk	Kontroll	Bedömning	Kommentar

Risk för att informationshanteringsplaner ej är kända och efterlevs	Kontroll status inkomna handlingar i W3D3		Socialförvaltningen har inte utbildning i W3D3 och arbetar inte i systemet i det dagliga arbetet. Ansvaret ligger i dagsläget på KS.
Avsaknad av personella resurser/funktioner	Antal fördröjda rekryteringar		Det finns inga rekryteringar som dröjt mer än fyra månader inom individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen, HSL och LSS.
Konkreta och effektiva åtgärdsplaner upprättas ej vid budgetavvikelser	Om ekonomiska uppföljningar och anpassningsåtgärder till budget genomförs		Ekonomiska uppföljningar med förvaltningschefer, verksamhetschefer och enhetschefer sker månadsvis enligt rutin.

Avsaknad av informationsbroschyrer inom Socialförvaltningens verksamheter.	Genomgång av broschyrers aktualitet	◐	Äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen arbetar med att revidera broschyrer för att säkerställa att de innehåller aktuell information. Administratör har uppdaterat IFO:s broschyrer och de är ute på remiss till enhetschefer. Anhörigkonsulent har fått i uppdrag att revidera äldreomsorgens broschyrer och säkerställa att de finns tillgängliga på finska. Inga broschyrer används inom HSL och LSS, varken områdeschef LSS eller MAS bedömer att det finns behov av broschyrer utan hänvisar till information på hemsidan samt att berörda får nödvändig information av personal.
Brister i brandskyddsarbetet	Svara på befintlig checklista var tredje månad.	●	Checklista gällande brandskydd fylls i var tredje månad inom äldreomsorg, IFO, HSL och LSS.
Verksamheterna utför inte riskbedömningar.	Kontrollera att riskbedömningar tas upp på MBL.	●	Samtliga verksamheter inom Socialnämnden har tagit upp riskbedömningar på MBL vid större organisationsförändringar.

Fast omsorgskontakt tillsätts inte till berörda hemtjänsttagare	Kontroll av fast omsorgskontakt genomförs i egenkontroller i SOSFS-rapportering.		Samtliga brukare som får beslut erbjuds fast omsorgskontakt vid inskrivningssamtal. De som tackar nej erbjuds igen i samband vid förändring av behov.
Hälsosamtal uteblir	Kontrollera årligen vilka som fyllt 80 år och som ska få ett brev hemskickat med information om hälsosamtal.		Socialnämnden har beslutat att hälsosamtal ska vara en permanent del av verksamheten. Under hösten kommer hälsosamtal samt uppföljning av tidigare samtal genomföras enligt nämndens beslut.
Att familjecentrums resurser inte nyttjas ändamålsenligt.	Säkerställa att insatser är evidensbaserade och utförs enligt fastställda metoder. Kontrollera att arbetet utgår från uppdragen.		Månadsvis egenkontroller sker på slumpmässigt utvalda ärenden inom öppenvård vuxen och öppenvård barn och ungdom utifrån följsamheten av inkomna uppdrag.
Risk för att inte styrelse och nämnder arbetar med åtgärdsplaner för att förhindra störningar i verksamheter	Kontrollera om åtgärder enligt planer kopplade till RSA beaktats i verkställighet		RSA från 2023 är inaktuell och verksamheten arbetar i nuläget utifrån de åtgärdsplaner som togs fram i socialförvaltningens kontinuitetsplan.

Risk att det inte upprättas kontinuitetsplaner inom varje styrelse och nämnd.	Kontroll om kontinuitetsplaner är upprättade och är kända på Kommunstyrelseförvaltningen, nämnders förvaltningar och bolag		Kontinuitetsplaner är upprättade och kända inom socialförvaltningens ledningsgrupp. Planerna är sekretessmarkerade och dokumenten delas därför inte ut men ett arbete utifrån planerna genomförs i ute i verksamheterna under ledning av beredskapssamordnare.
Risk för att digitaliseringsutvecklingen gör verksamheter sårbara	Kontroll om utbildningar genomförs gällande IT säkerhet		22 % av de anställda inom socialförvaltningen har genomgått it-säkerhetsutbildning. Socialförvaltningen har inhämtat en kartläggning av vilka som genomfört utbildningen för att följa upp att samtliga medarbetare genomför utbildningen.
Risk för felaktiga underlag inför lönehantering	Kontroll antal rättelser av lön		Inom äldreomsorgen har det uppmärksammats vid några tillfällen att felaktiga löner betalats ut, dock ej på grund av felaktiga löneunderlag. Detta har upptäckts av medarbetare och/eller assistenterna vid granskning av löner. Kontakt med löneavdelningen på VMKF är taget för att utöka samverkan.

Risk för felrekryteringar	Kontroll av arbetsrättsliga åtgärder	◐	Enligt HR-avdelningen finns det cirka fem pågående arbetsrättsliga ärenden rörande socialförvaltningens personal under 2025.
Risk för att informationshanteringsplaner ej är kända och efterlevs	Kontroller i W3D3, närarkiv och verksamhetssystem.	◐	Socialförvaltningen har inte utbildning i W3D3. I närarkiv och verksamhetssystemet görs systematiska egenkontroller gällande invidid- och familjeomsorgen.
Att loggkontroller inte genomförs.	Genomgång av utförda loggkontroller.	●	Genomgång av utförda loggkontroller har gjorts enligt årshjul.
Verkställighet av politiska beslut fördröjs eller uteblir	Status på politiskt fattade beslut	●	I samtliga verksamheter görs uppföljningar gällande status på politiskt fattade beslut löpande på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper. Övergripande kontroll på politiskt fattade beslut görs av socialchef och utvecklare. De respektive verksamhetsplanerna skapas efter de politiska målen.

Ej aktuella delegationsordningar	Aktualitet på delegationsordningar		Socialförvaltningen har uppdaterade delegationsordningar som är genomgångna på ledningsmöten med socialchef, verksamhetschefer, medicinsk ansvarig sjuksköterska och utvecklare. Delegationen reviderades senast i augusti 2025 utifrån organisationsförändringar men även i juni 2025 utifrån omställningen till nya socialtjänstlagen.

Åtgärder

Individ- och familjeomsorgen

IFO arbetar aktivt med att åtgärda de risker som framkommer i internkontrollen, med bland annat specifika handlingsplaner. Familjecentrums verksamhet utvärderas kontinuerligt för att säkerställa att utbudet svarar upp mot kommuninvånarnas behov. Rapportering gällande avvikelser och Lex Sarah-rapporter är ett utvecklingsområde inom IFO då rapportering kan ske med fördröjning. Om det framkommer i utredning av avvikelser och lex Sarah att den inrapporterade är en felhändelse tar verksamheten fram åtgärder för att förebygga att liknande händelser inträffar. Verksamheterna följer upp och arbetar aktivt med de åtgärder som framtagits i Lex Sarah-utredningarna men behöver utveckla det arbetet ytterligare för att förebygga upprepning av avvikelser.

Äldreomsorgen

Kvalitetsarbetet inom verksamheten är ständigt pågående och rutiner och riktlinjer revideras och läggs upp på det nya intranätet. Vid väsentliga förändringar och vid behov har risk och konsekvensanalyser gjorts tillsammans med de fackliga företrädarna. Verksamheterna har rehabiliteringssamtal med medarbetare med återkommande sjukfrånvaro och samarbetar med företagshälsovård vid behov. Avvikelser och inkomna klagomål och synpunkter hanteras i Lifecare där även åtgärder dokumenteras och följs upp.

HSL och LSS

Det skrivs avvikelser på incidenter som uppstår i vården runt patienterna. Dessa utreds av områdeschefer, Verksamhetschef HSL samt MAS. Avvikelserna tas sedan upp på APT för ett lärande samt framtagande av strategier för att det inte ska uppstå liknande avvikelser framöver. Tillbud tas även upp på APT för att förbättra arbetsmiljön. Vid budgetavvikelser upprättas handlingsplaner för att hamna inom ram.

Rapportperiod: *2025-08-31*

Risk	Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Kommentar
Avsaknad av informationsbroschyrer inom Socialförvaltningens verksamheter.	Sammanställning och revidering av broschyrer.	2024-01-01	2024-12-31		En sammanställning av tillgängliga broschyrer har genomförts och de broschyrer som reviderats är på remiss till enhetschefer.
Avsaknad av personella resurser/funktioner	Arbeta förebyggande för att minska effekten av att resurser saknas.	2024-01-01	2024-12-31		Individ- och familjeomsorgen Verksamheten annonserar i tid och har arbetat med att utveckla annonsen samt tydliggjort i annonser att tjänster kan tillsättas innan annonseringstiden gått ut. Verksamheten har arbetet för att förbättra introduktion av nyanställda genom reviderad introduktionsplan och uppföljning av introduktion. Äldreomsorg

					Vid vakanta tjänster sker utannonsering omgående. Vikarier tillsätts under tiden det pågår en rekryteringsprocess. HSL och LSS Rekrytering sker när det blir vakanta tjänster och annonseringen sker omgående när en tjänst blir vakant. Vikarie tillsätts under rekryteringsprocessen.
Konkreta och effektiva åtgärdsplaner upprättas ej vid budgetavvikelser	Åtgärdsplaner upprättas vid behov.	2024-01-01	2024-12-31		Åtgärdsplaner tas fram av socialchef tillsammans med verksamhetsansvariga chefer vid prognosticerade budgetunderskott.
Brister i brandskyddsarbetet	Brandutbildning för personal och översyn av brandrutiner.	2024-01-01	2024-12-31		Det finns aktuella brandrutiner och brandplaner inom hela socialförvaltningen. Inga verksamhetsspecifika brandövningar har genomförts det senaste året utöver HLR och generell brandutbildning via räddningstjänsten i Surahammar.

Verksamheterna utför inte riskbedömningar.	Kontinuerlig genomgång av rutiner för riskbedömningar.	2024-01-01	2024-12-31		Socialnämndens samtliga verksamheter arbetar efter HR-avdelningens styrdokument om riskbedömningar. Riskbedömningar genomförs i systemet Opus enligt rutin.
Fast omsorgskontakt tillsätts inte till berörda hemtjänsttagare	Erbjuda samtliga nya hemtjänsttagare samt de som tackat nej tidigare.	2024-01-01	2024-12-31		Samtliga brukare erbjuds fast omsorgskontakt när de blir aktuella för hemtjänstinsatser (utöver endast mat och larm) och de som tidigare tackat nej till fast omsorgskontakt får frågan på nytt minst en gång per år.
Hälsosamtal uteblir	Förvaltningen tar kontakt med alla invånare som är 80+ och som inte har kontakt med socialförvaltning en sedan tidigare.	2024-01-01	2024-12-31		Arbetet med hälsosamtal kommer att genomföras under hösten.
Att familjecentrums resurser inte nyttjas ändamålsenligt.	Egengranskning och internhandledning.	2024-01-01	2024-12-31		Individ- och familjeomsorgen

					På öppenvård barn- och ungdom samt vuxen sker regelbundna egenkontroller där man ser över att genomförandeplan följer uppdragets innehåll, mål och arbetssätt samt om dokumentation sker utifrån uppdraget. Det som framkommit i egenkontroller är att genomförandeplan ibland upprättas med viss fördröjning. På vuxenenheten har det framkommit att utförare behöver formulera tydligare delmål i behandling. På vuxenenheten har metoden Återfallsprevention använts och vid kontroll framkommer att behandlare arbetat metodtroget. Metoden är evidensbaserad. På öppenvård barn och ungdom används den evidensbaserade metoden FFT, funktionell familjeterapi.

Risk för minskat skatteunderlag	Budgetanpassningar om invånarantalet minskar med 30 personer	2025-01-01	2025-12-31		Anpassning av budget görs varje månad utifrån nya förutsättningar.
Brister i brandskyddsarbetet	Genomföra brandövning en gång per år.	2024-12-04	2024-12-04		Brandövning har genomförts på Stödboendet under 2025. Ingen annan verksamhet har genomfört brandövning 2025, dock ha det genomförts 2024 för stora IFO. Inom äldreomsorgen går personal regelbundet igenom brandrutiner för alla enheter. Vid eventuell brand ska personalen inte utrymma brukare utan endast försätta de som är i uppenbar fara i säkerhet tills räddningstjänsten kommer. Räddningstjänsten ansvarar sedan för utrymning. Utifrån detta samt att det skulle medföra stor oro för brukarna att genomföra fysiska utrymningsövningar har inte några sådana genomförts eller planerats.

Att loggkontroller inte genomförs.	Rutiner för loggkontroller	2024-12-04	2024-12-04		Om loggkontroller inte genomförs enligt rutin ökar risken att obehöriga får åtkomst till kommuninvånares personuppgifter och information. Inom Socialförvaltningen finns det rutiner och mall för loggkontroller. Loggkontroller sker slumpmässigt eller vid misstanke om obehörig åtkomst. Medarbetarna informeras om att loggkontroller sker, vilket minskar risken för att verksamhetssystem inte används som avsett.
Risk för felrekryteringar	Utöka samverkan med HR-avdelningen.	2024-12-04	2024-12-04		HR bjuds in regelbundet till socialförvaltningens ledningsgrupp ungefär varannan månad för att möjliggöra ökat stöd för verksamhetschefer gällande personalfrågor och arbetsmiljö.

Verkställighet av politiska beslut fördröjs eller uteblir	Arbetssätt och rutin för genomförande av politiskt fattade beslut.	2025-09-08	2025-09-08	✔	Övergripande kontroll på politiskt fattade beslut görs av socialchef och utvecklare var tredje månad enligt årshjul där en bedömning och vidare planering av åtgärder görs för att säkerställa att beslut som fattas verkställs.
Ej aktuella delegationsordningar	Kontinuerlig kontroll och uppföljning att socialnämndens delegationsordning är uppdaterad	2025-09-08	2025-09-08	✔	Delegationsordningen revideras vid behov, minst en gång per år för att hållas uppdaterad och aktuell.