



Kommunstyrelsen (KS)

Mötesdatum

2025-04-09

§70

## **Internkontroll Vaggeryds kommun 2024 (KS 2024/023)**

### **Beslut**

Kommunstyrelsen beslutar att godkänna den samlade uppföljningen av nämndernas interna kontroll för 2024, och för delgivning till kommunfullmäktige.

### **Sammanfattning**

Kommunstyrelsen ska samlat utvärdera hur systemet för den interna kontrollen fungerar med utgångspunkt från nämndernas uppföljningsrapporter.

Samtliga nämnder har genomfört en intern kontroll 2024. Kontrollpunkterna har ett brett innehåll kopplat bl.a. till lagar, styrdokument samt identifierade risker kopplade till målgrupper i verksamhet och följsamhet av rutiner.

Den största andelen kontrollpunkter är godkända (20 av 38). De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 38), hanteras med åtgärder inom respektive ansvarig nämnd.

Ett utvecklingsarbete har pågått sedan några år med ett nytt beslutat reglemente för internkontroll. Det har bl.a. resulterat i mer precisa kontrollpunkter och större genomförbarhet. Det finns också en större transparens och acceptans för att lyfta förbättringsbehov, vilket är en förutsättning för att prioritera rätt åtgärder och kunna samarbeta såväl inom som mellan förvaltningar. Det sker också ett lärande mellan förvaltningar i arbetet med internkontroll och vad arbetet kan leda till för nytta för verksamheten och de som verksamheten finns till för. Mellan år 2023 och 2024 märks ytterligare förbättringsarbete kring arbetet med internkontroll, där resultatet än mer analyseras och tas omhand och blir en naturlig del av verksamheten.

En del kontrollpunkter kvarstår till nästa år av olika skäl (prel. 24 av 38). Det kan t.ex. handla om att risken bedöms vara av stor vikt för verksamheten, eller att det finns anledning att göra ytterligare kontroll, eller att det är en utvärdering som behöver ske över en längre tid. Det kan också finnas särskilda politiska beslut kring kontroll.

Verksamhetsutvecklare föredrar ärendet.

### **Yrkanden**

Ordförande föreslår bifall till arbetsutskottets förslag.

### **Expedieras till**

Samtliga nämnder och bolag  
Kommunrevision



Kommunstyrelsen (KS)

Mötesdatum

2025-04-09

### Beslutsunderlag

- §40 KSAU Internkontroll Vaggeryds kommun 2024
- Kommunledningskontorets tjänsteskrivelse 2025-03-19
- Bilaga 1 Intern kontroll Vaggeryds kommun 2024 till KSAU 2025-03-26

Paragrafen är justerad



# INTERNKONTROLL VAGGERYDS KOMMUN 2024

Summering från nämnder

Internkontroll Vaggeryds kommun 2024 Diariennr KS 2024/023

Camilla Wallin Kupferberg

Dokumentnamn: BILAGA 1 INTERNKONTROLL VAGGERYDS KOMMUN 2024		Dokumenttyp: Rapport		Omfattar: Vaggeryds kommunkoncern	
Dokumentägare: Kanslienheten	Dokumentansvarig: Kanslienheten	Publicering: Original i ärendesystem: KS 2024/023 Publikt på Sammanträdesportalen			
Författningsstöd och styrdokument: Kommunallag kap 6, Reglemente för intern kontroll KF 2021-09-27 § 129 samt nämnders reglementen.					
Antaget av/ Beslutinsats KS 2025-04-09 § xx	Bör revideras senast: Ny upplaga tas fram årligen senast i samband med årsredovisning.	Ny upplaga tas fram av Verksamhetsutvecklare	Diarienummer: KS 2024/023		
			Klassificering	Inf.KLASS	
Revidering: Version till KSAU 2025-03-26 (alla nämnder har ännu ej slutligt godkänt eller justerat protokoll)					
Kommande versioner: Till KS 2025-04-09 inkl. bilagor från nämnder delges KF 2025-04-28 (Av KS beslutad version)					

## Internkontroll 2024 summering

Enligt kommunallag, Vaggeryds kommuns reglemente för internkontroll samt nämnders ansvar enligt nämnders reglementen, ska samtliga nämnder ansvara för en god internkontroll för sin verksamhet.

Nämndernas fullständiga uppföljningar hanteras av varje nämnd och delges kommunstyrelsen som ska följa upp att alla nämnder genomfört en internkontroll.

För 2024 har en internkontrollplan beslutats samt följts upp av varje nämnd och resultatet sammanställs enligt nedan.

Kontrollpunkter/ kontrollområden per nämnd	Godkänd	Ej godkänd	Ej klar	Totalt
Barn- och utbildningsnämnd	4			4
Kultur- och fritidsnämnd	2			2
Kommunstyrelsen	1	4*	1	6
Kommunstyrelsen - Räddningstjänst	1		3	4
Miljö- och byggnämnd	5	1		6
Socialnämnd	2	7		9
Teknisk nämnd	5	1	1	7
Totalt	20	13	5	38

Kontrollpunkter/ kontrollområden per nämnd	Avslutas	Kvarstår (prel*)	Totalt
Barn- och utbildningsnämnd	2	2	4
Kultur- och fritidsnämnd	2		2
Kommunstyrelsen		6	6
Kommunstyrelsen - Räddningstjänst		4	4
Miljö- och byggnämnd	2	4	6
Socialnämnd	3	6	9
Teknisk nämnd	5	2	7
Totalt	14	24	38

\* Exakt hur många kontrollpunkter som kvarstår till nästa år kan komma att ändras. Samtliga nämnder har ännu inte bearbetat klart sina nya internkontrollplaner för 2025.

Samtliga nämnder har genomfört en internkontroll 2024. Kontrollpunkterna har ett brett innehåll kopplat bl.a. till lagar, styrdokument samt identifierade risker kopplade till målgrupper i verksamhet och följsamhet av rutiner.

Den största andelen kontrollpunkter är godkända (20 av 38). De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 38), hanteras med åtgärder inom respektive ansvarig nämnd.

Ej klara är Årlig arbetsmiljörevision enligt rutin samt arbetsmiljöplaner, kontinuitetsplaner som inte fungerar vid olika typer av samhällsstörningar, kontroll enligt checklistor av fordon och materiel, rutinuppföljning av personal som framför räddningstjänstens fordon utan rätt körkortsbehörighet samt inventering ljuskällor, kvicksilverutfasning.

I utvärderingen av de punkter och områden som godkänts och avslutats har också nya risker identifierats som ger upphov till antingen nya kontrollmoment för 2025 eller framtida förbättringsprojekt.

En del kontrollpunkter kvarstår till nästa år av olika skäl (prel. 24 av 38). Det kan t.ex. handla om att risken bedöms vara av stor vikt för verksamheten, eller att det finns anledning att göra ytterligare kontroll, eller att det

är en utvärdering som behöver ske över en längre tid. Det kan också finnas särskilda politiska beslut kring kontroll.

Ett utvecklingsarbete har pågått sedan några år med ett nytt beslutat reglemente för internkontroll. Det har bl.a. resulterat i mer precisa kontrollpunkter och större genomförbarhet. Det finns också en större transparens och acceptans för att lyfta förbättringsbehov, vilket är en förutsättning för att prioritera rätt åtgärder och kunna samarbeta såväl inom som mellan förvaltningar. Det sker också ett lärande mellan förvaltningar i arbetet med internkontroll och vad arbetet kan leda till för nytta för verksamheten och de som verksamheten finns till för.

Mellan år 2023 och 2024 märks ytterligare förbättringsarbete kring arbetet med internkontroll, där resultatet än mer analyseras och tas omhand och blir en naturlig del av verksamheten.

	Antal kontrollpunkter					Andel kontrollpunkter				
	2020*	2021*	2022	2023	2024	2020*	2021*	2022	2023	2024
Godkänd	38	48	21	30	20	78 %	86 %	51 %	63 %	53 %
Ej godkänd	0	3	3	13	13	0 %	5 %	7 %	27 %	34 %
Ej klar	9	5	13	3	5	18 %	9 %	32 %	6 %	13 %
Ej genomförd	2	0	4	2	0	4 %	0 %	10 %	4 %	0 %
Totalt**	49	56	41	48	38	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

\* År 2020 och delvis år 2021 var uppstart för ett nytt arbetssätt. Bedömningen är därför inte helt översättningsbar mellan åren.

\*\* Beroende på storlek på förvaltning samt riskområde som kontrolleras, kan det finnas en övergripande indelning ovanför kontrollpunkterna, samt mer fördjupande moment under kontrollpunkterna. Totalt antal kontrollpunkter är därför inte ett mått på hur mycket internkontroll som utförs.

Rapporter från nämnder finns att läsa i sin helhet som bilagor.

## Godkända kontrollmoment

De kontrollpunkter som visar godkänd (20 av 38) för 2024.

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	5. Granska ett urval av tjänsteskrivelser i syfte att identifiera förbättringsområden (Revision: säkerställ att beslutsförslag är sakliga, objektiva och opartiska och omfattar en allsidig belysning)	KL/FL/ Ärendehandbok	Stickprov 2 ggr/år av 4 tjänsteskrivelser
KS - RTJ	1. Bristande uppföljning av beslutade föreläggande vid tillsyn enligt Lagen om skydd mot olyckor	LSO	Ärendet följs upp i verksamhetssystem. Vidtagna åtgärder följs upp i kommunikation med den tillsynade. Uppdaterade rutiner/processbeskrivningar ska finnas
TN	1. Åtgärdskontroll NIS-2	EU-direktiv informations-säkerhet	Kontroll
TN	2. Skyddsronder	Arbetsmiljö-lagen	Analysera genomförande-graden
TN	4. Kontroll av lekplatsutrustning	EU-förordningar	Kontroll
TN	5. Hantering av farligt avfall	Naturvårds-verket	Analys mängder farligt avfall
TN	7. Delegering heta arbeten	Säkerhetsregler SPF506:1	Analys/struktur/ rutin
SN	2. Krisberedskap	Kontinuitetsplanering	Kontroll förekomst av aktivt
SN	5. Följsamhet delegationsordning	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Granskning stickprov på fattade beslut
BUN	Närvaro, samtliga verksamheter	Uppföljning närvaro samt rapporterad frånvaro kopplat till interna rutiner.	Statistik från interna system / Fördjupad analys
BUN	Anpassad studiegång, grundskola	Upprättande och efterlevnad av beslut anpassad studiegång	Fokusintervjuer Stickprov
BUN	Inrymning, gymnasium	Upprättande och implementering av inrymningsplan	Uppföljning av dokumentation
BUN	Rapportering kränkande behandling	Efterlevnad av beslutad rutin vid kränkande behandling.	Uttag rapport kränkande behandling
KFN	1. Föreningsbidrag, utbetalning av bidrag	Utbetalning till rätt mottagare	Stickprov
KFN	2. Följsamhet till GDPR	Antal inträffade incidenter	Följs upp löpande
MBN	Fel tim/avgift för medborgare / Bygg	Taxa	2 styck stickprov
MBN	Fel tim/avgift för medborgare / Miljö	Timtaxa	2 styck stickprov
MBN	Kontinuitetshanteringsplan saknas	Handlingsprogram Trygghet och säkerhet	Ta fram en plan
MBN	Beslut tas utan att delegationsordningen följs	Delegationsordningen	Stickprov
MBN	Utebliven tillsyn/ Bygg	MB	Tillsynsplan

## Ej godkända kontrollmoment

De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 38), hanteras med åtgärder inom respektive ansvarig nämnd.

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	2. Hantering av personuppgifter sker i enlighet med GDPR	GDPR Integritetsskyddslagstiftning	Ytterligare kontroll krävs av följsamhet i nämnder gentemot lagstiftning
KS	3. Arvodeshantering avvikelser	Politiskt beslut om granskning av arvodesavvikelser	Stickprov 4 ggr/år enligt beslut om granskning
KS	4. Säkerställa att dokument och innehåll på kommunens webbplats är tillgängliga i enlighet med webbdirektivet	Webbdirektivet	Löpande stickprov och dialog med verksamheterna kring framtagna rutiner
KS	6. Säkerställa att en ansvarig nämnd för verkställighet är tydligt uttalad för bifallna motioner och Vaggersforslag*	KL/FL/ Ärendehandbok	År 1: Uppföljning 1 gång/vår (som komplement till sedvanlig rutin uppföljning verkställighet till KF oktober). År 2: Rutin framtagna
TN	6. Elsäkerhet	Elsäkerhetslagen	Analys/struktur/ rutin
SN	1. God hygienisk standard	Rutin basala hygienrutiner	Kontroll av följsamhet till rutin
SN	3. Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	Rutin loggkontroll	Kontroll följsamhet till rutin för
SN	4. Person-/överfallsalarm	Rutin provlarmning	Kontroll följsamhet till rutin för provlarmning
SN	6. Dokumentation	Följsamhet till SOSFS 2014:5 samt HSLF-FS 2016:40	Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram
SN	7. Verkställda beslut kontaktperson/kontaktfamilj	Ej verkställda beslut	Kontroll förekomst ej verkställda beslut KP/KF
SN	8. Synpunkter och klagomål	Följsamhet SOSFS 2011:9	Kontroll förekomst av rutin, digital hantering samt följsamhet
SN	9. Digitalisering och användning av digitala verktyg	Följsamhet systemförvaltar-handbok	Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering
MBN	Utebliven tillsyn/ Miljö	MB	Tillsynsplan

\* Godkänd för motioner. Ej godkänd för Vaggersforslag.

## Ej klara kontrollmoment

De kontrollmoment som ej är helt klara (5 av 38) följs upp av respektive nämnd senast i samband med uppföljningen av 2025 års internkontrollplaner

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	1. Årlig arbetsmiljörevision enligt rutin samt arbetsmiljöplaner	Arbetsmiljölagen	Följa upp att revision görs i samtliga nämnder
KS - RTJ	2. Kontinuitetsplaner som inte fungerar vid olika typer av samhällsstörningar	Kontinuitets-planer samt krispärmar	Tillse att kontinuitetsplanerna för de mest kritiska delarna av räddningstjänstens verksamhet finns, är uppdaterade och kända inom organisationen. Tillse att krispärmar omfattar rätt saker och är uppdaterade.
KS - RTJ	3. Bristande kontroller av fordon och materiel	Arbete enligt rutin och checklistor	Tillse att uppdaterad rutin finns och följs. Tillse att kontroller genomförs enligt checklistor samt att brister åtgärdas
KS - RTJ	4. Personal som framför räddningstjänstens fordon utan rätt körkortsbehörighet	Körkorts-behörighet enligt lagkrav	Tillse att uppdaterad rutin för årlig kontroll av körkortsbehörighet för all personal finns och efterlevs
TN	3. Inventering ljuskällor, kvicksilverutfasning	RoHS-direktivet	Inventering





## **Internkontroll Vaggeryds kommun 2024**

### **Förslag till beslut**

Arbetsutskottet föreslår kommunstyrelsen att godkänna den samlade uppföljningen av nämndernas interna kontroll för 2024

### **Sammanfattning av ärendet**

Kommunstyrelsen ska samlat utvärdera hur systemet för den interna kontrollen fungerar med utgångspunkt från nämndernas uppföljningsrapporter.

Samtliga nämnder har genomfört en intern kontroll 2024. Kontrollpunkterna har ett brett innehåll kopplat bl.a. till lagar, styrdokument samt identifierade risker kopplade till målgrupper i verksamhet och följsamhet av rutiner.

Den största andelen kontrollpunkter är godkända (20 av 38). De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 38), hanteras med åtgärder inom respektive ansvarig nämnd.

Ett utvecklingsarbete har pågått sedan några år med ett nytt beslutat reglemente för internkontroll. Det har bl.a. resulterat i mer precisa kontrollpunkter och större genomförbarhet. Det finns också en större transparens och acceptans för att lyfta förbättringsbehov, vilket är en förutsättning för att prioritera rätt åtgärder och kunna samarbeta såväl inom som mellan förvaltningar. Det sker också ett lärande mellan förvaltningar i arbetet med internkontroll och vad arbetet kan leda till för nytta för verksamheten och de som verksamheten finns till för. Mellan år 2023 och 2024 märks ytterligare förbättringsarbete kring arbetet med internkontroll, där resultatet än mer analyseras och tas omhand och blir en naturlig del av verksamheten.

En del kontrollpunkter kvarstår till nästa år av olika skäl (prel. 24 av 38). Det kan t.ex. handla om att risken bedöms vara av stor vikt för verksamheten, eller att det finns anledning att göra ytterligare kontroll, eller att det är en utvärdering som behöver ske över en längre tid. Det kan också finnas särskilda politiska beslut kring kontroll.

### **Beslutet ska skickas till**

Samtliga nämnder och bolag  
Kommunrevision

### **Handläggare**

Camilla Wallin Kupferberg, verksamhetsutvecklare

Ansvarig chef: Torbjörn Åkerblad, kanslichef och bitr. kommundirektör



Kultur- och fritidsnämnden (KFN)

Mötesdatum  
2025-03-10

§23

## **Internkontroll 2025 (KFN 2025/014)**

### **Beslut**

Kultur- och fritidsnämnden beslutar att godkänna plan för intern kontroll 2025.

### **Sammanfattning**

Kommunfullmäktige antog 2021-03-01 § 25 ett nytt reglemente för intern kontroll för Vaggeryds kommun. Enligt reglementet har styrelser och nämnder ansvar för sin verksamhet samt ansvar för att en tillräcklig intern kontroll finns. Styrelser och nämnder fattar generellt beslut om prioritering av kontrollåtgärder genom att anta en intern kontrollplan.

I kontrollplanen följs utbetalning av föreningsbidrag upp, samt följsamheten av GDPR.

### **Propositionsordning**

Ordförande frågar om kultur- och fritidsnämnden kan bifalla arbetsutskottets förslag och finner det bifallet.

### **Expedieras till**

Kommunstyrelsen  
Kommunrevisorerna

### **Beslutsunderlag**

- Kultur- och fritidsnämndens arbetsutskott beslut 2025-02-20 § 20
- Kultur- och fritidsförvaltningens tjänsteskrivelse 2025-02-14
- Intern kontroll kultur- och fritidsnämnden 2025
- Reglemente intern kontroll Vaggeryds kommun antagen av kommunfullmäktige 2021-09-27 § 129

Paragrafen är justerad

Internkontrollplan År 2025										
Kultur- och fritidsförvaltningen Vaggeryds kommun										
Upprättad:	Datum 2025	Godkänd:	2025-03-10	Genomförd:	Datum XX-XX-XX	Uppföljning :	Datum XX-XX-XX	Uppföljning godkänd:	Nämnd/ Bolag - Kultur- och fritidsnämnden	Datum XX-XX-XX
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering*	
Riskmoment (nr. och beskrivning)	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering (Sannolihet x konsekvens)	Vad ska kontrolleras/ (Lag/ styrdokument som kontrolleras)	Metod (Hur kontrollen ska genomföras)	Frekvens (Hur ofta ska det kontrolleras)	Genomförs av (Vem ska genomföra kontrollen)	Ansvarig (Ansvarig verksamhet kopplad till kontrollpunkten)	Utvärdering (Enligt lista alternativ, ex Godkänd, ej godkänd)	Resultat av granskning (Kort kommentar)
1. Bokning och bidrag	2	3	6	Föreningars upplevelse av användning av systemet Rbok samt intern samordning	Stickprov	4 ggr /år	Handläggare	Förvaltningschef		
2. Ekonomisk uppföljning av idrottsplatserna Movalla IP och Vaggeryds IP	2	4	8	Föreningarnas följsamhet till driftbidrag från kommunen	Följs upp i samband med kommunens rapportering	Tertialvis	Förvaltningschef	Förvaltningschef		

\*Fördjupat material, ex kommentarer, redovisning av stickprov, intervjuer, annat, kan finnas separat från tabellen



§ 223

**Miljö- och byggnämndens internkontrollplan år 2025  
ALLM.2024.1264**

**Beslut**

Miljö- och byggnämnden beslutar att fastställa internkontrollplanen för år 2025 enligt förslag.

**Beslutet ska skickas till**

Handläggare  
Kommunstyrelsen  
Kommunrevisorer



# Document history

COMPLETED BY ALL:  
26.12.2024 12:58

SENT BY OWNER:  
Karina Brandt • 20.12.2024 12:33

DOCUMENT ID:  
SJEGLOMHkg

ENVELOPE ID:  
rJQMUAGRkl-SJEGLOMHkg

DOCUMENT NAME:  
Protokoll Miljö- och byggnämnd 2024-12-17, anslaget.pdf  
65 pages

## Activity log

RECIPIENT	ACTION*	TIMESTAMP (CET)	METHOD	DETAILS
1. MAGNUS DAUHN magnus.dauhn@vaggeryd.se	Signed Authenticated	20.12.2024 14:28 20.12.2024 14:15	eID Low	Swedish BankID (DOB: 1966/06/28) IP: 217.72.19.199
2. SANELA REZIC CORKOVIC sanela.reziccorkovic@vaggeryd.se	Signed Authenticated	21.12.2024 17:08 21.12.2024 17:07	eID Low	Swedish BankID (DOB: 1980/08/20) IP: 217.72.29.242
3. KARINA BRANDT karina.brandt@vaggeryd.se	Signed Authenticated	26.12.2024 12:58 26.12.2024 12:56	eID Low	Swedish BankID (DOB: 1962/05/08) IP: 83.254.249.196

\* Action describes both the signing and authentication performed by each recipient. Authentication refers to the ID method used to access the document.

## Custom events

No custom events related to this document

Verified ensures that the document has been signed according to the method stated above.  
Copies of signed documents are securely stored by Verified.

To review the signature validity, please open this PDF using Adobe Reader.



Internkontrollplan 2025										
Miljö- och byggförvaltningen Vaggeryds kommun										
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering	
Upprättat: 2024-11-01 Godkänt MBN 2024-12-17 § 223				Genomförd: 2025-xx-xx Uppföljning godkänd av nämnd: MBN 2025-xx-xx §xxx					Utvärdering klar XX-XX-XX	
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat
<b>Ekonomisk uppföljning</b>										
Fel tim/avgift för medborgare / Bygg	3	3	9	Taxa	2 styck stickprov	1 ggr/mån	Motsvarande kollega på bygg	FC		
Fel tim/avgift för medborgare / Miljö	3	3	9	Timtaxa	2 styck stickprov	1 ggr/mån	Motsvarande kollega på miljö	FC		
<b>Krisberedskap</b>										
Kontinuitetshanteringsplan saknas	4	3	12	Handlingsprogram Trygghet och säkerhet	Ta fram en plan	1 ggr/år	FC	FC		
<b>Följsamhet till delegationsordning</b>										
Beslut tas utan att delegationsordningen följs	2	4	8	Delegationsordningen	Stickprov	2 ggr/per år	Nämnden	FC		
<b>Följsamhet till tillsynsplan – Bygg</b>										
Utebliven tillsyn	4	3	12	MB	Tillsynsplan	3 ggr/år	Handläggare	FC		
<b>Följsamhet till tillsynsplan – miljö</b>										
Utebliven tillsyn	4	3	12	MB	Tillsynsplan	3 ggr/år	Handläggare	FC		



Teknisk nämnd (TN)

Mötesdatum

2024-11-19

§120

## **Uppföljning internkontrollplan 2024 (TN 2024/040)**

### **Beslut**

Tekniska nämnden godkänner uppföljningen av internkontrollplanen 2024.

### **Sammanfattning**

Kommunfullmäktige antog 2021-03-01 § 25 ett nytt reglemente för intern kontroll för Vaggeryds kommun. Enligt reglementet har styrelser och nämnder ansvar för sin verksamhet samt ansvar för att en tillräcklig intern kontroll finns. Styrelser och nämnder fattar generellt beslut om prioritering av kontrollåtgärder genom att anta en intern kontrollplan.

Tekniska nämnden beslutade 2024-03-19 § 33 att godkänna och anta internkontrollplan för 2024. I kontrollplanen har riskmoment för samtliga verksamheter inom tekniska förvaltningen identifierats. Totalt sju riskmoment ingår i internkontrollplanen för 2024.

Teknisk chef föredrar ärendet.

### **Yrkanden**

Ordförande föreslår arbetsutskottet att besluta enligt arbetsutskottets förslag.

### **Expedieras till**

Kommunstyrelsen

Samtliga chefer inom tekniska kontoret

### **Beslutsunderlag**

- Borttagen på grund av personuppgifter.
- Borttagen på grund av personuppgifter.
- Borttagen på grund av personuppgifter.
- Borttagen på grund av personuppgifter.
- Borttagen på grund av personuppgifter.

Paragrafen är justerad

Internkontrollplan År 2024										
Tekniska kontoret/ Vaggeryds kommun										
Upprättad:	Datum 24-02-12	Godkänd:	Datum 24-03-19	Genomförd:	Datum 24-09-27	Uppföljning:	Datum 24-11-19	Uppföljning godkänd: 24-11-19	Nämnd/ Bolag Teknisk nämnd	Datum 24-11-19
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering	
Risk-moment	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering	Resultat av granskning
<i>nr. och beskrivning</i>				<i>Lag/ styr-dokument för kontroll</i>	<i>Hur genomföra kontroll</i>	<i>Hur ofta genomföra kontroll</i>	<i>Vem ska genomföra kontroll</i>	<i>Ansvarig verksamhet</i>	<i>Godkänd, ej godkänd</i>	<i>Kort kommentar</i>
1. Åtgärdskontroll NIS-2	3	3	9	EU-direktiv informations- säkerhet	Kontroll	1 gång/år	VA-chef	VA-enheten	Godkänd	Utredning av hur NIS-2 direktivet kan implementeras i svensk lagstiftning återstår att se fortfarande. Regeringskansliet väntas lämna proposition under våren 2025.
2. Skyddsronder	3	4	12	Arbetsmiljö- lagen	Analysera genomförande- graden	1 gång/år	Verksamhets- ansvariga	Verksamhets- ansvariga	Godkänd	VA-enheten genomför i snitt en 1 fysisk skyddsronder per anläggning och år. En gång i månaden på ledningsarbeten. Gatu- och parkavdelningen genomför 1- 2 skyddsronder årligen eller om behov uppkommer. Fastighetsenheten har under året gjort skyddsronder på kontoret och förrådet.
3. Inventering ljuskällor, kvicksilverutfasning	4	3	12	RoHS-direktivet	Inventering	1 gång/år	Verksamhets- ansvariga	Verksamhets- ansvariga	Delvis godkänd	VA-enhetens anläggningar har gjort klart stora delar. Det förekommer lysrör i vissa anläggningar som byts ut löpande. Gatu- och parkavdelningens inventering är gjord i samband med utbyte av samtlig gatubelysning. Inventering är även gjord på landsbygdsbelysning. Fastighetsenheten har inte genomfört någon inventering.



4. Kontroll av lekplatsutrustning	3	4	12	EU-förordningar	Kontroll	1 gång/år	Gatu- och parkchef	Gatu- och parkenheten/ Fastighets- enheten/ BUN	Godkänd	Gatu- och parkavdelningen genomför besiktning av lekplatser på allmän platsmark och fastigheter, av certifierad besiktningsman varje år.
5. Hantering av farligt avfall	4	2	8	Naturvårds- verket	Analys mängder farligt avfall	1 gång/år	Verksamhets- ansvariga	Verksamhets- ansvariga	Godkänd	VA-enheten har en bra fungerande hantering. Gatu- och parkavdelningen inventerar kemiska produkter årligen och lämnar in farligt avfall, enligt de riktlinjer som finns för avfallet. Större mängderna sker via företag som tar hand om avfallet, oljor, slamtömning, dumpning. Det noteras med transportdokument som tekniska förvaltningen får in. Entreprenader som utbyte av belysning, beläggningsarbete finns omhändertagandet med i upphandlingen och kontrolleras i samband med slutbesiktning. Mindre mängder, som tomma färgburkar m.m., noteras inte. Fastighetsenheten använder <i>Elkretsen</i> och har rutiner för farligt avfall.
6. Elsäkerhet	4	3	12	Elsäkerhetslagen	Analys/struktur/ rutin	1 gång/år	Fastighetschef	Fastighets- enheten	Ej godkänd	Fastighetsenheten har ny organisation och rutiner är under framtagande för elanläggningar och teknisk personal.
7. Delegering heta arbeten	3	3	9	Säkerhetsregler SPF506:1	Analys/struktur/ rutin	1 gång/år	Fastighetschef	Fastighets- enheten	Godkänd	Fastighetsenheten har utbildat sin personal och har rutiner för loggning av alla heta arbeten som sker inom den egna organisationen.



Barn- och utbildningsnämnd (BUN)

Mötesdatum  
2025-03-26

§24

## **Utvärdering intern kontroll 2024 (BUN 2024/046)**

### **Beslut**

Barn- och utbildningsnämnden beslutar att godkänna utvärdering av internkontroll 2024.

### **Sammanfattning**

Genomgång av utvärdering av intern kontroll 2024.

Kommunallagen ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Nämnder och styrelser har också det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde enligt Vaggeryds kommuns internkontrollreglemente, nämndernas egna reglementen samt bolagens ägardirektiv.

En tydlig och stabil intern kontroll ska bidra till att verksamheten når sina mål, att rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och att verksamheten efterlever lagar och regler. Barn- och utbildningsnämnden ska inför varje år besluta om en internkontrollplan som arbetats fram utifrån riskanalys och utvärdering av tidigare års kontrollplan.

Utvärdering av riskmoment 2024: *närvaro samtliga verksamheter, anpassad studiegång grundskolan, inrymning gymnasium, rapportering kränkande behandling gymnasium.*

### **Yrkanden**

Marijo Corkovic (S) yrkar på bifall till arbetsutskottets förslag till beslut.

### **Beslutsunderlag**

- §22 bua Utvärdering intern kontroll 2024
- Rapport internkontroll 2024 - BUN 250326
- Utvärdering intern kontroll 2024 - BUN 250326

Paragrafen är justerad



VAGGERYDS  
KOMMUN

# Rapport internkontroll 2024

## Barn- och utbildningsnämnden

Beslutad av Barn- och utbildningsnämnden 2025-03-26  
Ansvarig förvaltning: Barn- och utbildningsförvaltningen  
Ansvarig tjänsteman: Skolchef



## BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERNKONTROLL

Kommunallagens 6 kap § 6 ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Nämnder och styrelser har också det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde enligt Vaggeryds kommuns internkontrollreglemente, nämndernas egna reglementen samt bolagens ägardirektiv. En tydlig och stabil intern kontroll ska bidra till att verksamheten når sina mål, att rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och att verksamheten efterlever lagar och regler. Syftet med den interna kontrollen är att säkra en effektiv förvaltning och att undvika att det begås allvarliga fel. En god intern kontroll skall således bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att den bedrivs effektivt och säkert med medborgarnas bästa för ögonen.

Barn- och utbildningsnämnden ska inför varje år besluta om en internkontrollplan som arbetats fram utifrån riskanalys och utvärdering av tidigare års kontrollplan. Nämnden ska också senast i samband med årsredovisning godkänna uppföljning av föregående års internkontrollarbete.

## PROCESS FÖR INTERNKONTROLL

### IDENTIFIERING OCH KARTLÄGGNING AV RISKER

En risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag. Risker kan utgå från yttre omständigheter t.ex. ändrad lagstiftning som ställer nya krav. Det kan också finnas i verksamhetens processer eller rutiner. Likaså finns det risker kopplade till följsamhet gällande lagar, regler och riktlinjer. Risker kan således vara förhållanden, företeelser, händelser, agerande eller brist på agerande.

I arbetet med att kartlägga och identifiera risker kan följande delar användas; befintliga styrdokument, riktlinjer, rutiner, reglementen, kvalitetsuppföljningar, revisionsrapporter eller synpunkts- och avvikelserrapportering för att hitta potentiella risker.

### BEDÖMNING OCH VÄRDERING AV RISKER

Identifierade risker värderas utifrån sannolikhet (*hur troligt är det att risken finns eller kan uppkomma?*) och konsekvens (*hur allvarlig blir konsekvensen om den inträffar?*). Bedömningen sker genom en 4-gradig skala enligt följande;

Konsekvens		Konsekvens			
<b>Konsekvens</b> 1 = obetydlig för intressenter och kommunen 2 = liten för intressenter och kommunen 3 = besvärande för intressenter och kommunen 4 = allvarlig för intressenter och kommunen	4. Allvarlig	4	8	12	16
	3. Kännbar	3	6	9	12
	2. Lindrig	2	4	6	8
	1. Försumbar	1	2	3	4
		1. Osannolik	2. Mindre sannolik	3. Möjlig	4. Sannolik

Värdering av identifierad risk görs genom att konsekvensvärdet multipliceras med sannolikhetsvärdet.

Värdering av identifierad risk görs genom att konsekvensvärdet multipliceras med sannolikhetsvärdet.

Värdering	Hantering
1–3	Ingen åtgärd
4–6	Risken bevakas
8–12	Lyfts in i internkontrollplan
13–16	Lyfts in i internkontrollplan

### UPPRÄTTANDE AV INTERNKONTROLLPLAN

De risker som värderats  $\geq 8$  hanteras och ingår i internkontrollplanen. För varje risk upprättas kontrollmoment (se bilaga 1). Kontrollmoment är kontroll av att gällande regelverk följs, t.ex. rutiner/riktlinjer eller annat. För varje kontrollmoment ska det tydligt framgå (1) vad som ska kontrolleras, (2) hur kontrollen ska genomföras, (3) när kontrollen ska genomföras och (4) vem som ska utföra kontrollen. Syftet med kontrollmomenten är att identifiera brister samt att motverka och minimera/eliminera risker.

### RAPPORTERING

Inrapportering avseende kontrollmomenten görs av varje verksamhet med stöd av främst utvecklingsledare på förvaltningen. Det är dock verksamheten som ansvarar för eventuella åtgärder som genomförs utifrån stickprovets utfall. Resultat från kontrollmomenten analyseras och sammanställs i en internkontrollrapport av utvecklingsledare eller annan stödjande personal. Rapporten föredras för ledningsgrupp, nämnd, enhetschefer samt stödjande personal.

### SAMMANFATTNING – INTERNKONTROLL 2024

Barn- och utbildningsnämnden antog 2024-03-27 internkontrollplanen för 2024. Nämnden kunde konstatera att ett antal riskområden då inte nått godkänd nivå.

Under 2024 var därför ett fortsatt fokus på de interna processerna och bedömningen är att några av de punkter som fanns med under 2023 kvarstår och behövde jobbas mer med. Bedömningen har gjorts i samråd med verksamhetschefer och deras respektive enhetschefer. En ny punkt tillkom inför 2024.

Resultat för internkontrollplan 2024 med kommentar presenteras nedan.

Internkontrollplan 2024									
Barn- och utbildningsnämnden Vaggeryds kommun									
Upprättad: 2024-03-27									
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Godkänd/ej godkänd
Närvaro, samtliga verksamheter	4	4	16	Uppföljning närvaro samt rapporterad frånvaro kopplat till interna rutiner.	Statistik från interna system Fördjupad analys	Löpande	Supportteam	Respektive verksamhetschef	Godkänd (Kvarstår 2025)
Anpassad studiegång, grundskola	3	4	12	Upprättande och efterlevnad av beslut anpassad studiegång	Fokusintervjuer Stickprov	Löpande	Supportteam	Verksamhetschef	Godkänd (Kvarstår 2025)
Inrymning, gymnasium	4	4	16	Upprättande och implementering av inrymningsplan	Uppföljning av dokumentation	2ggr/år	Rektorer Fenix	Verksamhetschef/ Rektor	Godkänd (Avslutas)
Rapportering kränkande behandling	4	3	12	Efterlevnad av beslutad rutin vid kränkande behandling.	Uttag rapport kränkande behandling	Månadsvis	Rektorer Fenix	Rektor	Godkänd (Avslutas)

# Utvärdering av kontrollpunkter

## Riskområde 1 – Rutin närvarouppföljning – Samtliga verksamheter

Mål 2: "Våra barn och elever har hög måluppfyllelse"

Mål 8: "Vi har en likvärdig och rättssäker verksamhet"

Nämnden har under föregående år sett att frånvaron i grundskolan inte är tillbaka på nivåer som är önskvärda och riskområdet kvarstår därför under. Bedömningen är nu att arbetet bör gälla samtliga verksamheter då exempelvis förskolan fått ett nytt uppdrag att aktivt söka upp barn som inte är inskrivna på förskola. Vi ser också möjligheter att arbeta vidare med beläggningsgrad och frånvarons orsaker i våra verksamheter. Tänkbara kontrollområden/arbetsområden är uppföljning rapportering av närvaro, faktisk beläggning förskolan, fokus på analys av frånvaro.

**Kontrollmetod:** Statistik från interna system, Fördjupad analys

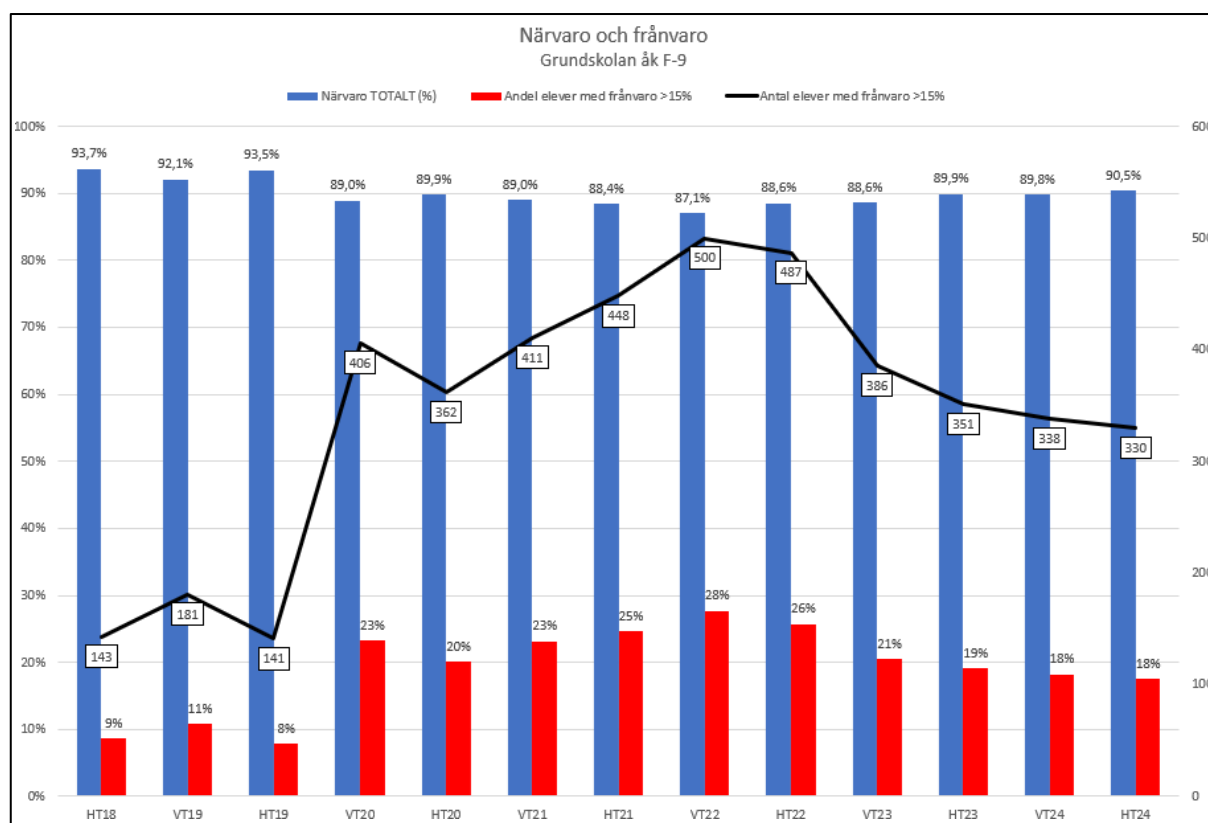
### Resultat:

Förskolan: Löpande under året följer man lagen om uppsökande verksamhet till familjer med barn över 3 år som inte går i förskola.

Utöver detta ser vi ett behov av att arbeta med närvaron för inskrivna barn i förskolan. Syftet är bland annat att tidigt upptäcka familjer där det finns behov av stöd, och att hitta orsaker till frekvent eller långvarig frånvaro även för barn i förskolan.

Grundskolan: En utvärdering gjordes av alla skolors elevhälsoteam, där man följde upp sin skolas arbete i förhållande till gällande plan för ökad närvaro. Det blev tydligt för elevhälsoteamen vad man på respektive skola behöver förtydliga och jobba vidare med. Det arbetet sker ute på respektive skola.

Under året har även framför allt statistik för elevnärvaron följts extra noga och rapporter har lämnats till nämnden ett flertal tillfällen. I jämförelse med kommunerna i länet sticker Vaggeryds kommun inte ut på något sätt, många kommuner brottas med samma utmaningar som vi gör, och ett erfarenhetsutbyte sker kontinuerligt mellan kommunerna.



### Planerade åtgärder:

Närvaro i förskolan: Vi kommer införa strukturerade rutiner som underlag för närvarorapportering, dessa rutiner kommer tas fram under andra halvan 2025, kan träda i kraft våren 2026.

Grundskolan: Under 2025 kommer vi fortsätta arbetet med ökad skolnärvaro och fortsätta följa upp skolornas arbete och elevernas närvaro. Ett ökat samarbete med kultur och fritid och främst socialtjänsten ser vi är nödvändigt för att lyckas bättre med närvaroarbetet.



## Riskområde 2 – Anpassad studiegång – Grundskola

*Mål 1: "Våra barn och elever mår bra och utvecklas som individer samt tillsammans med andra"*

*Mål 8: "Vi har en likvärdig och rättssäker verksamhet"*

Under 2023 har ett behov identifierats att följa upp hur beslut om anpassad studiegång fattas, efterlevs och följs upp i grundskolan. Kontrollmoment här föreslås vara hur processen fram till beslut fungera men också stickprov om beslut finns för samtliga elever och hur dessa följs upp.

**Kontrollmetod:** Via fokusintervjuer med några rektorer och samtliga specialpedagoger/speciallärare och stickprov på någon skola.

**Resultat:** Fokusintervjuer med speciallärare/specialpedagoger visar att det finns vissa möjligheter till förbättring i processen med beslut om anpassad studiegång. Det handlar bland annat om att dokumentera tydligt samt att det ska vara tydligt för vårdnadshavarna vilka konsekvenser det kan ge på gymnasievalet. På 7-9-skolor där det är vanligast med beslut om anpassad studiegång har man under 2024 skapat gemensamt årshjul där det framgår tydligt när och hur beslut om anpassad studiegång ska fattas, samt hur informationen för vidare till alla berörda, för att det ska bli helt rätt i betygssättningen.

**Planerade åtgärder:** Årshjulet som är gjort för 7-9-skolor kommer visas för F-6-skolor, för att se vilka anpassningar som behöver göras för att det ska fungera även i de årskurserna.

### Riskområde 3 – Inrymning - Gymnasiet

Mål 1: "Våra barn och elever mår bra och utvecklas som individer samt tillsammans med andra"

Mål 4: "I alla våra verksamheter finns inspirerande och tillgängliga lärmiljöer"

Gymnasiet har under genomförd riskbedömning identifierat en avsaknad av tydliga rutiner för hur de agerar vid inrymning.

**Kontrollmetod:** Fokusgrupper löpande under året.

#### Resultat:

Gymnasiet har nu arbetat fram en tydlig rutin kring inrymning. Man har även installerat ett system till skolans clevertouch så dessa kan användas för att varna vid inrymning/utrymning.

**Planerade åtgärder:** Arbetet med implementering och övning av rutin kommer att fortgå under 2025. Bedömningen är att området inte ska kvarstå under 2025, detta då bedömningen är att risken minskat betydligt.

### Riskområde 4 – Process för anmälan och utredning kränkande behandling – Gymnasiet

Mål 1: "Våra barn och elever mår bra och utvecklas som individer samt tillsammans med andra"

Mål 8: "Vi har en likvärdig och rättssäker verksamhet"

Gymnasiet ser att det kommer in få anmälningar av kränkande behandling och där har risk identifierats att det finns brister i hur ärenden anmäls. De vill fortsätta följa arbetet med själva processen kring anmälningarna och se så att den har implementerats fullt ut i verksamheten.

**Kontrollmetod:** Via statistik från interna system årligen.

**Resultat:** Utifrån statistik i interna system kan vi se att anmälningar av kränkande behandling fortsatt ligger kvar på låga nivåer på Fenix. Detta ligger i linje med tidigare år:

År	2024	2023	2022	2021
Antal ärenden	7	7	5	7

Man har inte sett att det finns ett mörkertal kring händelser, men uppföljningen medverkar till att ändå minimera riskerna att anmälan inte utförs.

#### Planerade åtgärder

Bedömningen är att området inte ska kvarstå under 2025, eftersom skolan numera har en tydlig uppföljning av rutiner kring kränkande behandling, och detta lyfts återkommande under året med all personal.



Socialnämnden (SN)

Mötesdatum

2025-02-13

1 (1)

§19

## **Rapport intern kontroll 2024 (SN 2024/044)**

### **Beslut**

Socialnämnden beslutar att förvaltningens rapport för intern kontroll 2024 godkänns.

### **Sammanfattning**

Syftet med intern kontroll är att förebygga, upptäcka och åtgärda brister som kan hindra organisationen att genomföra lagstadgad verksamhet samt uppnå uppsatta mål. Kommunallagen 6 kap 6§ ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Vaggeryds kommuns reglemente för intern kontroll anger att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde.

Den interna kontrollen ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Socialnämnden antog 2024-03-21 § 29 en plan för intern kontroll för år 2024.

Förvaltningen har följt upp planen och sammanställt det i bifogad rapport.

### **Yrkanden**

Ordföranden föreslår bifall till arbetsutskottets förslag.

### **Expedieras till**

Malin Broddegård  
Kommunstyrelsen  
Kommunens revisorer

### **Beslutsunderlag**

- §9 Sn au Rapport intern kontroll 2024
- Förvaltningens tjänsteskrivelse 2025-01-30
- Rapport internkontroll 2024 förslag till nämnd 250210

Paragrafen är justerad



VAGGERYDS  
KOMMUN

# Rapport – intern kontroll 2024

## Socialförvaltningen

Fastställd av Socialnämnd: 2025-02-13 § 19

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen

Ansvarig tjänsteman: Verksamhetschef Stab

---

## INNEHÅLL

Bakgrund och syfte med intern kontroll .....	3
Process för internkontroll.....	3
Identifiering och kartläggning av risker .....	3
Bedömning och värdering av risker .....	3
Sammanfattning resultat 2024.....	4
Resultat 2024.....	6
Riskområde 1 – God hygienisk standard .....	6
Riskområde 2 - Krisberedskap .....	7
Riskområde 3 – Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet .....	8
Riskområde 4 - Personlarm.....	9
Riskområde 5 – Följsamhet delegationsordning .....	9
Riskområde 6 – Dokumentation .....	10
Riskområde 7 – Verkställda beslut .....	11
Riskområde 8 – Synpunkter och klagomål.....	11
Riskområde 9 – Digitalisering .....	12

## BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERN KONTROLL

Syftet med intern kontroll är att förebygga, upptäcka och åtgärda brister som kan hindra organisationen att genomföra lagstadgad verksamhet samt uppnå uppsatta mål. Kommunallagen 6 kap 6 § ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Vaggeryds kommuns reglemente för intern kontroll anger att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den interna kontrollen ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Socialnämnden antog 2024-03-21 § 29 en plan för intern kontroll för år 2024. I februari året därpå återrapporteras resultatet av den interna kontrollen till Socialnämnden.

## PROCESS FÖR INTERNKONTROLL

Processen för internkontroll i socialförvaltningen finns beskriven på intranätet. Internkontrollen utgår till stor del från SKR:s beskrivning gällande intern kontroll.

1. Identifiera och kartlägga risker
2. Bedöma och värdera risker
3. Skapa en plan för intern kontroll
4. Genomföra planen
5. Utvärdera genomförd intern kontroll
6. Skapa en åtgärdsplan för kvarstående risker
7. Rapportera intern kontroll

## IDENTIFIERING OCH KARTLÄGGNING AV RISKER

En risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag. Risker kan utgå från yttre omständigheter t.ex. ändrad lagstiftning som ställer nya krav. Det kan också finnas i verksamhetens processer eller rutiner. Likaså finns det risker kopplade till följsamhet gällande lagar, regler och riktlinjer. Risker kan således vara förhållanden, företeelser, händelser, agerande eller brist på agerande.

I arbetet med att kartlägga och identifiera risker kan följande delar användas; befintliga styrdokument, riktlinjer, rutiner, reglementen, kvalitetsuppföljningar, revisionsrapporter eller synpunkts- och avvikelserapportering för att hitta potentiella risker. Riskanalyser genomförs ute i verksamheten och ska vara en del av analysarbetet inför planeringen av verksamheten. Verksamheternas riskanalyser är sedan underlag för en förvaltningsövergripande riskanalys.

## BEDÖMNING OCH VÄRDERING AV RISKER

Identifierade risker värderas utifrån sannolikhet och konsekvens. Bedömningen sker genom en 4-gradig skala enligt följande;

<b>Konsekvens</b> 1 = obetydlig för intressenter och kommunen 2 = liten för intressenter och kommunen 3 = besvärande för intressenter och kommunen 4 = allvarig för intressenter och kommunen  <b>Sannolikhet</b> 1 = risken är praktiskt taget obefintlig 2 = mycket liten risk för att fel ska uppstå 3 = det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå 4 = mycket troligt att fel kan uppstå	Konsekvens				Sannolikhet
	4. Allvarig	4	8	12	16
	3. Kännbar	3	6	9	12
	2. Lindrig	2	4	6	8
	1. Försumbar	1	2	3	4
		1. Osannolik	2. Mindre sannolik	3. Möjlig	4. Sannolik

Värdering av identifierad risk görs genom att konsekvensvärdet multipliceras med sannolikhetsvärdet.

Värdering	Hantering
1-3	Ingen åtgärd
4-6	Risken bevakas
8-12	Internkontrollplan
16	Internkontrollplan

## **SAMMANFATTNING RESULTAT 2024**

I den interna kontrollen har samtliga områden kontrollerats. Sammanfattningsvis visar den interna kontrollen att ett par förbättringar skett sedan föregående år avseende de områdena som tidigare varit med i den interna kontrollen, såsom krisberedskap och följsamhet till delegationsordningen. Samtidigt är det ett par kontrollmoment som fortsatt är ej godkända och kommer kvarstå till nästa år, såsom exempelvis god hygienisk standard samt loggkontroller avseende både verksamhetssystem och personlarm.

## Plan för intern kontroll år 2024

### Socialförvaltningen Vaggeryds kommun

Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering*	
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat
1. God hygienisk standard	3	4	12	Rutin basala hygienrutiner	Kontroll av följsamhet till rutin	1 ggr/år	Områdes- /enhetschef MAS	MAS	Ej godkänd (kvarstår)	Finns fortsatt brister inom området
2. Krisberedskap	3	4	12	Kontinuitetsplanering	Kontroll förekomst av aktivt	2 ggr/år	Verksamhetschef stab	FC	Godkänd (avslutas)	Området kommer följas upp löpande på annat sätt
3. Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	2	4	8	Rutin loggkontroll	Kontroll följsamhet till rutin för	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU	Ej godkänt (kvarstår)	Fortsatt arbete behöver göras i uppföljningsprocessen
4. Person-/överfallslarm	2	4	8	Rutin provlarmning	Kontroll följsamhet till rutin för provlarmning	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU	Ej godkänt (kvarstår)	Fortsatt arbete behöver göras i uppföljningsprocessen
5. Följsamhet delegationsordning	2	4	8	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Granskning stickprov på fattade beslut	1 ggr/år	Utvecklingsledare	VC MY	Godkänd (avslutas)	Förbättringar skett sedan föregående kontroll. Vissa andra brister har identifierats som rör systemet där fortsatt arbete behöver göras.
6. Dokumentation	4	4	16	Följsamhet till SOSFS 2014:5 samt HSLF-FS 2016:40	Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram	1 ggr/år	Utvecklingsledare	EC KoU	Ej godkänd (kvarstår)	Egenkontrollprogrammet är framtaget men ej testat ännu (sker under våren 2025).
7. Verkställda beslut kontaktperson/kontaktfamilj	4	4	16	Ej verkställda beslut	Kontroll förekomst ej verkställda beslut KP/KF	4 ggr/år	Nämndsekreterare	VC MY	Ej godkänt (avslutas)	Svårigheter i att göra förbättringar då utmaningar att rekrytera kontaktpersoner och kontaktfamiljer är ett generellt problem i landet. Fortsatt omvärldsbevakning.
8. Synpunkter och klagomål	3	3	9	Följsamhet SOSFS 2011:9	Kontroll förekomst av rutin, digital hantering samt följsamhet	1 ggr/år	Utvecklingsledare	EC KoU	Ej godkänt (kvarstår)	Processen finns men är ej digitaliserad ännu.
9. Digitalisering och användning av digitala verktyg	3	4	12	Följsamhet systemförvaltar-handbok	Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering	2 ggr/år	EC KoU	VC Stab	Ej godkänt (kvarstår)	Vissa framsteg har skett inom området, men arbete kvarstår med riskbedömningar samt åtgärder enligt systeminventeringen.

\* Utvärdering och analys återfinns i internkontrollrapporten



# RESULTAT 2024

## RISKOMRÅDE 1 – GOD HYGIENISK STANDARD

En god hygienisk standard är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva den kommunala vård och omsorgen. Detta regleras i flertalet lagar och syftet är blanda annat att förhindra smittspridning och förhindra allvarliga sjukdomar. Men det är även till skydd för medarbetare som arbetar med dessa risker.

### METOD

Kontrollen har bestått i dels en redovisning utifrån uppgifter som Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) lämnar, men dels också utifrån uppgifter som områdescheferna lämnar i respektive verksamhetsberättelse. Det resultatet sammanställs och bedöms samlat av MAS.

### RESULTAT OCH ANALYS

	December
Samtliga medarbetare i berörda verksamheter har genomgått Socialstyrelsens hygienutbildning (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Delvis
Samtliga berörda enheter har en eller flera utbildade hygienombud (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Delvis
Samtliga berörda verksamheter har genomfört följsamhetsmätningar enligt rutin (uppgift från MAS)	Nej
Samtliga berörda verksamheter har genomfört vårdhygienisk egenkontroll under året (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Nej
Vid de tillfällen som mätningar, egenkontroller eller avvikelser visat ett bristfälligt resultat i följsamheten av basal hygienrutin, så har särskilda förbättringsarbeten planerats och/eller genomförts i samtliga berörda verksamheter (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Nej

Det framgår av information i hygienisk egenkontroll samt verksamhetsberättelser att samtliga medarbetare inte genomgått Socialstyrelsens utbildning även om många har gjort det. Detta ingår i rutinen men det finns stora brister i kännedom om innehållet i rutinen vilket också bekräftas vid de utbildnings-forum som arrangerats under året. Det framgår att oavsett om utbildningen är genomgången så har inte informationen omvandlats till kunskap vilket t.ex. kan handla om felaktig hantering av tvätt och felaktig hantering av arbetskläder. Majoriteten har utbildade hygienombud. Trots detta har följsamhetsmätningar inte genomförts på samtliga enheter. Andelen genomförda vårdhygienisk egenkontroll har minskat något sedan föregående år vilket gör att adekvata åtgärder inte heller kopplats i den tillhörande handlingsplanen. Variationen inom verksamheterna är mycket stor. Vissa enheter har uppgivit i verksamhetsberättelsen att man uppfyllt mål som inte är uppnådda.

Området god hygienisk standard berörs närmare i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2024.

### FORTSATTA ÅTGÄRDER

Planering av åtgärder pågår gällande introduktion av nyanställda medarbetare, där grundutbildning i vårdhygien kommer ingå. Under 2024 har stödfunktioner i stab genomfört flera aktiviteter för att stärka arbetet med en god hygienisk standard. Aktiviteterna har inte gett önskad effekt. De verktyg

som finns till hjälp och stöd för verksamheterna används inte och den information som ges omvandlas inte till kunskap eller aktiviteter i verksamheten. Behovsinventering har skickats ut från stödfunktioner gällande vilket stöd som önskas för att uppnå kvalitetsmål. Förvaltningen behöver fortsatt följa egenkontrollparametrarna på respektive verksamhetsområde då variationen i både resultat och analys är varierande.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

## RISKOMRÅDE 2 - KRISBEREDSKAP

Om verksamheten saknar aktuell kontinuitetsplanering föreligger risk för bristande patient-, klient eller brukarsäkerhet. Området fanns även med i den interna kontrollen för 2023.

### METOD

Kontrollen består i en samlad bedömning av verksamhetschef Stab.

### RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Verksamheten har aktuella kontinuitetsplaner	Delvis	Ja
Verksamheten har ett pågående arbete med kontinuitetshantering	Ja	Ja
Det finns en upprättad och beslutad plan för beredskapsarbete	Delvis	Ja
Det finns en upprättad och beslutad krisledningsplan	Nej	Delvis
Utredning el, värme, vatten är slutförd och åtgärder planerade	Nej	Delvis

Den interna kontrollen visar på förbättringar jämfört med föregående års kontroll. Förvaltningen har arbetat aktivt med att ta fram aktuella kontinuitetsplaner. Vissa är ej ännu formellt beslutade, men hanteras som om vore beslutade och antagna, d.v.s. det är de planerna som verksamheten arbetar efter. Det pågår också ett aktivt arbete i förvaltningen tillsammans med övriga förvaltningar och verksamheter i kommunen för att stärka redundansen.

I juni månad godkände nämnden förvaltningens plan för beredskapsarbete som beskriver hur förvaltningen ska arbeta för att stärka beredskapen i verksamheten. Det dokumentet ligger till grund för det fortsatta arbetet.

Socialförvaltningens ledningsgrupp tillsammans med utsedda nyckelfunktioner har arbetat fram en krisledningsplan med stöd av konsulter. Den krisledningsplanen har vid två tillfällen gått igenom och vid ett av de tillfällena även övats. Planen är formellt inte beslutad i ledningsgruppen ännu, då det finns några smärre justeringar att göra efter övningen.

Samtliga chefer har genomgått en halvdagsutbildning i kris och beredskap. Utbildningen innehöll delar av övning utifrån framtagna scenarier.

Den utredning av el, värme och vatten som påbörjades under 2024 är till viss del genomförd. Utredningen syftar till att vara underlag för att ta fram åtgärder som är hållbara. Detta kommer fortsätta under 2024. Dock har förslag tagits fram från Räddningstjänsten om lösningar som snabbt löser en beredskap kring el, värme och vatten. Utredningen från fastighetsenheten kommer sedan visa om den lösningen är tillräcklig eller ej.

## FORTSATTA ÅTGÄRDER

Förvaltningen kommer fortsätta arbeta för att stärka förvaltningens beredskapsarbete. Det finns i planeringen att ta fram en evakueringsplan. Likaså fortgår arbetet i de kommunövergripande arbetsgrupperna som möjliggör och bidrar till ökad redundans. Efter återrapporteringen av konsulterna i början av januari, kommer krisledningsplanen att formellt beslutas. De delar som kvarstår av utredningen el, värme, vatten kommer att slutföras och en långsiktig åtgärdsplan kommer göras om det behövs. Uppföljning av arbetet med beredskap görs mer systematiskt i samband med kommunens delårsuppföljningar samt årsredovisning.

Området bedöms som godkänt och uppfyllt. Området följs numera upp samlat i kommunen på annat sätt och därför avslutas kontrollmomentet i denna form.

## RISKOMRÅDE 3 – OTILLBÖRLIG ÅTKOMST/INTRÅNG I VERKSAMHETSSYSTEMET

En viktig del i säkerhetsarbetet inom förvaltningen är att säkerställa att endast behöriga har tillgång till känslig information. I och med att förvaltningen inför tjänstemobiler för samtliga medarbetare ökar även tillgängligheten till information. Loggkontroller ska utföras enligt framtagna rutiner och verksamheten måste göra systematiska och återkommande kontroller för att både förebygga och upptäcka om det förekommer någon obehörig åtkomst till bruksuppgifterna.

## METOD

Kontrollen består av en redovisning av systemförvaltare kring följsamheten till rutinen för loggkontroll.

## RESULTAT OCH ANALYS

### *Individ- och familjeomsorgen*

	Juni	December
Loggkontroll utifrån rutin är genomförd	Ja	Ja
Logglista signerad av aktuell chef	Ja	Nej*
Rutinen är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja	Ja

\*Resultatet beror på att den loggkontroll som genomförs under december månad, ej returnerad ännu.

### *Äldreomsorg och funktionshinderomsorg*

	Juni	December
Loggkontroll utifrån rutin är genomförd	Ja	Delvis
Logglista signerad av aktuell chef	Delvis	Delvis
Rutinen är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja	Ja

Åtgärder har gjorts för att säkerställa att loggkontroller sker månadsvis, något som gett resultat jämfört med föregående år. Sammantaget löper arbetet med loggkontroller på. Inom både äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen samt individ- och familjeomsorgen saknas dock fullständig retur samtliga granskningskontrollerna.

## FORTSATTA ÅTGÄRDER

Förändrat arbetssätt behövs fortsatt som underlättar för chefer att rapportera granskningsreturen på loggkontrollerna. Det arbetet har påbörjats och ska slutföras under början av 2025.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

#### RISKOMRÅDE 4 - PERSONLARM

Om person-/överfallslarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande.

##### METOD

Stickprov enligt gällande rutin.

##### RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Provlarmning är utförd enligt gällande rutin	Delvis	Ja
Rutinen för överfalls-/personlarm är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja	Ja

Precis som för den interna kontrollen för loggkontroller saknas till viss del återkoppling på begärda provlarmningar av larmenheter. I avstämningar med chefer beskrivs det sammantaget bero på att man glömmer returnera provlarmningsunderlaget. Därmed saknas information huruvida larmenheterna har provlarmats eller ej.

##### FORTSATTA ÅTGÄRDER

Pågått översyn över hur granskningsprotokollen ska hanteras för att underlätta för cheferna.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

#### RISKOMRÅDE 5 – FÖLJSAMHET DELEGATIONSORDNING

Om delegationsordningen inte följs, i vilket tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende, så innebär det att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och kan leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.

##### METOD

Stickprov på beslut fattade på delegation enligt upprättade och fastställd delegationsordning. Stickprov genomförs enligt följande; SoL bistånd äldreomsorg (20 slumpmässigt utvalda beslut), SoL utredning barn och unga (10 slumpmässigt utvalda beslut), LVU (totalundersökning, samtliga ärenden under året), LSS (15 slumpmässigt utvalda ärenden), LVM (totalundersökning, samtliga ärenden under året), SoL våld i nära relation (5 slumpmässigt utvalda), Sol missbruk/social omsorg (15 slumpmässigt utvalda ärenden).

##### RESULTAT OCH ANALYS

	December
Beslut fattade inom <i>SoLbistånd äldreomsorg</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja
Beslut fattade inom <i>SoL utredning barn och unga</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja
Beslut fattade inom <i>LVU</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja
Beslut fattade inom <i>LSS</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja

Beslut fattade inom LVM är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja
Beslut fattade inom SoL våld i nära relation är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Delvis
Beslut fattade inom SoL missbruk/social omsorg är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja

Resultatet i den interna kontrollen visar på en stor förbättring av resultatet sedan föregående år. Det är endast inom området våld i nära relation (VINR) som brist i följsamhet till delegationsordningen uppmärksammas. Inom VINR har socialsekreterare fattat beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL samt avslut av samma beslut. Detta finns inte med i aktuell delegationsordning. Bistånd enligt 4 kap 1 § SoL riktad mot VINR berör endast skyddat boende. Det saknas idag beslut i delegationsordningen för bistånd öppenvård enligt 4 kap 1 § SoL riktad mot våldsutsatta.

Inom området bistånd äldreomsorg finns ett förbättringsbehov: Förenklad handläggning enligt 4 kap 2 a § SoL är en möjlighet för nämnden att med hjälp av förenklad handläggning fatta beslut om hemtjänstinsatser utan behovsprövning. I verksamhetssystemet hänvisas till 4 kap 2a § SoL, men det bör hänvisas till 4 kap 1 § SoL då det är den paragrafen som nämnden fattar beslut om bistånd utifrån. Behov av justeringar har påtalats till systemförvaltare, men ej ännu blivit åtgärdade.

Andra förbättringsbehov som identifierats som inte rör delegationsordningen, men rör rättssäkerheten är att det inom LVU finns vissa dubletter av beslut, t.ex. ansökan om vård enligt LVU. Dessa behöver gås igenom så de beslut som finns i systemet stämmer. Likaså finns vissa dubbla beslut inom LVM som behöver ses över.

#### FORTSATTA ÅTGÄRDER

Delegationsordningen är ett levande dokument där justeringar behöver göras löpande både utifrån lagändringar och politiska beslut. Under våren 2025 kommer delegationsordningen ses över i samband med arbetet inför att ny socialtjänstlag träder i kraft 1 juli.

Övriga förbättringsbehov gällande beslut i systemet planeras åtgärdas under våren 2025.

Området bedöms som godkänt och avslutas.

#### RISKOMRÅDE 6 – DOKUMENTATION

Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på ett otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning. Brister i dokumentationen har framkommit i interna utredningar, men också externa granskningar t.ex. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

## METOD

Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram

## RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Finns beslutat egenkontrollprogram för dokumentation	Nej	Delvis
Finns introduktionsprogram där dokumentation är inkluderat	Delvis	Delvis
Finns framtagna kompetensutvecklingsplaner där dokumentation ingår	Nej	Nej

Området dokumentation har varit ett nytt område i internkontrollen för 2024. Under året har ett förslag på egenkontrollprogram arbetats fram som ledningsgruppen i förvaltningen haft dialog om. Planeringen var att egenkontrollprogrammet skulle genomföras som pilot under hösten 2024 för att sen beslutas och införas under 2025. På grund av hög belastning i verksamheterna, både stödjande och kärnverksamhet, har piloten skjutits på till våren 2025. I det arbetet som pågått kring kompetensutvecklingsplaner, har inga planer ännu antagits. Däremot ingår dokumentation som en del i det arbetet.

## FORTSATTA ÅTGÄRDER

Under 2025 kommer framtaget egenkontrollprogram för dokumentation att testas för att sedan beslutas om hur det ska införas.

Området är ej godkänt och kvarstår.

## RISKOMRÅDE 7 – VERKSTÄLLDA BESLUT

Kommunen ska inom skälig tid verkställa ett beslut. Om ett beslut inte verkställts inom skälig tid ska kommunen rapportera detta till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Att ett beslut ej verkställs i tid innebär risker för den som inte får sin insats verkställd. Beslut som varit särskilt svåra att verkställa har varit beslut rörande kontaktperson och kontaktfamilj.

## METOD

Kontroll av ej verkställda beslut kontaktfamilj och kontaktperson

## RESULTAT OCH ANALYS

	Mars	Juni	September	December
Kontroll att beslut om kontaktfamilj och kontaktperson är verkställda inom skälig tid	Ja	Ja	ja	ja
Antal redovisade KP och KF	7	6	11	10
Förbättrande åtgärder är identifierade	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Förbättrande åtgärder är genomförda	Nej	Nej	Nej	Nej
Antalet ej verkställda beslut av KF/KP har minskat (sedan föregående rapportering till IVO)	Ja	Ja	Nej	ja

Det har genomförts en utredning för att identifiera vilka åtgärder som skulle kunna genomföras för att minska risken för att beslut avseende kontaktfamilj och kontaktperson ej kan verkställas. Vaggeryds kommun har liksom flertalet andra kommuner i landet svårigheter att hitta personer som är intresserade och lämpliga att arbeta som uppdragstagare. Extra utmanande är det att hitta

uppdragstagare som har resurser för att matchas ihop med barn och ungdomar med svårare problematik och behov.

#### FORTSATTA ÅTGÄRDER

Fortsatt arbete. Omvärldsbevakning pågår.

Området bedöms som ej godkänt men avslutas och uppföljning sker på annat sätt.

### RISKOMRÅDE 8 – SYNUNKTER OCH KLAGOMÅL

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Om inte detta görs finns en risk att verksamheten förbiser brister som påverkar patientsäkerheten och möjligheten att upprätthålla en god och säker vård samt upprätthålla en verksamhet av god kvalitet. I brukarundersökningar, kartläggning av hälso- och sjukvården samt det faktum att medborgare hör av sig till IVO innan de klagar till förvaltningen visar på brister inom detta område.

#### METOD

Kontroll förekomst av rutin, digital hantering samt följsamhet

#### RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Förvaltningens process för synpunktshantering är dokumenterad	Ja	Ja
Förvaltningens process för synpunktshantering är digitaliserad	Nej	Nej

Det finns sedan tidigare process för hantering av klagomål och synpunkter, vilken har reviderats under 2025. Det finns även uppdaterad rutin och utredningsmall för utredning av klagomål. På grund av högt inflöde av lex Sarah-rapporter och därmed tillhörande lex Sarah-utredningar har inte arbetet kunnat påbörjas med att digitalisera processen.

#### FORTSATTA ÅTGÄRDER

Arbetet med digitalisering fortsätter under 2025. Då medarbetare som arbetar med processen slutar i början av året och det uppstår ett tidsglapp innan nya medarbetare är på plats, kan det komma att påverka så digitaliseringen av processen dröjer något.

Området är ej godkänt och kvarstår.

## RISKOMRÅDE 9 – DIGITALISERING OCH ANVÄNDNING AV DIGITALA VERKTYG

I takt med att förvaltningen digitaliserar verksamheten mer och mer, innebär det också att andra risker än tidigare uppstår. I forskningsrapporten "Digitaliseringens risker i hälso- och sjukvård" som Totalförsvarets Forskningsinstitut (FOI) gav ut 2023 har följande tre risker med digitaliseringen inom hälso- och sjukvården identifierats: 1. Osäkra system leder till risker för patienter, personal och omgivning. 2. Olämpliga system minskar effektiviteten eller ökar belastningen på personalen. 3. Opålitlig infrastruktur leder till följdproblem i system som förlitar sig på infrastrukturen. Dessa risker ses samlat inom förvaltningens verksamhet både hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Samtidigt som digitaliseringen möjliggör olika typer av förbättringar så innebär det även risker och sårbarheter, vilket också visat sig i avvikelser som rör system samt införandet av desamma.

### METOD

Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering

### RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Riskbedömningar är genomförda inför införande av ny teknik eller system (rör de som införts hittills under 2024)	Ja	Delvis
Åtgärder är genomförda utifrån systeminventeringen (sedan årsskiftet eller senaste kontrollen)	Delvis	Delvis
Kontinuitetsplan/avbrottsplan finns för de system som är införda (under 2024)	Ja	Ja

Det finns riskbedömningar genomförda på övergripande nivå, d.v.s. utifrån systemet och tekniken och åtgärder enligt systeminventeringen har påbörjats, dock ej i den omfattning som behövts på grund av att årets fokus varit på flertal införande av t.ex. digitala medicinskåp samt digitala lås och larm. För de system som införts finns avbrottsplaner.

### ÅTGÄRDER

Systemförvaltarhandboken behöver fortsatt implementeras. Att ta fram underlag inför beslut om införande är av stor vikt för att skapa förutsättningar för att kunna införa och omhänderta tekniken på ett säkert sätt. Fortsatt arbete med åtgärder utifrån systeminventeringen behöver göras. Det pågår en rekrytering av välfärdstekniker för att kunna frigöra tid för systemförvaltare att arbeta mer med dokumentationen av systemen, något som innebär en förbättring avseende informationssäkerheten. Likaså ska välfärdsteknikern stödja verksamheten i driften och supporten av tekniken.

Området är ej godkänt och kvarstår.