

Kommunstyrelsen (KS)

Mötesdatum  
2024-04-10

§72

**Internkontroll Vaggeryds kommun 2023 (KS 2023/267)****Beslut**

Kommunstyrelsen beslutar att godkänna den samlade uppföljningen av nämndernas interna kontroll för 2023 och delger 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 2023. 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 (30 av 48). De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 48), 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.

I utvärderingen av de punkter och områden som godkänts och avslutats har också nya risker identifierats som ger upphov till antingen nya kontrollmoment för 2024 eller framtida förbättringsprojekt.

En del kontrollpunkter kvarstår till nästa år av olika skäl (prel. 18 av 48). 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.

Verksamhetsutvecklare föredrar ärendet.

**Expedieras till**

Samtliga nämnder och bolag  
Revision



Kommunstyrelsen (KS)

Mötesdatum  
2024-04-10

## Beslutsunderlag

- §50 KSAU Internkontroll Vaggeryds kommun 2023
- Kommunledningskontorets tjänsteskrivelse 2024-03-12
- Bilaga 1 Internkontroll Vaggeryds kommun 2023 version 2024-03-12

Paragrafen är justerad



# INTERNKONTROLL VAGGERYDS KOMMUN 2023

Summering från nämnder

Internkontroll Vaggeryds kommun 2023 Diariennr KS 2023/267

Version 2024-03-12

## Internkontroll 2023 summering

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

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

För 2023 har en internkontrollplan beslutats samt följts upp av varje nämnd och resultatet sammanställs enligt nedan.

Kontrollpunkter/ kontrollområden per nämnd	Godkänd	Ej godkänd	Ej klar	Ej genomförd	Totalt
Barn- och utbildningsnämnd	5	2	1		8
Kultur- och fritidsnämnd	2				2
Kommunstyrelsen	6	1	1	2	10
Kommunstyrelsen - Räddningstjänst	3		1		4
Miljö- och byggnämnd	4	4			8
Socialnämnd	2	5			7
Teknisk nämnd	8	1			9
<b>Totalt</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>48</b>

Kontrollpunkter/ kontrollområden per nämnd	Avslutas	Kvarstår (prel*)	Ej klar	Ej genomförd	Totalt
Barn- och utbildningsnämnd	5	3			8
Kultur- och fritidsnämnd		2			2
Kommunstyrelsen	6	1	1	2	10
Kommunstyrelsen - Räddningstjänst	2	2			4
Miljö- och byggnämnd	4	4			8
Socialnämnd	2	5			7
Teknisk nämnd	8	1			9
<b>Totalt</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>48</b>

\* Exakt hur många kontrollpunkter som kvarstår till nästa år kan komma att ändras. Samtliga nämnder har ännu inte bearbetat klart sina nya internkontrollplaner för 2024.

Samtliga nämnder har genomfört en intern kontroll 2023. 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 (30 av 48). De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 48), hanteras med åtgärder inom respektive ansvarig nämnd.

Ej klara är en *Årlig kommunövergripande arbetsmiljörevision, kontroll enligt checklistor för fordon och materiel inom räddningstjänsten* samt *process för anmälan och utredning kränkande behandling för gymnasiet*.

Ej genomförda är *Stickprov 4 ggr/år enligt beslut om granskning av politiska arvoden* samt *stickprov och dialog med verksamheterna kring framtagna rutiner kopplat till webbdirektivet*

I utvärderingen av de punkter och områden som godkänts och avslutats har också nya risker identifierats som ger upphov till antingen nya kontrollmoment för 2024 eller framtida förbättringsprojekt.

En del kontrollpunkter kvarstår till nästa år av olika skäl (prel. 18 av 48). 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.

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.

	Antal kontrollpunkter				Andel kontrollpunkter			
	2020*	2021*	2022	2023	2020*	2021*	2022	2023
Godkänd	38	48	21	30	78 %	86 %	51 %	63 %
Ej godkänd	0	3	3	13	0 %	5 %	7 %	27 %
Ej klar	9	5	13	3	18 %	9 %	32 %	6 %
Ej genomförd	2	0	4	2	4 %	0 %	10 %	4 %
Totalt**	49	56	41	48	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 (30 av 48) för 2023.

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	Fysiska skydd, skalskydd etc	Säkerhet	Kontroll av skalskydd
KS	REK-brev	Posthantering	Kontrollera och säkerställa ny rutin
KS	Korrekt trio-användning	Telefon	Ta fram ny rutin och säkerställa den (utbildning)
KS	Arkivering av handlingar – att arkiveringsplan och informationshanteringsplan följs (Kansliheten)	Arkivlagen	Genomgång av rutiner samt stickprov av mottagande av handlingar till centrala arkivet
KS	Arbetsmiljörevision och plan AME	Arbetsmiljölagen	Följa upp arbetsmiljömål samt upp årshjul för arbetsmiljöarbetet, utifrån gjord arbetsmiljörevision, varje månad med skyddsombud
KS	Versionshantering (program och styrdokument) synlig för medborgare	Dokumenthantering	Ny rutin tas fram och testas
KS - RTJ	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
KS - RTJ	Otillräcklig planering för att driva verksamheten vid längre strömbortfall och/eller IT-störningar	enligt kontinuitetsplan	Tillse att kontinuitetsplanen är uppdaterad och känd inom organisationen.
KS - RTJ	Brister i nyckel-hantering avseende automatlarmsobjekt	Enligt rutin	Tillse att uppdaterad rutin finns och följs. Tillse att inventeringar är genomförda och brister åtgärdade.
TN	Gallring GDPR/Blanketter	GDPR	Genomgång av samtliga blanketter
TN	Kamera-övervakning	Dataskyddsförordningen	Granskning av tillstånd
TN	Skyddsrum	Lag om skyddsrum	Inventering/besiktning
TN	Hantering av parkeringstillstånd	Offentlighets- och sekretesslagen	Kontroll av tillgång till uppgifter
TN	VA- Inläckage, ovidkommande vatten	VA-policy	Uppföljning av statistik, måluppfyllelse
TN	VA-Utläckage	VA-policy	Uppföljning av statistik, måluppfyllelse
TN	Trafikolyckor	Trafiksäkerhetsprogrammet, nollvisionen	Uppföljning av statistik
TN	Klippa häck på kommunal mark (rutiner)	Trafiksäkerhet, riktlinjer	Platsbesök
SN	Läkemedelshantering	Rutin läkemedelshantering	Totalundersökning
SN	Avgiftshantering	Årshjul avgiftshandläggning	Egengranskning
BUN	Egenkontroll kostverksamheten	Genomförs egenkontroll utifrån beslutade rutiner och handlingsplaner.	Stickprov av dokumentation
BUN	Specialkost och anpassade måltider, kostverksamheten	Hantering av förvaring, beredning, tillagning, distribution, servering av allergena ämnen.	Stickprov hantering i köken
BUN	Individuella handlingsplaner utifrån särskilt stöd, förskola	Struktur/arbetsgång kring individuella handlingsplaner utifrån särskilt stöd.	Stickprov efterlevnad och aktualitet
BUN	Gemensamma mallar utredningar/handlingsplaner förskola	Förståelse och struktur för innehållet i gemensamma handlingsplaner och mallar, överlämning förskoleklass.	Fokusintervjuer
BUN	Hantering av sexuella trakasserier, gymnasiet	Efterlevnad av beslutad rutin vid sexuella trakasserier.	Stickprov aktuella ärenden
KFN	Föreningsbidrag, utbetalning av bidrag	Utbetalning till rätt mottagare	Stickprov
KFN	Kulturskolan, elevadministration	Korrekt fakturering och inforamtion	Uppföljning av faktureringsunderlag, kommunikation i elevplattform

MBN	Fel tim/avgift för medborgare / Miljö	Timtaxa	Stickprov
MBN	Beslut tas utan att delegationsordningen följs	Delegationsordningen	Stickprov
MBN	Risk för påtryckningar utifrån / otillbörlig påverkan på personal och beslutsfattare	Arbetsmiljöplan	Visuellt
MBN	Diarieföring genomförs inte	Förvaltningslagen	Visuellt

### Ej godkända kontrollmoment

De kontrollpunkter som visar ej godkänd (13 av 48), hanteras med åtgärder inom respektive ansvarig nämnd.

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	Hantering av personuppgifter sker i enlighet med GDPR	3	3	9	GDPR Integritetsskyddslagstiftning	Ytterligare kontroll krävs av följsamhet i nämnder gentemot lagstiftning
TN	Skyddsronder	4	4	16	Arbetsmiljö-lagen	Analysera genomförande-graden
SN	God hygienisk standard	4	4	16	Rutin basala hygienrutiner	Totalundersökning
SN	Krisberedskap	4	4	16	Kontinuitetsplanering	Totalundersökning
SN	Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	3	4	12	Rutin loggkontroll	Stickprov
SN	Person-/överfallsalarm	3	4	12	Rutin provlarmning	Stickprov
SN	Följsamhet delegationsordning	2	4	8	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Stickprov
BUN	Rutin närvarouppföljning, samtliga verksamheter	3	4	12	Uppföljning närvaro samt rapporterad frånvaro kopplat till interna rutiner.	Statistik från interna system
BUN	Inrymning, gymnasium	4	4	16	Avsaknad av tydliga rutiner i förhållande till hur lokalerna är utformade.	Fokusgrupper
MBN	Kontinuitetsplaneringsplan saknas	4	3	12	Handlingsprogram Trygghet och säkerhet	Ta fram en plan
MBN	Utebliven tillsyn	4	3	12	MB	Verksamhetsplan
MBN	Antagen tillsynsplan saknas på bygg	4	3	12	PBL	Ta fram en plan
MBN	Risk att förvaltningen saknar personal, med rätt/tillräcklig kompetens	3	3	9	Förvaltningslagen	Visuellt

### Ej klara kontrollmoment

De kontrollmoment som ej är helt klara (3 av 48) följs upp av respektive nämnd senast i samband med uppföljningen av 2024 års internkontrollplaner

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	1. Årlig arbetsmiljörevision enligt rutin samt arbetsmiljöplaner	4	2	8	Arbetsmiljölagen	Följa upp att revision görs i samtliga nämnder
KS - RTJ	3. Bristande kontroller av fordon och materiel	3	4	12	Enligt checklistor	Tillse att uppdaterad rutin finns och följs. Tillse att kontroller genomförs enligt checklistor samt att brister åtgärdas
BUN	Process för anmälan och utredning kränkande behandling, gymnasium	4	4	16	Efterlevnad av beslutad rutin vid kränkande behandling.	Statistik från interna system

**Ej genomförda kontrollmoment**

De kontrollmoment som ej är genomförda följs upp av respektive nämnd senast i samband med uppföljningen av 2024 års internkontrollplaner

Nämnd	Kontrollpunkt baserad på en identifierad risk	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering	(Lag/ styrdokument som kontrolleras)	(Hur kontrollen ska genomföras)
KS	Arvodshantering avvikelser	4	4	16	Budget 2023	Stickprov 4 ggr/år enligt beslut om granskning
KS	Säkerställa att dokument och innehåll på kommunens webbplats är tillgängliga i enlighet med webbdirektivet	4	3	12	Webbdirektivet	Löpande stickprov och dialog med verksamheterna kring framtagna rutiner
BUN	Process för anmälan och utredning kränkande behandling, gymnasium	4	4	16	Efterlevnad av beslutad rutin vid kränkande behandling.	Statistik från interna system



# Internkontrollplan År 2023

## Tekniska kontoret/ Vaggeryds kommun

Upprättad:	Datum 23-03-24	Godkänd:	Datum 23-04-18	Genomförd:	Datum 23-10-17	Uppföljning:	Datum 23-11-21	Uppföljning godkänd:	Nämnd/ Bolag Teknisk nämnd	Datum 23-11-21
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. Gallring GDPR/Blanketter	2	4	8	GDPR	Genomgång av samtliga blanketter	1 gång/år	Förvaltnings- sekr./ kommunikatör	Verksamhet- sansvarig	Godkänd	Genomgång av samtliga blanketter har genomförts. Åtgärd pågår.
2. Skyddsronder	4	4	16	Arbetsmiljö- lagen	Analysera genomförande- graden	1 gång/år	Verksamhets- ansvarig	Verksamhets- ansvarig	Ej godkänd	Udermålign vid fysisk arbetsmiljöskyddsronder. Resten är godkänt. Arbete med egenkontrollen krävs framöver.
3. Kamera- övervakning	4	2	8	Dataskydds- förordningen	Granskning av tillstånd	1 gång/år	Verksamhets- ansvarig	Verksamhets- ansvarig	Godkänd	Inventering är genomförd. Kompletterande tillstånd söks.
4. Skyddsrum	4	2	8	Lag om skyddsrum	Inventering/ besiktning	1 gång/år	Verksamhets- ansvarig	Verksamhets- ansvarig	Godkänd	Inventering och besiktning är gjord. Åtgärd pågår.
5. Hantering av parkeringstillstånd	3	4	12	Offentlighets- och sekretesslagen	Kontroll av tillgång till uppgifter	1 gång/år	Handläggare	Handläggare	Godkänd	Kontroll har genomförts. Man har inte kunnat fastställa vilka personer som kan ha tillgång till personuppgifter kopplat till parkeringstillstånd. Åtgärd pågår.
6. VA– Inläckage, ovidkommande vatten	4	2	8	VA-policy	Uppföljning av statistik, måluppfyllelse	1 gång/år	VA-chef	VA-chef	Godkänd	Uppföljning av statistik och måluppfyllelse är gjord
7. VA–Utläckage	4	2	8	VA-policy	Uppföljning av statistik, måluppfyllelse	1 gång/år	VA-chef	VA-chef	Godkänd	Uppföljning av statistik och måluppfyllelse är gjord.
8. Trafikolyckor	3	4	12	Trafiksäkerhetsp rogrammet, nollvisionen	Uppföljning av statistik	1 gång/år	Gatu- och parkchef	Gatu- och parkchef	Godkänd	Uppföljning av statistik är gjord.
9. Klippa häck på kommunal mark (rutiner)	2	4	8	Trafiksäkerhet, Riktlinjer	Platsbesök	1 gång/år	Driftledare	Gatu- och parkchef	Godkänd	Platsbesök har genomförts.



§ 14

## Uppföljning av internkontrollplan år 2023 (ALLM.2023.265)

### Beslut

Miljö- och byggnämnden beslutar att

- godkänna uppföljningen av internkontrollplan för år 2023 enligt upprättat förslag, bilaga.

### Sammanfattning

Miljö- och byggnämnden antog 2023-05-30 § 85 internkontrollplanen för år 2023. Internkontrollplanen för år 2023 upprättades dels utifrån resultaten från 2022 års internkontroll, dels utifrån nya identifierade riskområden.

Vissa internkontrollmoment har justerats avseende frekvens utifrån vad som angavs i internkontrollplanen. Sammanfattningsvis har samtliga områden i internkontrollplanen för år 2023 blivit kontrollerade.

Utvecklings- och förbättringsområden inom respektive område hanteras av respektive verksamhet/område/enhet inför internkontrollplan år 2024.

Miljö- och byggförvaltningen har kontrollerat följande kontrollområden för internkontroll år 2023.

- **Ekonomisk uppföljning**
- Fel tim/avgift för medborgare: *Inga avvikelser*
- **Krisberedskap**
- Kontinuitetshanteringsplan saknas: *Arbete pågår.*
- **Följsamhet till delegationsordning**
- Beslut tas utan att delegationsordningen följs: *Inga Avvikelser*
- **Följsamhet till tillsynsplan – Miljö**
- Utebliven tillsyn på grund av personalbrist: *Ja, tillsynskulden ökar.*
- **Följsamhet till tillsynsplan – Bygg**
- Antagen tillsynsplan saknas på bygg: *Kommer att uppdateras efter årsskiftet.*
- **Arbetsmiljö - förvaltningen**



- Risk för påtryckningar utifrån / otillbörlig påverkan på personal och beslutsfattare. *Rutiner ska tas fram. Vid misstanke om påtryckning ska förvaltningschef informeras.*
- Risk att förvaltningen saknar personal, med rätt/tillräcklig kompetens: *detta är ingen risk utan ett konstaterande, miljötillsynen hinns inte med.*
- Diarieföring genomförs inte: *Rutiner finns och ska uppdateras löpande, inga avvikelser noteras.*

**Beslutet ska skickas till**

Kommunstyrelsen

Internkontrollplan 2023 Uppföljning										
Miljö- och byggförvaltningen Vaggeryds kommun										
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering	
Upprättat: 2023-05-08				Genomförd: 2023-12-18					Utvärdering	
Godkänt MBN 2023-05-30 § 85				Uppföljning godkänd av nämnd: MBN 2024-01-30 §014					klar 23-12-18	
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat
<b>Ekonomisk uppföljning</b>										
Fel tim/avgift för medborgare / Miljö	3	3	9	Timtaxa	Stickprov	2 ggr/mån	Motsvarande Handläggare	FC	G	G
<b>Krisberedskap</b>										
Kontinuitetshanteringsplan saknas	4	3	12	Handlingsprogram Trygghet och säkerhet	Ta fram en plan	1 ggr år	FC	FC	IG	IG
<b>Följsamhet till delegationsordning</b>										
Beslut tas utan att delegationsordningen följs	2	4	8	Delegationsordningen	Stickprov	2 ggr/år	Nämnden	FC	G	G
<b>Följsamhet till tillsynsplan – miljö</b>										
Utebliven tillsyn	4	3	12	MB	Verksamhetsplan	3 ggr år	Handläggare	FC	IG	IG
<b>Följsamhet till tillsynsplan – Bygg</b>										
Antagen tillsynsplan saknas på bygg	4	3	12	PBL	Ta fram en plan	1 ggr år	Handläggare	FC	IG	IG
<b>Arbetsmiljö - förvaltningen</b>										
Risk för påtryckningar utifrån / otillbörlig påverkan på personal och beslutsfattare	2	4	8	Arbetsmiljöplan	Visuellt	Löpande	Handläggare/FC	FC	G	G
Risk att förvaltningen saknar personal, med rätt/tillräcklig kompetens	3	3	9	Förvaltningslagen	Visuellt	Löpande	Handläggare/FC	FC	IG	IG
Diarieföring genomför inte	2	4	8	Förvaltningslagen	Visuellt	Löpande	Handläggare/FC	FC	G	G



VAGGERYDS  
KOMMUN

# Rapport – intern kontroll 2023

## Socialförvaltningen

Fastställd av Socialnämnd: 2024-02-22 § 19  
Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen  
Ansvarig tjänsteman: Verksamhetschef Stab

---

## INNEHÅLL

Bakgrund och syfte med intern kontroll .....	3
Process för internkontroll.....	3
Sammanfattning resultat 2023.....	4
Resultat 2023.....	6
Riskområde 1 - Läkemedelshantering .....	6
Riskområde 2 – God hygienisk standard .....	7
Riskområde 3 - Krisberedskap .....	8
Riskområde 4 – Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetsystemet .....	9
Riskområde 5 - Personallarm.....	10
Riskområde 6 - Avgiftshantering.....	10
Riskområde 7 – Följsamhet delegationsordning .....	11

## 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 2023-03-23 § 43 en plan för intern kontroll för år 2023. 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.

- Identifiering och kartläggning av risker
- Bedömning och värdering av risker
- Upprättande av internkontrollplan
- Rapportering

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

Konsekvens	Konsekvens				Sannolikhet
	1. Osannolik	2. Mindre sannolik	3. Möjlig	4. Sannolik	
4. Allvarlig	4	8	12	16	
3. Kännbar	3	6	9	12	
2. Lindrig	2	4	6	8	
1. Försumbar	1	2	3	4	

**Konsekvens**  
1 = obetydlig för intressenter och kommunen  
2 = liten för intressenter och kommunen  
3 = besvärande för intressenter och kommunen  
4 = allvarlig för intressenter och kommunen

**Sannolikhet**  
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

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 2023**

I den interna kontrollen har samtliga områden kontrollerats, med undantag från loggkontroll i verksamhetssystem. 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 samt avgiftshantering och till viss del följsamhet till delegationsordningen. Samtidigt är det ett par kontrollmoment som fortsatt är delvis eller ej uppfyllda. Nya områden för 2023 är riskområdena läkemedelshantering och god hygienisk standard.



Intern kontroll år 2023										
Socialförvaltningen Vaggeryds kommun										
Riskbedömning			Kontrollmoment						Utvärdering	
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat
1. Läkemedelshantering	4	4	16	Rutin läkemedelshantering	Totalundersökning	1 ggr/år	Områdes-/enhetschef	MAS	Godkänd	Uppfyllt
2. God hygienisk standard	4	4	16	Rutin basala hygienrutiner	Totalundersökning	1 ggr/år	Områdes-/enhetschef	MAS	Ej godkänd	Delvis uppfyllt
3. Krisberedskap	4	4	16	Kontinuitetsplanering	Totalundersökning	2 ggr/år	Verksamhetschef stab	FC	Ej godkänd	Delvis uppfyllt
4. Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	3	4	12	Rutin loggkontroll	Stickprov	2 ggr/år	Systemförvaltare	VC Stab	Ej godkänd	Delvis uppfyllt
5. Person-/överfallslarm	3	4	12	Rutin provlarmning	Stickprov	2 ggr/år	Systemförvaltare	VC Stab	Ej godkänd	Delvis uppfyllt
6. Avgiftshantering	3	3	9	Årshjul avgiftshandläggning	Egengranskning	2 ggr/år	EC AoS	VC Stab	Godkänd	Uppfyllt
7. Följsamhet delegationsordning	2	4	8	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Stickprov	1 ggr/år	Utvecklingsledare	VC MY	Ej godkänd	Delvis uppfyllt

## RESULTAT 2023

### RISKOMRÅDE 1 - LÄKEMEDELSHANTERING

Läkemedelshanteringen inom den kommunala hälso- och sjukvården regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering (HSLF-FS 2017:37). Det är ett högriskmoment som kräver god medicinsk kompetens hos mottagare av en läkemedelsdelegering. Vid brist på kompetens föreligger det risk för allvarliga händelser som kan få allvarliga konsekvenser för den enskilde.

Området är nytt i den interna kontrollen för 2023.

#### 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
Det finns aktuella och uppdaterade läkemedelsrutiner i förvaltningen ( <i>uppgift från MAS</i> )	Ja
Det finns uppdaterade rutiner för delegering ( <i>uppgift från MAS</i> )	Ja
Har de medarbetare som är aktuella för läkemedelshantering en giltig läkemedelsdelegering? ( <i>samlad bedömning utifrån resultat i VB</i> )	Ja
Det finns rutiner för hur och när sjuksköterskan ska kontaktas vid läkemedelsrelaterade frågor ( <i>samlad bedömning utifrån resultat i VB</i> )	Ja
Samtliga enheter som är berörda har deltagit i kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ( <i>samlad bedömning utifrån resultat i VB</i> )	Ja
Åtgärder har genomförts enligt protokollet från kvalitetsgranskningen ( <i>samlad bedömning utifrån resultat i VB</i> )	Delvis
De avvikelserna som inkommer avseende läkemedelshanteringar analyseras övergripande på enhetsnivå för att identifiera samband eller mer övergripande åtgärder som enheten behöver vidta ( <i>samlad bedömning utifrån resultat i VB</i> )	Delvis

Rutinen för delegering har reviderats kontinuerligt och kommer revideras även under 2024. Rutiner för läkemedelshantering har uppdaterats med smärre justeringar under 2023. Merparten av anmärkningarna av den externa läkemedelsgranskningen som genomfördes i december 2022 åtgärdades under 2023. Den externa läkemedelsgranskningen som genomfördes i december 2023 angav ytterligare åtgärds punkter vilka kommer att åtgärdas under 2024. Den förbättrade delegeringsprocessen har visat en positiv utveckling gällande uppmätt kunskapsnivå på de skriftliga testerna vilket analyseras vidare i patientsäkerhetsberättelsen.

Området som helhet bedöms därför som uppfyllt och godkänt, även om två områden i kontrollmomenten uppfylls delvis. De områdena bedöms som pågående och är en del av arbetet med ständiga förbättringar. Status kommer vara delvis vid samtliga kontroller då olika åtgärder kommer genomföras vid olika tidpunkter. Åtgärderna som identifierats i tidigare granskningar har åtgärdats men i senaste granskning har samtliga åtgärder ej ännu hunnit genomföras.

## ÅTGÄRDER

Rutinen för delegering kommer fortsätta utvecklas för att förstärka momentet kring insulindelegeringar. Gnosjö, Gislaved, Värnamo och Vaggeryd samverkar också för att kartlägga processen "förnyad delegering".

## RISKOMRÅDE 2 – 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.

Området är nytt i den interna kontrollen för 2023.

## 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)	<i>Delvis</i>
Samtliga berörda enheter har en eller flera utbildade hygienombud (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	<i>Ja</i>
Samtliga berörda verksamheter har genomfört följsamhetsmätningar enligt rutin (uppgift från MAS)	<i>Nej</i>
Samtliga berörda verksamheter har genomfört vårdhygienisk egenkontroll under året (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	<i>Delvis</i>
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)	<i>Delvis</i>

Majoriteten av medarbetarna har gått hygienutbildning samtidigt som några verksamheter angett att vikarier inte har haft möjlighet. Samtliga enheter har en eller flera utbildade hygienombud. Följsamhetsmätningarna har inte utförts av alla enheter samtidigt som vårdhygienisk egenkontroll har genomförts i nästan samtliga verksamheter. Dock uppmärksammas en förbättringspotential själva i utförandet av de vårdhygieniska egenkontrollerna. Det framgår i den interna kontrollen att arbetet med att stärka följsamheten till basala hygienrutiner i vissa verksamheter står stilla, samtidigt som det i andra är aktivt pågående. Området bedöms därför som ej godkänd.

Ytterligare analys av rutiner för "en god hygienisk standard" kommer att analyseras vidare i patientsäkerhetsberättelsen.

## ÅTGÄRDER

Planering av åtgärder pågår gällande introduktion av nyanställda medarbetare, där grundutbildning i vårdhygien kommer ingå. En förstärkning av stödstrukturen har genomförts under hösten 2023 genom

tillsättandet av hygiensamordnarroll som syftar till att bistå verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet. Det stödjande arbetet kommer att inledas 2024 och utvärderas fortlöpande.

### RISKOMRÅDE 3 - KRISBEREDSKAP

Om verksamheten saknar aktuell kontinuitetsplanering föreligger risk för bristande patient-, klient eller brukarsäkerhet.

#### METOD

Kontrollen består i en samlad bedömning av verksamhetschef Stab.

#### RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Verksamheten har aktuella kontinuitetsplaner	Delvis	Delvis
Verksamheten har ett pågående arbete med kontinuitetshantering	Ja	Ja

Den interna kontrollen visar på förbättringar jämfört med föregående års kontroll.

Förvaltningen har delvis aktuella kontinuitetsplaner. Det finns kontinuitetsplaner inom vissa områden och det pågår ett arbete med att ta fram kontinuitetsplaner inom ytterligare områden. Förvaltningen arbetar med att integrera beredskapsarbetet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i syfte att skapa hållbarhet och god kvalitet inom även det området. Ett övergripande styrande dokument kring förvaltningens beredskapsarbete håller på att färdigställas, liksom revidering pågår av förvaltningens rutin för krisledningsorganisation. Som stöd i det arbetet har förvaltningen tagit hjälp av en konsult.

Under sommaren 2023 antog ledningsgruppen en kontinuitetsplan för avbrott i förvaltningens viktigaste verksamhetssystem. Den har tidigare funnits, men inte varit formellt antagen. I slutet av året antog verksamhetschef för äldreomsorg en formellt upprättad kontinuitetsplan för avbrott i trygghetslarm. Den har också tidigare funnits men har arbetats om utifrån erfarenhet och uppföljning av det avbrott i trygghetslarm som skedde under våren 2023.

Kontrollmomentet kring aktuella kontinuitetsplaner kommer vara delvis en tid framöver då det ständigt pågår ett arbete att identifiera vilka kontinuitetsplaner som finns. Det arbete som nu pågår är omfattande och rör övergripande förvaltningens samlade beredskapsarbete som är en viktig del i att skapa hållbarhet i kontinuitetsarbetet. Det i kombination med befintligt säkerhetsläge gör att området bedöms som delvis uppfyllt samt ej godkänt.

#### ÅTGÄRDER

Förvaltningen kommer under våren 2024 färdigställa den övergripande planen för förvaltningens beredskapsarbete. Likaså kommer det arbetet som pågår med att ta fram kontinuitetsplaner på olika nivåer gällande elavbrott, att färdigställas. En del i kontinuitetsarbetet är att genomföra åtgärder för att höja förmågan i verksamheten och därmed minska sårbarheten. Under 2024 kommer ett antal åtgärder att planeras och genomföras utifrån det kontinuitetsarbete som nu bedrivs. Bland annat kommer ett mer detaljerat utredningsarbete göras för att stärka förmåga i de fastigheter som förvaltningen bedriver verksamhet i. Det görs i samarbete mellan Tekniska förvaltningen, Räddningstjänsten och Socialförvaltningen och är en del av åtgärderna efter kommunens risk- och

sårbarhetsanalys. Likaså kommer åtgärder som krislådor att levereras till varje enhet i början av 2024, liksom en rad andra åtgärder som identifieras i kontinuitetsarbetet.

#### RISKOMRÅDE 4 – 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	Ja
Rutinen är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja	Ja

##### *Äldreomsorg och funktionshinderomsorg*

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

Inom individ- och familjeomsorgen visar den interna kontrollen att arbetet med loggkontrollen löper på och att rutinen följs och är känd. Inom äldreomsorg och funktionshinderomsorg ses brister i följsamheten till rutinen för loggkontroll. Att loggkontroller inte har genomförts innebär inte per automatik att någon obehörig har åtkomst till brukaruppgifter. Att loggkontrollerna inte genomförts innebär dock en ovetskap om detta. Området uppfylls ej och bedöms som ej godkänt avseende äldreomsorg och funktionshinderomsorg.

#### ÅTGÄRDER

Då följsamhet till rutin för loggkontroll visar på brister, behöver ett förbättringsarbete göras för att säkerställa att loggkontroller utförs enligt rutin. De åtgärder som kommer göras är förändring av arbetsätt för att säkerställa att systemförvaltare kan genomföra loggkontroller.

## RISKOMRÅDE 5 - PERSONALLARM

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	Ja	Delvis
Rutinen för överfalls-/personlarm är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja	Ja

Den interna kontrollen för december är ej till fullo genomförd. Återkoppling på begärda provlarmningar av larmenheter saknas från flera verksamheter. Därmed saknas information huruvida larmenheterna har provlarmats eller ej. Området bedöms som delvis uppfyllt och ej godkänt.

### ÅTGÄRDER

Då en av utmaningarna i den interna kontrollen just berör att få återkoppling kring om provlarmning är utförd från verksamheterna, behöver arbetssättet förändras för att underlätta för verksamheterna att rapportera detta. Detta ses över i samband med arbetet med den interna kontrollen för 2024.

## RISKOMRÅDE 6 - AVGIFTSHANTERING

Avgiftshanteringen i Socialförvaltningen följer ett årshjul vilket anger olika händelser och administrering av avgifter. Om aktiviteter inte genomförs, t.ex. stickprovskontroll för säkerställande av korrekt avgiftsbeslut, finns risk att medborgaren debiteras felaktig avgift.

### METOD

Stickprov

### RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Händelser/moment har genomförts i den omfattning och i det utförandet som beskrivs i årshjulet för avgiftshanteringen	Ja	Ja

Under 2023 har stickkontroller enligt årshjulet genomförts och resultatet har visat att de avgiftsbeslut som kontrollerats har varit korrekta. Under 2023 togs tillämpningsanvisningar fram och ett arbete pågår att följa det årshjulet som arbetats fram och reviderats. Liksom tidigare år bedöms årshjulet för avgifter med kommande internkontrollmoment inte implementerade till fullo.

Området bedöms som godkänt.

### ÅTGÄRDER

Fortsatt arbete för att implementera och få årshjulet till en integrerad del i arbetet kommer att göras.

## RISKOMRÅDE 7 – 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(20st slumpmässigt utvalda beslut), SoL utredning barn och unga (10st slumpmässigt utvalda beslut), LVU (totalundersökning, samtliga ärenden under året), LSS (15st slumpmässigt utvalda ärenden), LVM (totalundersökning, samtliga ärenden under året), SoL våld i nära relation (5st slumpmässigt utvalda), Sol missbruk/social omsorg (15st slumpmässigt utvalda ärenden).

### RESULTAT OCH ANALYS

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

Resultatet i den interna kontrollen visar på en liten förbättring sedan föregående år. Men det finns fortfarande brister som uppmärksammas i kontrollen. Den interna kontrollen visar att socialsekreterare avslutat beslut/fattat beslut om avslut av bistånd gällande insatser som de inte har delegation att besluta om. Likaså visar kontrollen att beslut om extra ersättning uppgick till summa över det socialsekreterare har delegation att fatta.

I den interna kontrollen uppmärksammas också att det saknas beslut i delegationsordningen för bistånd om öppenvård våld i nära relation. Det saknas även beslut om kontraktsvård inom missbruk i delegationsordningen. Sammantaget bedöms området som delvis uppfyllt och ej godkänt.

### ÅTGÄRDER

Delegationsordningen är ett levande dokument där justeringar behöver göras löpande både utifrån lagändringar och politiska beslut. Under våren 2024 kommer arbetet med revidering av delegationsordningen att pågå utifrån ovan resultat. Under våren kommer även en genomgång göras för att säkerställa att delegationsordningen stämmer överens med hur verksamhetssystemet är

uppbyggt för att minska risken för felaktigt fattade beslut. Det inbegriper även att arbeta fram rutiner för att säkerställa att systemet uppdateras när delegationsordningen uppdateras löpande. Likaså kommer ett arbete göras för att implementera kunskapen om delegationsordningen i verksamheten.





VAGGERYDS  
KOMMUN

# Rapport internkontroll 2023

## Barn- och utbildningsnämnden

---

Beslutad av barn- och utbildningsnämnden 2024-02-28  
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				Sannolikhet
	1. Osannolik	2. Mindre sannolik	3. Möjlig	4. Sannolik	
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 2023

Barn- och utbildningsnämnden antog 2023-04-26 internkontrollplan för 2023.

Utgångspunkten för barn- och utbildningsnämndens internkontrollplan 2022 var att identifiera och riskbedöma områden via nämndens målkarta och de stödprocesser/rutiner som verksamheten kopplat till respektive mål. Nämnden kunde konstatera att ett antal riskområden då inte nått godkänd nivå.

Under 2023 var därför ett fortsatt fokus på de interna processerna och bedömningen är att samtliga punkter som fanns med under 2022 kvarstår och behövde jobbas mer med. Bedömningen har gjorts i samråd med verksamhetschefer och deras respektive enhetschefer. Till 2023 tillkom också en punkt gällande rutiner vid inrymning för gymnasiet där man vid genomförd riskbedömning identifierat en avsaknad av tydliga rutiner för detta.

Resultat för internkontrollplan 2023 med kommentar presenteras nedan.

Internkontrollplan 2023									
Barn- och utbildningsnämnden Vaggeryds kommun									
Upprättad: 2023-04-26									
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Kvarstå till 2024/avslutas
Egenkontroll kostverksamheten	3	4	12	Genomförs egenkontroll utifrån beslutade rutiner och handlingsplaner.	Stickprov av dokumentation	Kvartalsvis	Kökschef	Kostchef	Avslutas
Specialkost och anpassade måltider, kostverksamheten	2	4	8	Hantering av förvaring, beredning, tillagning, distribution, servering av allergena ämnen.	Stickprov hantering i köken	Kvartalsvis	Kökschef	Kostchef	Avslutas
Process för anmälan och utredning kränkande behandling, gymnasium	4	4	16	Efterlevnad av beslutad rutin vid kränkande behandling.	Statistik från interna system	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef	Kvarstå 2024
Individuella handlingsplaner utifrån särskilt stöd, förskola	4	3	12	Struktur/arbetsgång kring individuella handlingsplaner utifrån särskilt stöd.	Stickprov efterlevnad och aktualitet	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef	Avslutas
Gemensamma mallar utredningar/ handlingsplaner förskola	4	3	12	Förståelse och struktur för innehållet i gemensamma handlingsplaner och mallar, överlämning förskoleklass.	Fokusintervjuer	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef	Avslutas
Rutin närvarouppföljning, samtliga verksamheter	3	4	12	Uppföljning närvaro samt rapporterad frånvaro kopplat till interna rutiner.	Statistik från interna system	Kvartalsvis	Supportteam	Verksamhetschef	Kvarstå 2024
Hantering av sexuella trakasserier, gymnasiet	3	3	9	Efterlevnad av beslutad rutin vid sexuella trakasserier.	Stickprov aktuella ärenden	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef	Avslutas
Inrymning, gymnasium	4	4	16	Avsaknad av tydliga rutiner i förhållande till hur lokalerna är utformade.	Fokusgrupper	Löpande under året	Rektorer Fenix	Verksamhetschef	Kvarstå 2024

## Utvärdering av kontrollpunkter

### Riskområde 1 – Egenkontroll kostverksamheten - Kosten

Mål 7: "I alla våra verksamheter finns professionell, kompetent och engagerad personal"

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

Vår egenkontroll bygger på HACCP (faroanalys och kritiska gränsvärden). Förebyggande och eliminera/reducera risker till acceptabel nivå. Riskerna kan vara i form av mikroorganismer, allergena-, fysiska- eller kemiska faror. Egenkontrollen består av 15 olika rutiner. Risker finns vid varumottagning, förvaring, beredning, upptining, tillagning, återuppvärmning, varmhållning, nedkylning samt servering.

**Kontrollmetod:** Stickprov av dokumentation sker kvartalsvis.

**Resultat:** Genomförda stickprov visar att avvikelser i utförda egenkontroller är på fortsatt låga nivåer för samtliga av våra kök.

**Planerade åtgärder:** Utifrån andelen avvikelser i förhållande till antalet egenkontroller som genomförs bedöms sannolikheten för att allvarliga fel ska inträffa vara låg. Arbetet med egenkontroll fortsätter löpande men bedömningen är att risken inte kvarstår till nästkommande år.

### Riskområde 2 – Specialkost och anpassade måltider - Kosten

Mål 7: "I alla våra verksamheter finns professionell, kompetent och engagerad personal"

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

Specialkosten ska vara fri från det ämne som matgästen inte tål, vilket kan leda till anafylaktisk chock. Risken finns vid förvaring, beredning, tillagning, distribution, servering.

**Kontrollmetod:** Stickprov hantering i köken sker kvartalsvis.

**Resultat:** Genomförda stickprov visar att kostpersonalen har en god hantering av specialkost och anpassade ämnen då inga avvikelser upptäckts under de två år som området haft ett extra fokus.

**Planerade åtgärder:** Stickproven visar en god hantering av specialkost och anpassade ämnen. Området finns också med som en aktiv del i verksamhetens egenkontroll vilket gör att det fortsätter att följas men bedöms inte behöva ligga med som ett riskmoment till nästa års internkontrollplan.

### Riskområde 3 – 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 upplever få anmälningar av kränkande behandling och där har risk identifierats att det finns brister i hur ärenden anmäls.

**Kontrollmetod:** Via statistik från interna system 2 gånger 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	2023	2022	2021
Antal ärenden	7	5	7

Under hösten började dock anmälningar kring kränkande behandlingar komma in och därav har flertalet utredningar kunnat startas. Detta är ett tecken på att processen kring anmälan och utredning blivit bättre. Värt att notera är att det inte är säkert det finns ett mörkertal kring händelser, men uppföljningen medverkar till att minimera riskerna att anmälan inte utförs.

#### **Planerade åtgärder:**

Under hösten 2023 har en ny rapport för att sammanställa antalet kränkningar arbetats fram centralt på förvaltningsnivå och enligt beslut i barn- och utbildningsnämnden kommer detta nu följas på huvudmannanivå månatligen. Det skapar förutsättningar att på ett mer systematiskt sätt följa antalet anmälningar per enhet och i förlängningen gör det att huvudmannen via förvaltningen kan kommunicera läget till respektive rektor och de i sin tur uppmärksamma enheten på att anmäla i händelse av kränkningar.

Eftersom anmälningarna inte kom igång förrän i slutet på 2023, så är det önskvärt att samma riskområde kvarstår till nästa år för att säkerställa att det fungerar.

## **Riskområde 4 – Individuella handlingsplaner utifrån särskilt stöd - Förskola**

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

Det bedöms vara en oklar struktur/arbetsgång kring att upprätta individuella handlingsplaner utifrån särskilt stöd i förskolan som följer till övergång till skolan.

**Kontrollmetod:** Stickprov av efterlevnad och aktualitet 2 gånger per år.

**Resultat:** Gemensamma handlingsplaner utifrån särskilt stöd finns nu i Prorenta. Under året har arbetet fortgått med att se till att dessa är aktuella och uppdaterade genom samverkan mellan specialpedagog, rektor och verksamhetschef. Strukturen kring arbetsgången är numer känd för alla som arbetar i förskolan då personal har fått information på kompetensutvecklingsdag samt via rektorer och specialpedagoger.

**Planerade åtgärder:** Arbetet med övergång till förskoleklass fortgår och en utvärdering och uppföljning av hur arbetet går kommer att göras under 2024. Bedömningen är att riskerna har minskat och punkten inte bör kvarstå i internkontrollplanen kommande år.

## **Riskområde 5 – Gemensamma mallar utredningar och handlingsplaner - Förskola**

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

Risk identifierad att det är en oklar struktur och avsaknad av en gemensam förståelse för innehållet i gemensamma handlingsplaner och mallar.

**Kontrollmetod:** Via fokusintervjuer 2 gånger per år.

**Resultat:** Gemensamma mallar finns nu i Prorenata. Under året har specialpedagog, rektor och verksamhetschef arbetat igenom området och det finns nu en struktur för arbetet med ett uppdaterat innehåll. Det finns även känd arbetsgång för utredningar och handlingsplaner. Även här har personalen fått information på kompetensutvecklingsdag och löpande av rektor och specialpedagog.

**Planerade åtgärder:** Mallarna kommer att utvärderas i september 2024 för att se om de innehåller det verksamheten önskar och behöver samt för att se om strukturen fungerar. Bedömningen är att riskerna minskat och inte bör kvarstå i internkontrollplanen kommande år.

## Riskområde 6 – Rutin närvarouppföljning – Samtliga verksamheter

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

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

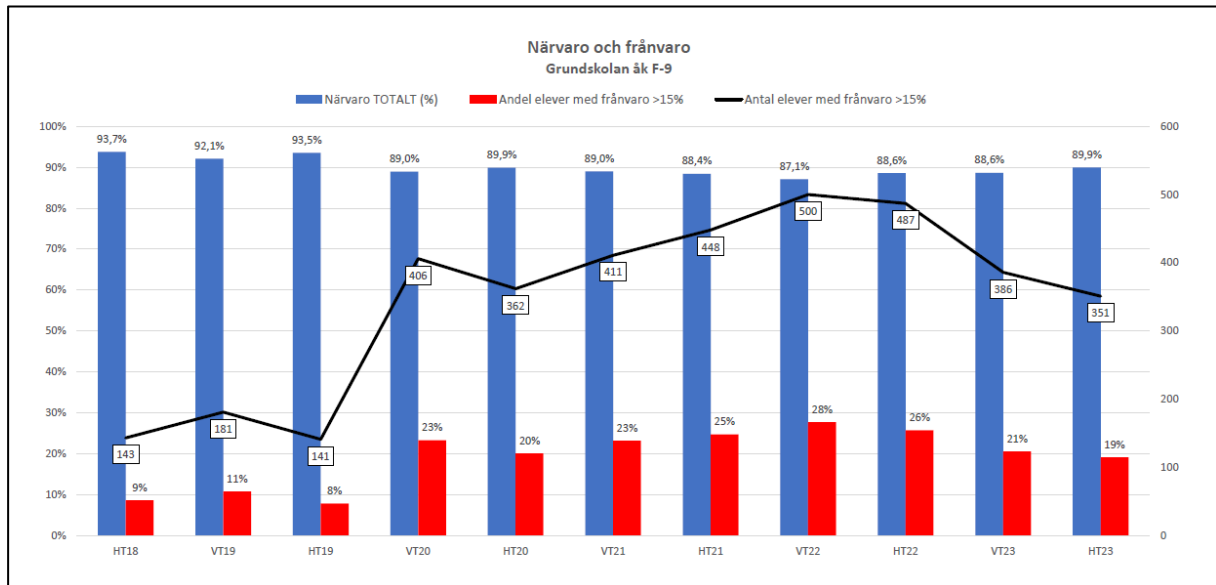
Risker har identifierats i verksamheternas närvarouppföljning vilket också påverkar möjligheterna att få ut en rättvisande bild av elevernas frånvaro.

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

**Resultat:** Stickprov som genomförts för 3 månader under året visar att andelen kvitterade lektioner ligger på en relativt konstant nivå för grundskolan. För gymnasiet del är har kvittenserna varit låga årets första tre månader vilket påverkar totala kvittenserna.

Stickprov utfört	April	September	December	Läsår 22/23
Andel kvitterade lektioner i grundskola	79,5%	82,0%	76,6%	79,5%
Andel kvitterade lektioner i gymnasiet	79,8%	67,5%	67,6%	66,0%

Under året har även framför allt statistik för elevnärvaron följts extra noga och rapporter har lämnats till nämnden ett flertal tillfällen. En kampanj för att öka skolnärvaron sjösattes under hösten och effekterna av detta kommer vi troligen se först under vårterminen.



**Planerade åtgärder:** Närvarouppföljningen kommer att vara under fortsatt lupp i samtliga verksamheter under 2024. Bedömningen är att närvaron i grundskolan inte är på önskvärd nivå. I förskolan kommer arbetet fortsätta att analysera faktiskt närvaro i förhållande till exempelvis planerad närvaro.

## Riskområde 7 – Hantering av sexuella trakasserier - Gymnasiet

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

Under 2022 sågs ett ökat antal av sexuella trakasserier och risk har identifierats i hur efterlevnaden är av beslutad rutin vid ett ärende.

**Kontrollmetod:** Stickprov av aktuella ärenden 2 gånger per år.

**Resultat:** Fenix har sett ett minskande antal av sexuella trakasserier undersökningar. Det bedöms i årskurs 1 minskat drastiskt. Skolan arbetar förebyggande med detta genom att ha en temavecka "orange week" och genom "snackisar" för att belysa området som våra elever möter på mentorstid.

**Planerade åtgärder:** Genomförda insatser tillsammans med att vi ser att ärendena minskat gör att området inte behöver vara kvar som punkt internkontrollplanen 2024. Verksamheten fortsätter dock arbetet med åtgärder och följer detta via framför allt elevhälsoarbetet.

## Riskområde 8 – 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 saknar fortfarande en tydlig rutin kring inrymning. Ett arbete har dock påbörjats för att ta in ett system till skolans clevertouch så dessa kan användas för att varna vid inrymning/utrymning. Arbetet för en rutin är alltså på gång, men risken kvarstår.

**Planerade åtgärder:** Arbetet med system för varning och rutin kommer att fortgå under 2024. Bedömningen är att risken kvarstår.





Internkontrollplan År 2023										
Kommunledningskontoret Vaggeryds kommun										
Upprättad:	Datum 2023-03-13	Godkänd:	Datum 2023-05-31 §129	Genomförd:	2023-12-15	Uppföljning :	2024-02-12	Uppföljning godkänd:	KS 2024-03-06 § xx	
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering*	
Riskmoment  (nr. och beskrivning)	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering (Sannolighet 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. Årlig arbetsmiljörevision enligt rutin samt arbetsmiljöplaner	4	4	16	Arbetsmiljölag	Följa upp att revision görs i samtliga nämnder	Enligt särskild plan	HR-chef	Åsa Boberg Öhrn	Ej klar	se nedan
2. Hantering av personuppgifter sker i enlighet med GDPR	4	3	12	GDPR Integritetsskydd slagstiftning	Ytterligare kontroll krävs av följsamhet i nämnder gentemot lagstiftning	Enligt särskild plan	Informationssäkerhetssamordnare	Torbjörn Åkerblad	Ej godkänd, kvarstår	se nedan
3. Fysiska skydd, skalskydd etc	3	4	12	IT-Säkerhet	Kontroll av skalskydd	Löpande	IT-chef		Godkänd, avslutas	se nedan
4. REK-brev	3	4	12	Posthantering	Kontrollera och säkerställa ny rutin		Vaktmästeri	Torbjörn Åkerblad	Godkänd, avslutas	se nedan
5. Korrekt trio-användning	4	3	12	Telefonhantering	Ta fram ny rutin och säkerställa den (utbildning)		Reception	Torbjörn Åkerblad	Godkänd, avslutas	se nedan
6. Arvodshantering avvikelser	4	3	12	Politiskt beslut om granskning av arvodesavvikelser	Stickprov 4 ggr/år enligt beslut om granskning		Alla nämndsekreterare	Torbjörn Åkerblad	Ej genomförd	se nedan
7. Arkivering av handlingar – att arkiveringsplan och informationshanteringsplan följs (Kansliheten)	3	3	9	Arkivlagen	Genomgång av rutiner samt stickprov av mottagande av handlingar till centrala arkivet	Enligt särskild plan	Kommunadministratör	Torbjörn Åkerblad	Godkänd, avslutas	se nedan
8. Arbetsmiljörevision och plan AME	3	3	9	Arbetsmiljölag	Följa upp arbetsmiljömål samt upp årshjul för arbetsmiljöarbetet, utifrån gjord arbetsmiljörevision, varje månad med skyddsombud	Enligt särskild plan	AME	Jenny Andersson	Godkänd, avslutas	se nedan
9. Säkerställa att dokument och innehåll på kommunens webbplats är tillgängliga i enlighet med webbdirektivet	4	2	8	Webbdirektivet	Löpande stickprov och dialog med verksamheterna kring framtagna rutiner	Enligt särskild plan	Kommunikatör	Torbjörn Åkerblad	Ej genomförd	se nedan
10. Versionshantering (program och styrdokument) synlig för medborgare	4	2	8	Dokumenthantering	Ny rutin tas fram och testas		Kommunsekreterare	Torbjörn Åkerblad	Godkänd, avslutas	se nedan

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

## Kommentarer

1. Årlig arbetsmiljörevision enligt rutin samt arbetsmiljöplaner	Punkt med uppföljning av arbetsmiljöarbetet är ute nu hos cheferna för att de ska besvara en enkät.
2. Hantering av personuppgifter sker i enlighet med GDPR	Kontroll har genomförts av Dataskyddsombud. Varje förvaltning har sin aktivitetsplan för att uppnå följsamhet. Övergripande har inte Vaggeryds kommun följsamhet till GDPR lagstiftningen. Arbetet fortgår enligt plan kan man säga för att uppnå följsamhet.
3. Fysiska skydd, skalskydd etc	Arbete sker kontinuerligt med IT-säkerheten och det arbetas systematiskt med systemuppdateringar
4. REK-brev	Finns en fungerande rutin när det gäller Rek brev hantering
5. Korrekt trio-användning	Finns framtagna och fungerande rutiner
6. Arvodshantering avvikelser	Ingen förvaltning har genomfört stickkontroller under 2023
7. Arkivering av handlingar – att arkiveringsplan och informationshanteringsplan följs (Kansliheten)	Övergång till allt mer digitalt arkiv. Vissa förvaltningar lämnar in fysiska papper, och det fungerar. Följer arkivplan.
8. Arbetsmiljörevision och plan AME	Genomfört och godkänt
9. Säkerställa att dokument och innehåll på kommunens webbplats är tillgängliga i enlighet med webbdirektivet	Är ej genomfört
10. Versionshantering (program och styrdokument) synlig för medborgare	Test har genomförts

