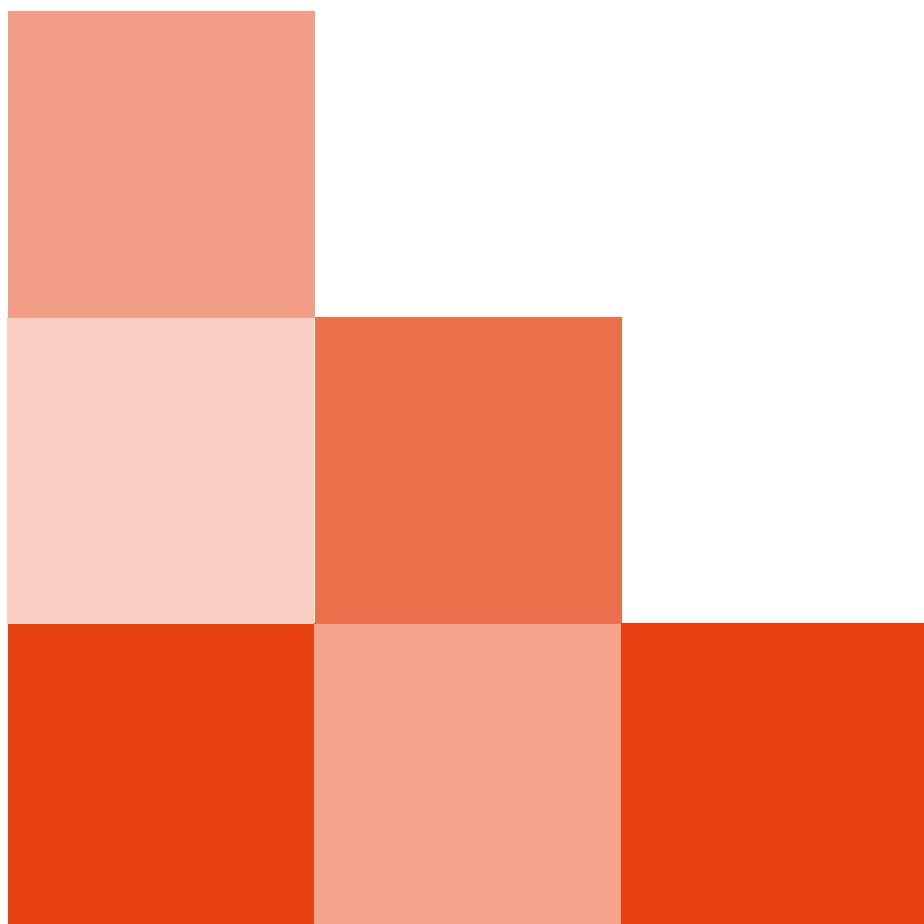




Internkontrollplan 2021

Socialförvaltningen

Beslutad av Socialnämnd: 2021-02-25
Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen
Ansvarig tjänsteman: stabschef



INNEHÅLL

Bakgrund och syfte med internkontroll.....	3
Process för internkontroll.....	3
Identifiering och kartläggning av risker.....	3
Bedömning och värdering av risker.....	3
Upprättande av internkontrollplan.....	4
Rapportering.....	4
Årshjul för internkontroll.....	4
Internkontrollplan för 2021.....	5

BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERNKONTROLL

Syftet med internkontroll 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 internkontrollreglemente anger att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Internkontroll ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Riskanalyser avseende verksamhetsförändringar ingår inte i internkontrollplanen, utan behandlas i arbetsmiljösystemet SARA. Socialförvaltningens internkontrollplan antas av 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.

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 = allvarig 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

UPPRÄTTANDE AV INTERNKONTROLLPLAN

De risker som värderats ≥ 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. Denna riskhantering ingår i ordinarie och löpande kvalitets- och förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

RAPPORTERING

Inrapportering avseende kontrollmomenten görs i separata Excel-filer vilka upprättas och distribueras av stabschef eller annan stödjande personal.

Resultat från kontrollmomenten analyseras och sammanställs i en internkontrollrapport av stabschef eller annan stödjande personal. Rapporten föredras av stabschef för ledningsgrupp, socialnämnd, områdes-/enhetschefer samt stödjande personal.

ÅRSHJUL FÖR INTERNKONTROLL

September/oktober	stabschef sammankallar till inledande riskanalys utifrån pågående internkontroll.
Oktober-december	internkontrollplan upprättas i samråd med relevanta medarbetare utifrån genomförd riskanalys. Utvärdering av pågående internkontroll, eventuellt bibehållande av kontrollmoment till nästkommande år.
December/januari	internkontrollplan föredras och beslutas i ledningsgruppen.
Februari	internkontrollplanen föredras och beslutas av socialnämnd.
Mars	internkontrollplanen presenteras och förankras hos områdes-/enhetschefer samt annan berörd personal.
Mars-november	internkontrollmoment genomförs.
Januari/februari	genomförd internkontroll rapporteras till socialnämnden.

INTERNKONTROLLPLAN FÖR 2021

Med anledning av coronapandemin som inträffade under våren 2020 togs beslut i ledningsgruppen att parkera flera av internkontrollmomenten för 2020. Inför arbetet med internkontrollen för 2021 har ledningsgruppen beslutat att merparten av föregående internkontrollmoment även ska ingå för 2021. Ytterligare kontrollmoment, som efter riskbedömning, har införts inför 2021 avser hantering och utredning av avvikelser samt avgiftshantering. Utöver detta har ett kontrollmoment som avser följsamhet till SOSFS 2011:9 införts, vilket inkluderar parkerade kontrollmoment inom basala hygienrutiner och läkemedelsdelegeringar. Tabell 1 nedan beskriver vilka riskmoment som identifierats och som ingår i interkontrollen för 2021. Likaså ges en kortare förklaring och bakgrund till riskmomentet. Tabell 2 beskriver riskanalys till riskmomenten samt hur kontrollen ska genomföras.

Tabell 1. Riskmoment i internkontroll 2021

Riskmoment	Bakgrund till riskmoment
Dokumentation (genomförandeplan och social journal)	Om beslut och genomförandeplan inte överensstämmer eller om genomförandeplanen inte är upprättad eller reviderad inom lagstadgad tid finns risk att brukare får andra insatser än de som är beslutade. Om den sociala journalen inte är skriven med respekt för brukaren finns risk för kränkning.
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC ÄHO)	Om personer som saknar behörig vårdrelation eller motsvarande har varit inne i journal/social dokumentation finns risk för dataintrång.
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC IFO)	Om personer som saknar behörig vårdrelation eller motsvarande har varit inne i journal/social dokumentation finns risk för dataintrång.
Lagföljsamhet utredningstid SoL BoU	Utredningstider inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) gällande barn och unga ska ske inom 4 månader. Längre utredningstid är möjlig efter anstånd.
Ej fungerande överfallslarm	Om person-/överfallslarm inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande.
Följsamhet till SOSFS 2011:9	SOSFS 2011:9 beskriver ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Inom ramen för detta ingår bl.a. egenkontroll, avvikelshantering, kvalitetsregister, riskanalys, process- och rutinbeskrivningar etc. Uppföljning av arbetet inom ramen för SOSFS 2011:9 görs årligen i socialförvaltningens patientsäkerhetsberättelse. Om bristande följsamhet föreligger finns risk för missförhållande.
Uppföljning av beslut SoL/LSS	Biståndsbeslut fattade inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska följas upp kontinuerligt. Om beslut inte följs upp finns risk att insatser inte utförs eller att fel insatser utförs.
Hantering och utredning av avvikelser och synpunkter och klagomål	Om avvikelser, händelser, klagomål och synpunkter inte rapporteras och utreds finns risk att verksamheten inte kan förbättra och utveckla de rutiner och processer som är nödvändiga.
Följsamhet till avgiftshantering enligt riktlinje för årshjul	Avgiftshanteringen i socialförvaltningen följer ett nyupprättat årshjul vilket anger olika händelser och aktiviteter för att säkerställa korrekt hantering och administrering av avgifter. Om aktiviteter inte genomförs, t.ex. stickprovskontroll för säkerställande av korrekt avgiftsbeslut, finns risk att medborgaren debiteras felaktig avgift. Aktiviteterna kontrolleras kontinuerligt.

Tabell 2. Internkontrollplan 2021

Internkontrollplan 2021 – socialförvaltningen Vaggeryds kommun									
Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Dokumentation (genomförandeplan och social journal)	3	3	9	Genomförandeplan	Egengranskning	Stickprov	1 ggr/år (maj)	OC	Stabschef
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC ÄHO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC ÄHO	Stabschef
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC IFO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC IFO	Stabschef
Lagföljsamhet utredningstid SoL BoU	2	4	8	Rutin handläggning	Utredningstider	Totalundersökning	2ggr/år (april/november)	EC BoU utredning	Stabschef
Ej fungerande överfallslarm	3	4	12	Rutin provlarm	Egengranskning	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare larm	Stabschef
Uppföljning av beslut SoL/LSS	3	4	12	Riktlinjer SoL/LSS		Stickprov	1ggr/år (november)	EC vuxen	Stabschef
Hantering och utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål	3	4	12	Riktlinje/process	Egengranskning	Stickprov	2 ggr/år	EC/OC	Stabschef
Följsamhet till avgiftshantering enligt riktlinje för årshjul	3	3	9	Rutiner/processer	Egengranskning	Stickprov	2ggr/år	EC admin	Stabschef
Följsamhet till SOSFS 2011:9	3	4	12	Ledningssystem	Egengranskning	Totalundersökning	1ggr/år	MAS	Stabschef