

Bilaga till

Internkontroll Vaggeryds kommun 2022

Diariennr KS 2022/287

Nämndernas uppföljning av internkontroll 2022

- Barn- och utbildningsnämnden
- Kultur- och fritidsnämnden
- Kommunstyrelsen
- Kommunstyrelsen- Räddningstjänst
- Miljö- och byggnämnden
- Socialnämnden
- Teknisk nämnd

För granskning av nämndernas beslut/tjänsteskrivelser kopplat till uppföljningen av internkontrollen, hänvisas till resp. nämnds sammanträdesprotokoll

[Översikt | MeetingPlus \[sv\] \(vaggeryd.se\)](#)



VAGGERYDS
KOMMUN

Rapport internkontroll 2022

Barn- och utbildningsnämnden

Beslutad av barn- och utbildningsnämnden 2023-XX-XX
Ansvarig förvaltning: barn- och utbildningsförvaltningen
Ansvarig tjänsteman: Utvecklingsledare



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 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 allvarlig blir konsekvensen om den inträffar?*). Bedömningen sker genom en 4-gradig skala enligt följande;

<p>Konsekvens</p> <p>1 = obetydlig för intressenter och kommunen 2 = liten för intressenter och kommunen 3 = besvärande för intressenter och kommunen 4 = allvarlig för intressenter och kommunen</p> <p>Sannolikhet</p> <p>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</p>	Konsekvens				Sannolikhet	
	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 ≥ 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 2022

Barn- och utbildningsnämnden antog 2022-05-25 internkontrollplanen för 2022 (se resultat nedan). Planen upprättades utifrån nya identifierade riskområden som genomfördes av verksamhetschefer efter bland annat dialoger med enhetschefer och inhämtande av information i årliga kvalitetsrapporter. Sammanlagt identifierades 12 risker varav 11 bedömdes ha en poäng om 8 eller högre, varav dessa mynnade ut i 7 punkter till kontrollplanen. Samtliga har i olika omfattning följts upp under året. Viktigt att poängtera är att arbetet med de utvalda kontrollpunkterna är ständigt pågående i respektive verksamhet och görs inte endast i samband med att stickprov utförs.

Barn- och utbildningsnämndens internkontrollplan 2022

Internkontrollplan 2022								
Barn- och utbildningsnämnden Vaggeryds kommun								
Godkänd av BUN: 2022-02-25								
Riskbedömning				Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Egenkontroll kostverksamheten	4	4	16	Genomförs egenkontroll utifrån beslutade rutiner och handlingsplaner.	Stickprov av dokumentation	Kvartalsvis	Kökschef	Kostchef
Specialkost och anpassade måltider	4	4	16	Hantering av förvaring, beredning, tillagning, distribution, servering av allergena ämnen.	Stickprov hantering i köken	Kvartalsvis	Kökschef	Kostchef
Process för anmälan och utredning kränkande behandling, grundskola och gymnasium	4	4	16	Efterlevnad av beslutad rutin vid kränkande behandling.	Statistik från interna system	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef
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
Gemensamma mallar utredningar och handlingsplaner, förskola	4	3	12	Förståelse och struktur för innehållet i gemensamma handlingsplaner och mallar, överlämning förskoleklass.	Fokusintervjuer	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef
Rutin närvarouppföljning, grundskola och gymnasium	3	4	12	Uppföljning närvaro samt rapporterad frånvaro kopplat till interna rutiner.	Statistik från interna system	Kvartalsvis	Supportteam	Verksamhetschef
Hantering av sexuella trakasserier, gymnasiet	3	3	9	Efterlevnad av beslutad rutin vid sexuella trakasserier.	Stickprov aktuella ärenden	2 ggr/år	Supportteam	Verksamhetschef

Utvärdering av kontrollpunkter

Riskområde 1 – Egenkontroll kostverksamheten - Kosten

"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: Varje kökschef har under året gjort stickprov av den dokumentation som följer egenkontrollen. Av resultatet kan 57 avvikelser rapporteras. Avvikelseerna har handlat om att dokumentation saknas för kalibrering av termometer och åtgärder när temperatur i kyl är för hög. 57 avvikelser motsvarar en total avvikelse på 0,7% för alla rutiner i egenkontrollen för kostverksamhetens 24 kök.

Planerade åtgärder: Utifrån andelen avvikelser i förhållande till antalet egenkontroller som genomförs bedöms sannolikheten för att allvarliga fel ska inträffa vara låg. Egenkontrollen är dock en viktig del av kostens arbete och uppföljningarna kommer att fortsätta under 2023.

Riskområde 2 – Specialkost och anpassade måltider - Kosten

"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: Under året har stickprov genomförts utifrån identifierad risk av hantering av ämnen i köken. Totalt har 6 avvikelser rapporterats vid dessa kontroller. Då en stor mängd mat hanteras varje dag i 24 kök får siffran anses vara låg.

Planerade åtgärder: Även om siffran i sig indikerar att antalet avvikelser är låga på ett år är arbetet med riskminimering ett område kosten kommer fortsätta arbeta med utifrån den höga konsekvensen vid felaktig hantering.

Riskområde 3 – Process för anmälan och utredning kränkande behandling – Gymnasiet och Grundskola

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

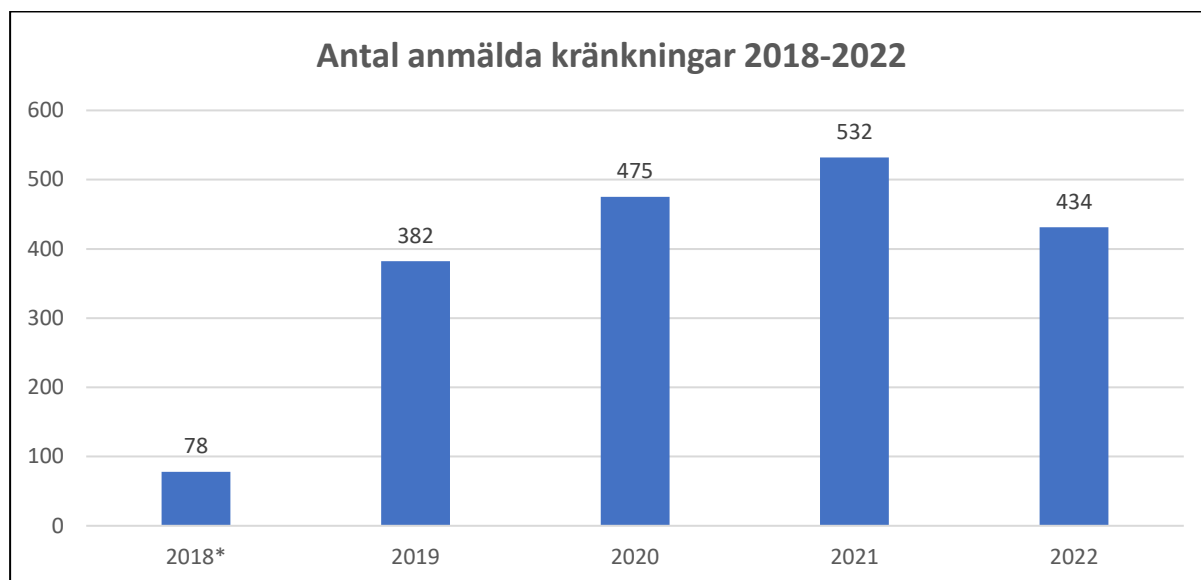
"Mål 8: Vi har en likvärdig och rättssäker verksamhet"

Gymnasiet upplever få anmälningar av kränkande behandling och där har risk identifierats att det finns brister i hur ärenden anmäls. På grundskolan råder också en osäkerhet i hur processen vid

anmälan går till.

Kontrollmetod: Via statistik från interna system 2 gånger årligen.

Resultat: Utifrån det underlag vi får fram från vårt program för anmälan av kränkande behandling kan vi se att det totala antalet kränkningar har minskat under året jämfört med föregående år.



Statistiken visar dock att gymnasiets anmälningar ligger kvar på samma nivå under 2022 som för 2021. Under läsåret har dock arbete pågått och verksamheten arbetar bland annat med trygghetsteam och träffas mer kontinuerligt och kommunövergripande. Effekten av arbetet kan vi dock först se efter läsåret är slut, men känslan är att arbetet har fått effekt och det är en god kunskap i verksamheten idag om hur ärenden anmäls.

Planerade åtgärder:

Under 2023 kommer arbetet för att förhindra kränkningar och skapa en medvetenhet kring anmälningar fortsätta. Framför allt på gymnasiet blir det sistnämnda fortsatt aktuellt. Arbetet kommer följas upp i rapport för kränkande behandling som går till nämnden 2 gånger per år.

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: Under 2022 har fokus legat på att titta på underlagen och revidera dem så de bättre passar verksamheten och även synkar med skolans dokumentation. Då arbetet är pågående har inga stickprov av efterlevnad gjorts utan fokus har varit på aktualiteten.

Planerade åtgärder: Under 2023 ska arbetet fortsätta arbetet med revidering av handlingsplaner och implementera dem i verksamheten. Bedömning är därför att risken kvarstår.

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: Även detta arbete är på gång och beräknas bli klart under 2023. Inga fokusintervjuer har därför genomförts som kontrollmetod, däremot pågår en aktiv diskussion inom verksamheten för utformandet.

Planerade åtgärder: Under 2023 ska arbetet fortsätta arbetet med revidering av handlingsplaner och implementera dem i verksamheten. Bedömning är därför att risken kvarstår.

Riskområde 6 – Rutin närvarouppföljning - Gymnasiet och Grundskola

"Mål 2 Våra barn och elever har hög måluppfyllelse"

"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 har genomförts av hur lärarna kvitterar sina lektioner. Det sker varje kvartal via interna system och utfallet har därefter analyserats i verksamheten.

Stickprov utfört	Maj	September	December
Andel ej kvitterade lektioner i grundskola	19,3 %	17,9 %	19,8 %
Andel ej kvitterade lektioner i gymnasiet	30,6%	40,7%	33,2 %

Under året har system för närvarouppföljning bytts med vissa implementeringsproblem som följd och en helt jämförande bild går därför inte att göra. Men det kan konstateras att procenten under året legat relativt konstant för grundskolan medan gymnasiet siffror minskat mellan september och december. Siffran är relevant att titta på då ej kvitterade lektioner kan påverka utfallet av frånvaro eller närvarostatistiken för en elev.

Parallellt med detta pågår ett arbete med frånvaron, vilken lyfts vid varje elevhälsoträff. Även detta är ett område som aldrig kan anses vara helt avklarat och ett ständigt arbete pågår i verksamheten.

Planerade åtgärder: Ett fortsatt arbete krävs kring att tydliggöra vikten av att lärarna kvitterar sina lektioner för att statistiken ska bli mer rättvisande och gå att använda i arbetet med frånvaron.

Riskområde 7 – Hantering av sexuella trakasserier – 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”

Under 2021 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: Då stickproven är baserade på aktuella ärenden har det varit vissa svårigheter att följa detta under året. Arbetet med att förbättra hanteringen av fall har pågått i verksamheten under året och kommer att utvärderas i slutet av läsåret.

Planerade åtgärder: Genomföra utvärdering av området vid läsårets slut och i aktuella göra stickprov av aktuella ärenden.

Internkontrollplan År 2022

Kultur- och fritidsförvaltningen Vaggeryds kommun

Upprättad:	Datum 2022-04-11	Godkänd:	Datum 2022-xx-xx	Genomförd:	Datum XX-XX-XX	Uppföljning :	Datum XX-XX-XX	Uppföljning godkänd:	Nämnd/ Bolag XXX	Datum XX-XX-XX
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering*	
Riskmoment <i>(nr. och beskrivning)</i>	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering (Sannolihet x konsekvens)	Vad ska kontrolleras/ <i>(Lag/ styrdokument som kontrolleras)</i>	Metod <i>(Hur kontrollen ska genomföras)</i>	Frekvens <i>(Hur ofta ska det kontrolleras)</i>	Genomförs av <i>(Vem ska genomföra kontrollen)</i>	Ansvarig <i>(Ansvarig verksamhet kopplad till kontrollpunkten)</i>	Utvärdering <i>(Enligt lista alternativ, ex Godkänd, ej godkänd)</i>	Resultat av granskning <i>(Kort kommentar)</i>
1. Föreningsbidrag, utbetalning av bidrag	2	3	6	Utbetalning till rätt mottagare	Stickprov	4 ggr /år	Handläggare	Förvaltningschef	Godkänd, med anmärkning	Vid kontroll har inga fel upptäckts. Bedömningen är ändå att ett systemstöd skulle bidra till att öka den interna kontrollen avseende föreningsstöd.
2. Kulturskolan, elevadministration	3	2	6	Korrekt fakturering och inforamtion	Uppföljning av faktureringsunderlag, kommunikation i elevplattform	4 ggr /år	Kutlruskolechef	Kulturskolechef	Godkänd	Kulturskolechefen har prioriterat införande och uppföljning. Inga fel har uppdagats.

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

Internkontrollplan År 2022

Kommunledningskontoret Vaggeryds kommun

Upprättad: (KS 2022/086)		Datum 2022-06-09	Godkänd:	Datum 2022-08-17	Genomförd:	Datum 2022-12-31	Uppföljning :	Datum 2023-02-13	Uppföljning godkänd:	Kommun- styrelsen	Datum 2023-03-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. 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	Kvarstår till nästa år (ej klar)	Innehåll som publiceras är tillgänglighetsanpassat, webben är det inte i sin helhet.	
2. Arkivering av handlingar – att arkiveringsplan och informationshanteringsplan följs (Kanslienheten)	3	3	9	Arkivlagen	Genomgång av rutiner samt stickprov av mottagande av handlingar till centrala arkivet	Enligt särskild plan	Kommunadmini- stratör	Torbjörn Åkerblad	Godkänd (kvarstår)	Det finns en fungerande rutin för digital arkivering av politiskt beslutade protokoll. Förbättring har gjorts genom författande av en ärendehandbok där process för arkivering ingår. (Klart: Protokoll, Kvarstår: Handlingar)	
3. 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	Informationssä- kerhetssamord- nare	Torbjörn Åkerblad	Kvarstår till nästa år (ej klar)	Kompetensutveckling och fortsatt prioritering av arbetet krävs	
4. I linje med fastställda mål säkerställa god planberedskap och bostadsförsörjning	3	3	9	Bostadsförsörj- ningsprogram	Nya mål ska tas fram och följas med redovisning i delårsbokslut	T2, årsred samt vid behov månad	Kanslienheten	Torbjörn Åkerblad	Godkänd (avslutas)	Mål för bostadsförsörjning framtagna. Rapportering ska implementeras	
5. Elektronisk Handel, från beställning till faktura - Kontrollmoment hos redovisningsfunktion	3	3	9	styrkdok	uppföljande stickprovskontroller av eskalering av attester.	En genomgång under hösten 2022	ekonom för reskontrasyste- m	Jörgen Hansson	Godkänd (avslutas)	Rutinen är uppsatt och utifrån stickprov fungerar systemfunktionaliteten	
6. Årlig arbetsmiljörevision enligt rutin samt arbetsmiljöplaner	4	4	16	Arbetsmiljölag	Följa upp att revision görs i samtliga nämnder		HR-chef	Åsa Boberg Öhrn	Kvarstår	Finns ingen redovisning klar	
7. Fysiska skydd, skalskydd etc	3	4	12	Säkerhet	Kontroll av skalskydd	Löpande	IT-chef	Tomas Johansson	Kvarstår till nästa år (ej klar)	Arbete pågår	
8. Versionshantering (program och styrdokument) synlig för medborgare	4	2	8	Dokumenthan- tering	Ny rutin tas fram och testas		Kommun- sekreterare	Torbjörn Åkerblad	Kvarstår till nästa år (ej klar)	Arbete pågår, testas under 2023	
9. Integrationskostnader över budget	4	3	12	Budget 2022	Månadsuppföljning till KS	Månadsvis	KS Ekonom/ AME- enhetschef	Jenny Andersson	Godkänd (avslutas)	Månadsuppföljning är gjord. Dock inte rapporteringen till KS. Ingen förändring mot tidigare. Ekonomi har inte rapporterats varje månad i KS.	

Upprättad: (KS 2022/086)		Datum 2022-06-09		Godkänd: Datum 2022-08-17		Genomförd: Datum 2022-12-31		Uppföljning : Datum 2023-02-13		Uppföljning godkänd: Kommun- styrelsen		Datum 2023-03-xx	
Riskbedömning				Kontrollmoment						Utvärdering*			
Riskmoment <i>(nr. och beskrivning)</i>		Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Värdering (Sannolikhet x konsekvens)	Vad ska kontrolleras/ <i>(Lag/ styrdokument som kontrolleras)</i>	Metod <i>(Hur kontrollen ska genomföras)</i>	Frekvens <i>(Hur ofta ska det kontrolleras)</i>	Genomförs av <i>(Vem ska genomföra kontrollen)</i>	Ansvarig <i>(Ansvarig verksamhet kopplad till kontrollpunkten)</i>	Utvärdering <i>(Enligt lista alternativ, ex Godkänd, ej godkänd)</i>	Resultat av granskning <i>(Kort kommentar)</i>		
10. Arbetsmiljörevision och plan		3	3	9	Arbetsmiljölag	Följa upp arbetsmiljömål samt upp årshjul för arbetsmiljöarbetet, utifrån gjord arbetsmiljörevision, varje månad med skyddsombud	Löpande	AME	Jenny Andersson	Godkänd (kvarstår)	Uppföljning av Arbetsmiljömål samt årshjul har skett med med skyddsombud. Bortsett från en kortare period nov-dec då skyddsombud på enhetsnivå saknades.		
11. Fysiska skydd och skalskydd		3	4	12	Säkerhet	Kontroll av skalskydd	Löpande	AME	Jenny Andersson	Godkänd (avslutas)	Genomgång av skalskydd har gjorts. Åtgärd, ny dörr, har beslutats. Rutin för att "taggar" återlämnas finns och slutar fungera finns.		

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

Internkontrollplan År 2022										
Räddningstjänsten Vaggeryds kommun										
Upprättad:	Datum 2022-06-09	Godkänd:	Datum 2022-08-17	Genomförd:	Datum 2022-12-31	Uppföljning :	Datum 2022-02-08	Uppföljning godkänd:	Kommun styrelsen	Datum 2023-03-xx
Riskbedömning				Kontrollmoment					Utvärdering*	
Riskmoment <i>(nr. och beskrivning)</i>	Sannolikhet <i>(1-4)</i>	Konsekvens <i>(1-4)</i>	Värdering <i>(Sannolikhet x konsekvens)</i>	Vad ska kontrolleras/ <i>(Lag/ styrdokument som kontrolleras)</i>	Metod <i>(Hur kontrollen ska genomföras)</i>	Frekvens <i>(Hur ofta ska det kontrolleras)</i>	Genomförs av <i>(Vem ska genomföra kontrollen)</i>	Ansvarig <i>(Ansvarig verksamhet kopplad till kontrollpunkten)</i>	Utvärdering <i>(Enligt lista alternativ, ex Godkänd, ej godkänd)</i>	Resultat av granskning <i>(Kort kommentar)</i>
1. Uppföljning av beslutade föreläggande vid tillsyn enligt Lagen om skydd mot olyckor	3	3	9	LSO	Ärendet följs upp i verksamhetssystem. Vidtagna åtgärder följs upp i kommunikation med den tillsynade	Kontroll enligt plan	Stf. Räddningschef	Fredrik Björnberg	Godkänd (kvarstår)	Uppföljning sker efter föreläggande. Med tanke på organisationsförändring/ personalförändring så ska rutin/arbetsätt uppdateras under 2023
2. Tillse att all personal i utryckningstjänst blir godkänd enligt AFS 2005:6 (Medicinska kontroller i arbetslivet) samt AFS 2007:7 (Rök- och kemdykning)	2	4	8	AFS 2005:6 AFS 2007:7	Uppföljning av genomförda läkarundersökningar och arbetsprov via företagshälsovård och personalsystem.	Kontroll enligt plan	Stf. Räddningschef	Fredrik Björnberg	Godkänd (avslutas)	Skер enligt plan och eventuella avvikelser hanteras löpande.
3. Kontroller enligt uppgjorda checklistor i verksamhetssystem	3	4	12	Enligt checklistor	Tillse genomförda checklistor samt åtgärdade felanmälningar	Kontroll enligt plan	Underhållsansvarig	Fredrik Björnberg	Kvarstår till nästa år (ej klar)	Kontroller med hjälp av checklistor genomförs på veckobasis. Rutin för åtgärd/uppöljning kommer att utvecklas under 2023
4. Inventering nycklar kontra register ska ske månadsvis	3	3	9	Enligt rutin	Tillse att inventeringar är genomförda och brister åtgärdade	Månadsvis	Brandinspektör	Fredrik Björnberg	Kvarstår till nästa år (ej klar)	Genomfört dock inte med rätt frekvens. Ny rutin kommer tas fram under 2023

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

	Tillhör miljö- och byggnämndens beslut 2023-03-28 § 56	Bilaga							Uppföljning datum
	Miljö- och byggförvaltningen								2022-11-30
	Process/rutin	Arbetsmoment	Kontrollmetod	Kontrollperiod	Konsekvens	Sannolikhet	Risk-värdering	Ansvarig chef	Utvärdering
1	Tydlighet.		Stickprov på 5 rutiner	januari-december	4	3	3	Förvaltningschef	A. Godkänd, avslutas
2	Säkerställa handläggning enligt rutiner.		Stickprov på 5 rutiner.	januari-december	4	2	4	Förvaltningschef	A. Godkänd, avslutas
3									
4									
5									
Förklaring									
Konsekvens vid fel		Sannolikhet för fel	Risk-värdering					Ansvarig	Utvärdering
1	Försumbar	1 Osannolikt (25 år)	1 Försumbar risk					Förvaltningschef	A. Godkänd, avslutas
2	Lindrig	2 Ganska ovanligt (5-10 år)	2 Acceptabel risk						B. Ytterligare kontroll krävs
3	Kännbar	3 Ganska vanligt (varje år)	3 Viss risk						C. Kvarstår till nästa år
4	Allvarlig	4 Vanligt (varje månad)	4 Allvarlig risk						D. Ej godkänd, åtgärd krävs ej
5	Mycket allvarlig	5 Mycket vanligt (dagligen)	5 Mycket allvarlig risk						E. Ej godkänd, åtgärd krävs

Tillhör miljö- och byggnämndens beslut 2023-03-28 §

Bilaga

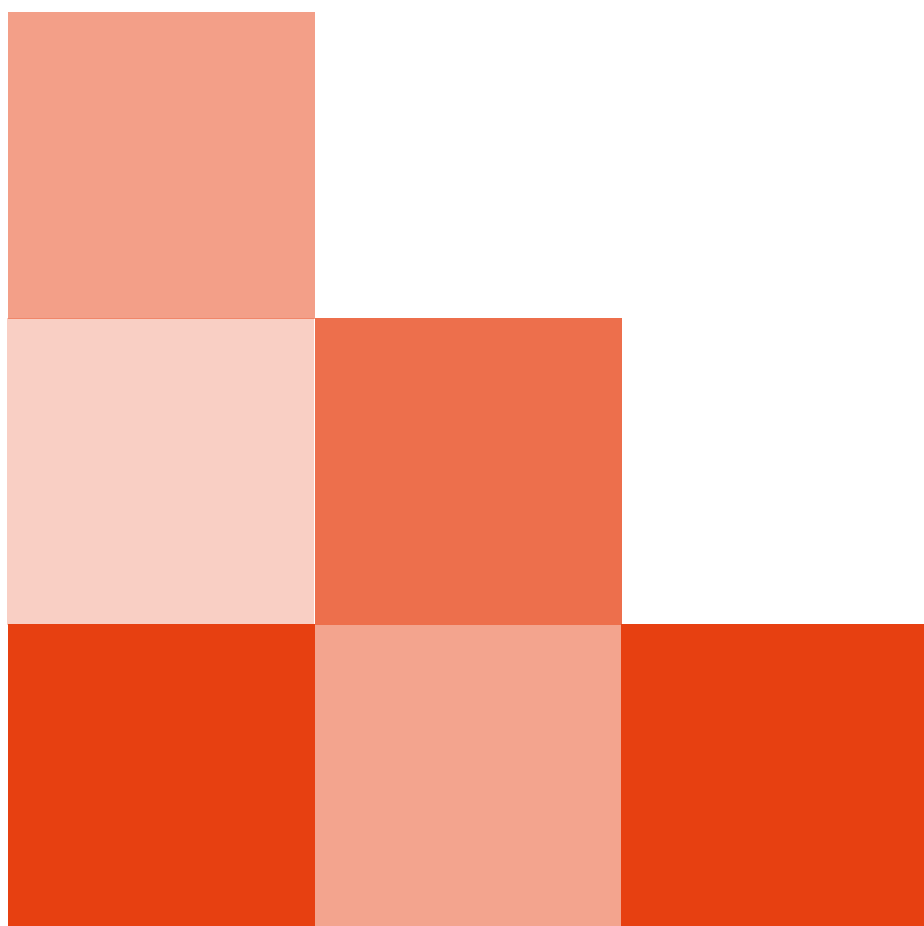


VAGGERYDS
KOMMUN

Rapport – internkontroll 2022

Socialförvaltningen

Fastställd av Socialnämnd:
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
Sammanfattning – internkontroll 2022	4
Resultat internkontrollmoment 2022	6
Riskområde 1 - Verkställighet enligt SoL och LSS	6
Riskområde 2 - Ekonomisk uppföljning	6
Riskområde 3 - Krisberedskap	7
Riskområde 4 - Beslut fattade på delegation	7
Riskområde 5 - Kontinuerlig loggkontroll i verksamhetssystemet Combine	8
Äldreomsorg och funktionshinderomsorg	8
Individ- och familjeomsorgen	8
Riskområde 6 - Personallarm	9
Riskområde 7 - Avgiftshantering	9

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) och processen för ansvar och genomförande finns beskrivet på intranätet. Socialnämnden antar interkontrollplanen samt internkontrollrapporten.

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 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 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

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.

SAMMANFATTNING – INTERNKONTROLL 2022

Socialnämnden antog 2022-03-23 § 31 internkontrollplanen för 2022 (se resultat nedan).

Internkontrollplanen för 2022 upprättades utifrån nya identifierade riskområden samt något från interkontroll 2021.

Sammanfattningsvis har samtliga områden i interkontrollplanen för år 2022 blivit kontrollerade och genomförda. Utvecklings- och förbättringsområden inom respektive område hanteras av respektive verksamhet.

Socialförvaltningen utvärderar kontinuerligt sina arbetssätt, så även arbetet med internkontroll.

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.

Interkontroll 2022

Socialförvaltningen, Vaggeryds kommun

Riskbedömning			Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av
<p>1. Verkställighet enligt Sol och LSS Kommunen ska inom skälig tid verkställa ett beslut. Om ett beslut inte verkställts inom skälig tid (max 3 månader) ska kommunen rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Kommunen riskerar att betala en särskild avgift till staten i varje ärende där en person behövt vänta oskäligt länge på att beslutet ska verkställas.</p>	3	3	9	Verkställda beslut	Totalundersökning	4ggr/år	Nämndsekreterare
<p>2. Ekonomisk uppföljning För att säkerställa god ekonomisk hushållning och att kostnader ryms inom ram är ekonomisk uppföljning av stor vikt. Samtliga verksamheter ska göra analys av sina kostnader i relation till sin budget samt vid behov föreslå/vidta åtgärder. Rapportering görs av samtliga verksamheter vid T1, T2 samt årsuppföljning i verksamhetsberättelse.</p>	3	4	12	Tertialuppföljningar samt årsuppföljning	Totalundersökning	3ggr/år	Verksamhetschefer
<p>3. Krisberedskap Om verksamheten saknar aktuell kontinuitetsplanering föreligger risk för bristande patient-, klient eller brukarsäkerhet.</p>	4	4	16	Kontinuitetsplanering	Totalundersökning	2ggr/år	Stabschef
<p>4. Följsamhet till delegationsordning Om delegationsordningen inte följs, i vilket tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende, så innebär detta att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och kan leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.</p>	2	4	8	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Stickprov på beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	1ggr/år	Utvecklingsledare
<p>5. Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystem Combine Kontinuerlig loggkontroll i verksamhetssystemet Combine för att säkerställa att obehöriga inte tillgodogjort sig uppgifter som denne inte har behörighet till. Logglistor körs av systemförvaltare som sedan kontrolleras av ansvarig chef.</p>	3	4	12	Rutin loggkontroller	Stickprov	2ggr/år	Systemförvaltare
<p>6. Person-/överfallslarm Om person-/överfallslarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande.</p>	3	4	12	Rutin provlarmning	Stickprov	2ggr/år	Systemförvaltare
<p>7. Avgiftshantering Avgiftshanteringen i socialförvaltningen följer ett 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.</p>	3	3	9	Årshjul avgiftshantering	Egengranskning	2ggr/år	EC AoS

RESULTAT INTERNKONTROLLMOMENT 2022

RISKOMRÅDE 1 - VERKSTÄLLIGHET ENLIGT SoL OCH LSS

Kommunen ska inom skälig tid verkställa ett beslut. Om ett beslut inte verkställts inom skälig tid (max 3 månader) ska kommunen rapportera detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Kommunen riskerar att betala en särskild avgift till staten i varje ärende där en person behövt vänta oskäligt länge på att beslutet ska verkställas.

	Mars	Juni	September	December
Kontroll att beslut inom SoL och LSS är verkställda inom skälig tid	Ja	Ja	ja	ja
Icke verkställda beslut inom SoL är anmält till IVO	Ja	Ja	ja	ja
Icke verkställda beslut inom LSS är anmält till IVO	Ja	Ja	ja	ja

Metod:

Totalundersökning för hela 2022

Resultat:

Det är totalt 14 ej verkställda beslut inom skälig tid som uppmärksammas i internkontrollen. Nedan är en redovisning:

4 beslut om kontaktfamilj SoL, 2 aktuella hela året, 2 kvartal 4

2 kontaktperson SoL, aktuellt kvartal 4

2 kontaktperson LSS, 1 hela året (nackar nej) och 1 kvartal 3 och 4

3 Beslut om särskilt boende SoL 2 tackat nej, 1 väntar på demensplats

2 kontaktperson vuxna SoL, 1 aktuellt kvartal 3 och 4, 1 avbrott augusti ej verkställts ånyo kvartal 4

1 träningslägenhet 1 träningslägenhet, Ivo gjort en granskning och begärt in dokumentation. Socialnämnden har yttrat sig i ärendet. Inget beslut ännu.

Stora svårigheter att verkställa kontaktperson- och familjebeslut då det finns ett svalt intresse bland medborgare att ta denna typ av uppdrag.

RISKOMRÅDE 2 - EKONOMISK UPPFÖLJNING

För att säkerställa god ekonomisk hushållning och att kostnader ryms inom ram är ekonomisk uppföljning av stor vikt. Samtliga verksamheter ska göra analys av sina kostnader i relation till sin budget samt vid behov föreslå/vidta åtgärder. Rapportering görs av samtliga verksamheter vid T1, T2 samt årsuppföljning i verksamhetsberättelse.

	Maj (T1)	September (T2)	Januari (årsbokslut)
Ekonomisk analys och rapportering genomförd (socialnämnd)	Ja	Ja	Ja
Ekonomisk analys och rapportering genomförd (äldreomsorg)	Ja	Ja	Ja
Ekonomisk analys och rapportering genomförd (IFO/FO)	Ja	Ja	Ja
Ekonomisk analys och rapportering genomförd (myndighet/HS)	Ja	Ja	Ja
Ekonomisk analys och rapportering genomförd (stab)	Ja	Ja	Ja

Metod:

Tertialuppföljning april och augusti månad samt bokslut för hela året görs i verksamhetsberättelsen.

Resultat:

Sammantaget för hela socialnämnden kan redovisas en god ekonomisk hushållning då det föreligger budget i balans. De områden på ID nivå som har ett större underskott kommer att vara med som ett målarbete i verksamhetsplanen för 2023 med aktiviteter för att nå måluppfyllelse.

Riskområde 3 - Krisberedskap

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

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

Metod:

Totalundersökning

Resultat:

Verksamheten började under våren 2022 med kontinuitetsplanering inom ramen för avsaknad av IT-system och personalbortfall. Det har även arbetat med workshops. Kontinuitetsplaner är upprättade inom dessa områden men kommer efterhand revideras vid behov och tillägg kommer att göras då arbetet med kontinuitetsplaner/hantering fortsatte under hösten och kommer att återupptas 2023 tillsammans med kommunens beredskapssamordnare och MAS.

RISKOMRÅDE 4 - BESLUT FATTADE PÅ DELEGATION

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

	December
Beslut fattade inom <i>SoL bistånd äldreomsorg</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Delvis
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.	Delvis
Beslut fattade inom <i>LSS</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja
Beslut fattade inom <i>LVM</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Delvis
Beslut fattade inom <i>SoL våld i nära relation</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Delvis
Beslut fattade inom <i>SoL missbruk/social omsorg</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Delvis

Metod:

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

Resultat:

Granskningen genomfördes endast utifrån urval för beslut enligt ovan metodbeskrivning. Urvalet gjordes alltså ej utifrån ärende. De beslut som är markerade i gult (delvis uppfyllt krav) beror på följande orsaker: beslut saknas i delegationsordningen, verksamhetssystemet är inte uppdaterat efter uppdaterad delegationsordning.

Planerade åtgärder:

Översyn av delegationsordning under Q1 2023. Nuvarande delegationsordning gäller till och med 2023-03-01. Förslag till reviderad delegationsordning presenteras till AU/SN i februari månad för beslut.

Se över arbetsordning för kommunikation efter reviderad delegationsordning så att delegationsordning, verksamhetssystem och rutiner följs åt.

RISKOMRÅDE 5 - KONTINUERLIG LOGGKONTROLL I VERKSAMHETSSYSTEMET COMBINE

Kontinuerlig loggkontroll i verksamhetssystemet Combine för att säkerställa att obehöriga inte tillgodogjort sig uppgifter som denne inte har behörighet till. Logglistor körs av systemförvaltare som sedan kontrolleras av ansvarig chef.

Metod:

Stickprov enligt ny rutin

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

Resultat:

Verksamheten har samlat brustit i följsamheten av rutinen för loggkontroll. Anledningen till det beror på brist på kontinuitet i ansvarsfördelningen när det sker förändringar i tjänster.

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	Delvis	Ja

Resultat:

Loggkontroller har genomförts och överlämnats till ansvariga chefer. Under 2022 har verksamheten samlat brustit i följsamhet av rutinen för loggkontroll som gjort att loggkontrollerna släpat efter i tid. När det kommer till själva rutinen har det visat sig att det funnits en viss otydlighet om vem som cheferna ska lämna loggkontrollen till.

Planerade åtgärder för att öka följsamheten till rutin för loggkontroll för äldreomsorg, funktionshinderomsorg samt individ- och familjeomsorg

Rutinen för kontinuerlig loggkontroll behöver förankras ytterligare i organisationen så följsamheten blir mer hållbar. Strukturen och rutinen med tillhörande ansvarsfördelning för loggkontroll behöver byggas in i ordinarie uppföljningsarbete för att säkerställa att det blir genomfört.

RISKOMRÅDE 6 - PERSONALLARM

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

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

Metod:

Stickprov enligt gällande rutin

Resultat:

Återkoppling på begärda provlarmningar av larmenheter saknas från flera verksamheter. Därav saknas information huruvida larmenheterna har provlarmat eller inte. Detta innebär att det inte finns någon garanti att larmet fungerar när det behöver användas vilket kan utsätta personal för allvarlig risk. I de fall verksamheterna har återkopplat har de provlarmat enligt gällande rutin.

Planerade åtgärder:

Information till cheferna att:

- De ansvarar för att larmenheter hanteras enligt gällande rutin
- De ansvarar för att personal som hanterar provlarm har fått rätt möjligheter för att kunna utföra sitt uppdrag enligt gällande rutin
- De ansvarar för att efterfråga utbildning till sin personal i hantering av larmenheter från systemförvaltare om behovet finns.

RISKOMRÅDE 7 - AVGIFTSHANTERING

Avgiftshanteringen i socialförvaltningen följer ett 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.

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

Metod:

Stickprov

Resultat:

Internkontroll för juni månad ej utförd på grund av personalbortfall, omorganisation och implementering av nytt verksamhetssystem. Uppföljning av internkontroll 2021 i december. Rutin för gallringsråd samt rutin för inhämtning av information kring förbehållsbelopp, norm, prisbasbelopp kommer finnas beskrivet i kommande riktlinje för avgifter. Årshjulet för avgifter med kommande internkontrollmoment är inte riktigt satta inom enheten. Under året har broschyr för avgifter färdigställts.

Planerade åtgärder:

Färdigställa tillämpningsanvisningar för avgifter.

Aktivt arbete med årshjulet och översyn av process för avgiftshantering för att säkerställa att den är aktuell och uppdaterad samt implementera den.

Internkontrollplan År 2022

Tekniska kontoret/ Vaggeryds kommun

Upprättad:	<i>Datum</i> 22-04-04	Godkänd:	<i>Datum</i> 22-04-19	Genomförd:	<i>Datum</i> Juni 2022 November 2022	Uppföljning:	<i>Datum</i> 22-06-14 22-11-22	Uppföljning godkänd:	<i>Nämnd/ Bolag</i> Teknisk nämnd	<i>Datum</i> 22-11-22
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>
Kostnadsökningar inom den tekniska verksamheten	4	4	16	Index och Strategisk plan och budget 2022	Löpande uppföljning av utvalda index	2 ggr/år (juni och november)	Handläggare	Teknisk chef	Godkänd	Synliggöra ekonomisk påverkan av inflationen.
Större driftstörningar på kommunala fastigheter	3	4	12	Strategisk plan och budget 2022	Upprättande av rapport	2 ggr/år (juni och november)	Fastighetschef	Fastighetschef	Godkänd	Synliggöra driftstörningar och eventuella konsekvenser
Återkoppling på inkommen e-post	3	3	9	Interna riktlinjer	Uppföljning	1 gång/år	Förvaltnings-sekr.	Verksamhets-ansvariga	Godkänd	Oönskade långa svarstider. Framtagande av nya rutiner kring synpunkshantering och kommunikering av dessa.
Hantering av parkeringstillstånd	3	4	12	Offentlighets- och sekretesslagen	Kontroll av tillgång till uppgifter	1 gång/år	Handläggare	Handläggare	Ej godkänd	Ej genomförd kontroll. Internkontrollpunkten kvarstår till 2023.
VA- Inläckage-ovidkommande vatten	4	2	8	VA-policy	Uppföljning av statistik, måluppfyllelse	1 gång/år	VA-chef	VA-chef	Ej godkänd	Ej genomförd kontroll. Internkontrollpunkten kvarstår till 2023. Mätvärdet uppstår efter årsskiftet.
VA- Utläckage	4	2	8	VA-policy	Uppföljning av statistik, måluppfyllelse	1 gång/år	VA-chef	VA-chef	Ej godkänd	Ej genomförd kontroll. Internkontrollpunkten kvarstår till 2023. Mätvärdet uppstår efter årsskiftet.
Trafikolyckor	3	3	9	Trafiksäkerhetsprogrammet, nollvisionen	Uppföljning av statistik	1 gång/år	Gatu- och parkchef	Gatu- och parkchef	Ej godkänd	Ej genomförd kontroll. Internkontrollpunkten kvarstår till 2023. Svårighet med tillgänglighet till statistik. Statistik ej komplett p.g.a pandemi.
Invasiva arter	4	2	8	EU-direktiv, naturvårds-verket	Samman-ställning	1 gång/år	Gatu- och parkchef	Gatu- och parkchef	Godkänd	Framtagen sammanställning av invasiva arter i Vaggeryds kommun.