

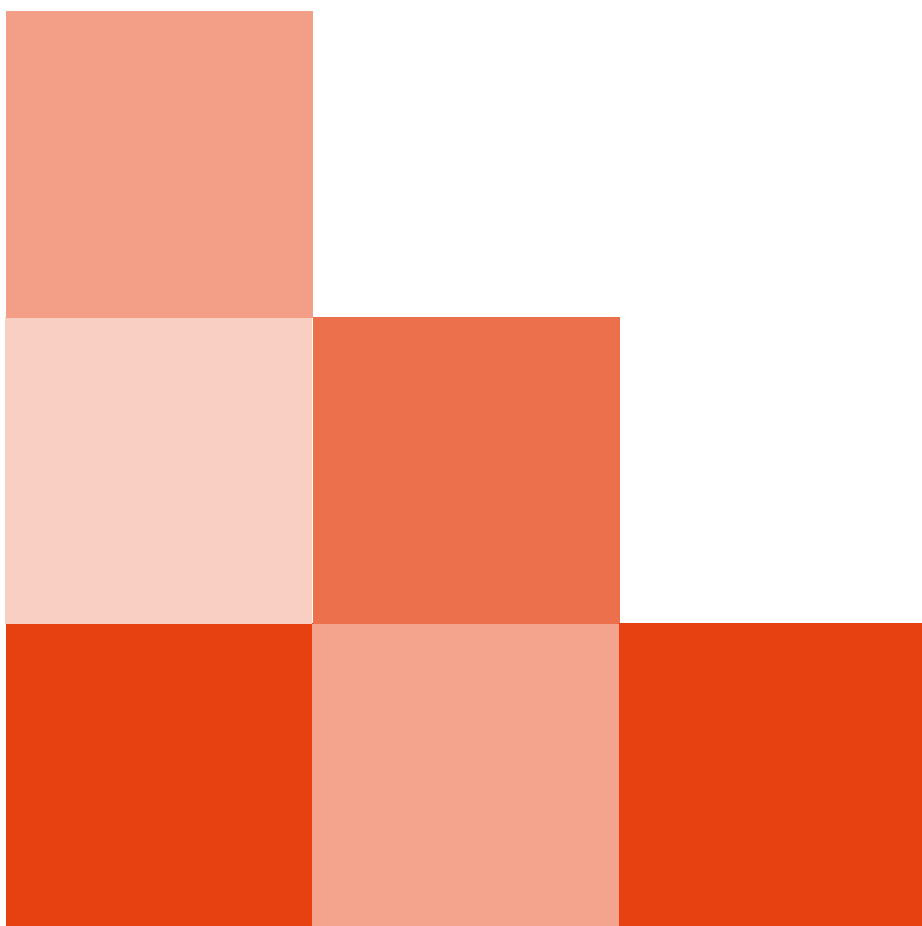


VAGGERYDS  
KOMMUN

# Rapport – internkontroll 2021 Socialförvaltningen

Fastställt av Socialnämnd: 2022-xx-xx  
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 2021.....	5
Resultat – internkontrollmoment 2021.....	6
Dokumentation – genomförandeplan och social journal.....	6
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (Magna Cura ÄHO).....	7
Utredningstider SoL barn och unga.....	8
Uppföljning av beslut inom LSS.....	9
Uppföljning av beslut inom SoL äldreomsorg.....	10
Ej fungerande överfalls-/personlarm.....	11
Avvikelsehantering.....	12
Avgiftshantering enligt årshjul.....	13
Följsamhet till SOSFS 2011:9.....	14
Bilaga 1 – Internkontrollplan 2021.....	15

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

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  $\geq 8$  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. 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 2021

Socialnämnden antog 2021-02-25 internkontrollplanen för 2021 (se bild nedan samt bilaga 1). Internkontrollplanen för 2021 upprättades dels utifrån resultaten från 2020 års internkontroll, dels utifrån nya identifierade riskområden. Vissa internkontrollmoment har justerats avseende frekvens utifrån vad som angavs i internkontrollplanen. Anledningen till detta var bland annat att sammankoppla internkontrollen med tertialuppföljningarna. Med anledning av byte av verksamhetssystem från Magna Cura IFO till Combine har förvaltningen under 2021 upprättat ny rutin för loggkontroll. Myndighet och IFO verkställighet gick i skarpt läge med Combine i början av 2021 och utifrån detta har internkontrollmomentet för Magna Cura IFO inte genomförts. Kontrollmomentet kring loggkontroller kommer att omformuleras till att omfatta Combine inför nästkommande års internkontroll, i vilket följsamhet till den nya loggkontrollsrutinen kontrolleras.

Sammanfattningsvis har samtliga områden i internkontrollplanen för 2021 blivit kontrollerade och genomförda. Utvecklings- och förbättringsområden inom respektive område hanteras av respektive verksamhet/område/enhet.

Under verksamhetsåret 2021 har ett kommunövergripande arbete genomförts, i vilket Vaggeryds kommuns reglemente för internkontroll har justerats samt att framtagande av kammungemensamma tillämpningsanvisningar för internkontroll har gjorts. Socialförvaltningen utvärderar kontinuerligt sina arbetsätt, så även arbetet med internkontroll. Under året har diskussion förts inom ledningsgruppen om hur arbetet ska genomföras samt vad som utgör relevanta och viktiga kontrollområden utifrån identifierade riskområden. Sammanfattningsvis är arbetet med internkontroll en komplex process med syfte att skapa och bibehålla en robust organisation med aktiva och säkra processer och rutiner.

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

## RESULTAT – INTERNKONTROLLMOMENT 2021

### DOKUMENTATION – GENOMFÖRANDEPLAN OCH SOCIAL JOURNAL

#### Bakgrund till riskmoment

Om myndighetsbeslut 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.

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

#### Metod

Stickprov. Granskningen genomförs genom att 10 st. brukare slumpmässigt väljs ut av områdeschef. Varje utvald brukares genomförandeplan och sociala journal egengranskas av områdeschef utifrån kontrollparametrarna nedan; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

#### Resultat

Områdeschefer inom äldreomsorg, funktionshinderomsorg samt IFO öppenvård har egengranskat genomförandeplan samt social journal hos 10 slumpmässigt utvalda brukare. Granskningen fokuserar på upprättande av genomförandeplan samt löpande social dokumentation. Nedan ses en sammanställning av kontrollparametrarna och det övergripande resultatet för äldreomsorgen (ÄO) samt IFO öppenvård/funktionshinderomsorg (IFO/FO).

		ÄO	IFO/FO
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 12.	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 12 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilda har med insatserna	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●

#### Analys och åtgärder

Egengranskningen visar överlag att arbetet med genomförandeplaner och social journal fungerar väl. Resultatet visar på en förbättring jämfört med föregående års internkontroll, vilket är positivt. Möjligen kan förbättringen förklaras av att det under 2021 införts ett nytt verksamhetssystem, vilket delvis har aktualiserat flera delar som ingår i kontrollmomentet. Inför verksamhetsåret 2022 har de verkställande verksamhetscheferna antagit ett gemensamt mål kopplat till dokumentation, med syfte att vidareutveckla dokumentationsarbetet i förvaltningen.

## OTILLBÖRLIG ÅTKOMST/INTRÅNG I DATASYSTEM (MAGNA CURA ÄHO)

### Bakgrund till riskmoment

Socialförvaltningen använder Magna Cura ÄHO för utredning och dokumentation inom äldreomsorg, funktionshinderomsorg, social omsorg och hälso- och sjukvård. Om personer som saknar behörig vårdrelation eller motsvarande har varit inne i journal/social dokumentation finns risk för dataintrång. Systemförvaltare genomför löpande loggkontroller av systemet. Logglistan verifieras av ansvarig chef. I händelse av misstanke av otillbörligt användande av systemet finns antagen rutin för hantering.

Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC ÄHO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC ÄHO	Stabschef

### Metod

Systemförvaltare för Magna Cura ÄHO egenrapporterar huruvida loggkontrollerna är genomförda samt huruvida de är signerade och aktuell chef. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametrarna nedan. Mätningen ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Genomgående ses att upprättade rutiner efterföljs. Viss avvikelse noteras gällande signering av logglista av aktuell chef. Inga incidentrapporter har rapporterats under året avseende otillbörlig åtkomst eller intrång i Magna Cura ÄHO.

		Maj	November
Kontrollparametrar	1. Loggkontroll utifrån rutin är genomförd		
	2. Logglista signerad av aktuell chef		
	3. Rutinen är uppdaterad och aktuell		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

### Analys och åtgärder

Överlag bedöms att arbetet med loggkontroller inom Magna Cura ÄHO håller en acceptabel nivå. Viss brist föreligger i signering av logglista av aktuell chef. Systemförvaltare har tagit kontakt med den/de chefer då signering uteblivit. Från och med 2021-11-01 genomförs arbete i Combine istället för Magna Cura ÄHO. Med anledning av byte av verksamhetssystem har förvaltningen under 2021 upprättat ny rutin för loggkontroll. Kontrollmomentet kommer att omformuleras till att omfatta Combine inför nästkommande års internkontroll, vilket följsamhet till den nya loggkontrollsrutinen kontrolleras.

## UTREDNINGSTIDER SOL BARN OCH UNGA

### Bakgrund till riskmoment

Utredningstider inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) gällande barn och unga ska ske inom 4 månader. Längre utredningstid är möjlig efter anstånd.



Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Lagföljsamhet utredningstid SoL BoU	2	4	8	Rutin handläggning	Utredningstider	Totalundersökning	2ggr/år (april/november)	EC BoU utredning	Stabschef

### Metod

Totalundersökning. Enhetschef för myndighet barn och unga (utredning) egenrapporterar huruvida utredning skett inom ramen för 4 månader. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Överlag ses att merparten av utredningarna har genomförts inom lagstadgad tidsram.

		Maj	December
<b>Kontrollparametrar</b>	<b>1. Utredningar inom SoL BoU är genomförda inom lagstadgad tid</b>		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

### Analys och åtgärder

Granskningen av utredningstider avser utredningar som genomförts under 2021. Förlängning av utredningstid har gjorts i ärenden där det uppkommit ny information som måste klargöras innan utredningen kan avslutas. Inga ärenden har överskridit utredningstid utan tillbörligt anstånd. Lagstiftaren ger socialtjänsten en möjlighet att förlänga utredningstid vilket vi i vissa ärenden behövs göra. Det kan t.ex. handla om att inväntande av information från t.ex. barn- och ungdomspsykiatri eller att det har kommit in ny oro för barnet under slutfasen av utredningen som först måste undersökas innan utredningen kan avslutas. Inga planerade åtgärder är aktuella då behov av att ibland förlänga inte är en signal om att behov av att förändra arbetssättet.



## UPPFÖLJNING AV BESLUT INOM LSS

### Bakgrund till riskmoment

Biståndsbeslut fattade inom ramen 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.



Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Uppföljning av beslut SoL/LSS	3	4	12	Riktlinjer SoL/LSS		Stickprov	1ggr/år (november)	EC vuxen	Stabschef

### Metod

Stickprov. Enhetschef egenrapporterar huruvida beslut om insatser följts upp inom 12 månader. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Egengranskningen visar att uppföljningarna sker inom lagstadgad tid.

		Maj	December
<b>Kontrollparameter</b>	Fattade LSS-beslut är uppföljda inom lagstadgad tid		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

### Analys och åtgärder

Uppföljningarna sker inom lagstadgad tid dock innebär pandemisituationen att uppföljningar i form av fysiska möten inte kan genomföras på samma sätt som annars skulle vara fallet. Under delar av året har uppföljningarna behövt ske på annat sätt än genom gemensamma fysiska möten med anledning av Covid-restriktioner. I samband med att Covid-restriktionerna förändras kommer uppföljningarna kunna genomföras genom fysiska möten. Den samlade bedömningen är att uppföljningarna görs på ett rättssäkert sätt och enligt lagstiftarens direktiv.

## UPPFÖLJNING AV BESLUT INOM SOL ÄLDREOMSORG

### Bakgrund till riskmoment

Biståndsbeslut fattade inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) ska följas upp kontinuerligt. Om beslut inte följs upp finns risk att insatser inte utförs eller att fel insatser utförs.



Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Uppföljning av beslut SoL/LSS	3	4	12	Riktlinjer SoL/LSS		Stickprov	1ggr/år (november)	EC vuxen	Stabschef

### Metod

Stickprov. Enhetschef egenrapporterar huruvida beslut om insatser följts upp inom 12 månader. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Överlag ses att fattade beslut är uppföljda. Dock finns utrymme för utveckling och förbättringar inom arbetet med uppföljningar.

		Maj	December
<b>Kontrollparameter</b>	Fattade SoL-beslut inom äldreomsorg avseende omvårdnad och service är uppföljda inom 12 månader		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

### Analys och åtgärder

Maj: rapportering i maj grundar sig i kontroll av 29 beslut fattade inom hemtjänsten under perioden 1-30 april 2020. Samtliga beslut utom två är uppföljda genom att behovet förändrats och ny utredning inletts och nytt beslut fattats (två brukare var avlidna och därmed ej uppföljda). December: de uppföljningar som är gjorda är fortsatt omprövningar. Den samlade bedömningen är att uppföljningarna görs på ett rättssäkert sätt och enligt lagstiftarens direktiv.

I uppföljningarna framgår brukarens och utförarens syn på behov, det som däremot saknas är brukarens upplevelse av insatsen. För att veta hur varje unik brukare upplever insatsen de erhåller, kommer arbete med att få in detta i utredningarna att implementeras. Syftet är att säkerställa att vi har kunskap kring hur insatsen upplevs och om möjligt tillrättalägga den om brukaren inte är helt nöjd. I och med att vi byter verksamhetssystem kommer vi få ett stöd i det för uppföljning både utvärdering och kvalitetsupplevelse. Arbete pågår också på enheten med att arbeta för att formulera mätbara mål.

## EJ FUNGERANDE ÖVERFALLS-/PERSONLARM

### Bakgrund till riskmoment

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

Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Ej fungerande överfallslarm	3	4	12	Rutin provlarm	Egengranskning	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare larm	Stabschef

### Metod

Systemförvaltare personlarm egenrapporterar huruvida att provlarmning är genomfört enligt gällande rutin. Provlarmning sker i verksamheterna enligt upprättad rutin. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan genom att ange relevant svar i rullistan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Överlag ses att provlarmning enligt rutin genomförs.

		Maj	November
Kontrollparametrar	1. Provlarmning är utförd enligt gällande rutin		
	2. Rutinen för överfalls-/personlarm är uppdaterad och aktuell		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

### Analys och åtgärder

Genom granskningen framkommer det att återkoppling till systemförvaltare på provlarmningar av larmenheter saknas från några verksamheter, vilket medför att det saknas information kring huruvida de larmenheterna är provlarmade eller inte. Detta kan innebära att larmenheter som inte provlarmats kan inte heller garanteras fungera tillräckligt i en situation där larmenheten kan behöva användas. Utifrån detta så kommer rutinen och arbetssättet kring hantering av person-/överfallslarm att förtydligas och förankras i verksamheterna.

## AVVIKELSEHANTERING

### Bakgrund till riskmoment

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.

Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Hantering och utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål	3	4	12	Riktlinje/process	Egengranskning	Stickprov	2 ggr/år	EC/OC	Stabschef

### Metod

Enhets-/områdeschef egenrapporterar kring kunskapsläge och löpande arbete avseende avvikelser och händelser. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Överlag ses att verksamheterna har kunskap om var och hur de rapporteras avvikelser. Likaså involveras medarbetare i åtgärdsarbete.

		Maj	December
<b>Kontrollparametrar</b>	1. Medarbetarna har kunskap om var och hur de rapporterar avvikelser	●	●
	2. Medarbetare involveras i utredning och implementering av åtgärder utifrån uppkommen avvikelse (t.ex. inom ramen som ombud eller liknande)	●	●
	3. Medarbetare erhåller återkoppling på uppkomna avvikelser (t.ex. på APT eller motsvarande)	●	●
	0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)		

### Analys och åtgärder

Under året har ett nytt system för avvikelserrapportering införts i förvaltningen. Parallellt med detta har ämnet aktualiserats och diskuterats. Enheten för kvalitet och utveckling kommer under nästkommande år att fortsätta arbetet med avvikelshantering i verksamheterna (inkl. Lex Sarah och Lex Maria).

## AVGIFTSHANTERING ENLIGT ÅRSHJUL

### Bakgrund till riskmoment

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.



Riskmoment	Risk				Kontrollmoment				
	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Följsamhet till avgiftshantering enligt riktlinje för årshjul	3	3	9	Rutiner/processer	Egengranskning	Stickprov	2ggr/år	EC admin	Stabschef

### Metod

Enhetschef egengranskar utifrån kontrollmoment i årshjulet för avgiftshantering. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametrerna nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

### Resultat

Överlag ses följsamhet till upprättat årshjul. Årshjulet innehåller ett antal grundläggande händelser och aktiviteter för att säkerställa korrekt hantering och administrering av avgifter. Årshjulet infördes under våren 2021 och har haft positiv påverkan för hanteringen av avgifterna för primär administratör och sekundär administratör.

Kontrollparametrar	1. Händelser/moment har genomförts i den omfattning och i det utförandet som beskrivs i årshjulet avgifter. <i>0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)</i>	Maj	December
			

### Analys och åtgärder

Granskningen har medfört att följande åtgärder planerats och delvis genomförts; upprätta ny rutin för vad som bör beaktas vid hyreshöjning inom socialförvaltningen, upprätta ny rutin för gallring inom avgifterna, upprätta ny rutin för hur vi hämtar information om förbehållsbelopp, norm, prisbasbelopp. Likaså visar internkontrollen på behovet av upprättade tillämpningsanvisningar för avgiftshanteringen. Årshjulet kommer att uppdateras inför 2022.

## FÖLJSAMHET TILL SOSFS 2011:9

### Bakgrund till riskmoment

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.


Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Följsamhet till SOSFS 2011:9	3	4	12	Ledningssystem	Egengranskning	Totalundersökning	1ggr/år	MAS	Stabschef

### Metod

Enhetschef för kvalitet och utveckling och MAS egengranskar utifrån upprättad patientsäkerhetsberättelse huruvida förvaltningen har följsamhet till SOSFS 2011:9.

### Resultat

Överlag ses följsamhet till SOSFS 2011:9. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver mer grundligt vilka områden som kan/behöver utvecklas.

Kontrollparametrar	Följsamhet till SOSFS 2011:9 återges i upprättad patientsäkerhetsberättelse	Mars
	0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)	

### Analys och åtgärder

Granskningen visar att det delvis finns en följsamhet till SOSFS 2011:9, men att det finns områden som behöver stärkas och utvecklas. Bland annat behöver rapporteringsskyldighet förtydligas i verksamheterna, processer och rutiner beskrivas, egenkontroll och riskanalys behöver systematiseras ytterligare. Likaså behöver stödstruktur för det verksamhetsnära kvalitetsarbetet återupptas samt behöver arbetet med personalförsörjning och kompetensutveckling utvecklas. Utöver detta så saknas i dagsläget en samlad beskrivning av förvaltningens kvalitetsledningssystem utifrån SOSFS 2011:9.

## BILAGA 1 – 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 och EC KoU	Stabschef