

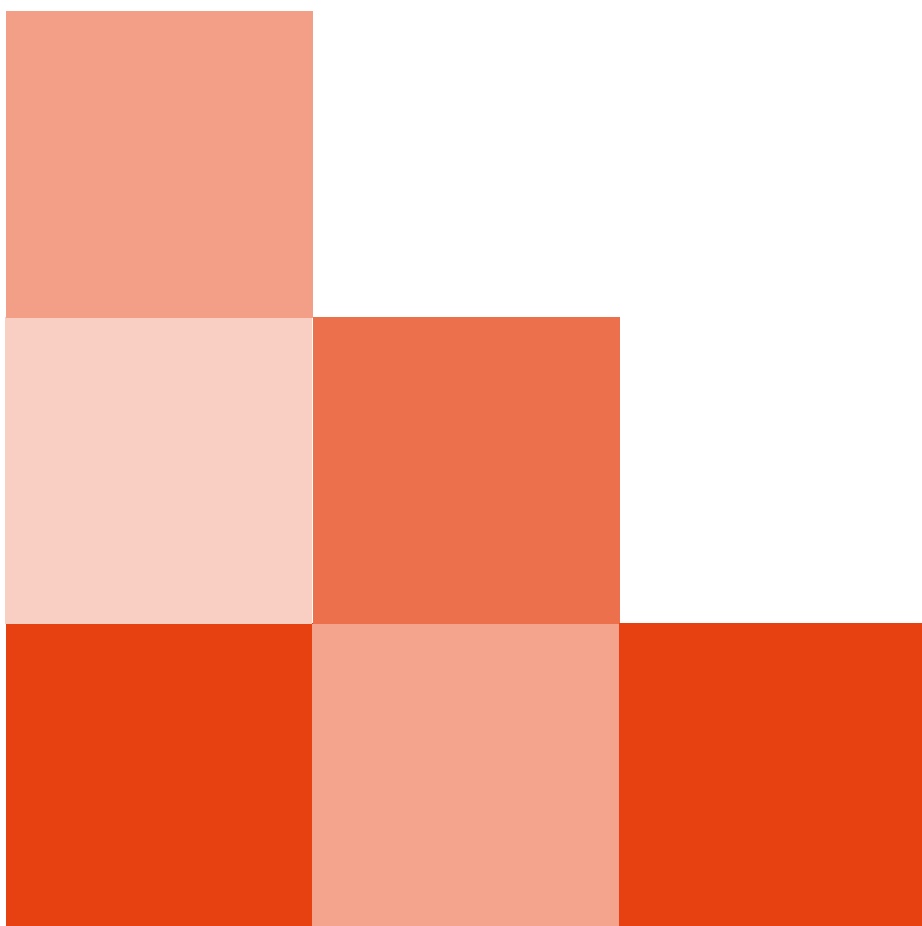


VAGGERYDS
KOMMUN

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

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

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

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 uppmärksammats 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 beredskapsamordnare 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.