



**VAGGERYDS
KOMMUN**

Plan för intern kontroll 2023 Socialförvaltningen

Antagen av Socialnämnd 2023-XX-XX § X

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen

Ansvarig tjänsteman: Verksamhetschef stab



BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERN KONTROLL

Syftet med intern kontroll är att förebygga, upptäcka och åtgärda brister som kan hindra organisationen att genomföra ändamålsenlig och effektiv verksamhet enligt lagar, förordningar och uppsatta mål. Kommunallagen 6 kap 6§ ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Socialförvaltningens interna kontroll ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och är en central del i förvaltningens systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete där resultat och utfall i internkontrollen utgör grund för förbättrings- och utvecklingsarbete.

PROCESS FÖR INTERN KONTROLL I SOCIALFÖRVALTNINGEN

Socialförvaltningens interna kontroll utgår från Vaggeryds kommuns reglemente för internkontroll samt Vaggeryds kommun tillämpningsanvisningar för internkontroll. Arbetsprocessen utgår till stor del från SKR:s beskrivning av intern kontroll.

- Identifiering och kartläggning av risker
- Bedömning och värdering av risker
- 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 allvarlig blir konsekvensen om den inträffar?). Bedömningen sker genom en 4-gradig skala enligt följande;

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

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 PLAN FÖR INTERN KONTROLL

I framtagandet av plan för intern kontroll för år 2023 har samtliga områdes- och enhetschefer involverats i arbetet med att identifiera risker. Dessa identifierade risker har sedan analyserats i förvaltningsledningen och en förvaltningsövergripande riskanalys har tagits fram. De risker som värderats ≥ 8 hanteras och ingår i planen för intern kontroll.

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 OCH GENOMFÖRANDE

Genomförande av kontrollmomenten görs i separata excel-filer vilka upprättas och distribueras av verksamhetschef stab eller annan stödjande personal. Resultat från kontrollmomenten analyseras och sammanställs i en rapport för den interna kontrollen av verksamhetschef stab eller annan stödjande personal. Rapporten föredras av verksamhetschef stab för ledningsgrupp, socialnämnd, områdes-/enhetschefer samt stödjande personal.

PLAN FÖR INTERN KONTROLL ÅR 2023

Resultatet av den interna kontrollen för år 2022 pekade på brister inom flertalet områden, varför fem av sju områden från år 2022 har tagits med till 2023 års interna kontroll.

Riskmoment		Beskrivning
1	Läkemedelshantering (nytt område för 2023)	Läkemedelshanteringen inom den kommunala hälso- och sjukvården regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering (HSLF-FS 2017:37). Det är ett högriskmoment som kräver god medicinsk kompetens hos mottagare av en läkemedelsdelegering. Vid brist på kompetens föreligger det risk för allvarliga händelser som kan få allvarliga konsekvenser för den enskilde.
2	God hygienisk standard (nytt område för 2023)	En god hygienisk standard är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva den kommunala vård och omsorgen. Detta regleras i flertalet lagar och syftet är blanda annat att förhindra smittspridning och förhindra allvarliga sjukdomar. Men det är även till skydd för medarbetare som arbetar med dessa risker.
3	Krisberedskap (område kvar från 2022)	Om verksamheten saknar aktuell kontinuitetsplanering föreligger risk för bristande patient-, klient- eller brukarsäkerhet.
4	Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine (område kvar från 2022)	En viktig del i säkerhetsarbetet inom förvaltningen är att säkerställa att endast behöriga har tillgång till känslig information. I och med att förvaltningen inför tjänstemobiler för samtliga medarbetare ökar även tillgängligheten till information.
5	Person-/överfallslarm (område kvar från 2022)	Om person-/överfallslarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande.
6	Avgiftshantering (område kvar från 2022)	Avgiftshandlingen i Socialförvaltningen följer ett årshjul vilket anger olika händelser och administrering av avgifter. Om aktiviteter inte genomförs, t.ex. stickprovskontroll för säkerställande av korrekt avgiftsbeslut, finns risk att medborgaren debiteras felaktig avgift.
7	Följsamhet delegationsordning (område kvar från 2022)	Om delegationsordningen inte följs, i vilket tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende, så innebär det att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och kan leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.

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

* Utvärdering och analys återfinns i internkontrollrapporten

