



VAGGERYDS
KOMMUN

Plan för intern kontroll 2024 Socialförvaltningen

Antagen av Socialnämnd 2024-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
- Upprättande av internkontrollplan
- Genomförande plan
- Utvärdering av genomförd intern kontroll
- Åtgärdsplan för eventuellt kvarstående 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. Riskanalyser genomförs ute i verksamheten och ska vara en del av analysarbetet inför planeringen av verksamheten. Verksamheternas riskanalyser är sedan underlag för en förvaltningsövergripande riskanalys. 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
		4. Allvarlig	3. Kännbar	2. Lindrig	1. Försumbar	
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	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	Hantering
1-3	Ingen åtgärd
4-6	Risken bevakas
8-12	Internkontrollplan
16	Internkontrollplan

UPPRÄTTANDE AV PLAN FÖR INTERN KONTROLL

Riskanalys genomförs inom respektive verksamhetsområde och på enhets-/områdesnivå och är underlag för den riskanalys som förvaltningsledning gör och sammanställer förvaltningsövergripande. De risker som i den förvaltningsövergripande riskanalysen värderats till 8 eller högre, 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

Genomförandet av kontrollmomenten görs på olika sätt. Vissa kontrollmoment genomför enhets- och områdeschefer, andra genomför stödjande funktioner upp. För varje kontrollmoment finns en funktion som utför kontrollmomentet och en funktion som är ansvarig för det. Resultat från kontrollmomenten analyseras och sammanställs i en rapport för den interna kontrollen och redovisas för nämnd samt delges därefter till kommunstyrelsen samt kommunens revisorer.

PLAN FÖR INTERN KONTROLL ÅR 2024

I rapporten för den interna kontrollen för år 2023 visade ett antal områden på brister och flera områden bedömdes som ej godkända. Dessa områden är med även i 2024 års interna kontroll. Ytterligare områden har identifierats som riskmoment och har därmed tagits med. Följande riskområden ingår i 2024 års interna kontroll:

Riskmoment	Beskrivning av risker
1 God hygienisk standard (område kvar från 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. I tidigare Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelse och i tidigare granskningar och kontroller har det varit tydligt att detta är ett riskområde där förvaltningen idag har brister. Resultatet i följsamhet för god hygienisk standard har successivt försämrats sedan år 2020.
2 Krisberedskap (område kvar från 2023)	Om verksamheten saknar aktuell kontinuitetsplanering föreligger risk för bristande patient-, klient- eller brukarsäkerhet. Utifrån säkerhetsläget och då förvaltningen till fullo inte är klar med kontinuitets- och beredskapsarbetet ses detta som ett riskområde.
3 Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine (område kvar från 2023)	En viktig del i säkerhetsarbetet inom förvaltningen är att säkerställa att endast behöriga har tillgång till känslig information. I och med att förvaltningen infört tjänstemobiler för samtliga medarbetare ökar även tillgängligheten till information. Områden har tidigare visat brister vilket gör att detta ses som ett fortsatt riskområde.
4 Person-/överfallslarm (område kvar från 2023)	Om person-/överfallslarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande. Bristerna i den tidigare interna kontrollen gör att detta område ses som ett fortsatt riskområde.
5 Följsamhet delegationsordning (område kvar från 2023)	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. Då brister även setts kopplade till överensstämmelse mellan delegationsordning och hur verksamhetssystem fungerar, ses området som ett riskområde.
6 Dokumentation (nytt område för 2024)	Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på ett otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning.

		<p>Brister i dokumentationen har framkommit i interna utredningar, men också externa granskningar t.ex. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).</p>
7	<p>Verkställda beslut kontaktperson/kontaktfamilj (nytt område för 2024)</p>	<p>Kommunen ska inom skälig tid verkställa ett beslut. Om ett beslut inte verkställts inom skälig tid ska kommunen rapportera detta till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Att ett beslut ej verkställs i tid innebär risker för den som inte får sin insats verkställd. Beslut som varit särskilt svåra att verkställa har varit beslut rörande kontaktperson och kontaktfamilj.</p>
8	<p>Synpunkter och klagomål (nytt område för 2024)</p>	<p>Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Om inte detta görs finns en risk att verksamheten förbiser brister som påverkar patientsäkerheten och möjligheten att upprätthålla en god och säker vård samt upprätthålla en verksamhet av god kvalitet. I brukarundersökningar, kartläggning av hälso- och sjukvården samt det faktum att medborgare hör av sig till IVO innan de klagar till förvaltningen visar på tydliga brister inom detta område.</p>
9	<p>Digitalisering och användning av digitala verktyg (nytt område för 2024)</p>	<p>I takt med att förvaltningen digitaliserar verksamheten mer och mer, innebär det också att andra risker än tidigare uppstår. I forskningsrapporten "Digitaliseringens risker i hälso- och sjukvård" som Totalförsvarets Forskningsinstitut (FOI) gav ut 2023 har följande tre risker med digitaliseringen inom hälso- och sjukvården identifierats: 1. Osäkra system leder till risker för patienter, personal och omgivning. 2. Olämpliga system minskar effektiviteten eller ökar belastningen på personalen. 3. Opålitlig infrastruktur leder till följdproblem i system som förlitar sig på infrastrukturen.</p> <p>Dessa risker ses samlat inom förvaltningens verksamhet både hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Samtidigt som digitaliseringen möjliggör olika typer av förbättringar så innebär det även risker och sårbarheter, vilket också visat sig i avvikelser som rör system samt införandet av desamma.</p>

Plan för intern kontroll år 2024										
Socialförvaltningen Vaggeryds kommun										
Riskbedömning			Kontrollmoment						Utvärdering*	
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat
1. God hygienisk standard	3	4	12	Rutin basala hygienrutiner	Kontroll av följsamhet till rutin	1 ggr/år	Områdes-/enhetschef MAS	MAS		
2. Krisberedskap	3	4	12	Kontinuitetsplanering	Kontroll förekomst av aktivt	2 ggr/år	Verksamhetschef stab	FC		
3. Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	2	4	8	Rutin loggkontroll	Kontroll följsamhet till rutin för	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU		
4. Person-/överfallslarm	2	4	8	Rutin provlarmning	Kontroll följsamhet till rutin för provlarmning	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU		
5. Följsamhet delegationsordning	2	4	8	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Granskning stickprov på fattade beslut	1 ggr/år	Utvecklingsledare	VC MY		
6. Dokumentation	4	4	16	Följsamhet till SOSFS 2014:5 samt HSLF-FS 2016:40	Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram	1 ggr/år	Utvecklingsledare	EC KoU		
7. Verkställda beslut kontaktperson/kontaktfamilj	4	4	16	Ej verkställda beslut	Kontroll förekomst ej verkställda beslut KP/KF	4 ggr/år	Nämndsekreterare	VC MY		
8. Synpunkter och klagomål	3	3	9	Följsamhet SOSFS 2011:9	Kontroll förekomst av rutin, digital hantering samt följsamhet	1 ggr/år	Utvecklingsledare	EC KoU		
9. Digitalisering och användning av digitala verktyg	3	4	12	Följsamhet systemförvaltar-handbok	Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering	2 ggr/år	EC KoU	VC Stab		

* Utvärdering och analys återfinns i internkontrollrapporten