



VAGGERYDS
KOMMUN

Rapport – intern kontroll 2024

Socialförvaltningen

Fastställd av Socialnämnd: 2025-xx-xx

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen

Ansvarig tjänsteman: Verksamhetschef Stab (förslag till nämnd 250210)

INNEHÅLL

Bakgrund och syfte med intern kontroll.....	3
Process för internkontroll.....	3
Identifiering och kartläggning av risker	3
Bedömning och värdering av risker	3
Sammanfattning resultat 2024.....	4
Resultat 2024.....	6
Riskområde 1 – God hygienisk standard.....	6
Riskområde 2 - Krisberedskap	7
Riskområde 3 – Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet.....	8
Riskområde 4 - Personlarm.....	9
Riskområde 5 – Följsamhet delegationsordning.....	9
Riskområde 6 – Dokumentation	10
Riskområde 7 – Verkställda beslut.....	11
Riskområde 8 – Synpunkter och klagomål.....	12
Riskområde 9 – Digitalisering	12

BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERN KONTROLL

Syftet med intern kontroll 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 reglemente för intern kontroll anger att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den interna kontrollen ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Socialnämnden antog 2024-03-21 § 29 en plan för intern kontroll för år 2024. I februari året därpå återrapporteras resultatet av den interna kontrollen till Socialnämnden.

PROCESS FÖR INTERNKONTROLL

Processen för internkontroll i socialförvaltningen finns beskriven på intranätet. Internkontrollen utgår till stor del från SKR:s beskrivning gällande intern kontroll.

1. Identifiera och kartlägga risker
2. Bedöma och värdera risker
3. Skapa en plan för intern kontroll
4. Genomföra planen
5. Utvärdera genomförd intern kontroll
6. Skapa en åtgärdsplan för kvarstående risker
7. Rapportera intern kontroll

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. 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.

BEDÖMNING OCH VÄRDERING AV RISKER

Identifierade risker värderas utifrån sannolikhet och konsekvens. 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

SAMMANFATTNING RESULTAT 2024

I den interna kontrollen har samtliga områden kontrollerats. Sammanfattningsvis visar den interna kontrollen att ett par förbättringar skett sedan föregående år avseende de områdena som tidigare varit med i den interna kontrollen, såsom krisberedskap och följsamhet till delegationsordningen. Samtidigt är det ett par kontrollmoment som fortsatt är ej godkända och kommer kvarstå till nästa år, såsom exempelvis god hygienisk standard samt loggkontroller avseende både verksamhetssystem och personlarm.

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	Ej godkänd (kvarstår)	Finns fortsatt brister inom området
2. Krisberedskap	3	4	12	Kontinuitetsplanering	Kontroll förekomst av aktivt	2 ggr/år	Verksamhetschef stab	FC	Godkänd (avslutas)	Området kommer följas upp löpande på annat sätt
3. Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	2	4	8	Rutin loggkontroll	Kontroll följsamhet till rutin för	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU	Ej godkänt (kvarstår)	Fortsatt arbete behöver göras i uppföljningsprocessen
4. Person-/överfallslarm	2	4	8	Rutin provlarmning	Kontroll följsamhet till rutin för provlarmning	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU	Ej godkänt (kvarstår)	Fortsatt arbete behöver göras i uppföljningsprocessen
5. Följsamhet delegationsordning	2	4	8	Beslut fattade på delegation enligt upprättad delegationsordning	Granskning stickprov på fattade beslut	1 ggr/år	Utvecklingsledare	VC MY	Godkänd (avslutas)	Förbättringar skett sedan föregående kontroll. Vissa andra brister har identifierats som rör systemet där fortsatt arbete behöver göras.
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	Ej godkänd (kvarstår)	Egenkontrollprogrammet är framtaget men ej testat ännu (sker under våren 2025).
7. Verkställda beslut kontaktperson/kontaktfamilj	4	4	16	Ej verkställda beslut	Kontroll förekomst ej verkställda beslut KP/KF	4 ggr/år	Nämndsekreterare	VC MY	Ej godkänt (avslutas)	Svårigheter i att göra förbättringar då utmaningar att rekrytera kontaktpersoner och kontaktfamiljer är ett generellt problem i landet. Fortsatt omvärldsbevakning.
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	Ej godkänt (kvarstår)	Processen finns men är ej digitaliserad ännu.
9. Digitalisering och användning av digitala verktyg	3	4	12	Följsamhet systemförvaltarhandbok	Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering	2 ggr/år	EC KoU	VC Stab	Ej godkänt (kvarstår)	Vissa framsteg har skett inom området, men arbete kvarstår med riskbedömningar samt åtgärder enligt systeminventeringen.

* Utvärdering och analys återfinns i internkontrollrapporten

RESULTAT 2024

RISKOMRÅDE 1 – GOD HYGIENISK STANDARD

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.

METOD

Kontrollen har bestått i dels en redovisning utifrån uppgifter som Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) lämnar, men dels också utifrån uppgifter som områdescheferna lämnar i respektive verksamhetsberättelse. Det resultatet sammanställs och bedöms samlat av MAS.

RESULTAT OCH ANALYS

	December
Samtliga medarbetare i berörda verksamheter har genomgått Socialstyrelsens hygienutbildning (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Delvis
Samtliga berörda enheter har en eller flera utbildade hygienombud (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Delvis
Samtliga berörda verksamheter har genomfört följsamhetsmätningar enligt rutin (uppgift från MAS)	Nej
Samtliga berörda verksamheter har genomfört vårdhygienisk egenkontroll under året (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Nej
Vid de tillfällen som mätningar, egenkontroller eller avvikelser visat ett bristfälligt resultat i följsamheten av basal hygienrutin, så har särskilda förbättringsarbeten planerats och/eller genomförts i samtliga berörda verksamheter (samlad bedömning utifrån resultat i VB)	Nej

Det framgår av information i hygienisk egenkontroll samt verksamhetsberättelser att samtliga medarbetare inte genomgått Socialstyrelsens utbildning även om många har gjort det. Detta ingår i rutinen men det finns stora brister i kännedom om innehållet i rutinen vilket också bekräftas vid de utbildnings-forum som arrangerats under året. Det framgår att oavsett om utbildningen är genomgången så har inte informationen omvandlats till kunskap vilket t.ex. kan handla om felaktig hantering av tvätt och felaktig hantering av arbetskläder. Majoriteten har utbildade hygienombud. Trots detta har följsamhetsmätningar inte genomförts på samtliga enheter. Andelen genomförda vårdhygienisk egenkontroll har minskat något sedan föregående år vilket gör att adekvata åtgärder inte heller kopplats i den tillhörande handlingsplanen. Variationen inom verksamheterna är mycket stor. Vissa enheter har uppgivit i verksamhetsberättelsen att man uppfyllt mål som inte är uppnådda.

Området god hygienisk standard berörs närmare i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2024.

FORTSATTA ÅTGÄRDER

Planering av åtgärder pågår gällande introduktion av nyanställda medarbetare, där grundutbildning i vårdhygien kommer ingå. Under 2024 har stödfunktioner i stab genomfört flera aktiviteter för att stärka arbetet med en god hygienisk standard. Aktiviteterna har inte gett önskad effekt. De verktyg

som finns till hjälp och stöd för verksamheterna används inte och den information som ges omvandlas inte till kunskap eller aktiviteter i verksamheten. Behovsinventering har skickats ut från stödfunktioner gällande vilket stöd som önskas för att uppnå kvalitetsmål. Förvaltningen behöver fortsatt följa egenkontrollparametrarna på respektive verksamhetsområde då variationen i både resultat och analys är varierande.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

RISKOMRÅDE 2 - KRISBEREDSKAP

Om verksamheten saknar aktuell kontinuitetsplanering föreligger risk för bristande patient-, klient eller brukarsäkerhet. Området fanns även med i den interna kontrollen för 2023.

METOD

Kontrollen består i en samlad bedömning av verksamhetschef Stab.

RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Verksamheten har aktuella kontinuitetsplaner	Delvis	Ja
Verksamheten har ett pågående arbete med kontinuitetshantering	Ja	Ja
Det finns en upprättad och beslutad plan för beredskapsarbete	Delvis	Ja
Det finns en upprättad och beslutad krisledningsplan	Nej	Delvis
Utredning el, värme, vatten är slutförd och åtgärder planerade	Nej	Delvis

Den interna kontrollen visar på förbättringar jämfört med föregående års kontroll. Förvaltningen har arbetat aktivt med att ta fram aktuella kontinuitetsplaner. Vissa är ej ännu formellt beslutade, men hanteras som om vore beslutade och antagna, d.v.s. det är de planerna som verksamheten arbetar efter. Det pågår också ett aktivt arbete i förvaltningen tillsammans med övriga förvaltningar och verksamheter i kommunen för att stärka redundansen.

I juni månad godkände nämnden förvaltningens plan för beredskapsarbete som beskriver hur förvaltningen ska arbeta för att stärka beredskapen i verksamheten. Det dokumentet ligger till grund för det fortsatta arbetet.

Socialförvaltningens ledningsgrupp tillsammans med utsedda nyckelfunktioner har arbetat fram en krisledningsplan med stöd av konsulter. Den krisledningsplanen har vid två tillfällen gått igenom och vid ett av de tillfällena även övats. Planen är formellt inte beslutad i ledningsgruppen ännu, då det finns några smärre justeringar att göra efter övningen.

Samtliga chefer har genomgått en halvdagsutbildning i kris och beredskap. Utbildningen innehöll delar av övning utifrån framtagna scenarier.

Den utredning av el, värme och vatten som påbörjades under 2024 är till viss del genomförd. Utredningen syftar till att vara underlag för att ta fram åtgärder som är hållbara. Detta kommer fortsätta under 2024. Dock har förslag tagits fram från Räddningstjänsten om lösningar som snabbt löser en beredskap kring el, värme och vatten. Utredningen från fastighetsenheten kommer sedan visa om den lösningen är tillräcklig eller ej.

FORTSATTA ÅTGÄRDER

Förvaltningen kommer fortsätta arbeta för att stärka förvaltningens beredskapsarbete. Det finns i planeringen att ta fram en evakueringsplan. Likaså fortgår arbetet i de kommunövergripande arbetsgrupperna som möjliggör och bidrar till ökad redundans. Efter återrapporteringen av konsulterna i början av januari, kommer krisledningsplanen att formellt beslutas. De delar som kvarstår av utredningen el, värme, vatten kommer att slutföras och en långsiktig åtgärdsplan kommer göras om det behövs. Uppföljning av arbetet med beredskap görs mer systematiskt i samband med kommunens delårsuppföljningar samt årsredovisning.

Området bedöms som godkänt och uppfyllt. Området följs numera upp samlat i kommunen på annat sätt och därför avslutas kontrollmomentet i denna form.

RISKOMRÅDE 3 – OTILLBÖRLIG ÅTKOMST/INTRÅNG I VERKSAMHETSSYSTEMET

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. Loggkontroller ska utföras enligt framtagna rutiner och verksamheten måste göra systematiska och återkommande kontroller för att både förebygga och upptäcka om det förekommer någon obehörig åtkomst till bruksuppgifterna.

METOD

Kontrollen består av en redovisning av systemförvaltare kring följsamheten till rutinen för loggkontroll.

RESULTAT OCH ANALYS

Individ- och familjeomsorgen

	Juni	December
Loggkontroll utifrån rutin är genomförd	Ja	Ja
Logglista signerad av aktuell chef	Ja	Nej*
Rutinen är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja	Ja

*Resultatet beror på att den loggkontroll som genomförs under december månad, ej returnerad ännu.

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

Åtgärder har gjorts för att säkerställa att loggkontroller sker månadsvis, något som gett resultat jämfört med föregående år. Sammantaget löper arbetet med loggkontroller på. Inom både äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen samt individ- och familjeomsorgen saknas dock fullständig retur samtliga granskningskontrollerna.

FORTSATTA ÅTGÄRDER

Förändrat arbetssätt behövs fortsatt som underlättar för chefer att rapportera granskningsreturen på loggkontrollerna. Det arbetet har påbörjats och ska slutföras under början av 2025.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

RISKOMRÅDE 4 - PERSONLARM

Om person-/överfallsalarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande.

METOD

Stickprov enligt gällande rutin.

RESULTAT OCH ANALYS

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

Precis som för den interna kontrollen för loggkontroller saknas till viss del återkoppling på begärda provlarmningar av larmenheter. I avstämningar med chefer beskrivs det sammantaget bero på att man glömmer returnera provlarmningsunderlaget. Därmed saknas information huruvida larmenheterna har provlarmats eller ej.

FORTSATTA ÅTGÄRDER

Pågår översyn över hur granskningsprotokollen ska hanteras för att underlätta för cheferna.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

RISKOMRÅDE 5 – FÖLJSAMHET DELEGATIONSORDNING

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.

METOD

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

RESULTAT OCH ANALYS

	December
Beslut fattade inom <i>SoLbistånd äldreomsorg</i> är fattade enligt upprättad och fastställd delegationsordning.	Ja
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.	Ja
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.	Ja
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.	Ja

Resultatet i den interna kontrollen visar på en stor förbättring av resultatet sedan föregående år. Det är endast inom området våld i nära relation (VINR) som brist i följsamhet till delegationsordningen uppmärksammats. Inom VINR har socialsekreterare fattat beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL samt avslut av samma beslut. Detta finns inte med i aktuell delegationsordning. Bistånd enligt 4 kap 1 § SoL riktad mot VINR berör endast skyddat boende. Det saknas idag beslut i delegationsordningen för bistånd öppenvård enligt 4 kap 1 § SoL riktad mot våldsutsatta.

Inom området bistånd äldreomsorg finns ett förbättringsbehov: Förenklad handläggning enligt 4 kap 2 a § SoL är en möjlighet för nämnden att med hjälp av förenklad handläggning fatta beslut om hemtjänstinsatser utan behovsprövning. I verksamhetssystemet hänvisas till 4 kap 2a § SoL, men det bör hänvisas till 4 kap 1 § SoL då det är den paragrafen som nämnden fattar beslut om bistånd utifrån. Behov av justeringar har påtalats till systemförvaltare, men ej ännu blivit åtgärdade.

Andra förbättringsbehov som identifierats som inte rör delegationsordningen, men rör rättssäkerheten är att det inom LVU finns vissa dubletter av beslut, t.ex. ansökan om vård enligt LVU. Dessa behöver gås igenom så de beslut som finns i systemet stämmer. Likaså finns vissa dubbla beslut inom LVM som behöver ses över.

FORTSATTA ÅTGÄRDER

Delegationsordningen är ett levande dokument där justeringar behöver göras löpande både utifrån lagändringar och politiska beslut. Under våren 2025 kommer delegationsordningen ses över i samband med arbetet inför att ny socialtjänstlag träder i kraft 1 juli.

Övriga förbättringsbehov gällande beslut i systemet planeras åtgärdas under våren 2025.

Området bedöms som godkänt och avslutas.

RISKOMRÅDE 6 – DOKUMENTATION

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. Brister i dokumentationen har framkommit i interna utredningar, men också externa granskningar t.ex. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

METOD

Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram

RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Finns beslutat egenkontrollprogram för dokumentation	Nej	Delvis
Finns introduktionsprogram där dokumentation är inkluderat	Delvis	Delvis
Finns framtagna kompetensutvecklingsplaner där dokumentation ingår	Nej	Nej

Området dokumentation har varit ett nytt område i internkontrollen för 2024. Under året har ett förslag på egenkontrollprogram arbetats fram som ledningsgruppen i förvaltningen haft dialog om. Planeringen var att egenkontrollprogrammet skulle genomföras som pilot under hösten 2024 för att sen beslutas och införas under 2025. På grund av hög belastning i verksamheterna, både stödjande och kärnverksamhet, har piloten skjutits på till våren 2025. I det arbetet som pågått kring kompetensutvecklingsplaner, har inga planer ännu antagits. Däremot ingår dokumentation som en del i det arbetet.

FORTSATTA ÅTGÄRDER

Under 2025 kommer framtaget egenkontrollprogram för dokumentation att testas för att sedan beslutas om hur det ska införas.

Området är ej godkänt och kvarstår.

RISKOMRÅDE 7 – VERKSTÄLLDA BESLUT

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.

METOD

Kontroll av ej verkställda beslut kontaktfamilj och kontaktperson

RESULTAT OCH ANALYS

	Mars	Juni	September	December
Kontroll att beslut om kontaktfamilj och kontaktperson är verkställda inom skälig tid	Ja	Ja	ja	ja
Antal redovisade KP och KF	7	6	11	10
Förbättrande åtgärder är identifierade	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Förbättrande åtgärder är genomförda	Nej	Nej	Nej	Nej
Antalet ej verkställda beslut av KF/KP har minskat (sedan föregående rapportering till IVO)	Ja	Ja	Nej	ja

Det har genomförts en utredning för att identifiera vilka åtgärder som skulle kunna genomföras för att minska risken för att beslut avseende kontaktfamilj och kontaktperson ej kan verkställas. Vaggeryds kommun har liksom flertalet andra kommuner i landet svårigheter att hitta personer som är intresserade och lämpliga att arbeta som uppdragstagare. Extra utmanande är det att hitta

uppdragstagare som har resurser för att matchas ihop med barn och ungdomar med svårare problematik och behov.

FORTSATT ÅTGÄRDER

Fortsatt arbete. Omvärldsbevakning pågår.

Området bedöms som ej godkänt men avslutas och uppföljning sker på annat sätt.

RISKOMRÅDE 8 – SYNPKUNKTER OCH KLAGOMÅL

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 brister inom detta område.

METOD

Kontroll förekomst av rutin, digital hantering samt följsamhet

RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Förvaltningens process för synpunktshantering är dokumenterad	Ja	Ja
Förvaltningens process för synpunktshantering är digitaliserad	Nej	Nej

Det finns sedan tidigare process för hantering av klagomål och synpunkter, vilken har reviderats under 2025. Det finns även uppdaterad rutin och utredningsmall för utredning av klagomål. På grund av högt inflöde av lex Sarah-rapporter och därmed tillhörande lex Sarah-utredningar har inte arbetet kunnat påbörjas med att digitalisera processen.

FORTSATT ÅTGÄRDER

Arbetet med digitalisering fortsätter under 2025. Då medarbetare som arbetar med processen slutar i början av året och det uppstår ett tidsglapp innan nya medarbetare är på plats, kan det komma att påverka så digitaliseringen av processen dröjer något.

Området är ej godkänt och kvarstår.

RISKOMRÅDE 9 – DIGITALISERING OCH ANVÄNDNING AV DIGITALA VERKTYG

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. 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.

METOD

Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering

RESULTAT OCH ANALYS

	Juni	December
Riskbedömningar är genomförda inför införande av ny teknik eller system (rör de som införts hittills under 2024)	Ja	Delvis
Åtgärder är genomförda utifrån systeminventeringen (sedan årsskiftet eller senaste kontrollen)	Delvis	Delvis
Kontinuitetsplan/avbrottsplan finns för de system som är införda (under 2024)	Ja	Ja

Det finns riskbedömningar genomförda på övergripande nivå, d.v.s. utifrån systemet och tekniken och åtgärder enligt systeminventeringen har påbörjats, dock ej i den omfattning som behövs på grund av att årets fokus varit på flertal införande av t.ex. digitala medicinskåp samt digitala lås och larm. För de system som införts finns avbrottsplaner.

ÅTGÄRDER

Systemförvaltarhandboken behöver fortsatt implementeras. Att ta fram underlag inför beslut om införande är av stor vikt för att skapa förutsättningar för att kunna införa och omhänderta tekniken på ett säkert sätt. Fortsatt arbete med åtgärder utifrån systeminventeringen behöver göras. Det pågår en rekrytering av välfärdstekniker för att kunna frigöra tid för systemförvaltare att arbeta mer med dokumentationen av systemen, något som innebär en förbättring avseende informations säkerheten. Likaså ska välfärdsteknikern stödja verksamheten i driften och supporten av tekniken.

Området är ej godkänt och kvarstår.