



VAGGERYDS  
KOMMUN

# Plan för intern kontroll 2025 Socialförvaltningen

---

Antagen av Socialnämnd 2025-04-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
1 = obetydlig för intressenter och kommunen	2 = liten för intressenter och kommunen	4. Allvarlig	4	8	12	
3 = besvärande för intressenter och kommunen	4 = allvarlig för intressenter och kommunen	3. Kännbar	3	6	9	12
<b>Sannolikhet</b>		2. Lindrig	2	4	6	8
1 = risken är praktiskt taget obefintlig	2 = mycket liten risk för att fel ska uppstå	1. Försumbar	1	2	3	4
3 = det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå	4 = mycket troligt att fel kan uppstå					
			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 samt åtgärd

## UPPRÄTTANDE AV PLAN FÖR INTERN KONTROLL

Risicanalys 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. Likaså ingår de risker som kvarstår från föregående års internkontroll.

Kontrollmoment är kontroll av att gällande regelverk följs, t.ex. rutiner/riktlinjer eller annat. För varje kontrollmoment ska det tydligt framgå vad som ska kontrolleras, hur kontrollen ska genomföras, när kontrollen ska genomföras och 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 genomförs för enhets- och områdeschefer, andra genomförs för stödjande funktioner. 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 2025

I rapporten för den interna kontrollen för år 2024 visade ett antal områden på brister och flera områden bedömdes som ej godkända. Dessa områden kvarstår i 2025 års interna kontroll. Ytterligare områden har identifierats som riskmoment och har därmed tagits med. Följande riskområden ingår i 2025 års interna kontroll:

Riskmoment	Beskrivning av risker
1 God hygienisk standard (kvarstår från 2024)	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 Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine (kvarstår från 2024)	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.
3 Person-/överfallsalarm (kvarstår från 2024)	Om person-/överfallsalarm (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.
4 Dokumentation (kvarstår från 2024)	Bristerna 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. Bristerna i dokumentationen har framkommit i interna utredningar, men också externa granskningar t.ex. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).
5 Synpunkter och klagomål (kvarstår från 2024)	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.
6	Digitalisering och användning av digitala verktyg (kvarstår)	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 samlad 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.
7	Personal- och kompetensförsörjning	Att hitta rätt kompetens är en utmaning som verksamheten står mitt i och som kan bli en större utmaning framåt. Det finns redan idag svårigheter inom flera verksamheter att rekrytera kompetent och erfaren personal. Samtidigt sker förändringar i socialtjänstens uppdrag dels genom omställning nära vård men också omställning ny socialtjänstlag och förändringar i de behov som verksamhetens målgrupp har. Detta ställer stora krav på verksamheten att använda befintlig bemanning på ett resurseffektivt sätt, men också att säkerställa att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens.

Plan för intern kontroll år 2025											
Socialförvaltningen Vaggeryds kommun											
Riskbedömning				Kontrollmoment						Utvärdering*	
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat	
God hygienisk standard	3	4	12	Rutin basala hygienrutiner	Kontroll av följsamhet till rutin samt resultat	2 ggr/år	Utvecklingsamordnare	MAS			
Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	2	4	8	Rutin loggkontroll	Kontroll följsamhet till rutin för loggkontroll samt resultat	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU			
Person-/överfallslarm	2	4	8	Rutin provlarmning	Kontroll följsamhet till rutin för provlarmning samt resultat	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU			
Dokumentation	3	4	12	Följsamhet till SOSFS 2014:5 samt HSLF-FS 2016:40	Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram samt resultat	1 ggr/år	Utvecklingsledare	EC KoU			
Synpunkter klagomål	3	3	9	Följsamhet SOSFS 2011:9	Kontroll följsamhet rutin samt digital hantering	1 ggr/år	EC KoU	VC Stab			
Digitalisering och användning av digitala verktyg	3	4	12	Följsamhet systemförvaltarhandbok	Kontroll förekomst av risk- och konsekvensanalyser samt åtgärder enligt systeminventering	2 ggr/år	VU IT	VC Stab			
Personal- och kompetensförsörjning	3	4	12	Handlingsplan personal- och kompetensförsörjning	Kontroll förekomst av handlingsplan och framsteg enligt den	2 ggr/år	VC stab	FC			

\* Utvärdering och analys återfinns i internkontrollrapporten

