

Plan

Gullspångs kommun

Plan för internkontroll 2026 för vård och omsorgsverksamheten

Beslutad av: Vård och omsorgsnämnden

Datum och paragraf: 2025-12-08, §175

Dokumentansvarig: Vård- och omsorgschef

Gäller från: 2026-01-01

Diarienummer: VON 2025-16



Innehåll

Bakgrund	4
Kontrollansvariga	4
Redovisning.....	4
Kontrollpunkter 2026	4
Internkontrollplan Vård och omsorgsnämnden 2026.....	5

S	Hög	7			8				9			
A												
N												
N												
O	Medel	4			5				6			
L												
I												
K												
H												
E	Låg	1			2				3			
T												
		Låg			Måttlig				Allvarlig			
		K	O	N	S	E	K	V	E	N	S	

..... 7

Plan för internkontroll 2026 för vård och omsorgsverksamheten

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden ska varje år fastställa en interkontrollplan för sitt verksamhetsområde. Till verksamhetsområdet vård- och omsorg, hör enheterna Äldreomsorg, LSS, Individ- och familjeomsorg, Kommunal hälso- och sjukvård samt Vardagsnära stöd och sysselsättning.

Uppföljning av kontrollmoment ska ske löpande under året.

Kontrollmomenten är de konkreta uppföljningsåtgärder som vidtas för att upptäcka, motverka, minimera och i vissa fall eliminera risker. Det kan även handla om att säkerställa beredskap för att kunna hantera eller reagera på situationer som uppstår till följd av olika händelser.

Kontrollansvariga

Kontrollansvarig är i regel företrädaren för en verksamhet eller enhet men även andra funktioner kan vara kontrollansvariga. Verksamhetschef har ett övergripande ansvar för att de kontrollansvariga genomför sina kontrollmoment samt genomför egna kontrollmoment. Verksamhetschef sammanställer internkontrollrapporten.

Redovisning

Redovisning av internkontroll sker i form av en rapport i samband med årsredovisningen.

Kontrollpunkter 2026

I sammanställningen nedan presenteras kontrollpunkterna för år 2026, samt vem/vilka som ansvarar för respektive punkt och hur de ska följas upp.

Internkontrollplan Vård och omsorgsnämnden 2026

Risk/kontrollområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollmetod och frekvens	Avstämning	Vidtagna åtgärder	Riskenivå Skala 1-9
Kontroll av inre sekretess, dvs behörigt nyttjande av journalsystem	Säkerställa att personal som har tillgång till journalsystem med patient/klientuppgifter inte gör slagningar på personer de inte behöver för att kunna utföra sitt arbete.	Enhetschef	Frekvens: En gång i månaden. Metod: Systemansvarig utför slumpmässig loggning och delger enhetschef som signerar loggningslistor.	Rapporteras till nämnd på sammanträde i mars.	Genomförs sedan tidigare, men behöver kvarstå.	3
Kontroll av om det finns förhållningssätt och attityder hos chefer och personal som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.	Säkerställa att personal och chefer har ett gott bemötande och ett professionellt förhållningssätt.	Vård och omsorgschef med stöd av Socialt ansvarig samordnare	Frekvens: Två gånger per år Metod: Mätning via enkät i januari. APT med tema Etik och värdegrund genomförs på hösten.	Rapporteras till nämnd på sammanträde i mars.		3
Kontroll av delegationsbeslut	Säkerställa att myndighetsbeslut fattas enligt delegationsordning	Vård och omsorgschef med stöd av Socialt ansvarig samordnare	Frekvens: Varje tertiäl Metod: 10 delegationsbeslut kontrolleras	Rapporteras till nämnd på sammanträde i mars.		5

Avvikelseberättelse/Lex Sarah och Lex Maria	Säkerställa att samtlig personal inom vård och omsorg känner till rutinerna gällande avvikelseberättelse, Lex Sarah och Lex Maria	Enhetschef	Frekvens: Under året på APT Metod: Genomgång av lagstiftning och rutiner på APT.	Rapporteras till nämnd på sammanträde i mars.	Införs som årlig återkommande rutin på APT i enlighet med årshjul för systematiskt kvalitetsarbete.	3
Avvikelseberättelse	Säkerställa att avvikelser har hanterats, åtgärdats och följt upp.	Enhetschef, MAS och SAS	Frekvens: Månadsvis Metod: Gemensam hantering av avvikelser	Rapporteras till nämnd på sammanträde i mars.	Verksamheten har infört ett verksamhetssystem som stödjer och underlättar avvikelseberättelse.	5
Dokumentation enligt SoL, LSS och HSL	Säkerställa att dokumentation förs enligt gällande lag och förordning	Enhetschef	Frekvens: En gång per år Metod: Journalgranskningar HSL Egenkontroll genomförandeplaner	Rapporteras till nämnd på sammanträde i mars.		5

