

Plan för intern kontroll 2022

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
1.1 Riskmatris.....	4
2 Kontrollmoment- urval till intern kontrollplan	5
2.1 Risk för att synpunkter från invånare inte tillvaratas.....	5
2.2 Risk för bristande kompetensförsörjning.....	5
2.3 Risk för bristande läkemedelshantering.....	6
2.4 Risk för stora kostnader utöver budget för externa placeringar	6
3 Förslag till beslut	7

1 Inledning

Enligt kommunallagen 6 kap 6 § skall nämnden tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande mål, riktlinjer och föreskrifter. Detta brukar benämnas intern kontroll.

Reglemente och anvisningar för intern kontroll har senast reviderats 2018-09-26 och blivit fastställt av kommunfullmäktige. Enligt anvisningarna framgår bland annat att respektive nämnd ska anta internkontrollplan för innevarande år senast i mars månad. Av reglementet framgår också att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att:

- En organisation upprättas för den interna kontrollen
- Plan för intern kontroll, som bygger på en riskanalys, antas för varje kalenderår.

Av reglementet framgår att den interna kontrollen med rimlig grad av säkerhet ska säkerställa att följande uppnås:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.
- Eliminering av risker för korruption och ekonomisk svindel

Planen ska baseras på en risk- och väsentlighetsanalys av processer och rutiner som bedömdes särskilt viktiga att granska.

Denna plan redogör för de interna kontrollpunkter som ska utföras inom nämndens verksamhetsområde. Inför framtagandet av kontrollplanen har verksamheten utgått från förgående års uppföljning av intern kontroll, där en redogörelse av kontrollerna, dess resultat och avvikelser tagits upp. Uppföljningsrapporten ligger därför till grund för den nya planen för intern kontroll som tas i nämnden i mars månad. Därefter har en riskanalys genomförts som avser innevarande år. Samtliga identifierade risker redovisas nedan i riskmatrisen. Områden där riskerna bedömts som viktiga att kontrollera har inkluderats i planen för intern kontroll. Det innebär att inte alla identifierade risker ingår i planen.

Riskerna har graderats, med värdena 1-4, utifrån sannolik och konsekvens och att det sammanlagda värdet utgör riskbedömningen. I planen tydliggörs även vem som ansvarar för uppföljningen, med vilken metod kontrollen ska ske och när i tid.

Enligt kommunallagen 6 kap 6 § skall nämnden tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande mål, riktlinjer och föreskrifter. Detta brukar benämnas intern kontroll.

Reglemente och anvisningar för intern kontroll har senast reviderats 2018-09-26 och blivit fastställt av kommunfullmäktige. Enligt anvisningarna framgår bland annat att respektive nämnd ska anta internkontrollplan för innevarande år senast i mars månad. Av reglementet framgår också att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att:

- En organisation upprättas för den interna kontrollen
- Plan för intern kontroll, som bygger på en riskanalys, antas för varje kalenderår.

Av reglementet framgår att den interna kontrollen med rimlig grad av säkerhet ska säkerställa att följande uppnås:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

- Eliminering av risker för korruption och ekonomisk svindel

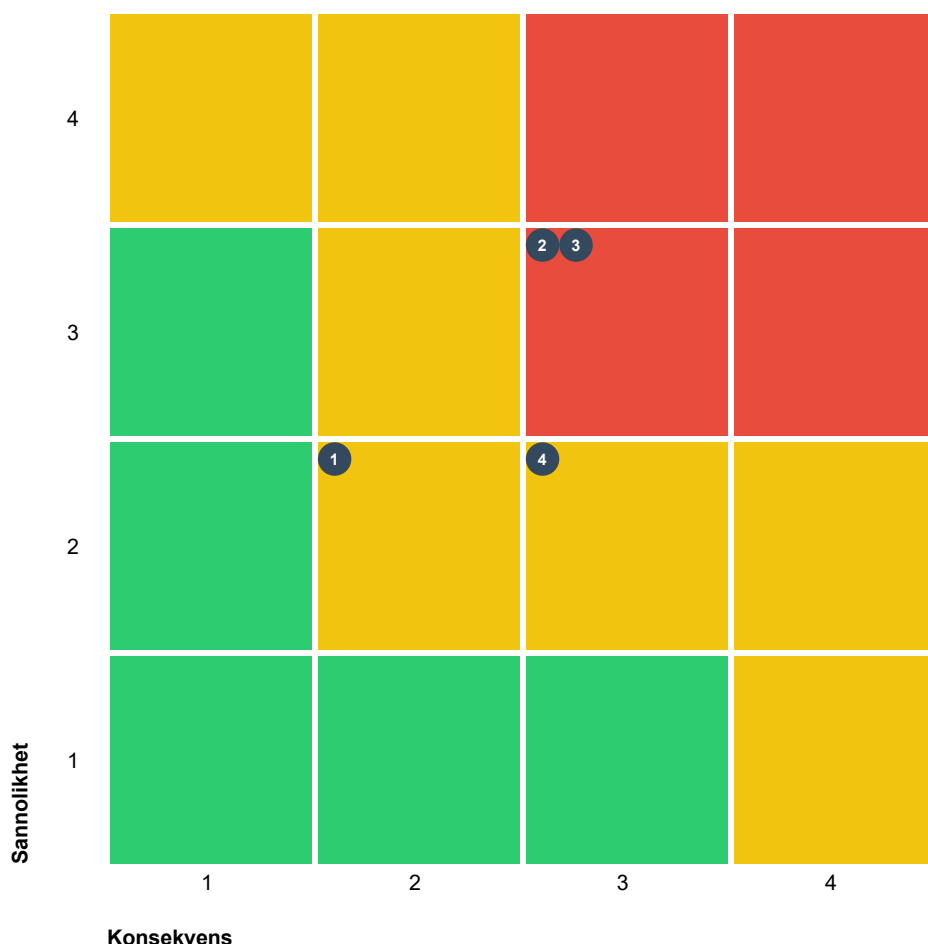
Planen ska baseras på en risk- och väsentlighetsanalys av processer och rutiner som bedömdes särskilt viktiga att granska.

Denna plan redogör för de interna kontrollpunkter som ska utföras inom nämndens verksamhetsområde. Inför framtagandet av kontrollplanen har verksamheten utgått från förgående års uppföljning av intern kontroll, där en redogörelse av kontrollerna, dess resultat och avvikelser tagits upp. Uppföljningsrapporten ligger därför till grund för den nya planen för intern kontroll som tas i nämnden i mars månad. Därefter har en riskanalys genomförts som avser innevarande år. Samtliga identifierade risker redovisas nedan i riskmatrisen. Områden där riskerna bedömts som viktiga att kontrollera har inkluderats i planen för intern kontroll. Det innebär att inte alla identifierade risker ingår i planen.

Riskerna har graderats, med värdena 1-4, utifrån sannolik och konsekvens och att det sammanlagda värdet utgör riskbedömningen. I planen tydliggörs även vem som ansvarar för uppföljningen, med vilken metod kontrollen ska ske och när i tid.

1.1 Riskmatris

I nedanstående riskmatris synliggörs de risker (bruttolista) som identifierats.







2 Kritisk 2 Medel Totalt: 4

	Sannolikhet	Konsekvens
Kritisk		
Medel		
4	Mycket stor	Allvarlig

Låg

3	Stor	Kännbar
2	Liten	Lindrig
1	Mycket liten	Försumbar

Process/rutin	Risk	Riskvärde
Ekonomi	1 Risk för stora kostnader utöver budget för externa placeringar	 4
Personal	2 Risk för bristande kompetensförsörjning	 9
Kvalitet	3 Risk för bristande läkemedelshantering	 9
Invånare	4 Risk för att synpunkter från invånare inte tillvaratas	 6

2 Kontrollmoment- urval till intern kontrollplan

Nedanstående områden har identifierats som särskilt viktiga att undersöka i årets plan för intern kontroll.

2.1 Risk för att synpunkter från invånare inte tillvaratas

Riskbedömning

 6. Lindrig


Vad kan gå fel

Om invånares synpunkter inte tillvaratas riskerar brister i verksamheten att inte identifieras och åtgärdas, vilket skadar verksamhetens kvalitet.

Kontrollaktivitet	Metod	Kontrollansvarig	Utförd senast
Kontroll av att invånares synpunkter har hanterats, utretts och återkopplats enligt rutin	Genomgång av samtliga synpunkter i Lifecare	Respektive avdelningschef	2022-07-01 2023-01-31

2.2 Risk för bristande kompetensförsörjning

Riskbedömning

 9. Kännbar

Vad kan gå fel

Vid bristande kompetensförsörjning hos personalen skadas verksamhetens kvalitet. Bristande kompetensförsörjning kan exempelvis orsakas av en hög personalomsättning och bristande kompetensutveckling.

Kontrollaktivitet	Metod	Kontrollansvarig	Utförd senast
Kontroll av varför medarbetare slutar genom uppföljning av uppsägningar	Exitsamtal	Förvaltningschefen ansvarar för samtal med avdelningschefer. Avdelningschefer ansvarar för samtal med enhetschefer. Enhetschefer ansvarar för samtal med	2022-12-31

Kontrollaktivitet	Metod	Kontrollansvarig	Utförd senast
		medarbetare. Om medarbetare är obekväma med närmaste chef samtalar de med chefen över hen.	
Kontroll av äldreomsorgslyftets omfattning	Undersökning av antal som går underskötesutbildning inom äldreomsorgslyftet	Enhetschefer rapporterar till aktuell avdelningschef	2022-12-31
Kontroll av stagnerad kompetensutveckling	Uppföljning av kompetensutveckling i det vardagliga arbetet	Eric Svensson	2022-06-30 2023-01-31

2.3 Risk för bristande läkemedelshantering

Riskbedömning

■ 9. Kännbar

Vad kan gå fel

Felaktig läkemedelshantering riskerar att leda till allvarlig vårdskada.

Kontrollaktivitet	Metod	Kontrollansvarig	Utförd senast
Apotekets externa granskning	Verksamhetsbesök	Apoteket	2022-06-30 2022-12-31
Intern granskning	Personliga besök och samtal hos verksamheten	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	2022-06-30 2022-12-31
Antal enkla läkemedelsgenomgångar jämfört med antal patienter som är över 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i särskilt boende	Journaluppföljning	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med primärvårdsansvarig läkare och farmaceut	2022-06-30 2022-12-31

2.4 Risk för stora kostnader utöver budget för externa placeringar

Riskbedömning

◆ 4. Lindrig

Vad kan gå fel

Behov av socialtjänstinsatser för invånare med komplex problematik kan, för det fall de inte kan tillgodoseas inom ramen för kommunens egna verksamheter, medföra behov av köp av extern placering. Då extern placering är förknippad med högre kostnader än i egen regi, kan behov inom detta område utöver beräknat innebära avsevärda kostnader utöver budget.

Ett behov av en extern placering ska innebära en omedelbar och kontinuerlig diskussion kring hur kompetens och kvalitet kan säkras inom egen regi i syfte att i så stor utsträckning det är möjligt finna "hemmaplanslösning" med kvalitet i verksamheten och geografisk närhet till sitt sociala sammanhang för invånaren.

Kontrollaktivitet	Metod	Kontrollansvarig	Utförd senast
Redovisning till arbetsutskottet av samtliga externa placeringar	Sammanställning av aktuella respektive under året avslutade externa placeringar, uppdelat per verksamhetsområde	Respektive berörd avdelningschef	2022-07-01 2023-01-31

3 Förslag till beslut