

# Internkontrollplan Socialnämnden

## Innehållsförteckning

1	Lekebergs internkontrollarbete .....	3
1.1	Riskbedömningsmatris.....	4
2	Intern kontrollplan .....	7
2.1	Administration .....	7
2.2	Ekonomi .....	9
2.3	Verksamhetsspecifik .....	9

## 1 Lekebergs internkontrollarbete

Enligt Reglemente för intern kontroll av ekonomi och verksamhet ska nämnderna varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen inom sin verksamhet. Nämndernas ansvar för den interna kontrollen anges i kommunallagen. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god internkontroll. I detta ansvar ligger att utifrån principerna för den interna kontrollen i kommunen vid behov utfärda regler och anvisningar för den egna interna kontrollens organisation, utformning och funktion. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd.

Varje år beslutar kommunstyrelsen om några särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin internkontroll för det kommande året.

Kontrollplanerna ska innehålla:

- Vilka risker samt vilka kontrollmoment som ska följas upp.
- Omfattningen på uppföljningen (frekvensen).
- Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen.
- Genomförd riskbedömning.

Respektive nämnd 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.
- Regler och anvisningar antages för den interna kontrollen.

Varje nämnd ska minst ha en fastställd rutin för:

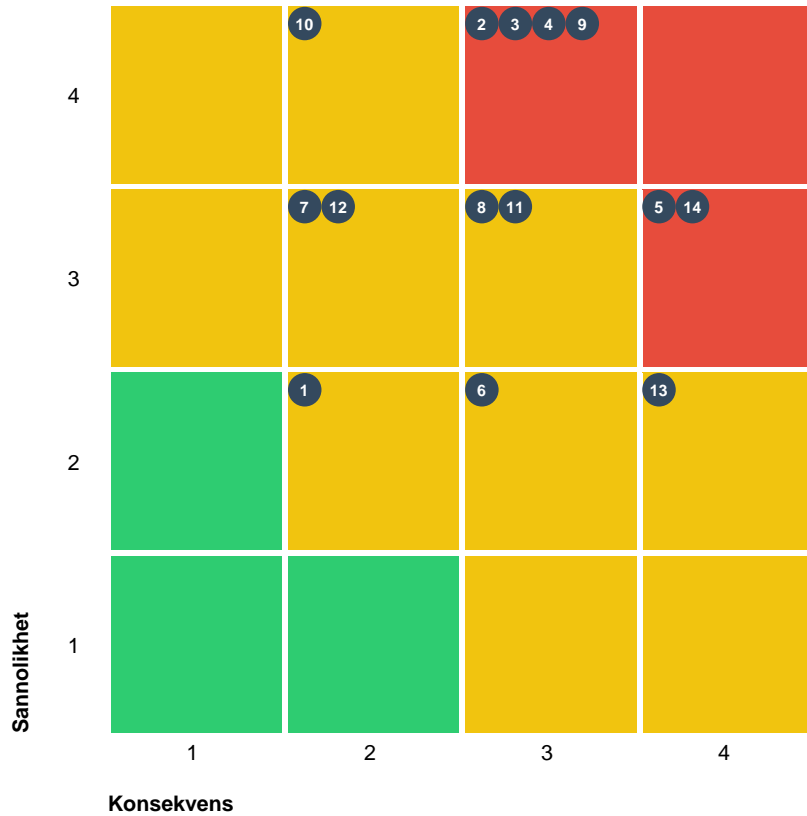
- Hur planering och rapportering av internkontrollarbetet ska gå till.
- Introduktion av nyanställda om vad intern kontroll innebär.

Internkontrollplanerna ska innehålla följande delområden

1. Administration
2. Ekonomi
3. Personal
4. Verksamhet















## 1.1 Riskbedömningsmatris




Sannolikhet	Konsekvens
4 Sannolik (det är mycket troligt att fel ska uppstå)	Allvarlig (konsekvenserna för verksamheten skulle vara allvarliga)
3 Möjlig (det finns risk för att fel ska uppstå)	Kännbar (konsekvenserna för verksamheten kan vara påtagliga)
2 Mindre sannolik (risken är mycket liten att fel ska uppstå)	Lindrig (konsekvenserna för verksamheten behöver övervägas)
1 Osannolik (risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå)	Försumbar (konsekvensen för verksamheten är försumbar och kan negligeras)

6 Kritisk 8 Medium Totalt: 14

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
----------	------	-------------	------------	-----------

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Administration	1  Att biståndsbeslut inte omprövas i tid	2. Mindre sannolik	2. Lindrig	4
	2  Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	3  Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	4  Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	5  Att anmälningar inte hanteras omedelbart och att inte en skyddsbedömning genomförs inom 24h	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	6  Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska uppdateras vid behov minst två gånger per år.	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
	7  Att det brister i kontinuitet, delaktighet och uppföljning av vård insatser	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	8  Brist i omvårdnad och behandling vid palliativ vård	3. Möjlig	3. Kännbar	9
	9  Att man inte följer basala hygienriktlinjer	4. Sannolik	3. Kännbar	12
	10  Politiska underlag är inte kvalitetssäkrade inför politisk hantering	4. Sannolik	2. Lindrig	8
Ekonomi	11  Att verksamheterna inte arbetar aktivt med optimal schemaplanering	3. Möjlig	3. Kännbar	9
Verksamhetsspecifik	12  Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutin.	3. Möjlig	2. Lindrig	6



Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
	13  Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsskåp	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8
	14  Att det inte genomförs fullständig registrering inom kvalitetsregister BPSD	3. Möjlig	4. Allvarlig	12

## 2 Intern kontrollplan

### 2.1 Administration

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
Att biståndsbeslut inte omprövas i tid <span style="color: yellow;">◆</span>	Kontroll av antal beslut som inte är omprövade i tid. Gäller beslut under aktuell period samt bakåt i tiden.	Verksamhetscont.	Underlag tas fram från verksamhetssystemet Lifecare. Tydligt fokus på aktuell period: Identifiera och räkna antalet beslut som inte har omprövats inom den fastställda tidsramen under den specifika mätperioden	3 ggr/år
Att journal enligt SoL inte förs enligt författningskrav <span style="color: red;">■</span>	Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.	Enhetschef granskar varandras verksamheter	Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare. Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare	3 ggr/år
Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav <span style="color: red;">■</span>	Kontroll av 25 % slumpmässiga utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av LSS.	Enhetschef	Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare. Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare	2 ggr/år
Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav <span style="color: red;">■</span>	Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda	MAS	Journalgranskning enligt framtagen mall utifrån	2 ggr/år

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
	journaler som omfattas av HSL.		verksamhetssystemet Lifecare.	
Att anmälningar inte hanteras omedelbart och att inte en skyddsbedömning genomförs inom 24h	■ Kontroll gällande barn som far illa samt allvarliga missförhållanden för vuxna missbrukare	Enhetschef IFO	Kontrollera att anmälningarna hanteras omedelbart	3 ggr/år
Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska uppdateras vid behov minst två gånger per år.	◆ Andel brukare med aktuell genomförandeplan ska uppdateras vid behov minst två gånger per år	Enhetschef	Metod  Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare	2 ggr/år
Att det brister i kontinuitet, delaktighet och uppföljning av vård insatser	◆ Att alla brukare ska ha en fast omsorgskontakt som är undersköterska.	Enhetschef	Underlag hämtas från Lifecare	3 ggr//år
Brist i omvårdnad och behandling vid palliativ vård	◆ Andel kompletta registreringar i palliativa registret är samtliga bedömningar gjorts	MAS	Ta fram statistik från palliativa registret. Samtliga moment ska vara utförda och registrerade.	2 ggr/år
Att man inte följer basala hygienriktlinjer	■ Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler	MAS	PPM mätning genomförs av hygienombud på respektive enhet	2 ggr/år
Politiska underlag är inte kvalitetssäkrade inför politisk hantering	◆ Kontroll att ärenden för politiskt beslut är kompletta och färdiga på utsatt stoppdatum	Utredningssekreterare	Kontrollera antal ärenden som är kompletta på utsatt stoppdatum	Tre gånger per år



## 2.2 Ekonomi

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
Att verksamheterna inte arbetar aktivt med optimal schemaplanering	Granskning av planering av personal i förhållande till behov i verksamhet.	Enhetschef	Underlag hämtas från verksamhetsystemet Time Care. Och från controller modulen. Chef för varje verksamhet har uppföljning en gång per månad tillsammans med ekonom och förvaltningschef.	3 ggr/år

## 2.3 Verksamhetsspecifik

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagen rutin.	Sammanställa hur synpunkter och förslag hanterats enligt framtagen rutin.	Verksamhetscont.	Inhämta underlag från verksamhetssystem (Lifecare) och enhetschef.	2 ggr/år
Att narkotikaklassade preparat försvinner från läkemedelsskåp	Regelbunden kontroll i läkemedelsskåp.	MAS	Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka samt oftare vid behov/händelser. Sammanställs av MAS.	2 ggr/år
Att det inte genomförs fullständig registrering inom kvalitetsregister BPSD	Sammantagen bedömning, kontroll per enhet i kvalitetsregister BPSD	MAS	Underlag hämtas från kvalitetsregister	2 ggr/år