

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	10

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.

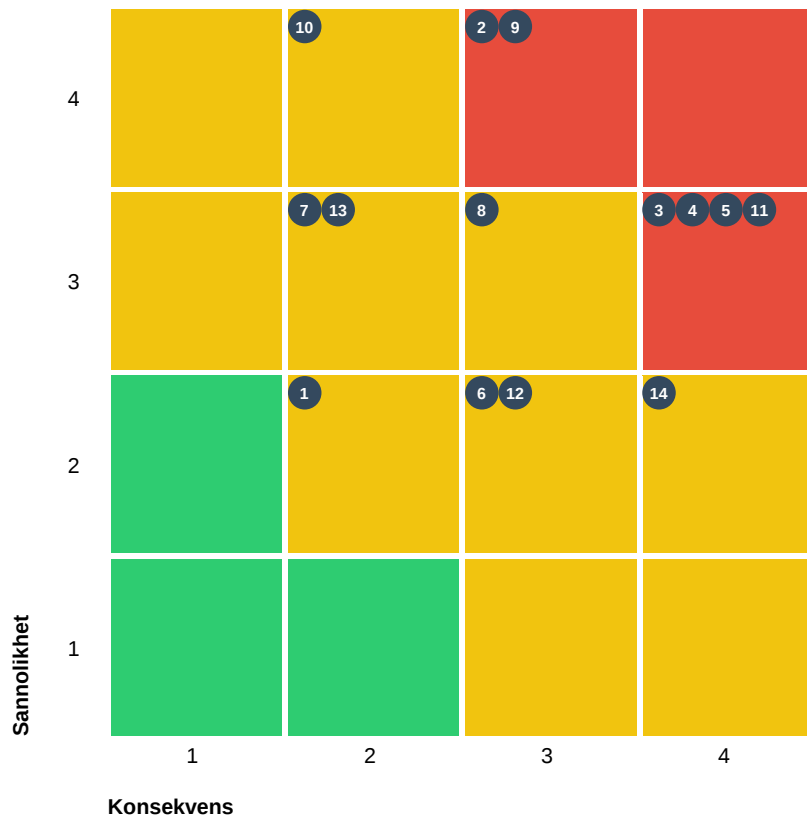
Varje nämnd ska minst ha en fastställd rutin för:

- 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



Kritisk
Medium
Låg

	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	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	4	 Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav	3. Möjlig	4. Allvarlig	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
	11	 Att genomförandeplaner inte uppdateras inom IFO	3. Möjlig	4. Allvarlig	12
	12	 kontroll av journalhantering för 10% av verksamhetens medarbetare.	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	6
Ekonomi	15	Att verksamheterna inte arbetar aktivt			

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
	med optimal schemaplanering			
Verksamhetsspecifik	13  Att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag inte tas emot, utreds eller åtgärdas enligt framtagna rutiner.	3. Möjlig	2. Lindrig	6
	14  Narkotikaklassade läkemedel som försvinner ur läkemedelsrum.	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig	8

2 Intern kontrollplan

2.1 Administration

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
Att biståndsbeslut inte omprövas i tid 	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 	Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av SoL.	Enhetschef granskar varandras verksamheter	Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare. Journalgranskning enligt framtagna mall utifrån verksamhetssystemet Lifecare	3 ggr/år
	kontroll av journalhantering för 10% av verksamhetens medarbetare.	Enhetschef	kontroll av slumpmässigt utvalda medarbetare enligt loggningsmall	3 ggr/år
Att journal enligt LSS inte förs enligt författningskrav 	Kontroll av 20 % slumpmässiga utvalda journaler (inkl. genomförandeplaner) som omfattas av LSS.	Enhetschef	Underlag hämtas från verksamhetssystemet Lifecare. Journalgranskning enligt framtagna mall utifrån	2 ggr/år

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
			verksamhetssystemet Lifecare	
Att journal enligt HSL inte förs enligt författningskrav ■	Kontroll av 10% slumpmässigt utvalda journaler som omfattas av HSL.	MAS	Journalgranskning enligt framtagna mallar utifrån verksamhetssystemet Lifecare.	2 ggr/år
Att anmälningar inte hanteras omedelbart och att inte en skyddsbedömning genomförs inom 24h ■	Kontroll gällande barn och vuxna 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 genomförandeplaner inte uppdateras inom IFO	Enhetschef IFO	Kontroll av genomförandeplaner	3 ggr/år
Att det brister i kontinuitet, delaktighet och uppföljning av vård insatser ◆	Att alla brukare ska ha en fast omsorgskontakt som är undersköterska inom hemtjänst och Särskilt boende	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

Risk	Kontrollmoment	Ansvarig funktion	Metod	Frekvens
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
Att genomförandeplaner inte uppdateras inom IFO 				
kontroll av journalhantering för 10% av verksamhetens medarbetare. 				

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 verksamhetssystemet 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 framtagna rutin.	Sammanställa hur synpunkter och förslag hanterats enligt framtagna rutin.	Verksamhetscont.	Inhämta underlag från verksamhetssystem (Lifecare) och enhetschef.	2 ggr/år
Narkotikaklassade läkemedel som försvinner ur läkemedelsrum.	Narkotikaklassade läkemedel som försvinner ur läkemedelsrum. Regelbunden kontroll i läkemedelsskåp.	MAS	Kontroll av utsedd SSK var sjätte vecka samt oftare vid behov/händelser. Sammanställs av MAS.	2 ggr/år