

Socialnämnden

Uppföljning intern kontrollplan 2025 för socialnämnden

2025-12-31

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	3
Intern kontrollplan för 2025	4
Uppföljning av kontroller	5
Risk att dokumentationsplikten inte följs vid direktupphandlingar som överstiger 100 tkr (kommungemensam kontroll)	5
Risk att korrekt inköp inte sker från upphandlade leverantörsavtal (kommungemensam kontroll)	5
Risk att kontinuitetsplaner inte är kända i verksamheten	6
Risk att bidragsbrott sker	6
Risk att återkrav på försörjningsstöd inte betalas	6
Risk att utförare inte följer avtal	6
Risk för otillåtna begränsningsåtgärder	7

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att god intern kontroll upprätthålls i Täby kommun och utformar kommunövergripande anvisningar. Nämnderna ansvarar för den interna kontrollen inom sina respektive verksamhetsområden.

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att kommunens verksamhet bedrivs effektivt, rättssäkert och i enlighet med gällande lagar, regler och styrdokument. Samtidigt som den interna kontrollen ska förebygga, upptäcka och hantera fel, oegentligheter och korruption.

Den interna kontrollplanens granskningsområden har valts med utgångspunkt från en risk- och konsekvensanalys. Utöver det har kommunstyrelsen gjort bedömningen att kommunen behöver göra en samlad bedömning av de totala inköpen därför är det ett gemensamt kontrollområde för alla nämnder.

Sammantaget visar uppföljningen för 2025 att rutinerna fungerar väl och att inga större fel framkommit vid granskningarna. Mindre avvikelser har noterats som kommer att följas upp under 2026.

Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade *Riktlinje för intern kontroll* den 6 oktober 2025, § 118. Riktlinjen fastslår att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att god intern kontroll upprätthålls i Täby kommun och utformar kommunövergripande anvisningar. I anvisningarna anges kraven för nämndernas interna kontrollplaner.

Riktlinjen fastslår att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. Nämnden ansvarar för att en risk- och konsekvensanalys genomförs för den egna verksamheten.

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att kommunens verksamhet bedrivs effektivt, rättssäkert och i enlighet med gällande lagar, regler och styrdokument. Samtidigt som den interna kontrollen ska förebygga, upptäcka och hantera fel, oegentligheter och korruption.

Den interna kontrollen ska följas upp två gånger per år i samband med delårsrapporten och årsredovisningen. Nämnden ska även rapportera arbetet med den interna kontrollen till kommunstyrelsen. Uppföljning och utvärdering av verksamheternas mål är också en del av den interna kontrollen som görs i delårsrapport och årsredovisning.

Intern kontrollplan för 2025

Nämndens interna kontrollplan för verksamhetsåret 2025 innehåller dels kommungemensamma kontroller och dels nämndspecifika kontroller.

De kommungemensamma kontrollerna som gäller upphandling är:

- Kontroll av att dokumentationsplikten följs vid direktupphandlingar som överstiger 100 tkr (kontrolleras årligen).
- Kontroll av att inköp sker från korrekt upphandlade leverantörsavtal.

De nämndspecifika kontrollerna omfattar följande områden:

- Kontroll av att kontinuitetsplaner finns och är kända
- Kontroll vid nybesök och återansökan av ekonomiskt bistånd
- Kontroll av att rutin för att kontrollera att återkrav betalas följs
- Kontroll av att uppföljningsplan finns och att uppföljningar sker enligt denna
- Kontroll av begränsningsåtgärder är dokumenterade

Uppföljning av kontroller

Risk att dokumentationsplikten inte följs vid direktupphandlingar som överstiger 100 tkr (kommungemensam kontroll)

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att dokumentationsplikten följs vid direktupphandlingar som överstiger 100 tkr  Inga brister	Stickprov
Halvår 2 2025 Stickprov har genomförts avseende 20 leverantörer med inköpsbelopp överstigande 100 tkr. Granskningen visar att dokumentation för direktupphandling har upprättats i de fall där det är erforderligt. Dokumentationen bedöms överlag hålla god kvalitet, men det finns delar som kan förtydligas och vidareutvecklas för att underlätta vid framtida dokumentation.	

Risk att korrekt inköp inte sker från upphandlade leverantörsavtal (kommungemensam kontroll)

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll att inköp sker från korrekt upphandlade leverantörsavtal  Inga brister	Stickprov
Halvår 2 2025 Kontroll har genomförts att inköp sker i enlighet med avtal som konkurrensutsatts enligt gällande upphandlingslagstiftning och inköpen hos leverantör är korrekta enligt avtal. Två avtalsleverantörer har granskats för perioden juni till november 2025. De kontrollerade leverantörerna är leverantörer som kommunen använder regelbundet och där det finns flera beställare.	
Leverantör 1 Granskningen utgör en uppföljning av delårets kontroll av leverantör 1. Efter att leverantören uppdaterat prisfilen med artikelnummer och artikelbeskrivningar har en ny granskning genomförts av kommunens leverantör av medicinteknisk utrustning. Inköp om totalt 193 tkr har kontrollerats, motsvarande 336 fakturarader. Kontrollen visar att fakturerade priser överensstämmer med avtalade priser. Avtalet omfattar en prissatt varukorg samt ett övrigt sortiment. Leverantören erbjuder även andra produkter inom samma område som inte omfattas av avtalet. Granskningen visar att 52 % av kommunens inköp avser upphandlat sortiment. Övriga inköp avser varor som ryms inom begreppet medicinteknisk utrustning men som ingår inte i det upphandlade sortimentet. Inför nästa upphandling bör behovet av sortiment utredas.	
Leverantör 2 En granskning har genomförts av en av kommunens leverantörer för möbler. Inköp om totalt 3,4 mnkr har kontrollerats, vilket omfattar 27 fakturor och 200 fakturarader. Kontrollen visar att samtliga fakturarader avser varor som omfattas av avtalet.	

Risk att kontinuitetsplaner inte är kända i verksamheten

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att kontinuitetsplaner finns och är kända  Mindre brister	Bevis/Underlagsgranskning
Halvår 2 2025 Arbetet med att ta fram kontinuitetsplaner pågår och fortsätter under första halvåret 2026. Konsult har anlitats för framtagandet i samråd med utvalda medarbetare från enheten. När arbetet är slutfört kommer kontinuitetsplanerna att kommuniceras till berörd verksamhet.	

Risk att bidragsbrott sker

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroller vid nybesök och återansökan av ekonomiskt bistånd  Inga brister	Stickprov
Halvår 2 2025 Attestkontroller utförs regelbundet varje vecka och i huvudsak dagligen av enhetschef. Syftet är att kontrollera att rätt utbetalning går till rätt person och att genomförda kontroller vid ansökan har gjorts. Kontroll har gjorts av att rutinen följs genom stickprov på två attestunderlag per vecka under året.	

Risk att återkrav på försörjningsstöd inte betalas

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att rutin för att kontrollera att återkrav betalas följs  Inga brister	Bevis/Underlagsgranskning
Halvår 2 2025 Ekonomiavdelningen informerar handläggare som arbetar med felaktiga utbetalningar (FUT) om inkomna återbetalade återkrav varje månad. FUT-handläggare följer upp ej återbetalda återkrav regelbundet för hantering om det behövs åtgärder.	

Risk att utförare inte följer avtal

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att uppföljningsplan finns och att uppföljningar sker enligt denna  Inga brister	
Halvår 2 2025 Uppföljningar har genomförts i enlighet med plan och utan identifierade avvikelser.	

Risk för otillåtna begränsningsåtgärder

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
----------------	-------------------

Kontroll av att skyddsåtgärder är dokumenterade

Bevis/Underlagsgranskning



Mindre brister

Halvår 2 2025

Verksamheternas följsamhet till lagkravet gällande skyddsåtgärder har följts upp under våren. Uppföljningen har omfattat verksamheter inom insatsen bostad med särskild service för vuxna (grupp- och servicebostäder) enligt LSS. Kort beskrivet blir beslut om en skyddsåtgärd (tillåten) en begränsningsåtgärd (otillåten) om samtycke från brukaren saknas. Detta gäller även om syftet med åtgärden är att skydda, stötta eller aktivera brukaren. Samtycke till åtgärden, beslutet och bakgrund till beslutet ska finnas dokumenterat.

Uppföljningen visar att verksamheterna i huvudsak har kännedom om regelverket. Samtidigt bedöms det finnas behov av att i högre utsträckning följa upp beslut, i högre utsträckning dokumentera dessa och arbeta i tvärprofessionella team.