

Äldrenämnden

Uppföljning intern kontrollplan 2025 för äldrenämnden

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 avgift inte faktureras korrekt för hemtjänst	6
Risk för fallavvikelse	6
Risk att kontinuitetsplaner inte är uppdaterade och kända i verksamheten	6
Risk att utförare inte följer avtal	7
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.

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 gällande regler för avgifter följs.
- Kontroll av fall som resulterar i ambulanstransport, mäta efter allvarlig vårdskada.
- Kontroll av att kontinuitetsplaner finns och är kända.
- 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	Stickprov
 Inga brister	
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	Stickprov
 Inga brister	
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 medicintekniskt 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 avgift inte faktureras korrekt för hemtjänst

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att gällande regler för avgifter följs  Inga brister	Stickprov
Halvår 2 2025 Stickprovskontroll har genomförts i syfte att säkerställa att avgifter för hemtjänst faktureras i enlighet med gällande regelverk. Kontrollen omfattade 40 fakturor med tillhörande avgiftsbeslut. Samtliga granskade avgiftsbeslut bedömdes vara korrekta utifrån gällande avgiftsregler. Av de kontrollerade fakturorna konstaterades ett fel. Det identifierade felet har åtgärdats. Sammantaget visar kontrollen att rutinerna för avgiftshantering i huvudsak fungerar, med behov av fortsatt uppföljning för att säkerställa korrekt fakturering.	

Risk för fallavvikelser

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av fall som resulterar i ambulanstransport, mäta efter allvarlig vårdskada  Inga brister	Stickprov
Halvår 2 2025 Vid höstens avtalsuppföljningar har samtliga särskilda boenden uppvisat en godkänd hantering av riskförebyggande åtgärder avseende fallskador. Inga fall har bedömts som allvarliga vårdskador som lett till ambulanstransport och rapporterats till kommunen.	

Risk att kontinuitetsplaner inte är uppdaterade och kända i verksamheten

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att kontinuitetsplaner finns och är kända  Inga brister	Bevis/Underlagsgranskning
Halvår 2 2025 Arbetet med att ta fram kontinuitetsplaner för myndighetsutövning inom äldreomsorgen påbörjades som planerat under hösten 2025 med stöd av upphandlad konsult. Egen regi deltog under hösten 2025 i en workshop om kontinuitetsplanering tillsammans med kommunens samtliga utförare. Arbetet fortsätter med utgångspunkt i befintliga planer och genom deltagande i samverkansmöten med relevanta funktioner inom kommunen i syfte att stärka beredskapsförmågan.	

Risk att utförare inte följer avtal

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att uppföljningsplan finns och att uppföljningar sker enligt denna	Bevis/Underlagsgranskning
 Inga brister	
Halvår 2 2025	
Uppföljningsplan finns upprättad och årets uppföljning har följt planen utan avvikelse.	

Risk för otillåtna begränsningsåtgärder

Kontrollmoment	Metod & Bedömning
Kontroll av att skyddsåtgärder är dokumenterade	Bevis/Underlagsgranskning
 Inga brister	
Halvår 2 2025	
Kontroll av att skyddsåtgärder är dokumenterade har genomförts inom ramen för höstens avtalsuppföljningar. Samtliga verksamheter inom särskilt boende uppvisade en godkänd hantering och dokumentation av riskförebyggande åtgärder.	