Internkontrollplan 2026 och analys av arbetet 2025 enligt reglemente

Aktiverande och redovisande styrdokument: Internkontrollplan
Berörd verksamhet: Uppsala kommuns äldrenämnd

Beslutsfattare: Äldrenämnden
Beslutsdatum: 2025-12-11
Diarienummer: ALN-2025-00854

Dokumentansvarig: Förvaltningsdirektör

Översiktsplan

Mål och budget

Verksamhetsplaner och affärsplaner

Program

Handlingsplaner och övriga planer

Syfte

I reglemente för intern kontroll i Uppsala kommun och kommunens helägda bolag beskrivs hur arbetet med den interna kontrollen ska struktureras och rapporteras till kommunstyrelsen som har det övergripande ansvaret.

Enligt reglementet ska nämnder och bolagsstyrelser årligen lämna in en analys och utvärdering av sina system och rutiner för intern kontroll till kommunstyrelsen. Analysen ska användas för utveckling av den interna kontrollen inom nämndernas och bolagsstyrelsernas verksamhetsområden. Den används också för utveckling på kommunövergripande nivå.

Nämnder och bolagsstyrelser ska årligen upprätta en internkontrollplan. Planen ska vara ett stöd i styrningen av verksamheten och ett hjälpmedel för att nå verksamhetsmålen. Planen ska försäkra:

- att verksamheten är ändamålsenlig och resurseffektiv,
- att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande, samt
- att verksamheten efterlever lagar, regler, avtal med mera.

Internkontrollplanen beskriver vad som behöver göras utifrån prioriterade risker som framkommit i riskanalyser. I riskregistret framgår om risken omhändertas i internkontrollplanen. Internkontrollplanen innehåller också tre obligatoriska kontrollmoment som identifierats i kommunstyrelsens övergripande riskanalys. Varje kontrollmoment i internkontrollplanen följs upp enligt beskriven frekvens och metod. Resultatet av uppföljningen redovisas årligen till kommunstyrelsen.

Analys av internkontroll föregående år

Efterlevnad av riktlinje och analys av funktionalitet

Nämnden arbetar i enlighet med Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll. Under året har omvärlds- och riskanalys genomförts.

I samband med nämndens strategidag under hösten presenterade förvaltningen prioriterade riskområden. Detta utifrån en bedömning av riskvärde, samt förslag till hantering. Nämnden gavs då tillfälle att komma med inspel under en workshop. Förvaltningen har därefter beaktat dessa inspel i framtagandet av riskregister för 2026.

Riskregistret beskriver på vilket sätt varje risk hanteras. Vissa risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen, andra i förvaltningens löpande arbete och vissa följ upp via internkontrollplanen.

Rapporteringen var i huvudsak förlagd till oktober för att möjliggöra att resultaten skulle kunna tas med i planeringen för 2026. Enstaka kontrollmoment rapporterades i mars 2025. Flera kontrollmoment genomfördes dock inte helt enligt planering, och resulterade i anmärkning/mindre anmärkning.

Organisation och ansvar för arbetet med intern kontroll

Ansvarsfördelningen för den interna kontrollen är organiserad enligt följande:

Förvaltningsdirektören har det yttersta ansvaret för att vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs i enlighet med gällande regelverk och att bokföringen sköts på ett betryggande sätt. Detta sker bland annat genom att kontinuerliga ledningsgruppsavstämningar, enskilda avstämningar med avdelningschef och matrisstöd, månadsuppföljningar och styrgruppsmöten där verksamhet och budget är i fokus.

Avdelningschefer på förvaltningen ansvarar för att avdelningens chefer och medarbetare har arbetsmetoder som används för att bidra till en god intern kontroll. För att säkerställa detta genomförs kontinuerliga ledningsgruppsavstämningar samt enskilda avstämningar med områdeschef för egenregin eller enhetschef för myndighet. För att kvalitetssäkra underlag inför nämndrapportering sker ett nära samarbete med ekonomiavdelningen, bland annat genom budgetgenomgångar och prognosarbete.

Övriga chefer ansvarar för att tillförsäkra att medarbetare har kunskap och följer de styrdokument som antagits. Detta sker tillika överordnade chefer genom kontinuerliga avstämningsmöten. Medarbetare inom varje avdelning ska känna till och följa de regler, anvisningar och styrdokument som finns för arbetet.

Ansvariga tjänstepersoner ansvarar för att analysera den interna kontrollen inom nämndens ansvarsområde. I ansvaret ingår att genomföra riskhantering. Arbetet sker i enligt med den kommunövergripande vägledningen för arbetet med nämndernas interna kontroll. Vård- och omsorgsförvaltningen har en rutin som beskriver ansvar och genomförande av den interna kontrollen.

Planerad utveckling av intern kontroll 2026 och framåt

Nämnden följer och utvärderar kontinuerligt formerna för uppföljning och rapportering av nämndens internkontrollplan. Inom ramen för uppföljningen och rapporteringen av kontrollmomenten i internkontrollplanen 2026 är avsikten att rapporteringen till nämnden åter sprids ut över flera rapporteringstillfällen under året. Detta i linje med kommunrevisionens rekommendation avseende rapporteringsrutiner för uppföljning av intern kontroll.

Plan för internkontroll 2026

Begrepp som används i internkontrollplanen

Tabell 1: Beskrivning av begrepp

Kontrollområde	Områden som det ska finnas kontrollmoment inom. Det finns fyra obligatoriska kontrollområden: • Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner • Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut • Finansiell kontroll • Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv
Riskbeskrivning	Beskrivning av den risk som ligger till grund för kontrollmomentet. Hämtas från riskregistret.
Kontrollmoment	Vilken kontroll som vidtas för att motverka, minimera eller i vissa fall eliminera riskerna. Kontrollmomenten kan antingen vara förebyggande eller upptäckande och korrigerande. Förebyggande kontrollmoment är åtgärder för att undvika att brister uppstår. Upptäckande och korrigerande kontrollmoment hjälper nämnden/bolagsstyrelsen att se om riskerna har lett till de händelser som kan befaras och visar på vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma tillrätta med bristerna.
Kontrollmetod	Beskrivning av metoden för att genomföra kontrollen. En bra kontrollmetod ska uppfylla följande kriterier: • Validitet: mäter det som är avsett att mäta • Reliabilitet: mäter på ett tillförlitligt sätt • Utförs på samma sätt varje gång • Möjlig att genomföra med en rimlig arbetsinsats/till en rimlig kostnad
Ansvarig	Den som ansvarar för att kontrollen genomförs. Anges som roll, ej personnamn.
Tidpunkt för uppföljning	Tidpunkt då kontrollmomentet ska följas upp inför rapportering till nämnd/bolagsstyrelse.

Kontrollmoment

Tabell 2: Kontrollmoment

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.	*Obligatoriskt kontrollmoment:* Kontroll av att behovet av rutiner och planer för analogt arbete vid avbrott och störningar är inventerat inom verksamheten. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och övade.	Kontrollera att det finns ett dokumenterat underlag som beskriver hur respektive avdelning ska bedrivas analogt, om digitala system inte är tillgängliga. Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats för respektive avdelning.	Avdelning myndighet äldre Avdelning hemtjänst och särskilt boende Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Ledningen saknar en aktuell bild över verksamhetens systematiska arbete med informationssäkerhet vilket leder till bristfälliga underlag för prioritering av nödvändiga säkerhetsåtgärder. Detta i sin tur medför risker för störningar i verksamhetens uppdrag och det kan också medföra sanktionsavgifter från tillsynsmyndigheter	*Obligatoriskt kontrollmoment:* Kontroll av att förvaltnings- respektive bolagsledningen genomfört mognadsdialogen informationssäkerhet.	Kontrollera att åtgärdsplan avseende mognadsdialogen informationssäkerhet har följts upp.	Enhet digital verksamhets-utveckling	December 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Brister i medarbetarnas motståndskraft mot cyberangrepp och bedrägerier medför att en medarbetares agerande möjliggör att en attack lyckas vilket i sin tur medför omfattande störningar och avbrott i samtliga it-leveranser.	*Obligatoriskt kontrollmoment:* Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Kontrollera att nyanställda medarbetare får tillgång till obligatorisk utbildning i informationssäkerhet. Kontrollera att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Avdelning myndighet äldre Avdelning hemtjänst och särskilt boende Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	September 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	Risk för mutor, jäv, och/eller otillåten påverkan kan leda till att beslut fattas på felaktiga grunder och med bristfällig rättssäkerhet. Det kan även leda till sjukskrivningar, att förtroendet för förvaltningen minskar, samt att kommunen skadas ekonomiskt. *Relaterad till risk 6 samt 16 i riskregister.*	Kontrollera att systematiskt och förebyggande arbetssätt finns för att förebygga och hantera risker för mutor, jäv och/eller otillåten påverkan bland medarbetare, chefer och förtroendevalda.	Kontrollera att respektive avdelning har etablerade och ändamålsenliga arbetssätt för att förebygga och hantera mutor, jäv, respektive otillåten påverkan.	Avdelning myndighet äldre Avdelning hemtjänst och särskilt boende Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	September 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristfälliga eller svårhanterliga IT- och verksamhetssystem kan leda till ineffektiv administration, dubbelarbete och osäker informationshantering. Detta försvårar handläggning och dokumentation, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten i beslutsunderlag och riskera att brukare inte får det stöd de har rätt till. *Relaterad till risk 7 samt 8 i riskregister.*	Kontrollera att utveckling av verksamhetssystem sker systematiskt och utifrån verksamhetens behov.	Kontrollera att förvaltningen systematiskt identifierar brister i IT- och verksamhetssystemens användbarhet, funktionalitet och informationssäkerhet.	Enhet digital verksamhets-utveckling	December 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristande kunskap hos medarbetare om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer riskerar att sådana situationer inte upptäcks, hanteras, eller rapporteras på ett korrekt sätt. Detta kan i sin tur kan medföra risk för skada för brukare, anhöriga eller medarbetare, såväl som bristande regelefterlevnad. *Relaterad till risk 9 i riskregister.*	Kontrollera att medarbetare har tillräckliga kunskaper om hot, våld, hedersrelaterat våld, samt våld i nära relationer.	Kontrollera att nyanställda medarbetare får tillgång till utbildning om hot, våld, hedersrelaterat våld, samt våld i nära relationer Kontrollera att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera utbildning om hot, våld, hedersrelaterat våld, samt våld i nära relationer.	Avdelning myndighet äldre Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning hemtjänst och särskilt boende Avdelning hälso- och sjukvård	December 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Finansiell kontroll	Svårigheter att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens kan leda till brist på medarbetare, och/eller bristfällig kompetens i verksamheten. Detta kan i sin tur innebära att brukare inte får de insatser de har rätt till, att insatser utförs med sämre kvalitet, samt att bristfällig kompetensförsörjning drabbar nämnden ekonomiskt. *Relaterad till risk 10 i riskregister.*	Kontrollera att det finns ett systematiskt och långsiktigt arbete för att säkerställa tillgång till personal med rätt kompetens, samt att tillbörliga åtgärder vidtas för att förebygga och hantera brist på medarbetare samt brist på rätt kompetens.	Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga arbetssätt avseende kompetensförsörjning.	Enhet strategi och beredning HR-avdelningen, område verksamhetsnära HR-stöd	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristande hantering av synpunkter och klagomål kan leda till att viktig information om verksamheten inte kommer nämnden tillgodo. Detta kan i sin tur leda till bristfälligt lärande i verksamheten, samt minskat förtroende för nämnden. *Relaterad till risk 22 och 23 i riskregister.*	Kontrollera att synpunkter och klagomål omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.	Kontrollera att synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt. Kontrollera att återkoppling till rapportören ges inom rimlig tid.	Avdelning kvalitet och utveckling	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	Bristfällig avvikelsehantering kan leda till att avvikelser inte rapporteras, rapporteras för sent, eller att processen för att följa upp avvikelser inte följs. Vidare kan brist på skyndsamt agerande även leda till ökat lidande och otrygghet för enskilda brukare, samt medföra förtroendeskada för nämnden. *Relaterad till risk 22 och 23 i riskregister.*	Kontrollera att avvikelser rapporteras, utreds och avslutas på ett ändamålsenligt sätt.	Kontrollera att rutiner för Lex Sarah och Lex Maria är ändamålsenligt formulerade.	Avdelning kvalitet och utveckling	Juni 2026
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Brister i diarieföring gör det svårt att hitta handlingar och arbetsmaterial. Det kan göra det svårt att hitta information bakåt i tid vilket försvårar för insyn och eget arbete.	Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.	Kontroll av att ärenden stängs i tid. Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Jämför med tidigare år.	Registrator	September 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristfälligt upprättande av individuella utvecklingsplaner kan leda till en risk att medarbetare inte kompetensutvecklas i tillräcklig utsträckning.	Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade inom samtliga avdelningar.	Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade på samtliga avdelningar. Kontrollen sker genom stickprov.	Avdelning myndighet äldre Avdelning hemtjänst och särskilt boende Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristfällig delaktighet för medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet riskerar att leda till otillräcklig kvalitetsutveckling.	Kontroll av att medarbetare känner till och är delaktiga i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.	Kontroll av att det på samtliga avdelningar finns arbetssätt och forum för att involvera medarbetarna i det systematiska kvalitetsarbetet.	Avdelning myndighet äldre Avdelning hemtjänst och särskilt boende Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	December 2026

Bilagor

- Äldrenämndens riskregister 2026
- Informationssammanställning av dialog om risker på äldrenämndens strategidag 8 oktober 2025