

Kommunstyrelsen

## Återrapportering av genomförd internkontroll 2019

### Bakgrund

Nyköpings kommun tillämpar Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) modellen. Modellen bygger på fem huvudkomponenter som integrerar med varandra, vilka är grunden för att upprätta en intern kontrollplan:

- Kontrollmiljö
- Riskbedömning
- Kontrollaktiviteter
- Information & Kommunikation
- Uppföljning

Syftet med Internkontrollplaner är att upprätthålla en tillfredsställande intern kontroll genom att

- Verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt,
- Tillförlitlighet finns i verksamhetens information om ekonomin och verksamhet,
- Efterleva lagar, föreskrifter och styrdokument.

Återrapportering av internkontroll ska ske till kommunstyrelsen årligen. Samtliga nämnder och verksamheter tar årligen fram en interkontrollplan baserad på en risk- och väsentlighetsbedömning av arbetsuppgifter och ansvarsområden. Samtliga nämnder följer upp sina respektive internkontrollplaner och fattar beslut om att godkänna dem. Även verksamheterna följer upp sina interkontrollplaner under året.

I sammanställningen i bilaga till tjänsteskrivelse framgår vilka kontroller som genomförts under året och vilka avvikelser och brister i rutiner som uppmärksammas och åtgärdats. Exempel på brister är personalbrister och exempel på åtgärder är rättelser, upprättande/förtydligande av rutiner.

Den sammanfattande bedömningen är att rutinen för uppföljning av internkontrollplanerna är god samt att uppföljningen övergripande genomförts på ett strukturerat och ordnat vis.

**Förslag till beslut**

Kommunstyrelsen beslutar

**att** godkänna återrapportering av genomförd internkontroll 2019.

Mats Pettersson  
Kommundirektör

Jukka Taipale  
Ekonomichef

**Beslut till:**

Datum  
2020-03-09

# Återrapportering av genomförd internkontroll 2019



## **Innehåll**

<b>Barn- och ungdomsnämnden .....</b>	<b>3</b>
<b>Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden .....</b>	<b>4</b>
<b>Kultur- och Fritidsnämnden .....</b>	<b>5</b>
<b>Överförmyndarnämnden .....</b>	<b>6</b>
<b>Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden .....</b>	<b>8</b>
<b>Socialnämnden .....</b>	<b>8</b>
<b>Vård- och Omsorgsnämnden.....</b>	<b>10</b>
<b>Kommunstyrelsen .....</b>	<b>13</b>
<b>HR-avdelningen .....</b>	<b>13</b>
<b>IT-avdelningen .....</b>	<b>14</b>
<b>Kommunikationsavdelningen.....</b>	<b>19</b>
<b>Kommunledningskansliet.....</b>	<b>21</b>
<b>Näringslivsenheten .....</b>	<b>24</b>
<b>Ekonomiavdelningen .....</b>	<b>25</b>
<b>Måltidsservice .....</b>	<b>26</b>
<b>Division Barn Utbildning Kultur .....</b>	<b>27</b>
<b>Division Social omsorg .....</b>	<b>35</b>
<b>Tekniska divisionen.....</b>	<b>40</b>
<b>Samhällsbyggnad .....</b>	<b>41</b>
<b>Räddning och säkerhet .....</b>	<b>44</b>

# Barn- och ungdomsnämnden

## Genomförd internkontroll

### Kontrollområde

Beställning av verksamhet: Att nämndens beställda kvalitetsnivåer inte till fullo levereras av utföraren

Uppföljning enligt beslutat årshjul för kvalitetsuppföljning

På nämndens sammanträde 2019-06-04 redovisade division Barn Utbildning Kultur sin kvalitetsuppföljning för förskola, fritidshem och grundskola av området "Övergång, samverkan och omvärld" samt för gymnasiet området "Utbildningsval, arbete och samhällsliv. På nämndens sammanträde 2019-12-10 redovisade BUK sin kvalitetsuppföljning av områdena "Normer, värden och inflytande" samt "Kunskaper, utveckling och lärande".

### Avvikelse:

Barn- och ungdomsnämnden har inte fått de underlagen för beslut som ingick i beställningen för områdena "Normer, värden och inflytande" samt Kunskaper, utveckling och lärande". Beslut skulle ha tagits på sammanträdet 2019-12-10 men kommer nu att redovisas i januari 2020. Resultatet kommer dock att ingå i nämndens verksamhetsberättelse för 2019.

### Åtgärder:

Under 2020 kommer dialogen kring och återrapporteringen av det systematiska kvalitetsarbetet att ske i en annan form för att nämnden ska känna trygghet i att det systematiska kvalitetsarbetet fortgår och utvecklas.

### Kontrollområde: Brister avseende uppdrag kring kränkande behandling

Barn- och ungdomsnämnden har under våren 2019 haft fokus på division Barn Utbildning Kulturs arbete med kränkande behandling. På sammanträden har BUK redovisat hur ärenden hanteras och följs upp samt hur det förebyggande arbetet är organiserat. För att ge nämnden en bild av vilken typ av ärenden det kan handla om har oidentifierade fall redovisats från början till slut.

### Avvikelse:

Inga avvikelser har framkommit

### Åtgärder:

Inga åtgärder har vidtagits

## Internkontroller som inte har genomförts under året

Alla internkontroller är genomförda.

## Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inga nya åtgärder är vidtagna.

# Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

## Genomförd internkontroll

### Kontrollområde: Omvärldsbevakning

#### Konsekvenser av förändringar på Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen är trots minskade resurser en viktig och aktiv part i arbetet med bland annat DUA, Vägen till självförsörjning och AME:s uppdrag. AF redogjorde för sin syn på samarbetet på nämndsammanträdet 2019-05-29. AF deltar regelbundet i aktuella samverkansforum och lämnar där en löpande rapportering om förändringarna inom sin verksamhet.

### Förslag till åtgärder som skall vidtas

Inga åtgärder i nuläget men fortsatt uppföljning i aktuella samverkansform.

#### *Konsekvenser av förändringar i samarbetet med region Sörmland*

KAN kommer fr o m 2020 att överta ansvar för flera av AME:s uppdrag. I nuläget har Regionen aviserat att man inte avser fortsätta samarbetet kring IPS-verksamheten. Samtal förs fortfarande såväl på politisk som tjänstemannanivå mellan kommunen och regionen om fortsättningen av IPS-verksamheten.

### Förslag till åtgärder som skall vidtas

Samtal förs fortfarande såväl på politisk som tjänstemannanivå mellan kommunen och regionen om fortsättningen av IPS-verksamheten.

### Kontrollområde: Budget

#### *Statsbidrag för Sfi stämmer inte med budget*

Den andel av Migrationsverkets schablonbidrag som avser Sfi är lägre än budgeterat.

### Förslag till åtgärder som skall vidtas

SAK har påtalat att en översyn av kommunens interna fördelning av schablonbidraget bör ske inför 2020. Anledningen är att kravet på Sfi-undervisning har förändrats sedan gällande beslut togs 2016. En annan orsak är att fler läser nybörjarkurser vilket tar längre tid.

### Volymutvecklingen KAA/UKAA stämmer inte med prognosen i budget

Det är ett större antal ungdomar som tillhör målgruppen för KAA än budgeterat. Antalet ungdomar inom UKAA ligger någorlunda konstant.

### Förslag till åtgärder som skall vidtas

Eftersom UKAA ej är reglerat enligt Skollagen förs en diskussion med Campus Nyköping inför beställningen 2020.

**Kontrollområde: Delegationsordning**

*Beslut tagna på delegation anmäls inte till nämnden*

Beslut tagna på delegation anmäls till varje nämndsammanträde. Campus Nyköping är den verksamhet som tar majoriteten dessa beslut. Det har endast tagits något enstaka beslut av ordförande.

**Förslag till åtgärder som skall vidtas**

Bedömningen är att delegationsordningen följs och att beslut tagna på delegation anmäls till nämnd.

## Kultur- och Fritidsnämnden

### Genomförd internkontroll

**Kontrollområde: Internöverenskommelser efterlevs**

Kontroll har genomförts vid två tillfällen under året med resp utförande division/enhet.

*Internöverenskommelserna efterlevs.*

**Kontrollområde: Avtal efterlevs**

Kontroll har genomförts med IFK Nyköping gällande Sporthallen/Fokkungavallen och Medley beträffande Hjortensbergsbadet. Resultatet av efterlevnaden godkänd. Gällnade avtal med IFK Nyköping är uppsagt och från och med 2020 kommer driften av Sporthallen och Folkkungavallen ske i egen regi.

**Kontrollområde: Avvikelse från styrdokument**

Ett styrdokument kontrolleras varje år. Vid kontroll har ingen avvikelse har upptäckts

**Kontrollområde: Avvikelser från delegationsordning**

*Kontroll av anmälningar mot beslut*

Vid kontroll har inga avvikelser upptäckts

**Kontrollområde: Felaktig eller utebliven betalning av föreningsbidrag**

Kontroll har genomförts via stickprov där ingen felaktig eller utebliven betalning noterats. Verksamheten redovisade själva en felaktig utbetalning på ett mindre belopp. Denna felaktighet korrigeras till nästa år genom att mottagarens bidrag reduceras med motsvarande felaktigt utbetalat belopp.

**Kontrollområde: Uteblivna deltagaravgifter**

Fakturering deltagaravgifter kulturskolan. Vid stickprovskontroll har inga uteblivna deltagaravgifter upptäckts.

**Kontrollområde: Intäktsbortfall Lokalbokningen**

Vid kontroll har inga avvikelser upptäckts

# Överförmyndarnämnden

## Genomförd internkontroll

### **Handläggning – att kontoret inte fullt ut utövar sin tillsyn.**

Kontoret granskar årligen årsräkningar och sluträkningar vilket är en stor del av tillsynsansvaret för nämnden. När det gäller granskningen tas underlag in och begäran om kompletteringar skickas till ställföreträdare. Ställföreträdaren får information om vilka underlag som ska bifogas med års-sluträkningen och det är deras skyldighet att lämna in underlagen. Underlagen ligger till grund för att granskningen ska kunna ske på ett korrekt sätt. När årsräkningarna lämnas in och diaries begärs direkt komplettering om tex underlag fattas. Under granskningens gång kan också ansvarig handläggare begära ytterligare kompletteringar i form av underlag eller förklaringar. Metoden att ta in underlag och begära kompletteringar har fungerat bra och kommer att fortsätta.

Under 2019 har länsstyrelsen gjort riktlinjer för granskningen och överförmyndarkontoret har utifrån dessa gjort interna riktlinjer. En prioriteringsordning har också gjorts utifrån en riskanalys där vissa prioriterade räkningar plockas ut och granskas separat. Det kan handla om nya ställföreträdare som lämnat in sin första årsräkning, tidigare anmärkningar på förvaltningen, inkomna synpunkter etc.

När ekonomiska beslut fattas i ett ställföreträdarskap ska besluten följas upp. Underlag för tex att en omplacering gjorts eller att arv eller köpeskilling betalats ut ska redovisas till nämnden. Det kan också röra sig om uttag från ett överförmyndarspärret konto för ett visst ändamål eller inköp som ska redovisas. När besluten fattas läggs en påminnelsebock på respektive handläggare som har som ansvar att följa upp att underlagen kommer in. Kommer det inte in ska påminnelse skickas ut. Kommer underlagen trots påminnelse inte in kan det tex innebära att ytterligare beslut ej beviljas samt att man kan få titta vidare på skälet till att ställföreträdaren inte inlämnar det som begärts. Personalen på kontoret har också möten där ärenden kan tas upp om behovet uppstår.

### **Åtgärd: Bör fortsatt vara kontrollområde**

### **Rekrytering av ställföreträdare – att tillgängligheten till ställföreträdare inte är tillräckligt hög**

Gällande godmanskap och förvaltarskap så blir uppdragen i många fall svårare och av mer komplicerad karaktär. Svårigheterna att rekrytera gode män och förvaltare blir mer påtagligt och uppdraget som god man och förvaltare är ett frivilliguppdrag och det kan vara svårt att kräva en viss kompetens för uppdraget. Detta är oförändrat de senaste åren och trenden ser ut att fortsätta.

Kontrollmomenten i interkontrollplanen var att inget ställföreträdarskap skulle upphöra pga brist på ställföreträdare. Detta har skett genom löpande rekrytering av



ställföreträdare i form rekryteringskampanjer som tex annonsering på Facebook och på kommunens hemsida. Informationsträffar har ägt rum i stort sett varje månad där personer som är intresserade av att bli gode män/förvaltare har deltagit. De flesta personer som deltar på informationsträffarna visar fortsatt intresse att gå vidare i rekryteringsprocessen och vill bli gode män. Det är trots detta fortfarande svårt att hitta ställföreträdare som kan ta uppdrag av mer komplicerad karaktär och det är också den typen av uppdrag som ökar och så ser det ut i hela landet. Planeringen framöver är att fortsätta med rekrytering i den utsträckning vi gjort och vi har en god kommunikation med kommunikationsavdelningen som kan vara behjälpliga när vi behöver förmedla information till medborgarna kring våra behov.

Vi har också inlett ett samarbete med anhörigcenter i Nyköpings kommun för att hålla i gemensamma utbildningar/föreläsningar och flera sådana träffar är inbokade till våren. Vår förhoppning är att genom att erbjuda detta till våra gode män och förvaltare så känner de sig också uppskattade och kan föra vidare detta till andra som kanske vill bli gode män och förvaltare och att de själva även kan tänka sig fler uppdrag.

Att kunna föra statistik och ha koll på hur många av de som lämnar in intresseanmälningar att bli gode män och som sedan tar ett uppdrag är komplicerat och det krävs manuellt arbete för att hålla det aktuellt. Samma gäller att inte tappa bort de personer som haft uppdrag och som kanske vill ha nya.

### **Åtgärd: Bör fortsatt vara kontrollområde**

#### **Mål – att kontoret hinner granska alla årsräkningar innan 1/9**

Nämndens mål är att alla i tid inkomna årsräkningar ska vara granskade innan 1/9. En årsräkning ska vara inlämnad senast 1 mars årligen. Kontrollmomentet har varit att föra statistik över antalet inkomna årsräkningar samt över antalet granskade årsräkningar. Detta mål har uppnåtts och statistik har genomförts varje vecka. Detta är en bra metod och är enkel att mäta och framöver kommer detta ske på samma sätt. I år var 99,3 % av årsräkningarna granskade till 1/9 och anledningen till att det inte var 100 % handlar om att handläggningen har påbörjats men att komplettering som efterfrågats av tex gode män/förvaltare fördröjt handlägningsprocessen.

### **Åtgärd: Bör fortsatt vara kontrollområde**

## Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

På grund av förändringar i organisationen och av personal gällande sakkunnig i Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden blev ingen internkontrollplan framtagen för 2019. Arbeta med att ta fram en internkontrollplan för 2020 är påbörjat.

## Socialnämnden

### Genomförd internkontroll

#### Genomförd internkontroll

För samtliga områden som angivits i Socialnämndens internkontrollplan för 2019 har kontroller genomförts enligt plan.

#### **Punkt 1: Brist på uppsökande verksamhet mot ungdomar gör att insatser försenas och behovet av stöd ökar**

Området har följts upp genom information från division Social omsorg (DSO) vid nämndsammanträde. Under året har det varit oroligt bland ungdomar i staden och särskilt uppmärksammat blev oroligheter i Brandkärr. Under flera års tid har det uppsökande arbetet mot ungdomar av karaktär "fältarbete" haft litet utrymme i verksamheten för att behovet ansetts vara litet eftersom ungdomar vistades allt mindre i utomhusmiljöer. Trenden har dock vänt på senare tid och DSO beskriver att man ser behov av mer resurser för det uppsökande arbetet men att man försöker möta situationen genom att bland annat avsätta öppenvårdspersonal för till exempel närvaro i skolor och nattvandring i bostadsområden när särskilda behov uppstår. I nämndens budget för 2020 saknas utrymme för utökad verksamhet men kommunens satsningar, med statlig finansiering, på ungdomsledare och integrationspedagoger kommer också att kunna möta ungdomar på ett sätt som kan minska behovet av insatser från Socialnämnden. Sammantaget bedömer Socialnämnden att behovet av uppsökande verksamhet mot ungdomar är ett kritiskt område som fortsatt behöver bevakas i nämndens internkontroll 2020.

#### **Punkt 2: Behovet av akuta boendelösningar för nyanlända kan inte tillgodoses med inhyrda fastigheter vilket leder till att Socialnämndens kostnader ökar**

Området har följts upp genom informationer från DSO vid nämndsammanträden. När nämndens internkontrollplan togs fram hade kontraktet för ett av kommunens tre förhyrda tillfälliga boenden för nyanlända (Lanternan) upphört och planering var att säga upp ytterligare ett boende (Emtnäs) vid halvåret 2019. Under våren gjordes en annan bedömning av behovet och man valde att behålla Emtnäs hela år 2019. Detta fick till följd att behovet av tillfälliga boendelösningar för nyanlända tryggades men tyvärr också att nämndens budget för verksamheten överskreds. Kommunstyrelsen har vid två tillfällen under året beslutat att lämna medel till Socialnämnden från sitt balanskonto för nyanlända för ändamålet. Behovet av tillfälliga boendelösningar för nyanlända har nu minskat tack vare en bättre tillgång

på hyresbostäder i kommunen och Socialnämnden bedömer att området inte behöver ingå i nämndens internkontroll år 2020.

### **Punkt 3: Bristande samverkan kring personer med samsjuklighet gör att personer far illa och Socialnämndens kostnader ökar**

Området har följts upp genom information från DSO vid nämndsammanträde. Nämnden har följt området tidigare i sin internkontroll och kunnat konstatera att flera insatser har tillkommit för målgruppen de senaste åren. Fortfarande saknas dock ett boende för personer med samsjuklighet i kommunen och behov finns av en bättre samordning av insatser inom kommunen för målgruppen. I budget 2020 har Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden lämnat ett gemensamt särskilt uppdrag till DSO gällande samordning av insatser för målgruppen. Socialnämnden kommer att få två återrapporteringar från DSO gällande det särskilda uppdraget under år 2020 och nämnden bedömer att området blir fortsatt bevakat genom detta.

### **Punkt 4: Ökande antal orosanmälningar leder till bristande kvalitet på utredningar**

Området har följts upp genom information från DSO vid nämndsammanträde. Antalet orosanmälningar ligger på liknande nivå som förra året men verksamheten beskriver att man i nuläget har flera komplexa ärenden som tar mycket tid att hantera. IVO riktade år 2018 kritik mot verksamheten och Barn- och ungdomsenheten har efter det sett över rutiner och kompetens i verksamheten. Socialnämnden bedömer att verksamheten behöver följas upp ytterligare utifrån ett kvalitetsperspektiv. Socialnämnden kommer att kontrollera hantering av orosanmälningar gällande barn och unga som kan ha utsatts för våld i 2020 års internkontroll.

### **Punkt 5: Bristande rehabiliteringssamverkan med FK och Regionen leder till att personer med ekonomiskt bistånd får otillräckligt stöd samt till ökade kostnader för Socialnämnden**

Området har följts upp genom information från DSO vid nämndsammanträde. Antalet personer som har antingen utrett arbetshinder eller sjukskrivning utan ersättning från Försäkringskassan (FK), som orsak till sitt behov av bistånd ökar. Särskilt FK är svår att få med i samverkan och alltför många personer nekade ersättning vid sjukskrivning. Sedan år 2018 har FK även dragit sig ur TRIS (Tidig Rehabilitering i Samverkan) som är en struktur och organisation för rehabiliteringssamverkan i Sörmland. Antalet personer med ej utrett arbetshinder som orsak till behovet av försörjningsstöd uppgick år 2019 till 247 personer jämfört med 230 personer år 2018. Antalet personer som var O-klassade (saknade sjukpenninggrundande inkomst på FK), blivit utförsäkrade eller fått ersättning indragen från FK uppgick sammanlagt till 159 personer år 2019 jämfört med 145 personer år 2018. Socialnämnden bedömer att utvecklingen inom området är oroande och kommer att följa upp utvecklingen vad gäller orsaker bakom behovet av försörjningsstöd i sin internkontroll 2020.

# Vård- och Omsorgsnämnden

## Genomförd internkontroll

### **Hot/Risk: Att beslut tagna i Vård- och omsorgsnämnden inte får genomslag i verksamheterna**

Internkontrollen har gjorts genom att identifiera beslut under året som inneburit ett fortsatt arbete inom verksamheterna för att garantera att något får effekt nära brukarna.

Tre beslut har identifierats, där effekt redan kunnat bedömas. Det handlar om patientsäkerhetsberättelsen, SKR:s rekommendation för ökad kvalitet nattetid på särskilda boenden för äldre samt uppföljning av åtgärder utifrån internkontroll 2018.

I patientsäkerhetsberättelsen har MAS under de senaste åren upprepat poängterat behov av vissa förändringar och förbättringar, vilka inte verksamheten tagit till sig. När det gäller SKRs rekommendation visar interna tillsyner att verksamheten inte aktivt arbetar för att implementera den. Därför har uppdrag lämnats om att återkomma med konkreta handlingsplaner, vilka också ska avrapporteras för nämnden. Uppföljningen av åtgärder utifrån internkontrollen 2018, visade på ett blandat resultat.

Bedömning, hot/risk: Risken bedöms mycket hög. Det är i för hög utsträckning så att uppdrag som getts av nämnden inte tas på allvar, vilket skapar behov av att efterfråga handlingsplaner och dessutom ytterligare uppföljningar.

### **Hot/Risk: Att personalen inte vet hur de känner igen att hot och våld förekommer och att rutinerna för hur man agerar då så är konstaterat, inte är kända**

Internkontrollen har gjorts via frågor till enhetschefer inom såväl kommunal som privat driven hemtjänst.

Enhetscheferna upplever att personalen sällan ställs inför en situation med hot och våld mellan två parter i kundernas hem. Någon säger att det aldrig hänt, medan en konstaterar att det i en av grupperna sker flera gånger i veckan.

Enhetscheferna säger att det mycket sällan skrivs avvikelser om detta. Man hanterar det i stället genom att diskutera på APT eller genom att hantera det som ett tillbud. Inte heller i den grupp som ofta råkar ut för detta skrivs avvikelser. Detta kan bekräftas av en kontroll av skrivna avvikelser i verksamhetssystemet. Det är flera år sedan en sådan skrevs utifrån hot och våld.

Det finns rutiner för detta i hemtjänstlokalerna, men på två av ställena bedömer enhetschef att personalen inte känner till rutinerna. Det handlar om två ställen som nyligen bytt ledning. I övrigt brukar frågan diskuteras på APT och ämnet ingår alltid i introduktionen av nya medarbetare. En utförare kommenterar att verbala trakasserier från anhöriga och kunder är vanligare än hot och våld.

Bedömning, hot/risk: Bedömningen är att det finns en viss risk. Det förekommer sällan, vilket kan göra att man inte är van att se signalerna. Dessutom finns det arbetsplatser där personalen inte känner till rutinerna.

**Hot/Risk: Att SIP (samordnad individuell plan) inte lyckas genomföras i önskad utsträckning (funktionshinderområdet)**

Internkontrollen har skett enligt plan, d v s via frågor till myndighetsfunktionerna för LSS barn samt LSS vuxna.

En SIP går till så att den part som ser behov av samverkan mellan två eller fler myndigheter/huvudmän, tar kontakt med övriga samverkanspartners kring en person för att på ett gemensamt möte tydliggöra vem som ska göra vad. En förutsättning är att den enskilde önskar att SIP sker. Det är sen också viktigt att följa upp mötet med ytterligare ett, för att säkerställa att alla gjort det man kommit överens om.

Det är idag mycket ovanligt att en planerad SIP inte blir av. Det kunde hända för några år sedan och den vanligaste orsaken var då att Region Sörmland inte kunde få loss en läkarresurs.

Bedömning, hot/risk: Risken bedöms som mycket liten utifrån att alla parter idag tycks se vikten av att SIP genomförs och därför kommer då de kallas.

**Hot/Risk: Att inte hälso- och sjukvården ger rådgivning och stöd vid demenssjukdom till berörd personal i den utsträckning som behövs**

Här avses hemtjänsten. Internkontrollen har skett genom frågor till verksamhetschef och enhetschefer.

Verksamhetschefen beskriver vilket stöd som finns. Demenssjuksköterskan ska handleda och utbilda såväl enhetschefer som personal. Dessutom finns demensteamet som kan bidra med råd och stöd. Alla sjuksköterskor inom hemsjukvården har också kunskap.

Flertalet enhetschefer lyfter den webbaserade Demens-ABC som en bra utbildning som de flesta inom personalen gått. Även FoU Sörmlands demensutbildningar nämns. Såväl kommunal som privat driven hemtjänst är nöjda med de råd och det stöd man får idag, men flera enhetschefer säger samtidigt att det behövs bättre samverkan mellan alla aktörer och att ytterligare utbildning i framför allt bemötande behövs.

Bedömning, hot/risk: Bedömningen är att det finns en viss risk, då flera enhetschefer lyfter att samverkan borde vara bättre. Det finns också arbetsplatser där inte alla gått den webbaserade utbildningen.

**Hot/Risk: Att delegerad personal inte i ökande omfattning har undersköterskeutbildning**

Internkontrollen har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och resultatet framgår av bilagd rapport.

Bedömning, hot/risk: Risken bedöms mycket hög. MAS konstaterar att delegering ofta görs utifrån vad som är praktiskt för verksamheten istället för utifrån vilka som har tillräcklig kompetens. Hon konstaterar också att detta inte är patientsäkert.

### **Internkontroller som inte har genomförts under året**

Samtliga kontroller har genomförts.

### **Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner**

Inget att rapportera.

# Kommunstyrelsen

## HR-avdelningen

### Genomförd internkontroll

#### **Hot/risk: att vi kommer att ha fortsatt svårt att rekrytera/hitta kompetens vilket medför att vi inte kan genomföra våra uppdrag**

Vi har inom HR haft stora utmaningar under 2019 i det interna rekryteringsarbetet. Under våren så var det avsaknad av kompetens och rätt kandidater som utgjorde att våra rekryteringar inom HR-konsult, lönekonsult och HR-specialist var vakanta så pass länge som de var. Augusti var alla vakanser som uppstått i samband med uppsägningar i omorganisationen tillsatta men det har självklart påverkat vår leverans och våra uppdrag att vi varit utan kompetens inom vissa verksamhetsområden under en så stor del av året. När vi i juni införde ett anställningsstopp så har HR tagit ett stort ansvar i dessa frågor och vi har inte lyst föräldradighetsvikariat i tre av våra verksamheter vilket drabbar uppdragen på övergripande nivå då vi stöttar inom olika verksamhetsområden. Vi har även haft uppsägningar där vi fått godkännande att rekrytera men med krav på att anställningarna inte är överlappande vilket har genererat ett hål av avsaknad kompetens. Det finns även uppsägningar som vi har fått nekat ersätta där det har krävts omstrukturering i grupper som påverkar verksamheter i form av byte av stödperson samt verksamheter som inte får bibehållet stöd då vi internt måste hjälpas åt på bredare front.

Detta har även krävt att enhetscheferna har gått in i operativa frågor för att stötta och hjälpa våra medarbetare för att undkomma för hög arbetsbelastning och det kräver då att enhetscheferna får prioritera och då blir mycket av det strategiska arbetet drabbat som skapar förutsättningar för utveckling och effektivisering.

Avsaknad av HR chef har framför allt drabbat vår funktion hårdast då detta har genererat att tre enhetschefer inom 2019 har fått förändrade uppdrag som inte bara påverkar medarbetaren i sin chefsroll men alla dennes medarbetare blir drabbade av att förändring i arbetssätt, omstrukturering och hårdare prioriteringar behöver göras för att alla ska räcka till. Det har även genererat 3 chefsbyten under 2019 för vår strategifunktion vilket var ett hårt slag med anledning av avsaknad stöd från sin chef och riktning och styrning.

#### **Hot/risk: uppföljning av support och projekt, lönesystemet**

Det är fortsatt svårt att få god support i rimlig tid från vår leverantör av lönesystemet. Antal supportärenden ligger fortfarande på en hög nivå, men har minskat under hösten 2019.

Dialog sker nu löpande för att få till bättre samsyn kring vad kommunen kan förvänta sig av leverantörens support samt för när ärenden som legat länge kan betas av.

De åtgärder som vidtagit är att vi har telefonmöte varannan månad med leverantören då vi går igenom samtliga utestående ärenden. Utöver det finns en styrgrupp som träffas med jämna mellanrum och där denna fråga lyfts.

## IT-avdelningen

### Genomförd internkontroll

Kontrollområde	Kontrollmoment	Metod och Frekvens	Upptäckta avvikelser	Åtgärder
Ekonomi Avgifter och Avtal	Genomgång av att rätt avgifter debiteras och att avtal uppdateras.	Stickprov Löpande	Inga avvikelser upptäckta	Rutinen fungerar
Ekonomi Avtalsskrivning	Kontinuerlig kontroll och uppföljning av avtalsskrivning och avtal.	Fullständig. Varje gång avtal ska tecknas.	Avvikelse r upptäcks och åtgärdas i och med tecknandet av nya avtal.	Mall behöver tas fram för att kvalitetssäkra avtalen.
Ekonomi Inventarier	Årlig uppdatering av inventarieförteckning och kontroll över existerande inventarier	Stickprov 1 ggr/år	Avvikelse r upptäckt es och upptäcks kontinuerligt	Avvikelse r som upptäcks hanteras enligt fungerande rutin.
HR Frånvarohantering	Uppföljning att resultatet för rutinen kring sjukanmälan, VAB och semesteransökan fungerar	Fullständig Löpande	Avvikelse r upptäckt es och upptäcks kontinuerligt	Avvikelse r som upptäcks hanteras enligt fungerande rutin.



Kontrollområde	Kontrollmoment	Metod och Frekvens	Upptäckta avvikelser	Åtgärder
HR Lönehantering	Följa upp att rutiner följs samt att underlag är rätt ifyllt och rapporterat	Fullständig Löpande	Avvikelse r upptäckte s och upptäcks kontinuerl igt	Avvikelse som upptäcks hanteras enligt fungerande rutin.
HR Arbetsmiljö	Skyddsronder, medarbetar-samtal, HRI-mätning.	Fullständig Årligen	Inga avvikelser upptäckta	Rutin fungerar
HR Kompetens	Följ upp att planer finns för grundbemanning och rätt kompetens finns	Fullständig Löpande	Avvikelse r upptäcks vid nyrekryter ing	Fungerande rutin finns men problemet med att rekrytera rätt kompetens vid nyanställning tas till åtgärdsplan för 2020.
IT Behörigheter	Följa upp att användarid som inte längre används är borttagna från verksamhetssystemen. Följ upp att verksamheterna tillämpar rutiner enligt systemförvaltningsplanen.	Fullständig 2ggr/år	Inga avvikelser upptäckta	Rutinen fungerar
IT Behörigheter	Matchning mot lista över auktoriserad godkännare	Fullständig Kontinuerlig	Inga avvikelser upptäckta	Rutinen fungerar

Kontrollområde	Kontrollmoment	Metod och Frekvens	Upptäckta avvikelser	Åtgärder
IT Behörigheter	Följa upp att gruppkonton inte används	Fullständig 2ggr/år	Inga avvikelser upptäckta	Endast godkända undantag finns kvar
IT Behörigheter	Kontroll av behörigheter till säkra utrymmen	Fullständig 2ggr/år	Inga avvikelser upptäckta	Rutinen fungerar
Säkerhet/ Tillämpning av riktlinjer	Försäkra att nyanställd är informerad om innehållet i IT-riktlinjerna där det framgår hur lösenord ska förvaras	Fullständig Kontinuerlig	HR-fråga	I checklista för arbetsplatsintroduktion finns en kontrollpunkt att informera om IT-policy/Riktlinjer
Säkerhet/ Säkerhetsuppdateringar	Regelbunden genomgång av loggar för antivirusuppdatering och säkerhetsuppdatering av klienter och servrar	Fullständig Kontinuerlig	Avvikelse r upptäcks	Avvikelser som upptäcks hanteras enligt fungerande rutin
Säkerhet/ Systematiskt Säkerhetsarbete	Säkerhetsronder. Tillsyn systematiskt säkerhetsarbete.	Övning 1ggr/år	Avvikelse r upptäcks	Avvikelserna genererar ärende till ansvarig  Rutinen fungerar

Kontrollområde	Kontrollmoment	Metod och Frekvens	Upptäckta avvikelser	Åtgärder
Säkerhet/ Attacker	Genomgång av loggar för kontroll av skydd mot intrångsförsök	Fullständig Kontinuerlig	Avvikelse r upptäcks	Avvikelser som upptäcks hanteras enligt fungerande rutin
Säkerhet/ Attacker	Att loggar signalerar när vi blir utsatta för överbelastningsattacker	Fullständig Kontinuerlig	Avvikelse r upptäcks	Avvikelser som upptäcks hanteras enligt fungerande rutin
Säkerhet/ Backup	Se till att det finns en uppdaterad återstartsplan och att den är testad	Uppdateras 1 ggr/år	Inga upptäcka avvikelse r	Fungerande rutin finns
Säkerhet/ Backup	Test att säkerhetskopior går att återläsa	Återläsning av säkerhetsko pior genomförs kontinuerligt	Inga upptäcka avvikelse r	Fungerande rutin finns.
Övrigt/ Förskingring och missbruk av medel	Följ upp att kommunens regelverk följs exempelvis inköpsrutiner, fakturakontroll	Fullständig Kontinuerlig	Inga avvikelse r upptäcka	Rutinen fungerar
Övrigt/ Förskingring och missbruk av medel	Kontroll av körjournaler avseende körda mil mot förbrukad bensin	Stickprov 1ggr/år	Inga avvikelse r upptäckt a	Rutinen fungerar

Kontrollområde	Kontrollmoment	Metod och Frekvens	Upptäckta avvikelser	Åtgärder
Övrigt/ Förskingring och missbruk av medel	Kontroll att rutinerna för t. ex. utlämnande av nycklar, bensinkort, bokningsrutiner fungerar	Stickprov 1ggr/år	Inga avvikelser upptäckta	Rutinen fungerar

### Internkontroller som inte har genomförts under året

Kontrollområde	Kontrollmoment	Anledning	Planerade åtgärder
Avtalsskrivning	Kontinuerlig kontroll och uppföljning av avtalsskrivning och avtal	Tidsbrist	Tas upp till 2020 års åtgärdsplan
HR/Rekrytering	Följ upp att planer finns för grundbemanning och rätt kompetens finns	Tidsbrist	Fungerande rutin finns för uppföljning av bemanning men problemet med att rekrytera rätt kompetens vid nyanställning kvarstår och tas till åtgärdsplan för 2020.
	Följ upp att användarid som inte längre används är borttagna från IT-enhetens verksamhetssystem.	Tidsbrist	Ta fram rutin för uppföljning. Lägga till Åtgärdsplanen för 2020.
	Följ upp att det är rätt SA för IT-enhetens system som tilldelar behörigheter	Tidsbrist	Ta fram rutin för uppföljning. Lägga till Åtgärdsplanen för 2020.

Kontrollområde	Kontrollmoment	Anledning	Planerade åtgärder
	Följ upp att gruppkonton inte används	Tidsbrist	Ta fram rutin för uppföljning. Lägga till Åtgärdsplanen för 2020.
	Följa upp genom checklista när anställning upphör att användarid är borttaget	Tidsbrist	Ta fram rutin för uppföljning. Lägga till Åtgärdsplanen för 2020.

## Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inga åtgärder har vidtagits från tidigare årsplaner.

# Kommunikationsavdelningen

## Genomförd internkontroll

### Säkerhet

Hotfulla besökare i Stadshusfoajén: Två personlarm finns i reception och växel. Under året har ett par händelser också medfört tätare samarbete med kommunens säkerhetsansvarige. Verksamheten har också kontaktat 112 vid ett par tillfällen.

Obehöriga besökare i Rådhus: Gallergrinden används och bidrar till känsla av ökad trygghet. Dörren till kontorslandskapet låses dagligen när ingen är på plats.

### Övrigt

Offentlighetsprincipen och registrators anvisningar i Administrativa handboken.  
Rutin för Sociala medier. Verksamheterna ansvarar själva för att diarieföra i egna kanaler. I de kanaler som sköts centralt, hanteras diarieföringen centralt, enligt fastslagen rutin. Kommunikationsavdelningen håller också utbildningar för de verksamheter som vill starta egna konton i sociala medier

### Omvärld

Nyheter om kommunen i medier är inte rättvisande. Pressansvarig följer rapporteringen löpande och gör bedömningen att bevakningen är neutral. Bedömningen görs också av mediebevakningsföretaget som klassar alla artiklar/inslag. Även enligt dem är majoriteten neutrala. Det är fortsatt viktigt att verksamheterna är tillgängliga för media i med- och motgång samt att vi har ett bra samspel med media för att medborgarna ska ha god kunskap om och insyn i våra verksamheter.

## **HR**

Värdefulla medarbetare slutar: Under 2018 slutade kommunikationsstrateg samt chef för webb och grafisk form. Båda har återbesatts, en med en intern sökande och chefstjänsten externt. Ytterligare en kommunikatör har slutat och den tjänsten återbesatts inte tillsvidare. Det ekonomiska läget bidrar till en återhållsamhet i rekryteringar. Ny kommunikationschef började mars 2019.

## **Telefoni**

Medarbetare svarar inte i sina telefoner. Antalet återanrop ligger på 30 % och har inte ändrats. Den årliga KKiK mätningen visar att vi ligger dåligt till när det gäller svar efter koppling, i jämförelse med andra kommuner. Inför 2020 har Kommunservice fått ett tydligare uppdrag att tillsammans med alla verksamheter med agentlösningar arbeta för ett bättre resultat.

## **IT**

Telefonväxeln fungerar inte. Chef för kommunservice har löpande avstämningar med IT och Telefoniansvarig

Våra webbar fungerar inte. Samarbetet med IT och rutiner har fungerat enligt plan.

## **Internkontroller som inte har genomförts under året**

Erforderliga internkontroller har genomförts.

## **Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner**

Se ovan under respektive kontrollområde.

# Kommunledningskansliet

## Genomförd internkontroll

### Informationsförvaltning

#### **Hantering av allmänna handlingar, upphandlingsärenden är inte kompletta när ärende avslutas**

Inköp- och Upphandlingsenheten sköter från hösten 2018 diarieföringen av handlingar i upphandlingsärenden. Nya ärenden skapas av det centrala registratoret. Dialog har under året skett mellan upphandlingsenheten och det centrala registratoret för att säkerställa att rutiner följs, men även med syfte att samla in synpunkter och behov av stödinsatser. Under 2019 flyttades upphandlingsenheten till kommunledningskansliet. Arbete fortgår under 2020.

#### **Hantering av allmänna handlingar, postöppning av misstänkt brev som kan vara skadligt**

Rutin finns framtagen och tillgänglig i postrummet i Stadshuset. Rutinen finns även tillgänglig på IN. Rutinen är känd för de registratorer som öppnar post.

#### **Administration Platina, att dokumentmallar inte följer grafisk profil**

Inga särskilda kontroller av denna punkt har skett, utöver behovsspecifika uppdateringar av mallar. Ett större arbete kommer att inledas under 2020 med att tillgänglighetsanpassa vissa av Platinas mallar, likväl inväntas revidering av kommunens grafiska profil. Mallarna kommer att uppdateras därefter.

#### **Rutin för kontroll av arkivmiljön, att luftfuktigheten och temperaturen är för höga eller låga eller varierande, vilket inte är optimalt för handlingarna och de kan skadas**

Hygrometrar finns i stadsarkivets alla arkivlokaler. Mätarna läses av regelbundet, temperatur och fuktprocent noteras i dokumentet "Klimat- och skadedjurskontroll i Stadsarkivets lokaler". I Vägportens arkiv är klimatet jämnast, ligger stabilt om än lite för högt oavsett utomhustemperatur. Både i Arkiv 1 och 2 varierar dock klimatet mycket under året. Under 2019 har en variation i luftfuktigheten uppmätts mellan 27% -64% och temperaturen mellan ca 17°C -23°C. Förutom i arkivlokalerna som hyrs av Sörmlands museum, är Stadsarkivets möjligheter att justera temperatur och luftfuktighet i arkivlokalerna i princip obefintliga. Ytterligare installationer skulle i så fall krävas av fastighetsägaren.

#### **Hantering av akter internt, att inte få tillbaka akter som stadsarkivet lånat ut internt**

Inventering av utlånade akter har genomförts och återkrav har skickats till verksamheter. En del utlån är dock så gamla att det inte bedöms finnas möjlighet att få dem tillbaka.

## **Informationsklassning av IT-system, beslut om att informationsklassa IT-system följs inte**

Inga kontroller har genomförts för denna punkt.

## **Personuppgifter, registerförteckningen som ska innehålla organisationens samtliga personuppgiftsbehandlingar uppdateras inte**

Status 2020-01-08:

- Totalt 185 behandlingar i förteckningen
- 23 nya behandlingar har registrerats under 2019
- 110 behandlingar (inkl. de nya) har ändrats under 2019

Planen var att under 2019 ta fram en rutin för att säkerställa en årlig genomgång av befintliga behandlingar i registerförteckningen. Inom ramen för rutinen för registerutdrag så får vi dock en naturlig uppdatering och genomgång av vår registerförteckning. Under 2019 har vi sett en ökning av antalet registerutdrag och har därför inte sett behovet av en separat rutin för att hålla registerförteckningen uppdaterad.

## **Projekt, utveckling och analys**

1. NYMO, projektbeställningar är ej förankrade eller säkrade i verksamheten.

Under 2019 har inget aktivt arbete gjorts med att efterfråga nya projektbeställningar utan fokus har legat på att slutföra redan påbörjade projekt. Projektbeställningar är ofta förankrade på olika sätt men det kvarstår problem med att resurserna inte är säkrade i verksamheten när projekten ska startas. Fortsatt arbete sker även kring hanteringen av processer för hur projekt ska förankras och säkras för att se helheten samt processen för hur prioritering av projekt ska ske behöver ses över.

### **Sekretariat**

1. Nämndadministration, att politiska beslut (KS) inte når rätt mottagare

Kontrollmomentet har inte genomförts regelbundet på det sätt som ställdes upp i internkontrollplanen med anledning av vakans på enheten. Ingen incident som vi vet om har skett under 2019.

2. Nämndadministration, att politiska beslut (KF) inte når rätt mottagare

Kontrollmomentet har inte genomförts regelbundet på det sätt som ställdes upp i internkontrollplanen med anledning av vakans på enheten. Ingen incident som vi vet om har skett under 2019.

## **Inköps- och upphandlingsenheten**

Under 2019 flyttades enhetens organisatoriska tillhörighet från ekonomi till kommunledningskansliet, internkontroll för 2019 beslutades aldrig så ingen återrapportering finns. Internkontroll för 2020 kommer att tas fram enligt rutin.



**Överförmyndarkontoret**

Genomförd internkontroll hanteras på Överförmyndarnämnden.

**Internkontroller som inte har genomförts under året**

Internkontroller enligt plan har inte genomförts på sekretariatet med anledning av vakanser, arbetet kommer återupptas under 2020.

**Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner**

Inga särskilda åtgärder har under 2019 vidtagits med anledning av tidigare internkontrollplaner, fortsatt utveckling sker löpande inom avdelningen.

## Näringslivsenheten

### **Kontrollområde: Samarbete med upphandlingsavdelning. Införa inköpssamordnare och när möjligt använda systemstöd**

Definierat och utbildat behöriga beställare. Har nu en inköpssamordnare som vi kan vända oss till. Har genomfört löpande avstämningsmöten med Upphandling, primärt för arbetet gentemot näringslivet men även för ökad egen förståelse. Arbetat med vår ekonom för att förtydliga våra ekonomiska rutiner avseende både inköp och fakturahantering

### **Kontrollområde: Säkra rekrytering, konsekvent arbetsmiljöarbete, kompetensutvecklingsplaner**

Arbetat nära våra HR kontakter för att definiera de roller vi behövt rekrytera. Vidareutvecklat delar av personalen och gör nu en stor satsning på värdskap generellt. Aktivt arbetsmiljöarbete under året har skett inom samtliga våra enheter, kompetensutvecklingsplanerna är dock inte klara.

### **Kontrollområde: Skrivna processkartläggningar, ändra protokollform samt förändra mötesstruktur internt inom enheten**

Fokuserat på ett antal utvalda processer / rutiner som dokumenterats och vidareutvecklats. Etableringsprocessen, våra ekonomiska processer och

### **Kontrollområde: Kartlägningsprojekt avseende samtliga våra kommunikationer till företagen ska ske våren 2019, justering och utveckling hösten 2019**

En omfattande kartläggning har genomförts av flöden och nyttjande. Vissa justeringar är genomförda och en större förändring har skett i och med att arbetssättet mellan Nyköpingsregionen och Kommunen ändrats.

### **Internkontroller som inte har genomförts under året**

Internkontroller enligt plan har inte genomförts på sekretariatet med anledning av vakanser, arbetet kommer återupptas under 2020.

### **Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner**

Inga särskilda åtgärder har under 2019 vidtagits med anledning av tidigare internkontrollplaner, fortsatt utveckling sker löpande inom avdelningen

# Ekonomiavdelningen

## Genomförd internkontroll

### Momsredovisningen

Man har gjort en internkontroll av leasingbilar med vissa anmärkningar. Omfattande kontroll av moms för år 2016 - 2017 har genomförts av Qvalia 2019.

Qvaliaundersökningen visade att en del återsökningar missats. Redovisningsrutiner har ändrats.

### Attestrutiner för betalningar

Stickprov har genomförts och inga avvikelser har identifierats.

### Avskrivning av kundfakturor

15 utbetalningar har kontrollerats utan att se några avvikelser. Stödjande underlagen utan anmärkningar och är tydliga och lätta att förstå.

### Rutin för kontanthantering/handkassor

Instruktioner för hantering av handkassor finns på IN. Vid utkvittering av ny handkassa skickas blankett, underskriven av chef och den som ska ansvara för denna, till Centrala Ekonomi. Den som kvitterar ut handkassan är personligt ansvarig att den hanteras korrekt. Aktuell förteckning över alla handkassor finns hos Centrala Ekonomi. Vid varje årsbokslut samlas intyg in från samtliga handkassansvariga.

### Systemförvaltningsrutiner (Kontroll av behörighet)

Vid kontroll upptäcktes att tre personer inte har använt sin behörighet till Visma Windows modul Redovisning och Reskontra under 2019. Dessa behörigheter har tagits bort. Kontroll av behörigheter och inloggning till Visma Windows modul Inköp och Faktura görs regelbundet under året. Viktigt att meddela systemansvarige när en medarbetare byter arbetsuppgifter och/ eller avslutar sin anställning.

### Finansregler

Kontrollmoment: Kontroll av befintliga placeringar och lån i förhållande till finansreglerna.

Granskningen utvisade att räntebaserade placeringar, aktier och aktierelaterade instrument samt alternativa tillgångar/placeringar är i enighet med Riktlinjer för finansförvaltningen.

## Internkontroller som inte har genomförts under året

Alla har genomförts.

## Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inga åtgärder har vidtagits från tidigare årsplaner.

## Måltidsservice

### **Kontrollområde: Avsaknad av organisationstillhörighet och styrmedel**

Det blir allt mer tydligt att Måltidsservice behöver få klart hur vi ska ingå i kommunens organisation, för att vi ska ha möjlighet att skapa en plattform. I dagsläget hamnar vi lite mellan stolarna i många sammanhang. Det kan också vara en effekt av att vi har ett väldigt hårt tryck på oss.

Under året är frågan lyft till Tf kommundirektör, men av förståeliga skäl har inga beslut tagits i frågan.

### **Verksamhetsplan**

Saknades för 2019 men kommer att finnas för 2020.

### **Begränsad kökskapacitet**

När Tessinskolans kök försvinner i januari 2020 behövs en omstrukturering av lokaler och utrustning. Det är ett oerhört tryck på alla kök och på gränsen till vad utrustningen klarar av.

En inventering pågår och en strategisk planering ska tas fram.

En förstudie pågår om ett samarbete med Region Sörmland

### **Avtal med livsmedelsleverantör**

Avtal är tecknat för 3+1 +1 år

### **Övertagande av verksamhet från Sodexo**

Nu är övertagandet klart och det har gått över förväntan. En del saker återstår att lösa

# Division Barn Utbildning Kultur

## Genomförd internkontroll

### Förskola:

Risk	Kontrollmoment	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Bristande kompetensförsörjning på grund av vakanser, rekrytering utan resultat och för få vikarier	Antal vakanser Antal behöriga sökanden till utlysta tjänster under perioden Andel genomförda bokningar under perioden Antal vikarier/ Antal bokningar	Nej		
Att vi inte klarar garantitiden för plats i förskola	Antal vikarier, antal bokningar Avvikelse mot budget	Ja	Inom förskolan är risker till följd av vikariebrist ett kontrollmoment. Behovet av vikarier är störst under vinterhalvåret.	Differensen mellan bokade vikarietillfällen och tillgodosedda bokningar ligger i snitt på 7% över året.
Att likvärdigheten brister mellan förskolor.	Andel förskollärare per förskola Systematiskt kvalitetsarbete	Ja	Andelen förskollärare är ett riskmoment på så sätt att andelen förskollärare varierar mellan kommunens förskolor, från lägst 24% till högst 80%.	

Risk	Kontrollmoment	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Hög sjukfrånvaro	Uppföljning per enhet	Ja	<p>Sjukfrånvaron utgör risker inom förskolan utifrån ovanstående resonemang om låg bemanning. Enligt avstämning 15/4 låg den totala frånvaron på 9,5 % i förskolan. Det varierar dock mellan förskolorna från 1,51% till 18,43 %.</p> <p>Gällande korttidsfrånvaro varierar det mellan 1,09 % till 9,55 %.</p> <p>Enligt avstämning 15/10 låg den totala sjukfrånvaron på 9,5% och korttidsfrånvaro 4,77%.</p> <p>Korttidsfrånvaron varierar mellan förskolorna från 1,09% till 7,2%.</p> <p>Ca 47% av inkomna tillbud under innevarande år fram till början av december relateras till för låg bemanning.</p>	<p>HR och rektorer arbetar löpande med insatser kring frånvaro bland annat kring samarbete med vårdnadshavare samt rutiner för uppföljning av frånvaro.</p> <p>En aspekt att uppmärksamma är att detta inte är helt tillförlitligt i jämförelsesyfte då enheterna är olika stora vilket ger olika utslag på enheterna.</p>

Risk	Kontrollmoment	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Att semesteruttag görs under stor del av hela året	Kartläggning av semesteruttag	Nej		
Att klagomålssystemet inte används	Förfrågan till förskolechef, har du under perioden X-X tagit emot ett klagomål från någon förälder? I så fall, har du registrerat klagomålet som en synpunkt?	Nej		
Att personal och huvudman inte bedriver ett målinriktat arbete med aktiva åtgärder för att motverka kränkande behandling, vilket kan leda till att barn och elever riskerar såväl ohälsa som svårigheter att nå utvecklings- och kunskapsmål.	Lärare, rektor, förskolechef samt utbildningschef säkerställer (utifrån sina roller) att arbetet sker i enlighet med författningarnas krav. Nuläge och insatser enligt Årshjul.	Ja	Att rätt dokument inte används och att åtgärder inte följs upp.	Införande av digitalt anmälnings, och uppföljningssystem av kränkningar är infört, vilket möjliggör att göra rätt.

## Internkontroller som inte har genomförts under året

Antal vakanser

Antal behöriga sökanden till utlysta tjänster under perioden

Andel genomförda bokningar under perioden

Antal vikarier/ Antal bokningar

### Kartläggning av semesteruttag

Förfrågan till förskolechef, har du under perioden X-X tagit emot ett klagomål från någon förälder?

- I så fall, har du registrerat klagomålet som en synpunkt?

Förskolan fick en ny skolchef i början av 2019, vilket är en förklaring till att alla kontrollmoment inte genomfördes då nya skolchefen hade mycket att sätta sig in i under sitt första år.

### Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inget att rapportera.

### Grundskola och gymnasium

Risk	Kontrollmoment	Genomförd ? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Risk för osunda påtryckningar från vårdnadshavare angående verksamheten vilket kan medföra ohälsa för personalen.	Alla medarbetare ska uppmärksamma risker, och anmäla dem till sin chef, för denna typ av ohälsa i syfte att enheten ska kunna arbeta förebyggande med det.	Ja	-	Hot- och våldsutbildningar är genomförda.
Risk att barn och elever inte får den undervisning/stöd/utveckling som de har rätt till utifrån svårigheten att rekrytera utbildade och legitimerade lärare.	Kontroll och analys på respektive skolenhet.	Ja	Avvikelser uppmärksammats kontinuerligt då vi just kontinuerligt har svårt att alltid möta elever med behov på det sätt som vi skulle önska.	Kontinuerligt arbete med uppföljningar via SKA, insatsperioder osv. Utbildningsinsatser kring barn i behov av stöd, samt fortbildning av personal till legitimation är andra insatser.
Risk	Kontrollmoment	Genomförd ? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?



Att personal och huvudman inte bedriver ett målinriktat arbete med aktiva åtgärder för att motverka kränkande behandling, vilket kan leda till att barn och elever riskerar såväl ohälsa som svårigheter att nå utvecklings- och kunskapsmål.	Lärare, rektor, förskolechef samt utbildningschef säkerställer (utifrån sina roller) att arbetet sker i enlighet med författningarnas krav. Nuläge och insatser enligt Årshjul.	Ja	-	Tydligt genomförd förstärkning på systematisk nivå utifrån BUK-gemensam insats under hela året. Vidare även fokus på Normer och värden i förebyggande insatser.

### Internkontroller som inte har genomförts under året

Alla har genomförts.

### Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inget att rapportera.

### Vuxenutbildning

Risk	Kontrollmoment	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Att personal och huvudman inte bedriver ett målinriktat arbete med aktiva åtgärder enligt handlingsplanen, vilket kan leda till dålig arbetsmiljö för elever och personal samt försvårar integrationen.	Kontroll och analys på respektive skolenhet.	Ja	I vår plan mot diskriminering och kränkande behandling saknas tydliga rutiner för kränkande behandling inom personalgruppen.	Vi ska föra in rutiner för kränkande behandling inom personalgruppen, i vår plan mot diskriminering och kränkande behandling.

Risk	Kontrollmoment	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Att vi inte får ökade resurser för de särskilda insatser som behövs för att kunna erbjuda ett utbud av kurser eller delkurser så att elevernas behov och rätt till utbildning kan tillgodoses.		Ja	Inga	

### Internkontroller som inte har genomförts under året

Genomfört.

### Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inget att rapportera.

### Ekonomi

Risk	Kontrollmoment	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?
Att inköp görs utanför ramavtal/utöver upphandlingsgräns.	Kontroll med hjälp av inköpsanalyssystem bland annat	Ja	Några inköpsområden har identifierats som behöver upphandlas och många av dessa områden är idag pågående upphandlingar i samverkan med Inköps- och upphandlingsenheten.	Regelbundet följs inköpsvärden upp inom olika inköpsområden så att vi inte överskrider direktupphandlingsgränsen samtidigt som vi identifierar områden som ska upphandlas. Genom olika informationsinsatser utbildas verksamheterna. Det är ett ständigt

				<p>pågående arbete, många hör av sig direkt samtidigt som presentationer kring ämnet hålls på exempelvis APT: n.</p> <p>Att personal har den kompetens som behövs för att genomföra direktupphandlingar. Det finns nu en inköpsorganisation inom BUK, verksamheterna har utsett cirka 350 behöriga inköpare.</p>
Att riktlinjer för representation mm inte följs	Stickprovskontroll av aktuella konton i ekonomisystemet	Ja, för grundskolor och förskola.	I stort sett har kontrollerna visat att rutiner följs. Enstaka avvikelser mot riktlinjen, såsom anteckning om deltagare/orsak. Nya riktlinjer beslutades från hösten vilket har gjort att reglerna förändrats. Kontroll av att leverantörsfakturer är korrekta har samtidigt skett, med gott resultat.	Återkoppling med förslag på åtgärd har skett till berörda.
Att hanteringen av övriga utbetalningar inte följer gällande regler för attester.	Kontroll av vilka som har rätt att registrera övriga utbetalningar samt kontroll av om dessa följer attestförteckningen inom BUK.	Ja	Kontroll har skett och resultatet visade inte på några avvikelser.	---
<b>Risk</b>	<b>Kontrollmoment</b>	Genomförd? (ja/nej*)	Vilka avvikelser har upptäckts?	Vilka åtgärder har ni vidtagit eller planerar att vidta?

Att hantering av kontanter inte sker på ett säkert sätt	Kontroll av om redovisning av dagskassar, avstämning och ansvar sker korrekt.	Ja	Kontroll av rutin är gjord på Nyköpings gymnasiums cafeteria. Inga avvikelser noterades.	---
Kostnader för rep/underhåll av lokaler tar för stor del av elevpengen i åk F-6	Kontroll av kostnaderna för rep/underhåll i F-6 skolor över tid	Ja	Sammanställning en av perioden 2013–2018 visar att kostnaden uppgick till 330 tkr 2013 och har därefter varierat mellan 125–200 tkr per år.	Diskussion tas upp om gränsdragningslistan mot K-fast för att kostnaderna för åtgärder utifrån bland annat myndighetsbeslut ex ventilation ej ska bekostas av verksamheten.

### Internkontroller som inte har genomförts under året

Genomfört.

### Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inget att rapportera.

## Division Social omsorg

Under 2019 har Division Social omsorg genomfört internkontroller inom följande områden:

- Hemtjänst och hälso- och sjukvård
- Särskilt boende för äldre
- Omsorg om funktionsnedsatta
- Individ- och familjeomsorg
- Ekonomi
- HR
- Administrativa enheten

### Hemtjänst och hälso- och sjukvård

**Kontrollmoment: Följa rekryteringsbehov, sjukskrivningar, övertid samt avvikelser.**

#### Hemtjänst:

Vid budgetuppföljning varje månad med enhetschefer har övertid, sjuktal, antal årsarbetare i tjänst och vakanta tjänster följts upp. Dokumentation av detta har gjorts i ärendet verksamhetsuppföljning (platina dokumentnummer:738948.)

Det har under 2019 blivit flera sökande till utannonserade tjänster, dock fortsatt hög omsättning på personal i hemtjänstgrupper. DSO har fortsatt att rekrytera både vårdbiträden och undersköterskor. Fördelningen på yrkesgrupperna är ca 63 % undersköterskor och 37 % vårdbiträden.

#### Hälso-och sjukvård:

Vid budgetuppföljning varje månad med enhetschefer har övertid, sjuktal, antal årsarbetare i tjänst och vakanta tjänster följts upp. Dokumentation av detta har gjorts i ärendet verksamhetsuppföljning (platina dokumentnummer:7460418.). Inom Hälso- och Sjukvårdsorganisationen (HSO) har man minskat behovet av bemanningssjuksköterskor, dock finns fortfarande några vakanta tjänster som täcks delvis av bemanningssjuksköterskor. Fortsatt svårt att rekrytera sjuksköterskor.

### **Kontrollmoment: Genomförandeplan och social dokumentation hemtjänst**

Enhetschefer gör stickkontroller varje månad för att granska genomförandeplan och social dokumentation. Varje ny genomförande plan granskas och skrivs på av enhetschef enligt rutin.

Åtgärder som har genomförts för att förbättra dokumentationen är att man har infört spjutspetsar i varje hemtjänstgrupp som regelbundet träffas och får fortlöpande kompetensutveckling i socialdokumentation. Spjutspetsarna ger sedan i sin tur stöd till kollegor på arbetsplatsen.

**Kontrollmoment: Dokumentation hälso-och sjukvård/journalföring**

Sjuksköterskorna har gjort egna granskningar av patientjournaler efter framtagna mall med poängsystem från där lägsta godkända poäng är 20 och högst 26. Varje sjuksköterska granskade 10 patientjournaler.

Resultat av denna granskning sammanställdes av medicinskt ansvarig sjuksköterska:

Medelpoängen avseende samtliga blev 19,3 av högst 26.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska har även under sommaren 2019, därutöver, slumpmässigt granskat 150 patientjournaler, granskningen är gjord med samma mall.

Resultat av denna granskning är inom äldreboende både kommunal och privat samt omsorgen blev medelpoängen 13,8 av högst 26.

Rapport finns framtagna till VON, med Dnr VON19/7.

**Särskilt boende för äldre****Kontrollmoment: Följa rekryteringsbehov, sjukskrivningar, övertid samt avvikelser.**

Vid budgetuppföljning varje månad med enhetschefer har övertid, sjuktal, antal årsarbetare i tjänst och vakanta tjänster följts upp.

**Kontrollmoment: Genomförandeplan och social dokumentation**

Enhetschefer gör stickkontroller varje månad för att granska genomförandeplan och social dokumentation. Varje ny genomförandeplan granskas och skrivs på av enhetschef enligt rutin. Samtliga hyresgäster har en genomförandeplan.

**Omsorg om funktionsnedsatta****Kontrollmoment: Följa rekryteringsbehov, sjukskrivningar, övertid samt avvikelser.**

Vid budgetuppföljning varje månad med enhetschefer har övertid, sjuktal, antal årsarbetare i tjänst och vakanta tjänster följts upp.

**Kontrollmoment: Att genomförandeplan finns upprättad**

Sedan tidigare har socialpedagogerna upprättat ett dokument som stöd för personal. Enhetscheferna gör stickprov i verksamhetssystemet. För att se att genomförandeplaner är upprättade.

**Kontrollmoment: Att genomförandeplan följs upp**

Vid APT återkopplar ansvarig kontaktperson så det sker en systematisk uppföljning, detta kompletteras på individnivå via samtal varje kvartal.

**Kontrollmoment: Genomförandeplaner**

På APT följs genomförandeplanen så att samtliga är medvetna om innehållet i genomförandeplanerna samt arbetar därefter.

### **Individ- och familjeomsorg**

Nedan redovisas de kontrollmoment där det förekommit avvikelser, vad avvikelserna består i samt vilka åtgärder som vidtagits.

#### **Kontrollmoment: Att förhandsbedömning gjorts inom 2 veckor, avseende samtliga anmälningar enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlag.**

Enhetschefen har tillsammans med 1:e socialsekreterare kontrollerat att förhandsbedömningarna har gjorts inom två veckor. Detta har gjorts minst två gånger om året men vi gör regelbundna kontroller vilket blir oftare än två gånger per år.

#### **Kontrollmoment: Att barnets situation belyses i utredningar på vuxenteamet**

Löpande kontroll av enhetschef i samband med påskrift av delegationsbeslut. I missbruksutredningar finns rubriken "Barn- och föräldraperspektivet" där också framgår om ärendet aktualiserats hos Barn- och Ungdomsenheten. I utredningar gällande ekonomiskt bistånd finns också i mallen rubriker gällande Barnens situation, Barnperspektivet, Barnkonsekvensanalys. Som nämnts under kontrollpunkt gällande felaktigt utbetalt bistånd kontrolleras även barnperspektiv i månatliga granskningar av ärenden.

Inga avvikelser har upptäckts.

Under hösten 2019 ägnades en kvalitetsträff inom försörjningsstöd åt frågan om hur beakta barnperspektivet inom ekonomiskt bistånd.

#### **Kontrollmoment: Att barn, vid förhandsbedömning i samband med anmälan jämlikt 14 kap. 1 § Socialtjänstlag får relevant information och möjlighet att komma till tals.**

Kontroll har genomförts i den omfattning som angetts i internkontrollplanen.

Av kontrollen har framkommit att de flesta tonåringar samt många av barnen mellan 0–12 år har kommit till tals. Handläggarna har gjort bedömning av vilka barn som ska höras.

Enhetschef har gett 1:e socialsekreterare i uppdrag att arbeta för att barnen ska komma till tals i alla ärenden, detta ska genomföras i form av påminnelser till handläggarna.

#### **Kontrollmoment: Att placeringar i första hand görs inom ramavtal. Att placeringsavtal upprättas.**

Alla institutionsplaceringar av vuxna beslutas av enhetschef efter genomgång med 1:e socialsekreterare med HVB-samordningsansvar samt efter dragning i kollegium med behandlare och boendeenheten för att säkerställa att behoven inte kan tillgodoses på hemmaplan. HVB-ansvarig sköter matchning och kontroll av avtalsvillkor samt säkerställer att Regionen faktureras för medicinsk vård under placering när det är aktuellt. Vidare att socialtjänsten får adekvata

genomförandeplaner från de anlidade leverantörerna. Slutligen granskar HVB-ansvarig inkommande fakturor innan de attesteras av enhetschef.

Under 2019 pågick sammanlagt 44 placeringar, varav 8 påbörjats under 2018. Av dessa var samtliga utom 11 inom ramavtal. Placeringar sker alltid inom ramavtal om det är möjligt. När placering görs utom ramavtal ansvarar HVB-ansvarig för att både grundavtal och placeringsavtal upprättas. Hon fyller även i blankett från konkurrensverket där det framgår varför vi gått utanför ramavtalet i det aktuella fallet. Det finns då särskilda skäl i form av behov hos individ och/eller inriktning på vården, till exempel svår samsjuklighet, spelbehandling, omvårdnadsbehov eller annat.

Inga åtgärder behövs. God kontroll av placeringar, samtliga placeringar följs upp i ett särskilt ark för budgetuppföljning och det finns tydliga orsaker till de placeringar som görs utanför ramavtal.

Av de 39 externa placeringar som genomförts har 10 avvikelser upptäckts där placering av vuxna gjorts utanför ramavtal gjorts. I samtliga ärenden finns dokumenterade överväganden baserade på information om den enskildes behov och kommunens förutsättningar att verkställa beslutet i egen regi.

Åtgärder som vidtagits under året är att tillsätta en ny funktion hos Vuxenenhetens utredningsgrupp, en särskild HVB-samordnare. Denne har ett särskilt ansvar för att ta fram externa vårdplatser som matchar den enskildes behov. HVB-samordnaren har även ansvar att kontrollera att Vuxenenheten får adekvata genomförandeplaner från de HVB som anlitas samt omförhandlar kostnader för placeringar i de fall då Vuxenenheten ej varit nöjd med innehållet i vården.

### **Kontrollmoment: Granskning av försörjningsstödsärenden**

10 slumpvis utvalda ärenden granskas varje månad utifrån följande frågeställningar: Finns planering? Följs riktlinjer? Följs lagstiftning? Dokumenteras mål? Finns barnperspektiv dokumenterat? Har besök/hembesök skett? Kontroll av inkomster uppgivna i aktuell månadsberäkning och SSBTEK. Inom ramarna för avvikelserapporteringen under året har vi också uppmärksammat och hanterat avvikelser som lett till felaktigt utbetalt bistånd.

Inga stora avvikelser upptäckta. Om planering saknas framgår orsak. Dokumentation överlag informativ men inte helt enhetlig, därav har en ny rutin och mall för den månatliga aktanteckningen tagits fram.

Inga särskilda åtgärder är aktuella.



## **Verksamhetsområde Ekonomi**

### **Kontrollmoment: Kontroll av underlag och att följsamhet till rutin.**

Långt fler än 10 fakturor har under året identifierats såsom saknande underlag, varefter beställaren/attestanten kompletterat. Det är med nuvarande arbetssätt inte möjligt att attestera utanför sin behörighet. Det finns ett problem i att fakturor skickas utan att beställaren tillställt ekonomienheten underlag. Detta är dock ett administrativt processproblem och inte en risk för att fakturor betalas utifrån ofullständiga underlag. Inköpsrutinerna utvecklas i kommunen, i riktning mot ökad grad av automatisering. I takt med detta ses kontrollfunktionerna över.

### **Kontrollmoment: Följsamhet till ramavtal**

Vi ser dagligen exempel på inköp utanför ramavtal, då dessa upplevs som otillräckliga. Problemen är lyfta till centrala inköpsfunktionen. Utvecklingsarbete genom inköpsamordningen för att skapa lättanvända ramavtal. Identifiering av större inköpsområden där ramavtal saknas och få till ramavtal inom dessa.

## **Verksamhetsområde HR och bemanning**

### **Kontrollmoment: Följa rekryteringsbehov, sjukskrivningar, övertid samt avvikelser**

Detta följs regelbundet vid uppföljningar. Större avvikelser eskaleras till divisionsledningen. Under 2019 har ett divisionsgemensamt arbete för att minska den korta sjukskrivningen inletts.

### **Kontrollmoment: Att rutinerna följs gällande belastningsregistret.**

Inom verksamheten korttidsvistelse för barn med funktionsnedsättning uppdateras alla medarbetares utdrag per mars månad årligen och registerutdragen sammanställs innan det skickas till personakten som finns i löneenhetens arkiv. Alla personer som ska anställas, oavsett anställningsform åläggs att begära in ett utdrag ur belastningsregistret, som sedan i förseglat kuvert lämnas till samordnare på verksamheten korttidsvistelse.

### **Kontrollmoment: Utbildning av språkombud.**

Divisionen har tillsammans med Eskilstuna kommun fortsatt med pilotprojektet SPRÅKA med medel från ESF. Syftet är att utveckla och testa en modell för arbetslärande med fokus på språkutveckling. Frånsett språkmodellen behövs en fortsatt plan för att utbilda fler språkombud inom DSO

## **Verksamhetsområde Administrativa enheten**

Information kan hamna i fel händer.

### **Kontrollmoment: Kontroller att rutinen följs (posthantering)**

Vi har under 2019 fortsatt med kontroller enligt plan av registratorerna i DSO. De avvikelser som upptäckts är mestadels felsorteringar av vaktmästeriet på Stadshuset.

Sedan november 2018 är posthanteringen av övergripande verksamheter inom DSO flyttad från Vägporten till Åhuset/Cewehuset. Sedan dess har risken för felsorterad BUK post minskat-

## Tekniska divisionen

### Genomförd internkontroll

#### Kontrollområden Ekonomi och Upphandling

##### 1. Leverantörsbetalning

**Kontroll:** Att varan är beställd och levererad till rätt kvalitet, pris och tid. Kontroll av följesedel mot faktura. Stickprovskontroll på minst tio fakturor varje halvår, maj och november.

**Avvikelse:** God kontroll enligt stickprov, dock så finns inte följesedel på allt.

**Åtgärder:** -

##### 2. Avtalstrohet

**Kontroll:** Kontroll att varan/tjänsten är beställd av avtalad leverantör genom stickprov av minst tio fakturor varje halvår, maj och november.

**Avvikelse:**

**Åtgärder:** Vi arbetar vidare med inköpsanalys och uppföljningar.

#### Kontrollområden Personal och medarbetare

##### 3. Olyckor i samband med hantering av farligt avfall/kemikalier

**Kontroll:** Stickprov en gång under året för att kontrollera att rutinerna följs.

**Avvikelse:** Vid stickprov så har avvikelser gällande förvaring och hantering konstaterats.

**Åtgärder:** Nytt arbetssätt med kemikalier har arbetats fram i kemikalieprojektet vilket ska lanseras under 2020. Den reviderade rutin ska kommuniceras och utbildning ska ske.

##### 4. Systematiskt arbetsmiljöarbete

**Kontroll:** Uppföljning av skyddsronder och tillbud/olyckor sex gånger per år.

**Avvikelse:** Det finns ingen systematik för uppföljning av skyddsronder.

Däremot så redovisas olyckor på divisionens ledningslag under punkten arbetsmiljö.

**Åtgärder:** Nytt arbetssätt för rapportering och uppföljning av tillbud och olyckor samt ta fram en plan för genomförande och uppföljning av skyddsronder. Vi kommer under 2020 prioritera kommunikationen av de åtgärder som vidtas kopplat till arbetsmiljö. Chefer och skyddsombud kommer att delta på den partsgemensamma arbetsmiljöutbildningen i februari.

## Kontrollområden säkerhet

### 5. Beredskap för krishantering

**Kontroll:** Kontroll att krispärmar är uppdaterade och är kända på divisionen. Övning ska genomföras en gång/år.

**Avvikelse:** Många delar i krispärmar är inte aktuella och/eller är i behov av revidering. Kunskapen om var pärmar finns och dess innehåll brister.

**Åtgärder:** En översyn och revidering av krispärmar kommer att ske under 2020. Tekniska divisionens framtagna krisplan ska revideras och krisledningsövning ska genomföras.

## Kontrollområden Verksamhet

### Efterlevnad av lagkrav

**Kontroll:** Uppföljning av revisioner i verksamheterna

**Avvikelse:** Det finns en plan i verksamheten för prioritering och åtgärd.

**Åtgärder:** Vi utvecklar vårt arbetssätt för att systematiskt följa upp och prioritera åtgärder.

### Internkontroller som inte har genomförts under året

Kontroller har genomförts enligt plan.

### Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Inga nya åtgärder finns att redovisa.

# Samhällsbyggnad

## Genomförd internkontroll

### Felaktiga utbetalningar (görs utan avtal eller underlag)

Kontroll av leverantörer som inte är godkända i "Inköpsanalysverktyget BPA". Fokus har varit på avtalslösa inköp över 100 tkr.

**Resultat:** Andel godkända inköp är 93 % av total kostnad. Av de inköp som inte är godkända avser de flesta direkt- och objektsupphandling. Fakturor som avser våra verksamhetsprogram, Nilex, Sokigo, AGS, finns inte med i databasen.

**Åtgärd:** Justering behöver göras i inköpsverktyget för att de fakturor som är ok också blir grönmarkerade.

Tekniska divisionen (TEK) och Samhällsbyggnad (SHB) driver gemensamma projekt där TEK beställer och SHB tar kostnaden. Ramavtalen kan tolkas olika, ett initiativ har tagits för att genomföra en workshop för att få en gemensam bild.

### **Kommunen får inte in intäkter enligt avtal/beslut**

Kontroll av att samtliga detaljplaner är debiterade vid rätt tidpunkt samt att avtal och debitering följer beslutad taxa

Kontroll av att intäkter för försäljning av fastigheter bokförts

**Resultat:** Den tidigare plantaxan är svårtolkad vilket gör att det inte går att kontrollera om avtalen stämmer med taxan.

Samtliga debiteringar stämmer med avtalen.

Av de planer som antagits eller vunnit lagakraft under 2019 har debitering skett mellan 12 och 177 dagar efter samrådsbeslut och mellan 2 och 40 dagar efter lagakraft.

Inga avvikelser på intäkter för försäljning.

**Åtgärd:** Se över rutinen för att debitering av detaljplan ska ske i direkt anslutning till samråd och lagakraft.

### **Politiska eller andra beslut verkställs inte**

Kontroll av att KS/KF beslut verkställs där återrapportering krävs.

Kontroll av att tillgänglig tid mellan det att en Remiss kommer in till SHB och senaste svarsdatum, utgå från Nilex. (ingen kontroll är gjord då det inte går att få fram i Nilex)

#### **Resultat**

4 ärende har ingen notering om vad som är gjort, återrapporteringstiden har gått ut

9 ärenden är under arbete, återrapporteringstiden har gått ut.

**Åtgärd:** Rutin för "underlag till svar" och ny mall för svar på begäran om underlag till svar är framtagen

### **Handlingar registreras, förvars och utlämnas inte korrekt**

Kontroll att rutin för diarieföring i våra verksamhetssystem följs samt kontroll att dokumenthanteringsplan för KS följs.

Kontroll av GDPR

Stickprovskontroller har gjorts på olika ärendetyper i SHB- och OST-dariet i Platina

Ett antal handlingar är markerade som harmlösa trots att de är känsliga.

**Åtgärd:** Rättelse är gjord, genomgång för registratorer har skett i registratornätverket.

Kontroll av skanningskvalitet

Stickprovskontroller har gjorts på olika ärendetyper i Platina. En del skanningar är sneda men ändå läsbara.

**Åtgärd:** Att alltid kontrollera skanningskvaliteten före diarieföring. Det är bilden av den fysiska handlingen som bevaras för framtiden.

Kontroll av överklagande

Överklagande ska hanteras skyndsamt. Kontrollen visar en handläggningstid på 4 - 24 dagar från överklagande till rättidsprövning.

**Åtgärd:** Uppdatera överklagansrutin där tid anges för "hanteras skyndsamt".

Kontroll av GDPR vid överklagande

Vid diarieför i annat system behöver kunden informeras om ny hantering vilket sker enklast med bekräftelsebrev från aktuellt system.

Finns med i rutin men utförs inte.

**Åtgärd:** Genomgång på registratornätverk.

Kontroll av överklagande av detaljplan

Rutin som finns är inte komplett, information saknas hur man expedierar och diarieför rättidsprövning.

De personer som ska delges i MSN är felaktiga.

**Åtgärd:** Uppdatera överklagansrutinen.

### **Dokumenthanteringsplan**

Under året har Samhällsbyggnad tagit över hantering av färdtjänst, riksfärdtjänst och handikapptillstånd.

De brister som framkom vid kontroll är avsaknad av skriftliga rutiner och sammanhållen dokumenthanteringsplan.

**Åtgärd:** Dokumenthanteringsplan och skriftliga rutiner kommer att tas fram under 2020.

Enligt dokumenthanteringsplanen ska skolskjutsärenden i e-tjänsten gallras efter 2 år vid kontroll har ingen gallring skett.

**Åtgärd:** Rutin för gallring av skolskjutsärenden i e-tjänsten ska upprättas.

Enligt dokumenthanteringsplan ska Nilex gallras. Ingen gallring har gjorts sedan systemet infördes på SHB.

**Åtgärd:** Rutin för gallring i Nilex ska tas fram.

### **Kontroll att KS-delegationsordning följs**

Kontroll att delegationsordningen följs och att rapportering sker.

Vid kontroll av delegationsanmälningar upptäcktes att ett antal beslut inte har anmälts.

**Åtgärd:** Återkoppling till registrator har skett och rutinen har uppdaterats. Besluten har delegationsanmälts i efterhand.

### **Dålig kvalitet på digitala detaljplaner**

Kontroll av riktighet avseende

Planens gränser sammanfaller med fastighetsgränser och andra förutsättningar som ex ledningar.

Kvalitet på innehåll i detaljplanen ex användning och andra bestämmelser

**Resultat:** 7 detaljplaner har vunnit lagakraft under året av dem har 5 kontrollerats. 1 är utan anmärkning, övriga har bister i planlinjer för topologi eller fastighetsgräns och egenskapsområde.

**Åtgärd:** Tas med i fortsatt utvecklingsarbete.

## **Internkontroller som inte har genomförts under året**

### **Överskridande av exploateringsbudget**

Kontroll att uppdrag finns från KS/KF, att totalbudget finns för alla nya projekt samt delprojekt i samband med framskrivning till KS, att godkännande finns vid större avvikelse mot totalbudget.

Ingen kontroll är gjord då redovisningssättet har ändrats.

## **Räddning och säkerhet**

### **Kontrollområde: Felaktiga utbetalningar**

**Kontroll** av fakturor i förhållande till avtal och underlag har skett vid 7 tillfällen med hjälp av stickprov på fakturor.

**Avvikelser** har hittats vid tre tillfällen och berör fakturor med för kurs och konferens där det saknas namn på deltagare.

**Åtgärder** föranleder att fortsatt granska fakturor på konferenskostnader och deltagare.

### **Kontrollområde: Attestlistor och delegationsordning**

**Kontroll** av attestlistor har skett vid 4 tillfällen.

Inga avvikelser har funnits. Attestlistan uppdateras kontinuerligt.

### **Kontrollområde: Taxor och debiteringar**

Kontroll har skett vid två tillfällen att taxor är justerade och uppdaterade.

Stickprovskontroll i Daedalos att debitering av ärenden skett enligt gällande prislista.

**Avvikelse** Tillståndstaxan beslutades innan 2019 men debitering enligt ny taxa startades sommaren 2019. Detta medförde minskade intäkter.

**Åtgärder** inget behöver göras för den nya taxan följs.

### **Kontrollområde: Hot och våld, utbildning**

Kontroll av att rutinen för hot och våld gått genom under introduktionen

Avvikelse har upptäckts att det finns brister i introduktionsprogram som skapas av olika personer.

Åtgärder genomförs under 2020 med att komplettera med de som inte fått relevant utbildning. Översyn av introduktionsprogram så att momentet ingår i detta.

### **Kontrollområde: Handlingar**

Kontroll att handlingar registreras i verksamhetssystemen Daedalos och Platina

Avvikelser har inte upptäckts och de efterfrågade dokumenten har kunnat utlämnas.

Åtgärder behövs ej genomföras.

### **Kontrollområde: Reglementet**

Kontroll Att reglementet följs: rätt kontering, moms, bilaga med syfte och namn.

Avvikelser har inte upptäckts

Åtgärder Stickprov har genomförts och en första kontroll sker när fakturor inkommer att bilagor finns med

### **Internkontroller som inte har genomförts under året**

Kontrollera att rutin för tillsyns-, olyckundersöknings- och tillståndsprocess följs samt om korrekt beslut tagits

Hot och våld, avsaknaden av utbildning

Stickprov av återställning av fordon

### **Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner**

Inget att rapportera.