



TJÄNSTESKRIVELSE
2024-03-15
Kommunstyrelsen
Nykvarns kommun

Motasem Mattsson Assali
Utvecklingsstrateg
motasem.mattsson-assali@nykvarn.se

Tjänsteskrivelse – Redovisning av Nykvarns kommuns internkontrollarbete 2023

Diarienummer: KS/2024:134

Förslag till beslut

Kommunstyrelsen föreslår att kommunfullmäktige beslutar följande:

1. Samtliga nämnders och bolagets uppföljning av internkontroll 2023 samt den samlade bedömningen av kommunens internkontroll med bilagor godkänns.
2. Förslaget på kommungemensamma riskområden med tillhörande kommungemensamma risker som ska ingå i nämndernas och helägda kommunala bolagens internkontrollplaner för 2024 godkänns.

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har under år 2023 noggrant följt upp det kommunövergripande internkontrollarbetet i enlighet med sin uppsiktsplikt och ansvar. En omfattande analys av internkontrollen i nämndernas och bolagens verksamheter har utförts och sammanställts. Resultaten av denna analys har presenterats i *Internkontrollrapporterna* för nämnderna och bolagens för år 2023 samt i *kommungemensamma risker 2023 för Nykvarns kommun*.

Kommunen har under år 2023 etablerat en god kontrollmiljö vilket har skapat förutsättningar för en väl fungerande internkontrollprocess. Utifrån en samlad analys av nämndernas och bolagens internkontrollarbete bedöms kommunens internkontroll vara tillräcklig och betryggande.



Bedömningen är att kommunfullmäktige beslutar i enlighet med förslag till beslut.

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen är det ett krav att både kommunstyrelsen och nämnderna har en tillfredsställande internkontroll. Det åligger kommunstyrelsen att följa upp bestämmelserna i reglementet för internkontroll samt att utvärdera resultaten av internkontrollarbetet i Nykvarns kommun. Som en del av sitt ansvar för samordning och tillsyn ska kommunstyrelsen årligen genomföra en grundlig analys av det övergripande internkontrollarbetet i kommunen och godkänna både sin egen och de övriga nämndernas internkontrollrapporter för år 2023.

Internkontrollarbete i Nykvarns kommun under 2023

Med stöd av styrmodellen har en enhetlig strategi för internkontroll utvecklats och integrerats i planerings- och uppföljningsprocessen. Detta har resulterat i en ny övergripande arbetsmetod för att identifiera och åtgärda brister i verksamheten. Den strategin har möjliggjort etableringen av en enhetlig uppföljningssystematik för hela kommunen, vilken leds och samordnas av kommunstyrelsen.

Under år 2023 har samtliga nämnder, kontor och Nykvarnsbostäder genomfört riskanalyser för att identifiera och rapportera verksamhetsrisker samt fastställa åtgärdsbehov. Områden som skulle följas upp valdes ut med hjälp av omfattande konsekvens- och sannolikhetsanalyser.

Bedömningar av konsekvenser och sannolikhet gjordes med hjälp av fyrgradiga skalor och en riskbedömningsmatris i kommunens digitala system för verksamhetsplanering och uppföljning, Stratsys. Riskanalysen genomfördes stegvis på enhets-, avdelnings- och kontorsnivå.

Verksamhetsrisker som lyfts upp i internkontrollplan



Risکانالysen har frambringat verksamhetsrisker och fastställt åtgärdsbehov för dessa. De mest allvarliga riskerna, som identifierats genom riskinventering och konsekvensanalys och bedömdes kräva extra resurser för hantering, har prioriterats. Dessa utvalda risker och de tillhörande åtgärderna för riskminimering har integrerats i varje nämnds eller bolags beslutade internkontrollplan för 2023.

Övriga risker, som bedömts vara mindre prioriterade, har hanterats inom ramen för varje verksamhets ordinarie internkontrollarbete. Dessa risker har därför inte inkluderats i de beslutade internkontrollplanerna för respektive nämnd eller bolag för 2023.

Kommungemensamma risker

I sitt årliga riskinventeringsarbete går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån utvärdering av revisions rekommendationer, genomförda riskanalyser, uppföljning av resultat av internkontrollarbete, årsrapport för integritetsskydd och kommunens systematiska arbetsmiljöarbete 2023.

Under år 2023 har kommunstyrelsen lett riskreducerande arbete med kommungemensamma risker som samtliga nämnder har deltagit i. Uppföljningsresultaten visar att kommungemensamt riskreducerande arbete med fem kommungemensamma riskområden, som ekonomiprocesser, upphandlingsprocessen, kontroll av bisysslor, intern styrningsprocess, personalrekrytering och förvaltning och projektstyrning har genomförts planerligt. De kvarstående riskreducerande åtgärder med tillhörande kontroller bedöms till viss del att kunna hanteras inom ramen av ordinarie internkontrollarbete på berörda verksamheter.

Riskreducerande arbete med kommungemensamma risker har även 2023 letts av kommunstyrelsen.



Uppföljningen

Varje nämnd och bolag har rapporterat resultaten av sin internkontrolluppföljning till kommunstyrelsen genom att lämna in sina respektive internkontrollrapporter.

Samlad analys av internkontrollarbetet 2023 i kommunen som helhet

Baserat på resultaten från nämndernas, bolagets och kommunstyrelsens internkontrollrapporter, samt en övergripande bedömning av deras internkontrollarbete, bedöms internkontrollen ha varit tillräcklig och betryggande.

Inom riskområdet ekonomi bedöms det att det kommunövergripande internkontrollarbetet behöver fortsätta under 2024. Detta är ett omfattande arbete som måste bedrivas på kommunövergripande nivå, bland annat genom att överföra icke avslutade åtgärder och kontrollaktiviteter från internkontrollplanen för 2023. Internkontrollfunktionen bedömer att fokus under 2024 även behöver ligga på upphandlingsprocessen inom riskområdet ekonomi, samt att detta behöver kompletteras med riskreducerande åtgärder gällande upphandling och uppföljning.

Uppföljningen av internkontrollarbetet år 2023 i kommunen visar på både positiva framsteg och områden som behöver förbättras för att säkerställa effektivitet.

Uppföljning av kommunens helägda bolags internkontrollarbete

Kommunstyrelsen har, i enlighet med sin uppsiktsplikt, noga övervakat det interna kontrollarbetet hos kommunens helägda bolag. De internkontrollrapporter som bolag har presenterat har ingått i en årlig sammanfattande analys av internkontrollarbetet för år 2023.

Arbetet med de flesta riskerna enligt internkontrollplanen för år 2023 har visat sig vara framgångsrikt för Nykvarnsbostäder. Inom flera områden har bolaget gjort



betydande framsteg för att antingen helt eliminera eller reducera riskerna. Dessutom har en solid grund för fortsatt arbete under 2024 lagts genom att ta fram välgrundade underlag. Det är viktigt att notera att vissa av riskerna har påverkats av omvärldsfaktorer, som delvis eller helt ligger utanför bolaget kontroll. Trots detta har bolaget lyckats att hantera dessa genom olika åtgärder för att minimera deras negativa effekter.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att Nykvarnsbostäder har etablerat robusta rutiner för sitt internkontrollarbete och agerar effektivt utifrån dem när det gäller intern kontroll och riskhantering.

Angående åtgärder överförs vissa risker till den nya internkontrollplanen, främst med hänsyn till att de tidigare nämnda omvärldsfaktorerna förväntas fortsätta påverka bolaget under 2024.

Kommungemensamma risker 2024

Utifrån denna genomgång och en samlad bedömning av kommunens arbete med kommungemensamma risker under 2023 samt nämndernas och bolagens internkontrollrapporter 2023 har förvaltningen tagit fram ett förslag på kommungemensamma riskområden för 2024:

- Ekonomiprocesser
- Upphandlingsprocessen
- Information- och driftsäkerhet

Bilagor

Årsrapport Integritetsskydd 2023

Dataskyddsombudet ska årligen genomföra en granskning av kommunens regelefterlevnad av Dataskyddsförordningen (GDPR). Under 2023 års granskning



lyfter dataskyddsombudet upp att det skett en något försämrad medvetenhet inom integritetsskydd inom områden som registrerades rättigheter, överföringsmekanismer samt tredje part-bedömningar.

Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete 2023

Det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar väl och bedrivs i enlighet med gällande föreskrifter. Kommunen har tydliga processer och policys för hanteringen arbetsmiljöundersökningar, hantering av risker, tillbud och arbetsskador, utbildning och vidarefördelning av arbetsmiljöuppgifter till chefer.

Nykvarns kommuns sjukfrånvaro har fortsatt att minska sedan 2021.

Bedömningen är också att det aktiva arbetet med rehabilitering under året har gett positiva effekter på sjukfrånvaron och satsningen om hållbart arbetsliv.

Den totala sjukfrånvaron under år 2023 (7,6%) visar på en mycket god måluppfyllelse för kommunens uppsatta mål (8,58%) och att det finns fortsatt behov att fokusera på en hälsosam arbetsmiljö och minska sjukfrånvaron även under 2024. Att arbeta aktivt med en hälsosam arbetsmiljö är en av förutsättningarna för att kommunen ska vara en attraktiv arbetsgivare där kommuninvånarna ska vara nöjda med den kommunala servicen.

Bedömning

Under år 2023 har kommunen etablerat en robust kontrollmiljö, vilket har skapat förutsättningar för en effektiv internkontrollprocess. En övergripande analys av kommunens internkontrollarbete tyder på att internkontrollen är tillfredsställande och ger tillräcklig trygghet.

Förvaltningen anser att adekvata åtgärder har vidtagits och att uppföljningen har skett enligt plan inom den ordinarie internkontrollprocessen, samt inom nämndernas och bolagens internkontrollarbete.



Förvaltningen föreslår att kommunfullmäktige godkänner samtliga nämnders och bolags uppföljning av internkontrollen samt den samlade bedömningen av kommunens internkontroll.

Dessutom presenteras förvaltningens förslag på kommungemensamma riskområden med tillhörande risker för 2024 för att möjliggöra en enhetlig och effektiv hantering av risker inom kommunen.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser i detta skede.

Konsekvenser för barn och unga

Beslutet medför inga konsekvenser för barn i detta skede.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts av kommunledningskontoret.

Handlingar i ärendet

Tjänsteskrivelse – 2024-03-15

Internkontrollrapport kommungemensamma risker 2023 Nykvarns kommun

Kommungemensamma risker 2024

Årsrapport Integritetsskydd 2023

Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete 2023

Internkontrollrapport 2023 kommunstyrelsen

Internkontrollrapport 2023 utbildningsnämnden

Internkontrollrapport 2023 bygg- och miljönämnden

Internkontrollrapport 2023 vård- och omsorgsnämnden

Internkontrollrapport 2023 valnämnden

Internkontrollrapport AB Nykvarnsbostäder 2023



TJÄNSTESKRIVELSE
2024-03-15
Kommunstyrelsen

Beslutet skickas till

Akten
Kommunfullmäktige
Kommunens revision
NKK
Nykvarnsbostäder
Samtliga nämnder

Steinunn Ásgeirsdóttir
Kommundirektör

Liridona Rama
Biträdande kommundirektör

NYKVARNS KOMMUN
Besöksadress: Centrumvägen 24 A
Postadress: 155 80 Nykvarn
Telefon: 08-555 010 00
Fax: 08-555 014 99
www.nykvarn.se



Internkontrollplan
kommungemensamma risker
2024
År 2024
Nykvarns kommun

Internkontrollplan kommungemensamma risker 2024

Diarienummer: KS/2024:134

NYKVARNS KOMMUN

Besöksadress: Centrumvägen 26

Postadress: 155 80 Nykvarn

Telefon: 08-555 010 00

Fax: 08-555 014 99

www.nykvarn.se





Innehållsförteckning

1	Nykvarns internkontrollarbete.....	3
1.1	Riskbedömningsmatris	5
2	Internkontrollplan	7
2.1	Ekonomi.....	7
2.1.1	Ekonomiprocesser.....	7
2.1.2	Upphandlingsprocessen.....	7
2.2	Informations- och driftsäkerhet	9
2.2.1	Informationssäkerhets processer	9



1 Nykvarns internkontrollarbete

1. Nykvarns internkontrollarbete

Kommunallagen (KL) ställer krav på att kommunens styrelse och nämnder har en tillräcklig internkontroll.

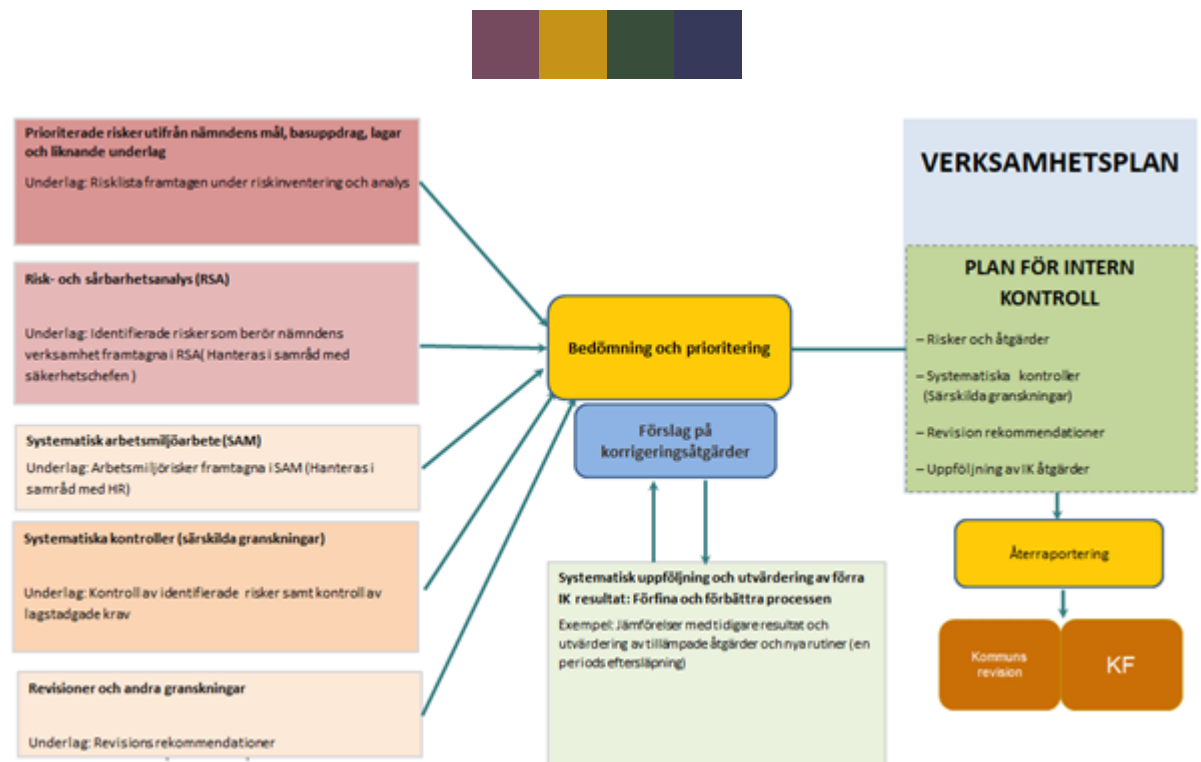
KL 6 Kap 6 §: Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Nykvarns kommuns internkontrollarbete har inkorporerats i kommunens styrmodell. Denna internkontrollmodell tillämpas av samtliga nämnder och bolag i samband med planering och åiterrapportering av deras internkontrollarbete.

Med utgångspunkten i styrmodellen har en kommungemensam systematik för internkontroll utvecklats och integrerats i processen för planering och uppföljning vilket har lett till ett nytt kommunövergripande arbetssätt för att upptäcka brister i verksamheten och åtgärda dessa. Denna systematik har skapat förutsättningar för etablering av en kommunövergripande uppföljningssystematik som leds och samordnas av kommunstyrelsen.

Internkontrollplan

Med utgångspunkt i kommunallagen och kommunens styrmodell med tillhörande internkontrollmodell ansvarar varje nämnd och kommuns majoritetsägda bolag för att det finns en lokal organisation och struktur för internkontroll. Dessutom ska lokala regler och anvisningar avseende internkontroll dokumenteras och antas av nämnden. Varje nämnd ska därför skapa en utarbetad systematik för det egna arbetet med internkontroll och årligen fastställa en internkontrollplan.



Internkontrollplanens innehåll

Internkontrollplanen innehåller identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, kontrollmoment/granskningar och systematiska kontroller eventuella kommungemensamma risker och uppföljningssystematik. Detta säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de målsättningar och direktiv som kommunfullmäktige har fastställt, skapa förutsättningar för optimal användning av tilldelade resurser samt stärka sina rutiner och system inom alla verksamhetsområden.

Årlig riskinventering

Internkontrollarbetet baseras på en årlig riskinventering i enlighet med systematiken från kommunens styrmodell och kommunövergripande rutin för nämndernas internkontrollprocess. Riskinventeringen görs utifrån:

- kommunens vision,
- beslutad målbild,
- verksamhetens kärnuppdrag,
- gällande lagar och reglementen,
- kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål,
- arbetsmiljöarbetet,
- risk och sårbarhetsanalys,
- underlag från revision och andra granskningar.

Verksamheterna använder Stratsys som stöd i sitt arbete med riskvärdering och konsekvensanalys samt dokumentering av risker.



Organisatoriska enheter (kontor/avdelningar/enheter) startar sitt arbete med framtagande av verksamhetsrisker med genomgång och utvärdering av förra årets risklista samt inrapportering av nya risker inför planeringsåret. Dessutom diskuterar organisatoriska enheter möjliga riskreducerande åtgärder knutna till dessa risker.

Risker som inte tas upp i internkontrollplan

Risker som inte bedöms allvarliga ska hanteras på denna organisatoriska nivå där risken finns dvs. i den löpande verksamheten. Den behöver inte lyftas upp till nästa hierarkiska nivå i organisationen.

Detta innebär att den första bedömningen av en identifierad risk görs på den berörda enheten för att kunna se om den kan åtgärdas inom ramar för ordinarie verksamhet (ordinarie internkontroll). I så fall hanteras risken och åtgärden av berörd verksamhet i det löpande arbetet och vid behov följs upp och dokumenteras i Stratsys.

Även riskbedömningen görs i Stratsys med hjälp av riskmatrisen. Dessa risker som efter riskbedömning hamnar utanför de röda rutorna i riskmatrisen hanteras inom respektive organisatoriska enhet genom att status Acceptera väljs. Ansvarig chef på respektive organisatorisk enhet ansvarar för hantering av identifierade risker som inte kommer med i internkontrollplanen.

Prioriterade risker

Vid identifierat behov, efter en gedigen utvärdering och i samråd med den berörda enheten, lyfts risken till nästa nivå i organisationen dvs. på avdelningsnivå och så vidare.

Riskerna som efter en kontors-/bolagsövergripande riskbedömning hamnar i de röda rutorna i matrisen lyfts upp som förslag till nämndens/bolagets internkontrollplan genom att statusen "Hantera" väljs. Detta betyder att även för en risk med låg sannolikhet men med högt konsekvensvärde hamnar i den röda ruta och statusen "Hanteras" väljs dvs. detta leder till någon form av åtgärd som ska följas upp i internkontrollplanen.

Dessa risker utgör ett s.k. preliminär förslag på risker som ska ingå i nämndens/bolagets internkontrollplan. Hantering av prioriterade risker som lyfts upp i internkontrollplanen blir därmed input till verksamhetsplanering på tjänstemannanivå eftersom organisatoriska enheter får möjlighet att planera och avsätta resurser som behövs för riskreducerande åtgärder och systematiska kontroller vilket leder till förbättrad internstyrning och mål- och verksamhetsuppföljning.

Preliminära risklistan kompletteras med riskreducerande åtgärder

Internkontrollens operativa organisation och genomförande fortsätter med framtagande



av konkreta riskreducerande åtgärder och eventuella kontrollmoment/granskningar som behövs för att reducera risker. De ingår också i internkontrollplaner.

Kontrollmoment/granskningar (t.ex. systematiska kontroller) är avsedda för att minska eller eliminera identifierade risker, men de kan också användas för att nämnden/bolaget mer förutsättningslöst kontrollerar en verksamhetsprocess för att granska lagefterlevnaden eller ändamålsenligheten. I sin internkontrollplan beslutar nämnden om systematiska kontroller som ska genomföras under året. Nämndens/bolagets riskreducerande åtgärder kommer därmed att brytas ner i särskilda kontrollmoment/granskningar i deras internkontrollplan (det vill säga nämndens/bolagets planerade aktiviteter i internkontrollplanen). Varje organisatorisk enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar respektive organisatorisk enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året. dvs. ifall det uppstår avvikelser från önskade målsättningar.

Kommungemensamma risker

Varje år går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån denna genomgång, uppföljningen och utvärderingen av nämndernas, bolagens och kommunstyrelsens internkontrollarbete samt icke klara internkontrollåtgärder från tidigare internkontrollplaner identifieras kommunövergripande riskområden med tillhörande risker inför nästa planeringsår. Dessa områden prioriteras i Nykvarns kommuns internkontrollarbete inför planeringsåret och omhändertas med hjälp av kammungemensamma risker som biläggs samtliga nämnders och bolagens internkontrollplaner för respektive planeringsår.

Internkontrollarbete med tillhörande riskreducerande åtgärder och kontrollmoment/granskningar leds av kommunstyrelsen. Nämnderna och bolagen deltar i internkontrollarbete genom aktivt deltagande i kammungemensamma och riskreducerande åtgärder i de delar som berör respektive nämnds/bolags verksamheter.

Uppföljning av internkontrollprocessen

Nämnder/bolagen följer upp sitt internkontrollarbete i den årliga internkontrollrapporten. Under året görs kontinuerliga uppföljningar inom tjänstemannaorganisationen. I dessa uppföljningar följs hur internkontrollarbete fortskrider, inklusive prognos för huruvida internkontrollplans målsättningar för året kommer att nås eller ej.

I den årliga internkontrollrapporten återrapporteras resultat för nämndens/bolagens internkontrollarbete under året. I rapporten görs också en årlig utvärdering av



internkontrollarbetets måluppfyllelse samt om den interna kontrollen har fungerat. Alla avvikelser, samt eventuella åtgärder, redovisas och vid behov hanteras som överföringar i nästa års internkontrollplan.

1.1 Riskbedömningsmatris



3 Allvarlig 1 Kännbar Totalt: 4



	Sannolikhet	Konsekvens
Allvarlig		
Kännbar		
Lindrig		
Försumbar		
4	SANNOLIK (det är mycket troligt att fel uppstår)	ALLVARLIG (uppfattas som allvarlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
3	MÖJLIG (det finns en möjlig risk)	KÄNNBAR (uppfattas som besvärande för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
2	MINDRE SANNOLIK (risken är liten)	LINDRIG (uppfattas som liten för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
1	OSANNOLIK (risken är så gott som obefintlig)	FÖRSUMBAR (är obetydlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Hantera risk?
Ekonomi	1 Felaktig bedömning eller risk för reglering av leverantörens skyldigheter och för att upphandlingar, avrop och direktupphandlingar som genomförs eller förlängs på felaktigt sätt.	2. Mindre sannolik	3. Kännbar	Hantera
	2 Brister i kontinuitet av månadsuppföljningar leder till låg kvalitet i prognoser och risk för budgetunderskott.	3. Möjlig	3. Kännbar	Hantera
Informations- och driftsäkerhet	3 Obehörig åtkomst till känslig information.	3. Möjlig	3. Kännbar	Hantera
	4 Bristande medvetenhet bland anställda om informations säkerhetspolicy och förfaranden.	3. Möjlig	3. Kännbar	Hantera

2 Internkontrollplan

2.1 Ekonomi

2.1.1 Ekonomiprocesser

Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
Brister i kontinuitet av månadsuppföljningar leder till låg kvalitet i prognoser och risk för budgetunderskott.	Tydliga riktlinjer och procedurer.	Internkontrollsamordnare och ekonomistrateg	Vad ska kontrolleras? Etablerade och dokumenterade tydliga riktlinjer och procedurer för budgetprocessen.	två gånger om året



Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
			<p>Hur ska kontrollen genomföras? Avstämning med ekonomikontoret</p>	
	Budget utbildning och medvetenhet.	Internkontrollsamordnare och ekonomikontoret	<p>Vad ska kontrolleras? Utveckla en detaljerad utbildningsplan som tydligt definierar vilka som behöver utbildning, vilka ämnen som ska täckas och vilka resurser som behövs för att genomföra utbildningen.</p> <p>Hur ska kontrollen genomföras? Avstämning att utbildning och fortbildning för alla medarbetare som är involverade i budgetprocessen genomförs.</p>	Årligen

2.1.2 Upphandlingsprocessen

Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
<p>■ Felaktig bedömning eller risk för reglering av leverantörens skyldigheter och för att upphandlingar, avrop och direktupphandlingar som genomförs eller förlängs på felaktigt sätt.</p>	Tydliga och omfattande avtal/kontrakt.	Internkontrollsamordnare och inköpsfunktionen	<p>Vad ska kontrolleras? Säkerställ att alla avtal/kontrakt med leverantörer är tydliga, omfattande och definierar tydligt leverantörens skyldigheter, inklusive leveranstider, kvalitetskrav, prisvillkor och eventuella sanktioner vid brott mot avtal/kontraktet. Kontrakten bör också innehålla mekanismer för att hantera förändringar och förlängningar på</p>	Två gånger om året



Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
			<p>ett strukturerat och reglerat sätt.</p> <p>Hur ska kontrollen genomföras? Kontrollera att avtalen innehåller alla nödvändiga villkor och klausuler för att skydda organisationens intressen och följa gällande lagar och regler.</p>	
	<p>Inköpsbehov; upphandling, avrop eller direktupphandling över 100 000 kr ska anmälas till inköpsfunktionen.</p>	<p>Internkontrollsamordnare och inköpsfunktionen</p>	<p>Vad ska kontrolleras? Att det finns ett strukturerat arbetssätt och anmälningsprocess av övriga uppkomna inköp över 100 000 till inköpsfunktionen som implementerats och följs upp</p> <p>Hur ska kontrollen genomföras? Inköpsfunktionen jämför inrapporterade underlag över 100 000 med upphandlingsplaner. Dessutom ska funktionen kontrollera om avtalen innehåller informationskrav gällande reglering av leverantörernas skyldighet.</p>	<p>Årligen</p>
	<p>Genomför en SPEND-analys.</p>	<p>Internkontrollsamordnare och inköpsfunktionen</p>	<p>Vad ska kontrolleras? Analysera spenderade data för att identifiera mönster, trender, upphandlingsbehov och eventuella avvikelser som kan indikera potentiella problem eller risker, såsom</p>	<p>Två gånger om året</p>



Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
			<p>överdrivna kostnader eller hög frekvens av inköp från vissa leverantörer.</p> <p>Hur ska kontrollen genomföras? Avstämning med inköpsfunktion att SPEND-analysen har genomförts och resultaten har rapporterats till kontorsansvariga, utveckla och implementera åtgärdsplaner för att hantera högriskområden eller identifierade problem.</p>	

2.2 Informations- och driftsäkerhet

2.2.1 Informationssäkerhets processer

Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
■ Obehörig åtkomst till känslig information.	Implementera strikt åtkomstkontroll.	Internkontrollsamordnare	<p>Vad ska kontrolleras? Baserat på de definierade rollerna och deras behörigheter, implementera åtkomstkontrollmekanismer. Det kan inkludera användning av autentisering (t.ex. användarnamn och lösenord, tvåfaktorsautentisering), auktorisering (tilldela behörigheter till specifika användarroller) och övervakning (logga åtkomstaktiviteter för granskning).</p> <p>Hur ska kontrollen genomföras? Inför en strukturerad</p>	Årligen



Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
			<p>åtkomstkontroll för att begränsa åtkomsten till känslig information endast till auktoriserade användare. Detta kan inkludera användning av rollbaserad åtkomstkontroll där användare endast har tillgång till den information som är nödvändig för deras arbete.</p>	
<p>■ Bristande medvetenhet bland anställda om informationssäkerhetspolicy och förfaranden.</p>	<p>Implementera en robust säkerhetspolicy.</p>	<p>Internkontrollsamordnare och dataskyddsombud</p>	<p>Vad ska kontrolleras? Erbjud kontinuerlig utbildning och medvetenhetsprogram för att informera personalen om riskerna med obehörig åtkomst och hur de kan bidra till att förebygga den. Det är viktigt att personalen är medveten om säkerhetsprotokoll och rutiner för att skydda känslig information.</p> <p>Hur ska kontrollen genomföras? Avstämning med</p>	<p>Två gånger om året</p>
				<p>Årligen</p>



Risk	Riskreducerande åtgärd	Vem kontrollerar (roll)?	Beskrivning	Kontrollfrekvens ?
			Hur ska kontrollen genomföras? Att säkerhetspolicy är framtagen och kommunicerad.	
	Utbilda och öka medvetenhet hos personal.	Internkontrollsamordnare och dataskyddsombud	Vad ska kontrolleras? Att medvetenheten ökar hos personalen om riskerna med cyberattacker och hur man känner igen och undviker vanliga säkerhetsrisker, som phishing och skadlig kod. Hur ska kontrollen genomföras? Kontrollera att utbildning erbjuds och är obligatoriska.	Två gånger om året



§ 30

Verksamhetsberättelse och internkontrollrapport 2023 för vård- och omsorgsnämnden inklusive bilagor

Diarienummer: VON/2024:20

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar följande:

Att godkänna verksamhetsberättelse och internkontrollrapport med bilagor för verksamhetsår 2023.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse för år 2023 påvisar trots försämrad konjunktur och osäkerhetsfaktorer i omvärlden god utveckling av måloppfyllelse under verksamhetsår 2023. Nämndens ekonomiska resultat påvisar ett underskott gällande god ekonomisk hushållning, underskottet motsvarar 9,7 mkr.

Internkontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen och kan definieras som en målmedveten styrningsprocess som syftar till att påverka organisationens beslut och beteende. Övervägande av uppsatta risker och korrigeringsaktiviteter har kontrollerats. Uppföljning av internkontrollplanen 2023 anses vara mycket god utifrån arbetet med framtagna risker.

Handlingar i ärendet

Tjänsteskrivelse – Verksamhetsberättelse och internkontrollrapport 2023 för vård- och omsorgsnämnden inklusive bilagor

Verksamhetsberättelse år 2023 för vård- och omsorgsnämnden

Internkontrollrapport år 2023 för vård- och omsorgsnämnden

Bilaga 1: Uppföljning av Upphandlingsplan 2023

Bilaga 2: Uppföljning av Digitaliseringsplan 2023

Bilaga 3: Uppföljning av Plan för uppföljning och insyn av verksamhet som bedrivs av privata utförare 2023

Bilaga 4: Uppföljning av Konkurrensprogram 2023

Bilaga 5: Uppföljning Lokalplan 2023

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Ekonomikontoret

Akten



Internkontrollrapport 2023

År 2023

Vård- och omsorgsnämnden

Internkontrollrapport 2023 för vård- och omsorgsnämnden

Diarienummer: VON/2024:20



NYKVARNNS KOMMUN

Besöksadress: Centrumvägen 26

Postadress: 155 80 Nykvarn

Telefon: 08-555 010 00

Fax: 08-555 014 99

www.nykvarn.se

Innehållsförteckning

1	Nykvarns internkontrollarbete.....	3
1.1	Riskbedömningsmatris	6
2	Uppföljning.....	7
2.1	Ekonomi.....	7
2.1.1	Ekonomiprocesser.....	7
2.1.2	Upphandlingsprocessen.....	7
2.2	Personal.....	8
2.2.1	Rekryteringsprocessen.....	8
2.3	Verksamhetsspecifik.....	8
2.3.1	Verksamhetsprocess.....	8
2.4	Mål- och verksamhetsstyrning.....	9
2.4.1	Intern styrningsprocess, personalrekrytering och förvaltning.....	9
2.5	Slutsatser av uppföljning.....	9
2.6	Åtgärder.....	10



1 Nykvarns internkontrollarbete

Internkontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen och kan definieras som en målmedveten styrningsprocess som syftar till att påverka organisationens beslut och beteende. Vanligtvis sker styrning via olika dokument och policys, reglementen, riktlinjer, ekonomistyrningsprinciper, lagtexter etc. Om ingen kontroll sker av denna styrning skapas förmodligen heller ingen styreffekt. En väl fungerande internkontroll fungerar också som ett skydd för såväl förtroendevalda som anställda mot oberättigade misstankar. Internkontroll är därmed ett verktyg med väsentlig betydelse för såväl den politiska ledningen som för förvaltningen. Kommunallagen (KL) ställer krav på att kommunens styrelse och nämnder har en tillräcklig internkontroll.

KL 6 Kap 6 §: Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Internkontroll handlar om tydlighet, ordning, att veta hur det går i verksamheten och ekonomi samt att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning,
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att gällande lagar och regler, reglementen, policys, riktlinjer som finns följs,
- att möjliga risker ringas in, bedöms och förebyggs.

Nämndens ansvar

Med utgångspunkt i kommunallagen och kommunens styrmodell med tillhörande internkontrollmodell ansvarar varje nämnd för att det finns en lokal organisation och struktur för internkontroll. Dessutom ska lokala regler och anvisningar avseende internkontroll dokumenteras och antas av nämnden. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god internkontroll. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd. Detta görs i form av en internkontrollplan som tas fram av förvaltningen under hösten året innan och beslutas i nämnd i början av det aktuella året. Kommunstyrelsen kan även besluta om särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin



internkontrollplan för det kommande året.

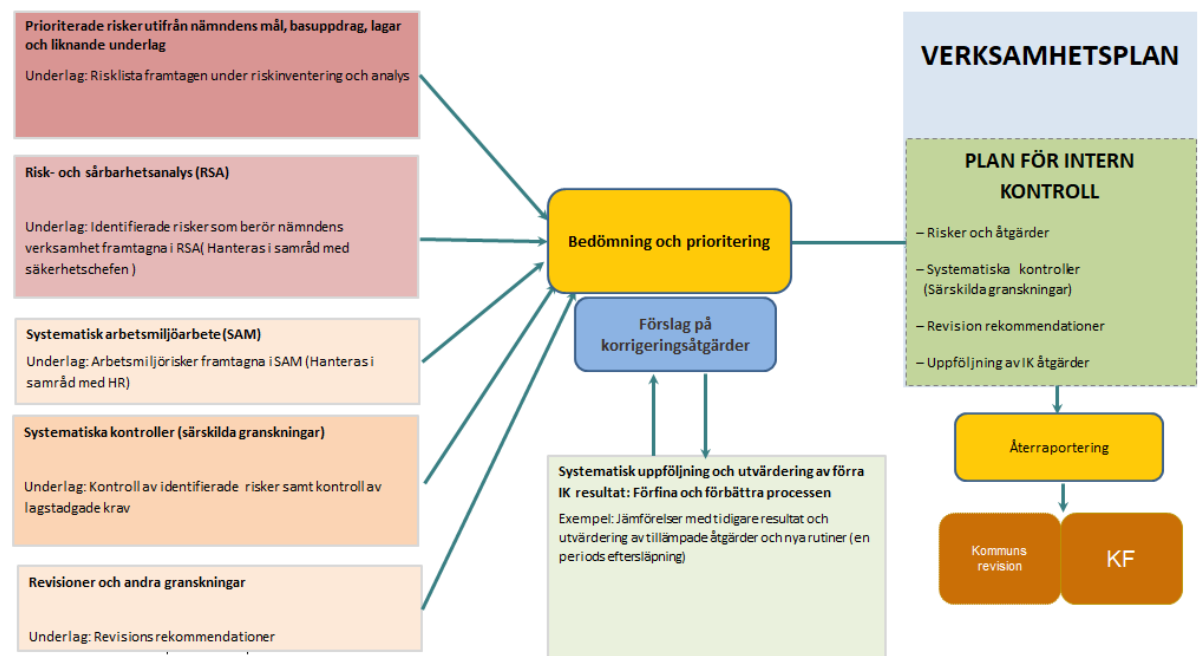
Nykvarns kommunen har antagit en gemensam modell för kommunövergripande internkontrollarbete som ska tillämpas av samtliga nämnder och kommuns majoritetsägda bolag i samband med planering och återrapportering av internkontrollarbete.

Internkontrollplan

Varje nämnd och bolag ska därför skapa en utarbetad systematik för det egna arbetet med internkontroll och årligen fastställa en internkontrollplan innehållande identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, systematiska kontrollmoment och granskningar, korrigeringsaktiviteter och uppföljningssystematik.

Internkontrollarbete på respektive nämnd ska baseras på:

- en årlig riskinventering utifrån verksamhetens kärnuppdrag, beslutad målbild samt gällande lagar och reglementen,
- kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål,
- systematiskt arbetsmiljöarbete,
- risk och sårbarhetsanalys,
- underlag från revision och andra granskningar.



Internkontrollplanens innehåll

Internkontrollplanen innehåller identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, kontrollmoment/granskningar och systematiska kontroller eventuella



kommungemensamma risker och uppföljningssystematik. Detta säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de målsättningar och direktiv som kommunfullmäktige har fastställt, skapa förutsättningar för optimal användning av tilldelade resurser samt stärka sina rutiner och system inom alla verksamhetsområden.

Arbetet baseras på en årlig riskinventering i enlighet med kommunens styrmodell och kommunövergripande rutin för nämndernas internkontrollprocess, Riskinventeringen görs utifrån kommunens vision, beslutad målbild med hänsyn taget till verksamhetens kärnuppdrag samt gällande lagar och reglementen, kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål, arbetsmiljöarbetet, risk och sårbarhetsanalys samt underlag från revision och andra granskningar.

Nämndens årliga riskinventering

Verksamheterna använder Stratsys som stöd i sitt arbete med riskvärdering och konsekvensanalys samt dokumentering av risker. Dessutom genereras en nämndspecifik internkontrollplan från Stratsys.

Organisatoriska enheter (kontor/avdelningar/enheter) startar sitt arbete med framtagande av verksamhetsrisker med genomgång och utvärdering av förra årets risklista samt inrapportering av nya risker inför planeringsåret. Dessutom diskuterar organisatoriska enheter möjliga riskreducerande åtgärder knutna till dessa risker.

Risker som inte tas upp i internkontrollplan

Risker som inte bedöms allvarliga ska hanteras på denna organisatoriska nivå där risken finns dvs. i den löpande verksamheten. Den behöver inte lyftas upp till nästa hierarkiska nivå i organisationen.

Detta innebär att den första bedömningen av en identifierad risk görs på den berörda enheten för att kunna se om den kan åtgärdas inom ramar för ordinarie verksamhet (ordinarie internkontroll). I så fall hanteras risken och åtgärden av berörd verksamhet i det löpande arbetet och vid behov följs upp och dokumenteras i Stratsys. Även riskbedömningen görs i Stratsys med hjälp av riskmatrisen. Dessa risker som efter riskbedömning hamnar utanför de röda rutorna i riskmatrisen hanteras inom respektive organisatoriska enhet ansvarig chef ansvarar för hantering av identifierade risker som inte kommer med i internkontrollplanen.

Prioriterade risker

Riskerna som efter en kontorsövergripande riskbedömning hamnar i de röda rutorna i matrisen lyfts upp som förslag till nämndens internkontrollplan genom att statusen



”Hantera” väljs. Detta betyder att även för en risk med låg sannolikhet men med högt konsekvensvärde hamnar i den röda ruta och statusen ”Hanteras” väljs dvs. detta leder till någon form av åtgärd som ska följas upp i internkontrollplanen. Hantering av prioriterade risker som lyfts upp i internkontrollplanen blir därmed input till verksamhetsplanering på tjänstemannanivå eftersom organisatoriska enheter får möjlighet att planera och avsätta resurser som behövs för riskreducerande åtgärder och systematiska kontroller vilket leder till förbättrad internstyrning och mål- och verksamhetsuppföljning.

Preliminära risklistan kompletteras med riskreducerande åtgärder

Internkontrollens operativa organisation och genomförande fortsätter med framtagande av konkreta riskreducerande åtgärder och eventuella kontrollmoment/granskningar som behövs för att reducera risker. De ingår också i internkontrollplaner.

Kontrollmoment/granskningar (t.ex. systematiska kontroller) är avsedda för att minska eller eliminera identifierade risker, men de kan också användas för att nämnden mer förutsättningslöst kontrollerar en verksamhetsprocess för att granska lagefterlevnaden eller ändamålsenligheten. I sin internkontrollplan beslutar respektive nämnd om systematiska kontroller som ska genomföras under året. Nämndens riskreducerande åtgärder kommer därmed att brytas ner i särskilda kontrollmoment/granskningar Varje organisatorisk enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året. dvs. ifall det uppstår avvikelse från önskade målsättningar.

Kommungemensamma risker

Varje år går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån denna genomgång, uppföljningen av nämndernas och kommunstyrelsens internkontrollarbete samt icke klara internkontrollåtgärder från tidigare internkontrollplaner identifieras kommunövergripande riskområden med tillhörande risker inför nästa planeringsår. Dessa områden prioriteras i Nykvarns kommuns internkontrollarbete inför planeringsåret och omhändertas med hjälp av kommungemensamma risker som ingår i samtliga nämnders internkontrollplaner för respektive planeringsår.

Internkontrollarbete med tillhörande riskreducerande åtgärder och kontrollmoment/granskningar leds av kommunstyrelsen. Nämnderna deltar i internkontrollarbete genom aktivt deltagande i kommungemensamma och



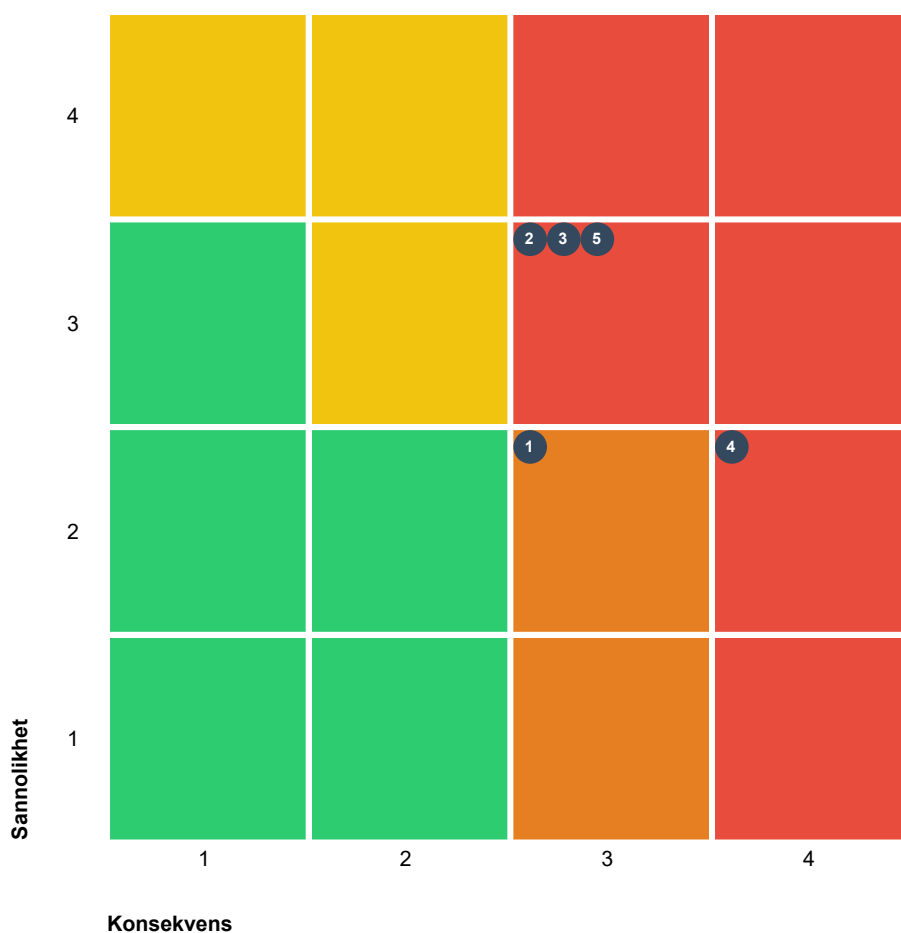
riskreducerande åtgärder som berör respektive nämndens verksamheter.

Internkontrolluppföljning på respektive verksamhetsnivå

Kontor/avdelning/enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året.

Nämnden följer upp sitt internkontrollarbete i verksamhetssystemet Stratsys samt i den årliga internkontrollrapporten. I delårsrapport per den 31 augusti rapporteras hur det övergripande internkontrollarbetet fortskrider, inklusive prognos och eventuella avvikelser.

1.1 Riskbedömningsmatris





4 Allvarlig 1 Kännbar Totalt: 5

	Sannolikhet	Konsekvens
Allvarlig		
Kännbar		
Lindrig		
Försumbar		
4	SANNOLIK (det är mycket troligt att fel uppstår)	ALLVARLIG (uppfattas som allvarlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
3	MÖJLIG (det finns en möjlig risk)	KÄNNBAR (uppfattas som besvärande för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
2	MINDRE SANNOLIK (risken är liten)	LINDRIG (uppfattas som liten för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
1	OSANNOLIK (risken är så gott som obefintlig)	FÖRSUMBAR (är obetydlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Ekonomi	1 Avtalstrohet	2. Mindre sannolik	3. Kännbar
	2 Statliga bidrag och ersättningar.	3. Möjlig	3. Kännbar
Personal	3 Risk att personal och kompetensförsörjningen inte tillgodoser verksamheternas behov	3. Möjlig	3. Kännbar
Verksamhetsspecifik	4 Efterlevnad av externa och interna regelverk	2. Mindre sannolik	4. Allvarlig
Mål- och verksamhetsstyrning	5 Ändamålsenlig och effektiv verksamhet	3. Möjlig	3. Kännbar

2 Uppföljning

Politisk uppföljning av internkontrollprocessen

Varje nämnd följer upp sitt internkontrollarbete i den årliga internkontrollrapporten. Under året görs även kontinuerliga uppföljningar inom tjänstemannaorganisationen bland annat en avstämning per den 31 juli. I dessa uppföljningar följs hur internkontrollarbete fortskrider, inklusive prognos för huruvida internkontrollplans målsättningar för året kommer att nås eller ej.

I nämndens årliga internkontrollrapporten återrapporteras resultat för nämndens internkontrollarbete under året. I rapporten gör nämnden också en utvärdering och bedömning av årets internkontrollarbetemålsuppfyllelse samt om den interna kontrollen har fungerat. Alla avvikelser, samt eventuella åtgärder, redovisas och vid behov hanteras som överföringar i nästa års internkontrollplan



2.1 Ekonomi

2.1.1 Ekonomiprocesser

Statliga bidrag och ersättningar.



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Fortlöpande uppföljning och avstämning gällande statliga bidrag - Ansökan - Utbetalning - Återsökning Migrationsverket eller återredovisning statsbidrag Fortlöpande rapportering till ledningsgrupp och avstämning med ekonom.	Fortlöpande kontroll av statsbidrags medel.	Ansökta bidrag har utbetalats (2024-03-31)	Samtliga ansökta statsbidrag har betalats ut.	✓
	Återredovisningar sker enligt tidsplan för redovisning mot respektive statsbidrag.	Bidragsanvändning dokumenteras fortlöpande i Stratsys. (2024-03-31)	Bidragsanvändningen dokumenteras, bidragsrapport upprättas för 2023.	✓

2.1.2 Upphandlingsprocessen

Avtalstrohet



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Uppföljning med kommunens upphandlingsansvarig. Efterlevnad av avtalstrohet. Rätt delegat för ingångna avtal. Genom av genomförda upphandlingar i verksamhetssystemet SPEND och avtalsportalen.	SPEND-analys genomförd.	Kontroll och granskning sker i samband med årlig uppföljning av upphandlingsplan (2023-11-30)		✓

2.2 Personal

2.2.1 Rekryteringsprocessen

Risk att personal och kompetensförsörjningen inte tillgodoser verksamheternas behov



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Erbjuda stärkta möjligheter till kompetensutveckling. Hur många som tar del av kompetensutveckling. Att utbudet av möjligheter till kompetensutveckling breddas. Genom medarbetarsamtal.	Kompetensutvecklingsplan upprättas individuellt vid genomfört medarbetarsamtal.	Medarbetarsamtalen och dokumentationen av samtalen. (2024-02-29)		✓



2.3 Verksamhetspecifik

2.3.1 Verksamhetsprocess

Efterlevnad av externa och interna regelverk



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Omvärldsbevakning kring lagförändringar. <i>Nya tillkommande lagar och föreskrifter inom nämndens ansvarsområde, samt bevakning av eventuella kommande lagförändring.</i> <i>Ansvariga chefer, stabsfunktioner och tjänstepersoner följer statliga beslut och pågående utredningar.</i>	Omvärldsbevakningar under 2023 sker på chefsnivå och stabsfunktioner, relevanta förändringar tas upp i sammanträden under ledningsgruppsmöten. Dokumentation av omvärldsbevakningen sker i enlighet med styrmodellen.	Rapporteras och kontrolleras via upprättande av årlig verksamhetsplan och verksamhetsberättelse. <i>(2023-12-31)</i>		✓
Kontroll av interna styrdokument <i>Kontroll av att styrdokument är aktuella och ändamålsenliga.</i> <i>Ansvariga chefer kontrollerar respektive styrdokument inom sitt ansvarsområde.</i> <i>- Styrdokument aktuellt i förhållande till lag, föreskrifter och förordningar.</i> <i>- Bedömning av styrdokumentets systematik och funktionalitet.</i>	Vård- och omsorgs har vidtagit åtgärder, genom digital samlingsapplikation för att öka tillgängligheten och systematisera åtkomst av styrdokument, föreskrifter, riktlinjer och rutiner till samtliga anställda inom kontoret.	Respektive ansvarig chef kontrollerar delår 2 och vid verksamhetsberättelse <i>(2024-03-31)</i>		✓

2.4 Mål- och verksamhetsstyrning

2.4.1 Intern styrningsprocess, personalrekrytering och förvaltning

Ändamålsenlig och effektiv verksamhet



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Handlingsplan	Upprättas efter	Kontrolleras att finns		✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Att handlingsplan upprättas vid negativ budgetavvikelse över 5 % av totalbudget. Avstämning i ledningsgruppen	behov och direktiv.	upprättad vid eventuell budgetavvikelse (2024-03-31)		
Processkartläggning Att processkartläggning genomförs vid brister i huvudprocesser. - Att processkartläggning är genomförd - Att processkartläggningen har lett till förbättringsåtgärder.	Processkartläggning är genomförd, resultatet påvisar att behov finns för systematisering och digitalt verktyg för att underlätta genomförande processkartläggning i framtiden. Som en följd av ovanstående har det digitala verktyget 2c8 implementerats.	Att processkartläggning är genomförd inklusive innehållande förbättringsåtgärder. (2024-03-31)	Processkartläggning är genomförd, resultatet påvisar att behov finns för systematisering och digitalt verktyg för att underlätta genomförande processkartläggning i framtiden. Som en följd av ovanstående har det digitala verktyget 2c8 implementerats.	✓

2.5 Slutsatser av uppföljning

Slutsatserna av den genomförda uppföljningen tyder på att nämndens verksamheter har framgångsrikt implementerat en omfattande serie av åtgärder och kontroller för att säkerställa effektiviteten och efterlevnaden av regelverk inom olika områden av verksamheten.

Kompetensutveckling: Individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas och följs upp noggrant efter medarbetarsamtal, vilket ger en strukturerad metod för att främja personalens professionella tillväxt.

Upphandling: Uppföljningen av upphandlingsaktiviteter sker stringent, med fokus på att säkerställa efterlevnad av avtal och korrekt delegation av ansvar. Detta bidrar till en transparent och regelbunden granskning av inköpsprocessen.

Statliga bidrag: En kontinuerlig övervakning av ansökningar, utbetalningar och återredovisningar av statliga bidrag bidrar till att säkerställa korrekt hantering av offentliga medel och följa regelverket på området.

Budgetkontroll: Genom att upprätta handlingsplaner vid negativa budgetavvikelser garanteras en proaktiv hantering av ekonomiska utmaningar och säkerställer en sund ekonomisk styrning.

Processförbättringar: Genomförda processkartläggningar och identifierade



förbättringsåtgärder visar på er organisations engagemang för ständig utveckling och effektivitet i verksamheten.

Omvärldsbevakning: Aktiv omvärldsbevakning kring lagförändringar och regelverk säkerställer att er organisation är väl informerad och rustad för att anpassa sig till eventuella förändringar som påverkar verksamheten.

Intern styrning: Regelbunden kontroll av interna styrdokument säkerställer att era riktlinjer och processer är aktuella och ändamålsenliga, vilket främjar en enhetlig och effektiv verksamhet.

Sammanfattningsvis visar den noggranna och välstrukturerade uppföljningen att er organisation är dedikerad till att säkerställa hög kvalitet, efterlevnad av regelverk och kontinuerlig förbättring inom olika områden av verksamheten. Detta skapar en stabil grund för långsiktig framgång och hållbarhet.

2.6 Åtgärder

Kommunikation och feedback: Fortsätt att främja en öppen kommunikationskultur där medarbetare uppmuntras att ge feedback på processer och föreslå förbättringar. Detta kan inkludera regelbundna möten eller enkäter för att samla in synpunkter och idéer.

Utveckling av riktlinjer och procedurer: Se över och uppdatera befintliga riktlinjer och procedurer regelbundet för att säkerställa att de är relevanta och effektiva. Detta kan inkludera utbildning för personalen för att säkerställa korrekt tillämpning av riktlinjerna.

Implementering av teknologiska lösningar: Utforska möjligheter till automatisering och digitalisering av processer för att öka effektiviteten och minska risken för fel. Detta kan innefatta investeringar i programvara eller system som kan underlätta uppföljning och rapportering.

Utbildning och kompetensutveckling: Fortsätt att investera i personalens kompetensutveckling genom att erbjuda utbildningar och workshops inom relevanta områden. Detta kan hjälpa till att säkerställa att personalen är väl förberedd för sina arbetsuppgifter och kan bidra till förbättringar i verksamheten.

Benchmarking och jämförelser: Utför jämförelser med andra organisationer inom samma bransch för att identifiera bästa praxis och potentiella områden för förbättring. Detta kan ge insikter och idéer för hur ni kan optimera era egna processer.

Fortsatt övervakning och utvärdering: Fortsätt att noggrant övervaka och utvärdera effekterna av implementerade åtgärder för att säkerställa att de ger önskade resultat. Detta kan innebära att regelbundet samla in och analysera data för att bedöma



prestanda och identifiera områden där ytterligare förbättringar kan göras.



Bygg- och miljönämndens protokollsutdrag 2024-03-26

§ 18

Internkontrollrapport år 2023 bygg- och miljönämnden

Diarienummer: BMN/2023:12

Beslut

Bygg- och miljönämnden beslutar följande:

Att godkänna bygg- och miljönämndens internkontrollrapport 2022.

Sammanfattning

Bygg- och miljönämnden har följt upp sitt internkontrollarbete under 2023 och gjort en årlig analys av internkontrollarbetet i nämndens verksamheter. Detta redovisas i internkontrollrapporten för 2023.

Förvaltningen bedömer att tillräckliga åtgärder vidtagits och följts upp inom ordinarie internkontrollprocess. Bygg- och miljönämnden fortsätter utveckla internkontrollarbetet och för en fungerande internkontrollprocess.

Vissa risker och riskreducerande aktiviteter har inte utförts helt planenligt och detta följs upp genom att de åtgärder som inte slutförts, överförs till bygg- och miljönämndens internkontrollplan för 2024.

Handlingar i ärendet

Tjänsteskrivelse - Internkontrollrapport 2023 för bygg- och miljönämnden

Internkontrollrapport 2023 för bygg- och miljönämnden

Internkontrollplan 2023 för bygg- och miljönämnden



Beslutet skickas till

Akten

Kommunstyrelsen



Internkontrollrapport 2023

År 2023

Bygg- och miljönämnd (Bygga,
bo och miljö)

Internkontrollrapport 2023

Diarienummer: BMN/2023:12

NYKVARNS KOMMUN

Besöksadress: Centrumvägen 26

Postadress: 155 80 Nykvarn

Telefon: 08-555 010 00

Fax: 08-555 014 99

www.nykvarn.se





Innehållsförteckning

1	Nykvarns internkontrollarbete.....	3
1.1	Riskbedömningsmatris	5
2	Uppföljning.....	7
2.1	Verksamhetsspecifik.....	7
2.1.1	Verksamhetsprocess.....	7
2.1.2	Kontinuitetshantering.....	8
2.1.3	Informationssäkerhet.....	9
2.2	Slutsatser av uppföljning.....	9
2.3	Åtgärder.....	9



1 Nykvarns internkontrollarbete

Internkontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen och kan definieras som en målmedveten styrningsprocess som syftar till att påverka organisationens beslut och beteende. Vanligtvis sker styrning via olika dokument och policys, reglementen, riktlinjer, ekonomistyrningsprinciper, lagtexter etc. Om ingen kontroll sker av denna styrning skapas förmodligen heller ingen styreffekt. En väl fungerande internkontroll fungerar också som ett skydd för såväl förtroendevalda som anställda mot oberättigade misstankar. Internkontroll är därmed ett verktyg med väsentlig betydelse för såväl den politiska ledningen som för förvaltningen. Kommunallagen (KL) ställer krav på att kommunens styrelse och nämnder har en tillräcklig internkontroll.

KL 6 Kap 6 §: Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Internkontroll handlar om tydlighet, ordning, att veta hur det går i verksamheten och ekonomi samt att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning,
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att gällande lagar och regler, reglementen, policys, riktlinjer som finns följs,
- att möjliga risker ringas in, bedöms och förebyggs.

Nämndens ansvar

Med utgångspunkt i kommunallagen och kommunens styrmodell med tillhörande internkontrollmodell ansvarar varje nämnd för att det finns en lokal organisation och struktur för internkontroll. Dessutom ska lokala regler och anvisningar avseende internkontroll dokumenteras och antas av nämnden. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god internkontroll. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd. Detta görs i form av en internkontrollplan som tas fram av förvaltningen under hösten året innan och beslutas i nämnd i början av det aktuella året. Kommunstyrelsen kan även besluta om särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin



internkontrollplan för det kommande året.

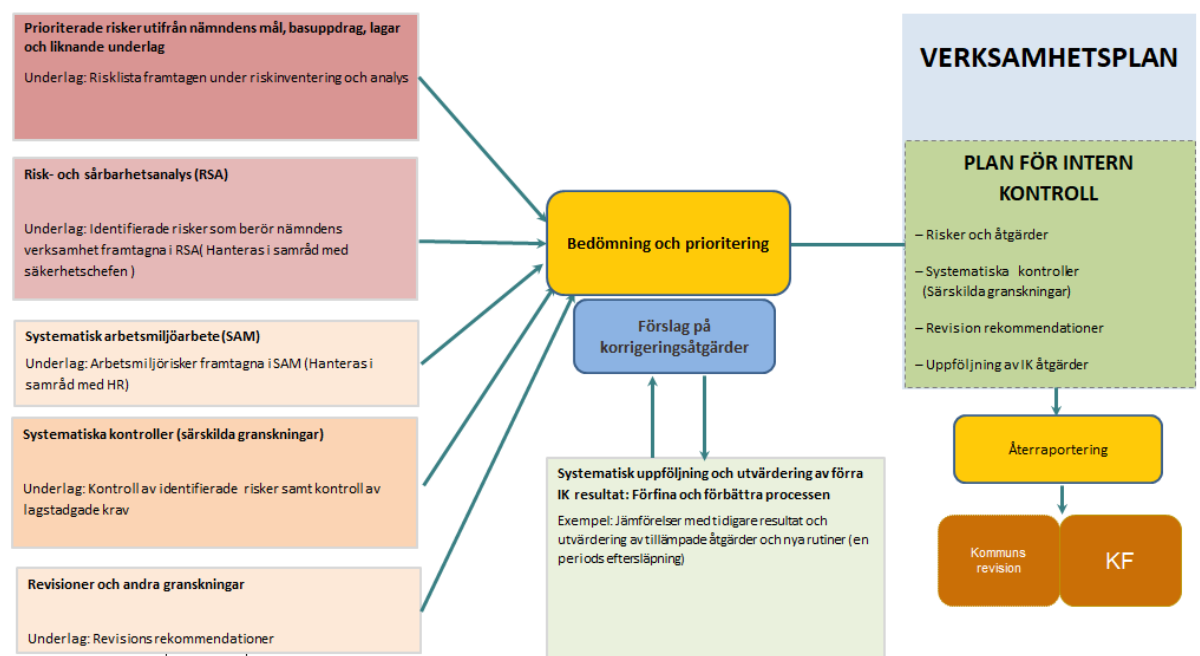
Nykvarns kommunen har antagit en gemensam modell för kommunövergripande internkontrollarbete som ska tillämpas av samtliga nämnder och kommuns majoritetsägda bolag i samband med planering och återrapportering av internkontrollarbete.

Internkontrollplan

Varje nämnd och bolag ska därför skapa en utarbetad systematik för det egna arbetet med internkontroll och årligen fastställa en internkontrollplan innehållande identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, systematiska kontrollmoment och granskningar, korrigeringsaktiviteter och uppföljningssystematik.

Internkontrollarbete på respektive nämnd ska baseras på:

- en årlig riskinventering utifrån verksamhetens kärnuppdrag, beslutad målbild samt gällande lagar och reglementen,
- kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål,
- systematiskt arbetsmiljöarbete,
- risk och sårbarhetsanalys,
- underlag från revision och andra granskningar.



Internkontrollplanens innehåll

Internkontrollplanen innehåller identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, kontrollmoment/granskningar och systematiska kontroller eventuella



kommungemensamma risker och uppföljningssystematik. Detta säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de målsättningar och direktiv som kommunfullmäktige har fastställt, skapa förutsättningar för optimal användning av tilldelade resurser samt stärka sina rutiner och system inom alla verksamhetsområden.

Arbetet baseras på en årlig riskinventering i enlighet med kommunens styrmodell och kommunövergripande rutin för nämndernas internkontrollprocess, Riskinventeringen görs utifrån kommunens vision, beslutad målbild med hänsyn taget till verksamhetens kärnuppdrag samt gällande lagar och reglementen, kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål, arbetsmiljöarbetet, risk och sårbarhetsanalys samt underlag från revision och andra granskningar.

Nämndens årliga riskinventering

Verksamheterna använder Stratsys som stöd i sitt arbete med riskvärdering och konsekvensanalys samt dokumentering av risker. Dessutom genereras en nämndspecifik internkontrollplan från Stratsys.

Organisatoriska enheter (kontor/avdelningar/enheter) startar sitt arbete med framtagande av verksamhetsrisker med genomgång och utvärdering av förra årets risklista samt inrapportering av nya risker inför planeringsåret. Dessutom diskuterar organisatoriska enheter möjliga riskreducerande åtgärder knutna till dessa risker.

Risker som inte tas upp i internkontrollplan

Risker som inte bedöms allvarliga ska hanteras på denna organisatoriska nivå där risken finns dvs. i den löpande verksamheten. Den behöver inte lyftas upp till nästa hierarkiska nivå i organisationen.

Detta innebär att den första bedömningen av en identifierad risk görs på den berörda enheten för att kunna se om den kan åtgärdas inom ramar för ordinarie verksamhet (ordinarie internkontroll). I så fall hanteras risken och åtgärden av berörd verksamhet i det löpande arbetet och vid behov följs upp och dokumenteras i Stratsys. Även riskbedömningen görs i Stratsys med hjälp av riskmatrisen. Dessa risker som efter riskbedömning hamnar utanför de röda rutorna i riskmatrisen hanteras inom respektive organisatoriska enhet ansvarig chef ansvarar för hantering av identifierade risker som inte kommer med i internkontrollplanen.

Prioriterade risker

Riskerna som efter en kontorsövergripande riskbedömning hamnar i de röda rutorna i matrisen lyfts upp som förslag till nämndens internkontrollplan genom att statusen



”Hantera” väljs. Detta betyder att även för en risk med låg sannolikhet men med högt konsekvensvärde hamnar i den röda ruta och statusen ”Hanteras” väljs dvs. detta leder till någon form av åtgärd som ska följas upp i internkontrollplanen. Hantering av prioriterade risker som lyfts upp i internkontrollplanen blir därmed input till verksamhetsplanering på tjänstemannanivå eftersom organisatoriska enheter får möjlighet att planera och avsätta resurser som behövs för riskreducerande åtgärder och systematiska kontroller vilket leder till förbättrad internstyrning och mål- och verksamhetsuppföljning.

Preliminära risklistan kompletteras med riskreducerande åtgärder

Internkontrollens operativa organisation och genomförande fortsätter med framtagande av konkreta riskreducerande åtgärder och eventuella kontrollmoment/granskningar som behövs för att reducera risker. De ingår också i internkontrollplaner.

Kontrollmoment/granskningar (t.ex. systematiska kontroller) är avsedda för att minska eller eliminera identifierade risker, men de kan också användas för att nämnden mer förutsättningslöst kontrollerar en verksamhetsprocess för att granska lagefterlevnaden eller ändamålsenligheten. I sin internkontrollplan beslutar respektive nämnd om systematiska kontroller som ska genomföras under året. Nämndens riskreducerande åtgärder kommer därmed att brytas ner i särskilda kontrollmoment/granskningar Varje organisatorisk enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året. dvs. ifall det uppstår avvikelse från önskade målsättningar.

Kommungemensamma risker

Varje år går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån denna genomgång, uppföljningen av nämndernas och kommunstyrelsens internkontrollarbete samt icke klara internkontrollåtgärder från tidigare internkontrollplaner identifieras kommunövergripande riskområden med tillhörande risker inför nästa planeringsår. Dessa områden prioriteras i Nykvarns kommuns internkontrollarbete inför planeringsåret och omhändertas med hjälp av kommungemensamma risker som ingår i samtliga nämnders internkontrollplaner för respektive planeringsår.

Internkontrollarbete med tillhörande riskreducerande åtgärder och kontrollmoment/granskningar leds av kommunstyrelsen. Nämnderna deltar i internkontrollarbete genom aktivt deltagande i kommungemensamma och



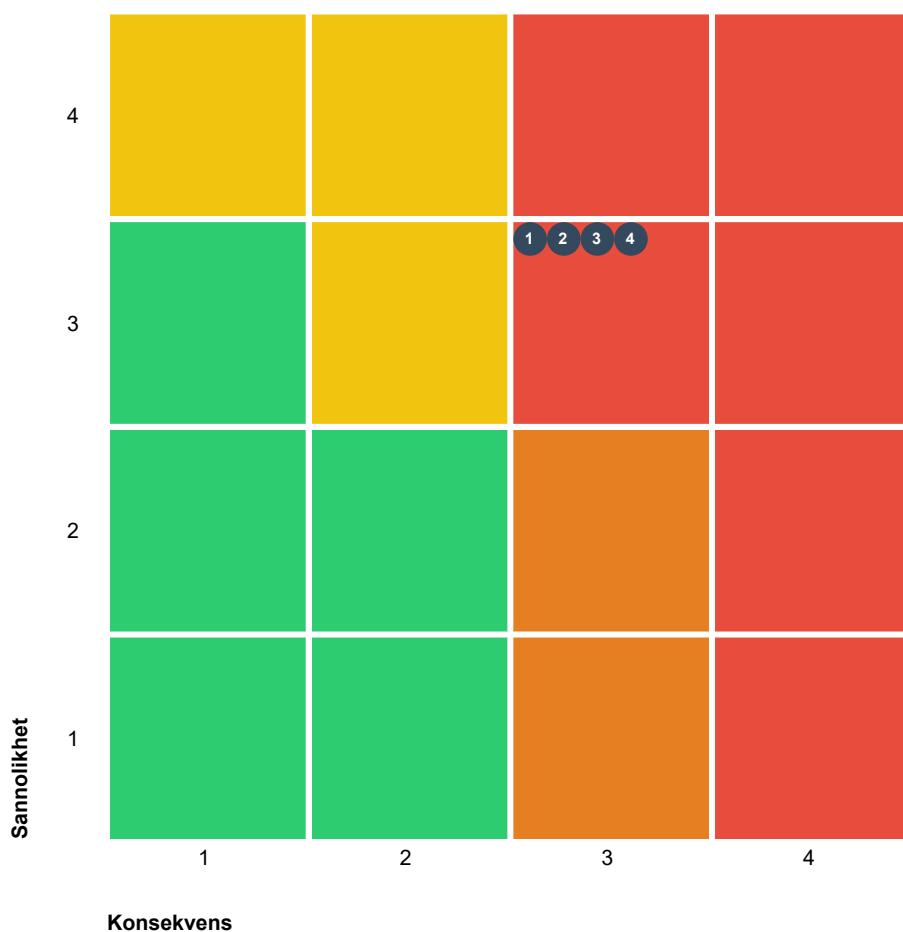
riskreducerande åtgärder som berör respektive nämndens verksamheter.

Internkontrolluppföljning på respektive verksamhetsnivå

Kontor/avdelning/enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året.

Nämnden följer upp sitt internkontrollarbete i verksamhetssystemet Stratsys samt i den årliga internkontrollrapporten. I delårsrapport per den 31 augusti rapporteras hur det övergripande internkontrollarbetet fortskrider, inklusive prognos och eventuella avvikelser.

1.1 Riskbedömningsmatris



4 Allvarlig Totalt: 4

Allvarlig
Kännbar
Lindrig

	Sannolikhet	Konsekvens
4	SANNOLIK (det är mycket troligt att)	ALLVARLIG (uppfattas som allvarlig)



Försumbar

	fel uppstår)	för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
3	MÖJLIG (det finns en möjlig risk)	KÄNNBAR (uppfattas som besvärande för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
2	MINDRE SANNOLIK (risken är liten)	LINDRIG (uppfattas som liten för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
1	OSANNOLIK (risken är så gott som obefintlig)	FÖRSUMBAR (är obetydlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsspecifik	1 Nämndens information i verksamhetshanteringsystem är inte tillräckligt säkerhetsklassad och handlingsplanerna följs inte upp.	3. Möjlig	3. Kännbar
	2 Nämndens kontinuitetsplan är inte aktuell och följs inte	3. Möjlig	3. Kännbar
	3 Risk för bristande samordning och informationsflöden i samhällsbyggnadsprocessen	3. Möjlig	3. Kännbar
	4 Bristande rutiner och kvalitetsledningsprocesser.	3. Möjlig	3. Kännbar

2 Uppföljning

Politisk uppföljning av internkontrollprocessen

Varje nämnd följer upp sitt internkontrollarbete i den årliga internkontrollrapporten. Under året görs även kontinuerliga uppföljningar inom tjänstemannaorganisationen bland annat en avstämning per den 31 juli. I dessa uppföljningar följs hur internkontrollarbete fortskrider, inklusive prognos för huruvida internkontrollplans målsättningar för året kommer att nås eller ej.

I nämndens årliga internkontrollrapporten återrapporteras resultat för nämndens internkontrollarbete under året. I rapporten gör nämnden också en utvärdering och bedömning av årets internkontrollarbete måluppfyllelse samt om den interna kontrollen har fungerat. Alla avvikelser, samt eventuella åtgärder, redovisas och vid behov hanteras som överföringar i nästa års internkontrollplan



2.1 Verksamhetspecifik

2.1.1 Verksamhetsprocess

Risk för bristande samordning och informationsflöden i samhällsbyggnadsprocessen



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Lyfta behov av samarbete och hitta samarbetsformer <i>Har möjliga samarbetsformer hittats</i> <i>Avstämning med ansvarig funktion</i>	Påbörjat och genomförs löpande med bland annat gemensamma frukostmöten. Omorganisat ion utreds under hösten.	Utvärdera och följa upp <i>(2023-11-30)</i>	Gemensamma frukostmöten har hållits under hösten och bygg- och miljökontoret ingår sedan 1 januari 2024 som en avdelning i Bygga, bo och miljökontoret tillsammans med tidigare samhällsbyggnadskontoret. Ett syfte med omorganisat ionen var att skapa bättre samverkan mellan de olika avdelningarna.	✓

Bristande rutiner och kvalitetsledningsprocesser.



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Se över processer, riktlinjer och rutiner <i>Att processer och rutiner är strukturerade, tydliga och att aktiviteter utförs enligt rutin.</i> <i>Handläggning följer särskilda rutiner</i> <i>Tillsammans under avdelningsmöte och genom kollegialgranskning</i>	Arbete pågår enligt plan.	Kontrollera om rutiner och processer tagits fram och dokumenterats <i>(2023-11-30)</i>	Rutinerna revideras löpande och finns dokumenterad e. en processkartläggning har gjorts för bygglov och administration en.	✓

2.1.2 Kontinuitetshantering

Nämndens kontinuitetsplan är inte aktuell och följs inte





Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Följ upp, revidera och testa kontorets kontinuitetsplan <i>Att kontinuitetsplaner för verksamheterna finns och är uppdaterade. Stresstester har genomförts på samhällsviktiga verksamheter. Att uppdatering och stresstest har genomförts.</i>	Påbörjas enligt plan under hösten.	Kontrollera status på kontinuitetsplan (2023-11-30)	Kontinuitetsplanen är fortfarande aktuell och har testats i liten skala. I samråd med säkerhetschef har miljöavdelningen också involverats i kommunens gemensamma utbildningsplan. Avdelningschef har genomgått utbildning för att under 2024 påbörja arbetet med att göra en större revidering av kontinuitetsplanen och planera in övningstillfällen utöver det som beslutats i kommunens gemensamma övningsplan.	✓

2.1.3 Informationssäkerhet

Nämndens information i verksamhetshanteringssystem är inte tillräckligt säkerhetsklassad och handlingsplanerna följs inte upp.



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Följ upp, revidera och genomför aktiviteter i handlingsplanen. <i>Att aktiviteter och åtgärder genomförs enligt handlingsplanen Gå igenom handlingsplanerna systematiskt</i>	Påbörjas enligt plan under hösten.	Följ upp handlingsplanerna regelbundet i ledningsgrupp. (2023-11-30)	Ett möte är bokad med informationssäkerhetsstrateg för att påbörja arbetet med handlingsplanen. Det har inte kunnat genomföras tidigare på grund av vakanser.	✓



2.2 Slutsatser av uppföljning

Bygg- och miljökontoret har kunnat fokusera mer på att arbeta med de identifierade riskerna än tidigare, även om det fortfarande återstår arbete att göra. Rutiner hålls uppdaterade eller tas fram vid behov och det har skett en del förändringar på kontoret under året som gjort att nya rutiner har behövts, t.ex. när det skett omfördelning av arbetsuppgifter.

Kontoret har deltagit i arbetet med de kommungemensamma riskerna som leds av kommunstyrelsen. Nämnden kommer att delges detta arbete efter beslut i kommunfullmäktige.

2.3 Åtgärder

I och med att en omorganisation skett, finns stora möjligheter att skapa bättre samverkan mellan avdelningarna. Det kan också leda till att skapa en effektivare samhällsbyggnadsprocess.

Kontinuitetsplanen och beredskapsplaner kommer genomgå revideringar under 2024 då det finns mer underlag och information att utgå ifrån.



Internkontrollrapport 2023
År 2023
Utbildningsnämnd

Internkontrollrapport 2023

Diarienummer: UN/2024:50

NYKVARNS KOMMUN
Besöksadress: Centrumvägen 26
Postadress: 155 80 Nykvarn
Telefon: 08-555 010 00
Fax: 08-555 014 99
www.nykvarn.se



Innehållsförteckning

1	Nykvarns internkontrollarbete	3
1.1	Riskbedömningsmatris	6
2	Uppföljning.....	7
2.1	Verksamhetsspecifik.....	7
2.1.1	KAA, kommunens aktivitetsansvar	7
2.1.2	Mottagande av elever i grundsärskola/anpassad grundskola.....	8
2.2	Mål- och verksamhetsstyrning.....	8
2.2.1	Elevs rätt till utbildning.....	8
2.3	Slutsatser av uppföljning	8
2.4	Åtgärder.....	9



1 Nykvarns internkontrollarbete

Internkontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen och kan definieras som en målmedveten styrningsprocess som syftar till att påverka organisationens beslut och beteende. Vanligtvis sker styrning via olika dokument och policys, reglementen, riktlinjer, ekonomistyrningsprinciper, lagtexter etc. Om ingen kontroll sker av denna styrning skapas förmodligen heller ingen styreffekt. En väl fungerande internkontroll fungerar också som ett skydd för såväl förtroendevalda som anställda mot oberättigade misstankar. Internkontroll är därmed ett verktyg med väsentlig betydelse för såväl den politiska ledningen som för förvaltningen. Kommunallagen (KL) ställer krav på att kommunens styrelse och nämnder har en tillräcklig internkontroll.

KL 6 Kap 6§: Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Internkontroll handlar om tydlighet, ordning, att veta hur det går i verksamheten och ekonomi samt att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning,
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att gällande lagar och regler, reglementen, policys, riktlinjer som finns följs,
- att möjliga risker ringas in, bedöms och förebyggs.

Nämndens ansvar

Med utgångspunkt i kommunallagen och kommunens styrmodell med tillhörande internkontrollmodell ansvarar varje nämnd för att det finns en lokal organisation och struktur för internkontroll. Dessutom ska lokala regler och anvisningar avseende internkontroll dokumenteras och antas av nämnden. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god internkontroll. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd. Detta görs i form av en internkontrollplan som tas fram av förvaltningen under hösten året innan och beslutas i nämnd i början av det aktuella året.

Kommunstyrelsen kan även besluta om särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin internkontrollplan för det kommande året.

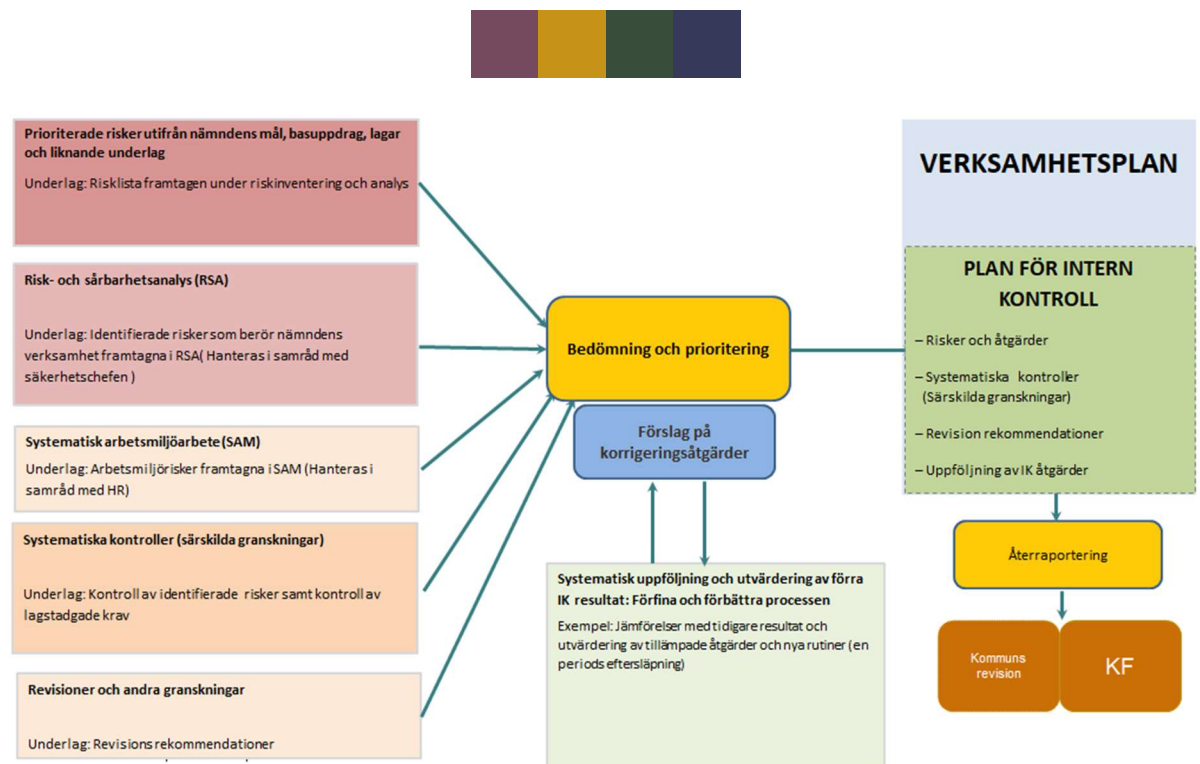
Nykvarns kommunen har antagit en gemensam modell för kommunövergripande internkontrollarbete som ska tillämpas av samtliga nämnder och kommuns majoritetsägda bolag i samband med planering och återrapportering av internkontrollarbete.

Internkontrollplan

Varje nämnd och bolag ska därför skapa en utarbetad systematik för det egna arbetet med internkontroll och årligen fastställa en internkontrollplan innehållande identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, systematiska kontrollmoment och granskningar, korrigeringsaktiviteter och uppföljningssystematik.

Internkontrollarbete på respektive nämnd ska baseras på:

- en årlig riskinventering utifrån verksamhetens kärnuppdrag, beslutad målbild samt gällande lagar och reglementen,
- kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål,
- systematiskt arbetsmiljöarbete,
- risk och sårbarhetsanalys,
- underlag från revision och andra granskningar.



Internkontrollplanens innehåll

Internkontrollplanen innehåller identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, kontrollmoment/granskningar och systematiska kontroller eventuella kommundemensamma risker och uppföljningssystematik. Detta säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de målsättningar och direktiv som kommunfullmäktige har fastställt, skapa förutsättningar för optimal användning av tilldelade resurser samt stärka sina rutiner och system inom alla verksamhetsområden.

Arbetet baseras på en årlig riskinventering i enlighet med kommunens styrmodell och kommunövergripande rutin för nämndernas internkontrollprocess, Riskinventeringen görs utifrån kommunens vision, beslutad målbild med hänsyn taget till verksamhetens kärnuppdrag samt gällande lagar och reglementen, kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål, arbetsmiljöarbetet, risk och sårbarhetsanalys samt underlag från revision och andra granskningar.

Nämndens årliga riskinventering

Verksamheterna använder Stratsys som stöd i sitt arbete med riskvärdering och konsekvensanalys samt dokumentering av risker. Dessutom genereras en nämndspecifik internkontrollplan från Stratsys.

Organisatoriska enheter (kontor/avdelningar/enheter) startar sitt arbete med framtagande av verksamhetsrisker med genomgång och utvärdering av förra årets risklista samt inrapportering av nya risker inför planeringsåret. Dessutom diskuterar organisatoriska enheter möjliga riskreducerande åtgärder knutna till dessa risker.

Risker som inte tas upp i internkontrollplan

Risker som inte bedöms allvarliga ska hanteras på denna organisatoriska nivå där risken finns dvs. i den löpande verksamheten. Den behöver inte lyftas upp till nästa hierarkiska nivå i organisationen.

Detta innebär att den första bedömningen av en identifierad risk görs på den berörda enheten för att kunna se om den kan åtgärdas inom ramar för ordinarie verksamhet (ordinarie internkontroll). I så fall hanteras risken och åtgärden av berörd verksamhet i det löpande arbetet och vid behov följs upp och dokumenteras i Stratsys. Även riskbedömningen görs i Stratsys med hjälp av riskmatrisen. Dessa risker som efter riskbedömning hamnar utanför de röda rutorna i riskmatrisen hanteras inom respektive organisatoriska enhet ansvarig chef ansvarar för hantering av identifierade risker som inte kommer med i internkontrollplanen.



Prioriterade risker

Riskerna som efter en kontorsövergripande riskbedömning hamnar i de röda rutorna i matrisen lyfts upp som förslag till nämndens internkontrollplan genom att statusen ”Hantera” väljs. Detta betyder att även för en risk med låg sannolikhet men med högt konsekvensvärde hamnar i den röda ruta och statusen ”Hanteras” väljs dvs. detta leder till någon form av åtgärd som ska följas upp i internkontrollplanen. Hantering av prioriterade risker som lyfts upp i internkontrollplanen blir därmed input till verksamhetsplanering på tjänstemannanivå eftersom organisatoriska enheter får möjlighet att planera och avsätta resurser som behövs för riskreducerande åtgärder och systematiska kontroller vilket leder till förbättrad internstyrning och mål- och verksamhetsuppföljning.

Preliminära risklistan kompletteras med riskreducerande åtgärder

Internkontrollens operativa organisation och genomförande fortsätter med framtagande av konkreta riskreducerande åtgärder och eventuella kontrollmoment/granskningar som behövs för att reducera risker. De ingår också i internkontrollplaner.

Kontrollmoment/granskningar (t.ex. systematiska kontroller) är avsedda för att minska eller eliminera identifierade risker, men de kan också användas för att nämnden mer förutsättningslöst kontrollerar en verksamhetsprocess för att granska lagefterlevnaden eller ändamålsenligheten. I sin internkontrollplan beslutar respektive nämnd om systematiska kontroller som ska genomföras under året. Nämndens riskreducerande åtgärder kommer därmed att brytas ner i särskilda kontrollmoment/granskningar Varje organisatorisk enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året. dvs. ifall det uppstår avvikelse från önskade målsättningar.

Kommungemensamma risker

Varje år går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån denna genomgång, uppföljningen av nämndernas och kommunstyrelsens internkontrollarbete samt icke klara internkontrollåtgärder från tidigare internkontrollplaner identifieras kommunövergripande riskområden med tillhörande risker inför nästa planeringsår. Dessa områden prioriteras i Nykvarns kommuns internkontrollarbete inför planeringsåret och omhändertas med hjälp av kommungemensamma risker som ingår i samtliga nämnders internkontrollplaner för respektive planeringsår.

Internkontrollarbete med tillhörande riskreducerande åtgärder och kontrollmoment/granskningar leds av kommunstyrelsen. Nämnderna deltar i internkontrollarbete genom aktivt deltagande i kommungemensamma och riskreducerande åtgärder som berör respektive nämndens verksamheter.

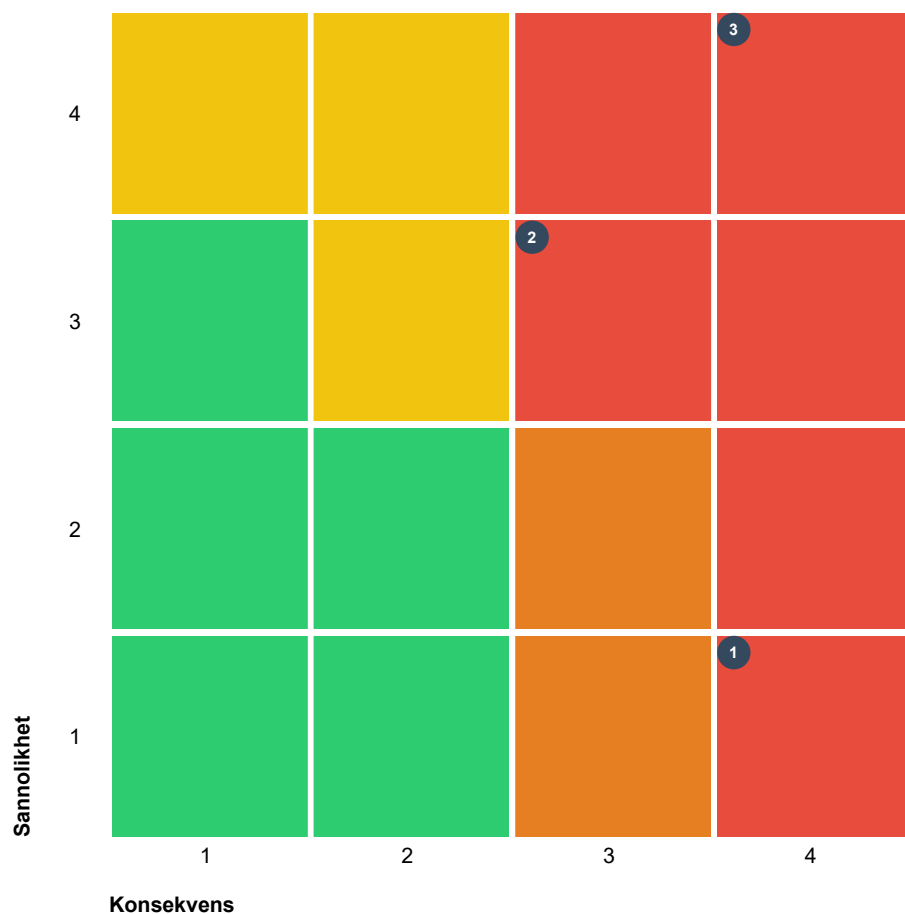
Internkontrolluppföljning på respektive verksamhetsnivå

Kontor/avdelning/enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året.

Nämnden följer upp sitt internkontrollarbete i verksamhetssystemet Stratsys samt i den årliga internkontrollrapporten. I delårsrapport per den 31 augusti rapporteras hur det övergripande internkontrollarbetet fortskrider, inklusive prognos och eventuella avvikelser.



1.1 Riskbedömningsmatris




3 Allvarlig Totalt: 3

Allvarlig
Kännbar
Lindrig
Försumbar

	Sannolikhet	Konsekvens
4	SANNOLIK (det är mycket troligt att fel uppstår)	ALLVARLIG (uppfattas som allvarlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
3	MÖJLIG (det finns en möjlig risk)	KÄNNBAR (uppfattas som besvärande för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
2	MINDRE SANNOLIK (risken är liten)	LINDRIG (uppfattas som liten för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
1	OSANNOLIK (risken är så gott som obefintlig)	FÖRSUMBAR (är obetydlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsspecifik	1 ■ Beslut om skolform fattas på felaktig grund	1. Osannolik	4. Allvarlig
	2 ■ Ungdomar står utanför gymnasiestudier och/eller sysselsättning	3. Möjlig	3. Kännbar



Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Mål- och verksamhetsstyrning	3  Hög ogiltig frånvaro i grundskolan	4. Sannolik	4. Allvarlig

2 Uppföljning

Politisk uppföljning av internkontrollprocessen

Varje nämnd följer upp sitt internkontrollarbete i den årliga internkontrollrapporten. Under året görs även kontinuerliga uppföljningar inom tjänstemannaorganisationen bland annat en avstämning per den 31 juli. I dessa uppföljningar följs hur internkontrollarbete fortskrider, inklusive prognos för huruvida internkontrollplans målsättningar för året kommer att nås eller ej.


I nämndens årliga internkontrollrapporten återrapporteras resultat för nämndens internkontrollarbete under året. I rapporten gör nämnden också en utvärdering och bedömning av årets internkontrollarbete måluppfyllelse samt om den interna kontrollen har fungerat. Alla avvikelser, samt eventuella åtgärder, redovisas och vid behov hanteras som överföringar i nästa års internkontrollplan

2.1 Verksamhetsspecifik

2.1.1 KAA, kommunens aktivitetsansvar

Ungdomar står utanför gymnasiestudier och/eller sysselsättning



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/ Granskning	Kommentar	Status
Förtydliga befintliga rutiner och ansvar <i>Att samtliga berörda kontor och roller har förståelse och tar ansvar för sin respektive del i uppdraget. Avstämning med berörda roller</i>	Utbildningsnämnden har 40 stycken ungdomar i åldern 16-20 år som utbildningsnämndens studie och yrkesvägledare i tagit kontakt med via brev och telefon för att erbjuda stöd i att söka utbildning, slutföra gymnasium eller stötta för att komma in på arbetsmarknaden. Utbildningsnämnden har även påbörjat arbetet med att tydliggöra roller och rutiner för KAA.	Avstämning (2023-12-31)	Genomförd.	



2.1.2 Mottagande av elever i grundsärskola/anpassad grundskola

Beslut om skolform fattas på felaktig grund



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/ Granskning	Kommentar	Status
Tillsätta en central mottagningsgrupp <i>Att en central mottagningsgrupp har tillsatts och att den har rätt kompetens för bedömningar om mottagande i Anpassad grundskola. Genom uppföljning i SKA</i>	Utbildningsnämnden har förberett för att ändra delegationsordningen för beslutsfattande av mottagande i anpassad grundskola/gymnasieskola. För att säkerställa processen ska utbildningschef fatta beslut om mottagande framöver. Utbildningsnämnden har skapat förutsättningar för att utbildningschef inför ett beslut om mottagande har tillgång till elevhälsokompetens som omfattar medicinsk, psykologisk, psykosocial och specialpedagogisk kompetens.	Avstämning (2023-12-31)	Genomförd.	✓

2.2 Mål- och verksamhetsstyrning

2.2.1 Elevs rätt till utbildning

Hög ogiltig frånvaro i grundskolan



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/ Granskning	Kommentar	Status
Säkra att rutiner finns och att de följs <i>Att alla berörda enheter har rutiner och dokument/mallar/handlingsplaner som stödjer att rutinerna följs. Att det finns en likvärdighet mellan enheterna. Att all berörd personal har kännedom om vad som förväntas av dem. Insamling av rutindokument och mallar. Ev utformning och implementering av nya stödstrukturer</i>	Utbildningsnämnden har skapat förutsättningar för enheterna och utbildningskontoret att hantera elever med en upprepad frånvaro säkert och enligt styrdokument och lagar genom att fatta beslut om uppdaterade riktlinjer samt en e-tjänst vilken effektiviserar och säkrar anmälan, hantering samt uppföljning.	Dokumentkontroll II (2023-12-31)	Dokument är framtagna.	✓

2.3 Slutsatser av uppföljning

Utbildningsnämndens interna kontroll visar att nämnden värnar om en öppen rättssäker och trygg verksamhet där verksamheten har nått sina mål och efterlever lagar och regler barn och unga i Nykvarn.



2.4 Åtgärder

Uppföljningen av internkontrollplanen för år 2023 föranleder inte att ytterligare åtgärder vidtas.



Internkontrollrapport 2023

Kultur- och fritidsnämnd (Leva och
Verka)

Internkontrollrapport 2023

Diarienummer: KOFN/2024: 22

NYKVARNS KOMMUN
Besöksadress: Centrumvägen 26
Postadress: 155 80 Nykvarn
Telefon: 08-555 010 00
Fax: 08-555 014 99
www.nykvarn.se





Innehållsförteckning

1	Nykvarns internkontrollarbete	5
1.1	Riskbedömningsmatris	8
2	Uppföljning	9
2.1	Verksamhetsspecifik	9
2.1.1	Verksamhetsprocess	9
2.2	Mål- och verksamhetsstyrning	10
2.2.1	Intern styrningsprocess, personalrekrytering och förvaltning	10
2.3	Slutsatser av uppföljning	10
2.4	Åtgärder	10





1 Nykvarns internkontrollarbete

Internkontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen och kan definieras som en målmedveten styrningsprocess som syftar till att påverka organisationens beslut och beteende. Vanligtvis sker styrning via olika dokument och policys, reglementen, riktlinjer, ekonomistyrningsprinciper, lagtexter etc. Om ingen kontroll sker av denna styrning skapas förmodligen heller ingen styreffekt. En väl fungerande internkontroll fungerar också som ett skydd för såväl förtroendevalda som anställda mot oberättigade misstankar. Internkontroll är därmed ett verktyg med väsentlig betydelse för såväl den politiska ledningen som för förvaltningen. Kommunallagen (KL) ställer krav på att kommunens styrelse och nämnder har en tillräcklig internkontroll.

KL 6 Kap 6§: Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Internkontroll handlar om tydlighet, ordning, att veta hur det går i verksamheten och ekonomi samt att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning,
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att gällande lagar och regler, reglementen, policys, riktlinjer som finns följs,
- att möjliga risker ringas in, bedöms och förebyggs.

Nämndens ansvar

Med utgångspunkt i kommunallagen och kommunens styrmodell med tillhörande internkontrollmodell ansvarar varje nämnd för att det finns en lokal organisation och struktur för internkontroll. Dessutom ska lokala regler och anvisningar avseende internkontroll dokumenteras och antas av nämnden. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god internkontroll. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd. Detta görs i form av en internkontrollplan som tas fram av förvaltningen under hösten året innan och beslutas i nämnd i början av det aktuella året.

Kommunstyrelsen kan även besluta om särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin internkontrollplan för det kommande året.

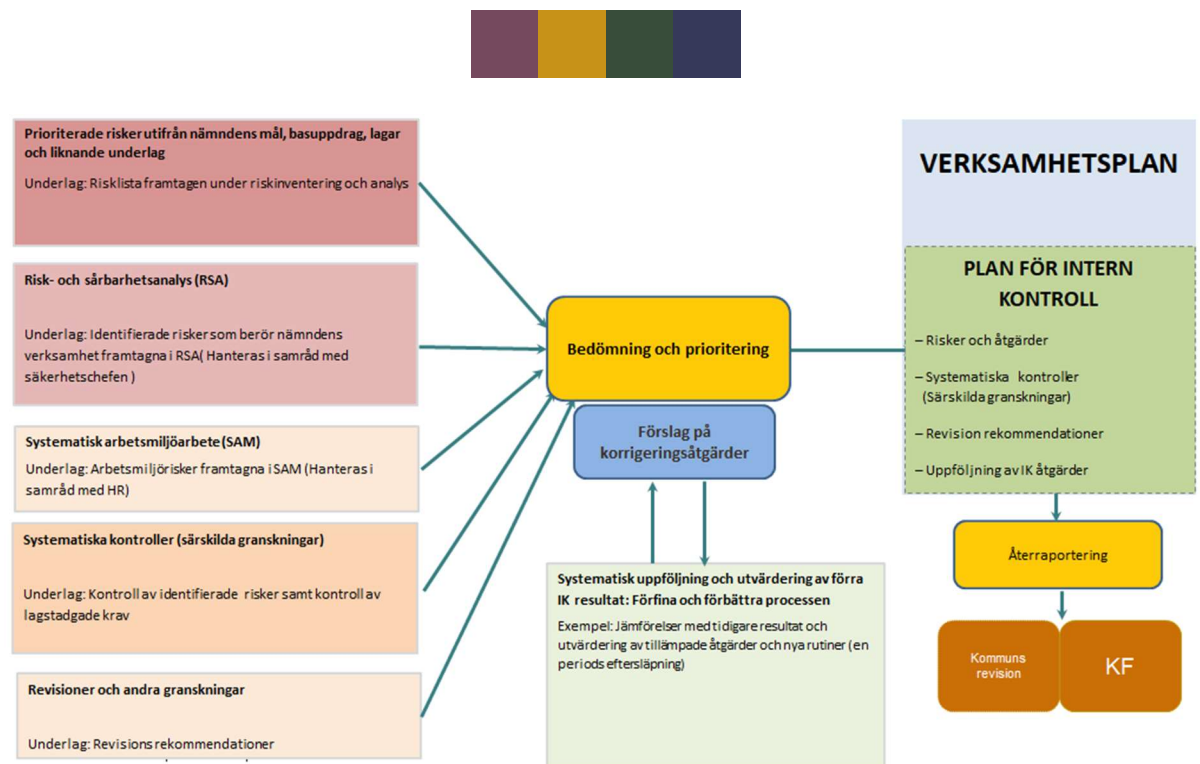
Nykvarns kommunen har antagit en gemensam modell för kommunövergripande internkontrollarbete som ska tillämpas av samtliga nämnder och kommuns majoritetsägda bolag i samband med planering och återrapportering av internkontrollarbete.

Internkontrollplan

Varje nämnd och bolag ska därför skapa en utarbetad systematik för det egna arbetet med internkontroll och årligen fastställa en internkontrollplan innehållande identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, systematiska kontrollmoment och granskningar, korrigeringsaktiviteter och uppföljningssystematik.

Internkontrollarbete på respektive nämnd ska baseras på:

- en årlig riskinventering utifrån verksamhetens kärnuppdrag, beslutad målbild samt gällande lagar och reglementen,
- kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål,
- systematiskt arbetsmiljöarbete,
- risk och sårbarhetsanalys,
- underlag från revision och andra granskningar.



Internkontrollplanens innehåll

Internkontrollplanen innehåller identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, kontrollmoment/granskningar och systematiska kontroller eventuella kommungemensamma risker och uppföljningssystematik. Detta säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de målsättningar och direktiv som kommunfullmäktige har fastställt, skapa förutsättningar för optimal användning av tilldelade resurser samt stärka sina rutiner och system inom alla verksamhetsområden.

Arbetet baseras på en årlig riskinventering i enlighet med kommunens styrmodell och kommunövergripande rutin för nämndernas internkontrollprocess, Riskinventeringen görs utifrån kommunens vision, beslutad målbild med hänsyn taget till verksamhetens kärnuppdrag samt gällande lagar och reglementen, kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål, arbetsmiljöarbetet, risk och sårbarhetsanalys samt underlag från revision och andra granskningar.

Nämndens årliga riskinventering

Verksamheterna använder Stratsys som stöd i sitt arbete med riskvärdering och konsekvensanalys samt dokumentering av risker. Dessutom genereras en nämndspecifik internkontrollplan från Stratsys.

Organisatoriska enheter (kontor/avdelningar/enheter) startar sitt arbete med framtagande av verksamhetsrisker med genomgång och utvärdering av förra årets risklista samt inrapportering av nya risker inför planeringsåret. Dessutom diskuterar organisatoriska enheter möjliga riskreducerande åtgärder knutna till dessa risker.

Risker som inte tas upp i internkontrollplan

Risker som inte bedöms allvarliga ska hanteras på denna organisatoriska nivå där risken finns dvs. i den löpande verksamheten. Den behöver inte lyftas upp till nästa hierarkiska nivå i organisationen.

Detta innebär att den första bedömningen av en identifierad risk görs på den berörda enheten för att kunna se om den kan åtgärdas inom ramar för ordinarie verksamhet (ordinarie internkontroll). I så fall hanteras risken och åtgärden av berörd verksamhet i det löpande arbetet och vid behov följs upp och dokumenteras i Stratsys. Även riskbedömningen görs i Stratsys med hjälp av riskmatrisen. Dessa risker som efter riskbedömning hamnar utanför de röda rutorna i riskmatrisen hanteras inom respektive organisatoriska enhet ansvarig chef ansvarar för hantering av identifierade risker som inte kommer med i internkontrollplanen.

Prioriterade risker



Riskerna som efter en kontorsövergripande riskbedömning hamnar i de röda rutorna i matrisen lyfts upp som förslag till nämndens internkontrollplan genom att statusen ”Hantera” väljs. Detta betyder att även för en risk med låg sannolikhet men med högt konsekvensvärde hamnar i den röda ruta och statusen ”Hanteras” väljs dvs. detta leder till någon form av åtgärd som ska följas upp i internkontrollplanen. Hantering av prioriterade risker som lyfts upp i internkontrollplanen blir därmed input till verksamhetsplanering på tjänstemannanivå eftersom organisatoriska enheter får möjlighet att planera och avsätta resurser som behövs för riskreducerande åtgärder och systematiska kontroller vilket leder till förbättrad internstyrning och mål- och verksamhetsuppföljning.

Preliminära risklistan kompletteras med riskreducerande åtgärder

Internkontrollens operativa organisation och genomförande fortsätter med framtagande av konkreta riskreducerande åtgärder och eventuella kontrollmoment/granskningar som behövs för att reducera risker. De ingår också i internkontrollplaner.

Kontrollmoment/granskningar (t.ex. systematiska kontroller) är avsedda för att minska eller eliminera identifierade risker, men de kan också användas för att nämnden mer förutsättningslöst kontrollerar en verksamhetsprocess för att granska lagefterlevnaden eller ändamålsenligheten. I sin internkontrollplan beslutar respektive nämnd om systematiska kontroller som ska genomföras under året. Nämndens riskreducerande åtgärder kommer därmed att brytas ner i särskilda kontrollmoment/granskningar. Varje organisatorisk enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året. dvs. ifall det uppstår avvikelse från önskade målsättningar.

Kommungemensamma risker

Varje år går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån denna genomgång, uppföljningen av nämndernas och kommunstyrelsens internkontrollarbete samt icke klara internkontrollåtgärder från tidigare internkontrollplaner identifieras kommunövergripande riskområden med tillhörande risker inför nästa planeringsår. Dessa områden prioriteras i Nykvarns kommuns internkontrollarbete inför planeringsåret och omhändertas med hjälp av kommungemensamma risker som ingår i samtliga nämnders internkontrollplaner för respektive planeringsår.

Internkontrollarbete med tillhörande riskreducerande åtgärder och kontrollmoment/granskningar leds av kommunstyrelsen. Nämnderna deltar i internkontrollarbete genom aktivt deltagande i kommungemensamma och riskreducerande åtgärder som berör respektive nämndens verksamheter.

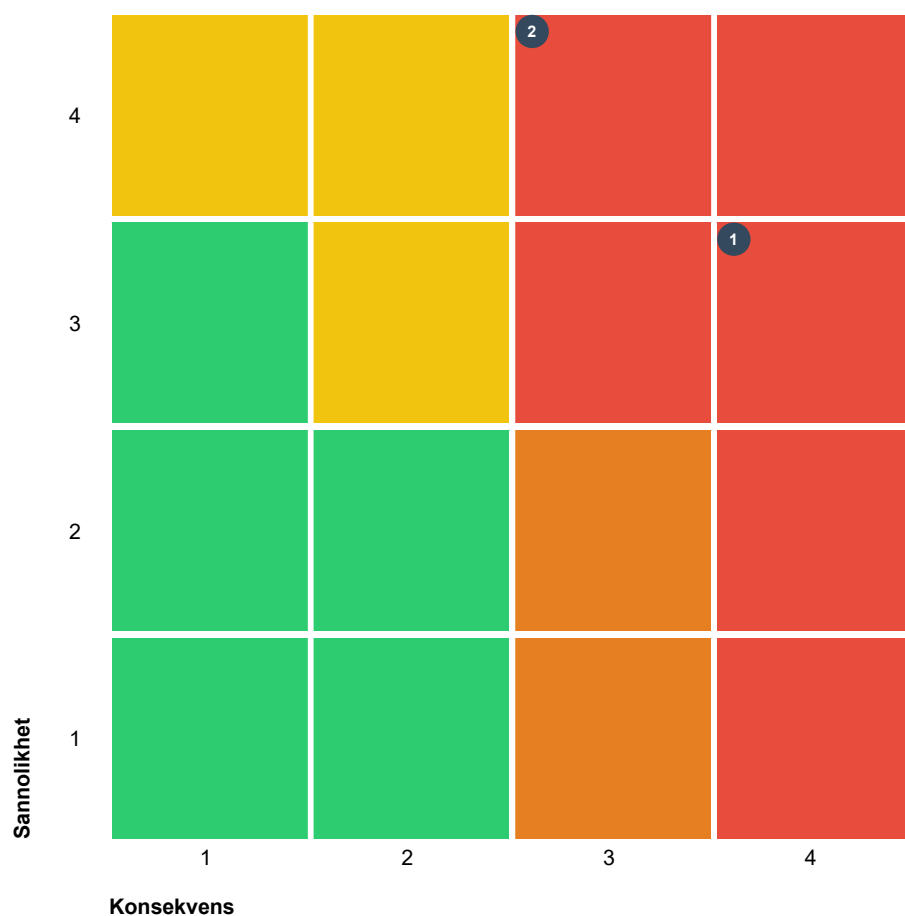
Internkontrolluppföljning på respektive verksamhetsnivå

Kontor/avdelning/enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året.

Nämnden följer upp sitt internkontrollarbete i verksamhetssystemet Stratsys samt i den årliga internkontrollrapporten. I delårsrapport per den 31 augusti rapporteras hur det övergripande internkontrollarbetet fortskrider, inklusive prognos och eventuella avvikelser.



1.1 Riskbedömningsmatris



2 Allvarlig Totalt: 2

Allvarlig
Kännbar
Lindrig
Försumbar

	Sannolikhet	Konsekvens
4	SANNOLIK (det är mycket troligt att fel uppstår)	ALLVARLIG (uppfattas som allvarlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
3	MÖJLIG (det finns en möjlig risk)	KÄNNBAR (uppfattas som besvärande för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
2	MINDRE SANNOLIK (risken är liten)	LINDRIG (uppfattas som liten för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
1	OSANNOLIK (risken är så gott som obefintlig)	FÖRSUMBAR (är obetydlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Verksamhetsspecifik	1 ■ Bristande hantering och uppföljning av bidrag och tider i anläggningar	3. Möjlig	4. Allvarlig
Mål- och verksamhetsstyrning	2 ■ Otydlig gränsdragning mellan kommunlednings- och utbildningskontoret som kan	4. Sannolik	3. Kännbar



Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
	påverka verksamhetsstyrning bl.a. planerings och uppföljningsprocess		

2 Uppföljning

Politisk uppföljning av internkontrollprocessen

Varje nämnd följer upp sitt internkontrollarbete i den årliga internkontrollrapporten. Under året görs även kontinuerliga uppföljningar inom tjänstemannaorganisationen bland annat en avstämning per den 31 juli. I dessa uppföljningar följs hur internkontrollarbete fortskrider, inklusive prognos för huruvida internkontrollplans målsättningar för året kommer att nås eller ej.

I nämndens årliga internkontrollrapporten återrapporteras resultat för nämndens internkontrollarbete under året. I rapporten gör nämnden också en utvärdering och bedömning av årets internkontrollarbete måluppfyllelse samt om den interna kontrollen har fungerat. Alla avvikelser, samt eventuella åtgärder, redovisas och vid behov hanteras som överföringar i nästa års internkontrollplan

2.1 Verksamhetsspecifik

2.1.1 Verksamhetsprocess

Bristande hantering och uppföljning av bidrag och tider i anläggningar



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Digitalisera och systematisera med syfte att säkerställa likställighetsprincipen av fördelning av tider, nyttjande av tider och handläggning av föreningsbidrag. <i>Om systematiken har tagits fram samt och tekniska lösningen har tagits fram och implementerats</i> <i>Avstämning med ansvarig, stickprov i systemet</i>	Kommunens bidrag och bokningssystem Rbok säkerställer att bidrag och fördelning av tider fördelas likställt.	Avstämning om systematiken har tagits fram och implementerats (2023-12-31)		✓
		Stickprov i systemet om tekniska lösningen har tagits fram och implementerats (2023-12-31)	Stickprov har inför årsbokslut genomförts och en mindre teknisk bugg har identifierats och kommer hanteras.	✓
		Stickprov av underlaget för föreningsunderlag/halltidsfördelning (2023-12-31)	Stickprov visar på inga avvikelser	✓



2.2 Mål- och verksamhetsstyrning

2.2.1 Intern styrningsprocess, personalrekrytering och förvaltning

Otydlig gränsdragning mellan kommunlednings- och utbildningskontoret som kan påverka verksamhetsstyrning bl.a. planerings och uppföljningsprocess



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Framtagande av en rutin innehållande bl.a. gränsdragning, roll och ansvarsfördelningar kontoren emellan <i>Om rutinen har tagits fram och implementerats</i> <i>Avstämning med ansvarig funktion</i>	Stickprov visar på inga avvikelser	Kontroll om rutinen har tagits fram och kommunicerats <i>(2023-12-31)</i>	Ansvarsfördeln ingen är genomförd.	✓
Avstämningsmöten gällande ansvarsfördelning inom planerings-, genomförande- och uppföljningsprocess <i>Om regelbundna möten har genomförts, dokumenterats och följts upp</i> <i>Avstämning för ansvarig funktion(KoF och kommunikationsavdelningen)</i>	Avstämningar har skett kontinuerligt.	Kontroll om avstämningsmöten har ägt rum och dokumenterats/följts upp <i>(2023-12-31)</i>	Inom ledningsgrupp och gemensamma har det skett samverkansmöten under 2023.	✓

2.3 Slutsatser av uppföljning

Av de identifierade riskerna för kultur- och fritidsnämnden är en identifierad som sannolik med allvarliga konsekvenser. Med anledning av det har den risken följts upp systematiskt under 2023.

2.4 Åtgärder

Under 2024 planeras fortsatta insatser för kommunens bidrag och bokningssystem Rbok för att säkerställa att bidrag och fördelning av tider fördelas likställt och korrekt.



Internkontrollrapport 2023

År 2023

Kommunstyrelsen

Internkontrollrapport 2023 för kommunstyrelsen

Diarienummer: KS/2024:51



Innehållsförteckning

1	Nykvarns internkontrollarbete.....	3
1.1	Riskbedömningsmatris	6
2	Uppföljning.....	7
2.1	Ekonomi.....	7
2.1.1	Ekonomiprocesser.....	7
2.2	Verksamhetsspecifik.....	10
2.2.1	Verksamhetsprocess.....	10
2.3	Mål- och verksamhetsstyrning.....	15
2.3.1	Intern styrningsprocess, personalrekrytering och förvaltning.....	15
2.4	Slutsatser av uppföljning.....	15
2.5	Åtgärder.....	16



1 Nykvarns internkontrollarbete

Internkontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen och kan definieras som en målmedveten styrningsprocess som syftar till att påverka organisationens beslut och beteende. Vanligtvis sker styrning via olika dokument och policys, reglementen, riktlinjer, ekonomistyrningsprinciper, lagtexter etc. Om ingen kontroll sker av denna styrning skapas förmodligen heller ingen styreffekt. En väl fungerande internkontroll fungerar också som ett skydd för såväl förtroendevalda som anställda mot oberättigade misstankar. Internkontroll är därmed ett verktyg med väsentlig betydelse för såväl den politiska ledningen som för förvaltningen. Kommunallagen (KL) ställer krav på att kommunens styrelse och nämnder har en tillräcklig internkontroll.

KL 6 Kap 6 §: Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Internkontroll handlar om tydlighet, ordning, att veta hur det går i verksamheten och ekonomi samt att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga god ekonomisk hushållning,
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att gällande lagar och regler, reglementen, policys, riktlinjer som finns följs,
- att möjliga risker ringas in, bedöms och förebyggs.

Nämndens ansvar

Med utgångspunkt i kommunallagen och kommunens styrmodell med tillhörande internkontrollmodell ansvarar varje nämnd för att det finns en lokal organisation och struktur för internkontroll. Dessutom ska lokala regler och anvisningar avseende internkontroll dokumenteras och antas av nämnden. Det är alltid respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god internkontroll. Det är viktigt att detta dokumenteras och antas av nämnd. Detta görs i form av en internkontrollplan som tas fram av förvaltningen under hösten året innan och beslutas i nämnd i början av det aktuella året. Kommunstyrelsen kan även besluta om särskilda punkter som är gemensamma för hela kommunen och som samtliga nämnder ska ha med i sin



internkontrollplan för det kommande året.

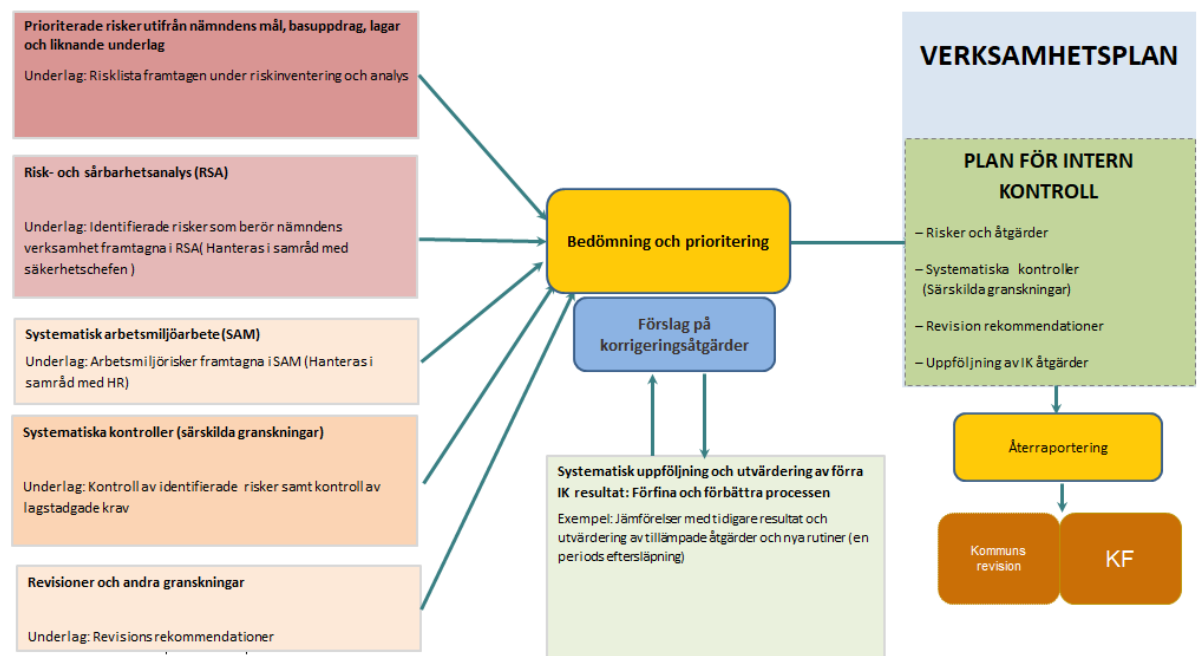
Nykvarns kommunen har antagit en gemensam modell för kommunövergripande internkontrollarbete som ska tillämpas av samtliga nämnder och kommuns majoritetsägda bolag i samband med planering och återrapportering av internkontrollarbete.

Internkontrollplan

Varje nämnd och bolag ska därför skapa en utarbetad systematik för det egna arbetet med internkontroll och årligen fastställa en internkontrollplan innehållande identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, systematiska kontrollmoment och granskningar, korrigeringsaktiviteter och uppföljningssystematik.

Internkontrollarbete på respektive nämnd ska baseras på:

- en årlig riskinventering utifrån verksamhetens kärnuppdrag, beslutad målbild samt gällande lagar och reglementen,
- kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål,
- systematiskt arbetsmiljöarbete,
- risk och sårbarhetsanalys,
- underlag från revision och andra granskningar.



Internkontrollplanens innehåll

Internkontrollplanen innehåller identifierade verksamhetsrisker, riskreducerande åtgärder, kontrollmoment/granskningar och systematiska kontroller eventuella



kommungemensamma risker och uppföljningssystematik. Detta säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de målsättningar och direktiv som kommunfullmäktige har fastställt, skapa förutsättningar för optimal användning av tilldelade resurser samt stärka sina rutiner och system inom alla verksamhetsområden.

Arbetet baseras på en årlig riskinventering i enlighet med kommunens styrmodell och kommunövergripande rutin för nämndernas internkontrollprocess, Riskinventeringen görs utifrån kommunens vision, beslutad målbild med hänsyn taget till verksamhetens kärnuppdrag samt gällande lagar och reglementen, kommuninvånarens och andra intressenters synpunkter och klagomål, arbetsmiljöarbetet, risk och sårbarhetsanalys samt underlag från revision och andra granskningar.

Nämndens årliga riskinventering

Verksamheterna använder Stratsys som stöd i sitt arbete med riskvärdering och konsekvensanalys samt dokumentering av risker. Dessutom genereras en nämndspecifik internkontrollplan från Stratsys.

Organisatoriska enheter (kontor/avdelningar/enheter) startar sitt arbete med framtagande av verksamhetsrisker med genomgång och utvärdering av förra årets risklista samt inrapportering av nya risker inför planeringsåret. Dessutom diskuterar organisatoriska enheter möjliga riskreducerande åtgärder knutna till dessa risker.

Risker som inte tas upp i internkontrollplan

Risker som inte bedöms allvarliga ska hanteras på denna organisatoriska nivå där risken finns dvs. i den löpande verksamheten. Den behöver inte lyftas upp till nästa hierarkiska nivå i organisationen.

Detta innebär att den första bedömningen av en identifierad risk görs på den berörda enheten för att kunna se om den kan åtgärdas inom ramar för ordinarie verksamhet (ordinarie internkontroll). I så fall hanteras risken och åtgärden av berörd verksamhet i det löpande arbetet och vid behov följs upp och dokumenteras i Stratsys. Även riskbedömningen görs i Stratsys med hjälp av riskmatrisen. Dessa risker som efter riskbedömning hamnar utanför de röda rutorna i riskmatrisen hanteras inom respektive organisatoriska enhet ansvarig chef ansvarar för hantering av identifierade risker som inte kommer med i internkontrollplanen.

Prioriterade risker

Riskerna som efter en kontorsövergripande riskbedömning hamnar i de röda rutorna i matrisen lyfts upp som förslag till nämndens internkontrollplan genom att statusen



”Hantera” väljs. Detta betyder att även för en risk med låg sannolikhet men med högt konsekvensvärde hamnar i den röda ruta och statusen ”Hanteras” väljs dvs. detta leder till någon form av åtgärd som ska följas upp i internkontrollplanen. Hantering av prioriterade risker som lyfts upp i internkontrollplanen blir därmed input till verksamhetsplanering på tjänstemannanivå eftersom organisatoriska enheter får möjlighet att planera och avsätta resurser som behövs för riskreducerande åtgärder och systematiska kontroller vilket leder till förbättrad internstyrning och mål- och verksamhetsuppföljning.

Preliminära risklistan kompletteras med riskreducerande åtgärder

Internkontrollens operativa organisation och genomförande fortsätter med framtagande av konkreta riskreducerande åtgärder och eventuella kontrollmoment/granskningar som behövs för att reducera risker. De ingår också i internkontrollplaner.

Kontrollmoment/granskningar (t.ex. systematiska kontroller) är avsedda för att minska eller eliminera identifierade risker, men de kan också användas för att nämnden mer förutsättningslöst kontrollerar en verksamhetsprocess för att granska lagefterlevnaden eller ändamålsenligheten. I sin internkontrollplan beslutar respektive nämnd om systematiska kontroller som ska genomföras under året. Nämndens riskreducerande åtgärder kommer därmed att brytas ner i särskilda kontrollmoment/granskningar Varje organisatorisk enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året. dvs. ifall det uppstår avvikelse från önskade målsättningar.

Kommungemensamma risker

Varje år går förvaltningen systematiskt igenom kommunrevisorernas observationer från revisionsrapporter. Utifrån denna genomgång, uppföljningen av nämndernas och kommunstyrelsens internkontrollarbete samt icke klara internkontrollåtgärder från tidigare internkontrollplaner identifieras kommunövergripande riskområden med tillhörande risker inför nästa planeringsår. Dessa områden prioriteras i Nykvarns kommuns internkontrollarbete inför planeringsåret och omhändertas med hjälp av kommungemensamma risker som ingår i samtliga nämnders internkontrollplaner för respektive planeringsår.

Internkontrollarbete med tillhörande riskreducerande åtgärder och kontrollmoment/granskningar leds av kommunstyrelsen. Nämnderna deltar i internkontrollarbete genom aktivt deltagande i kommungemensamma och



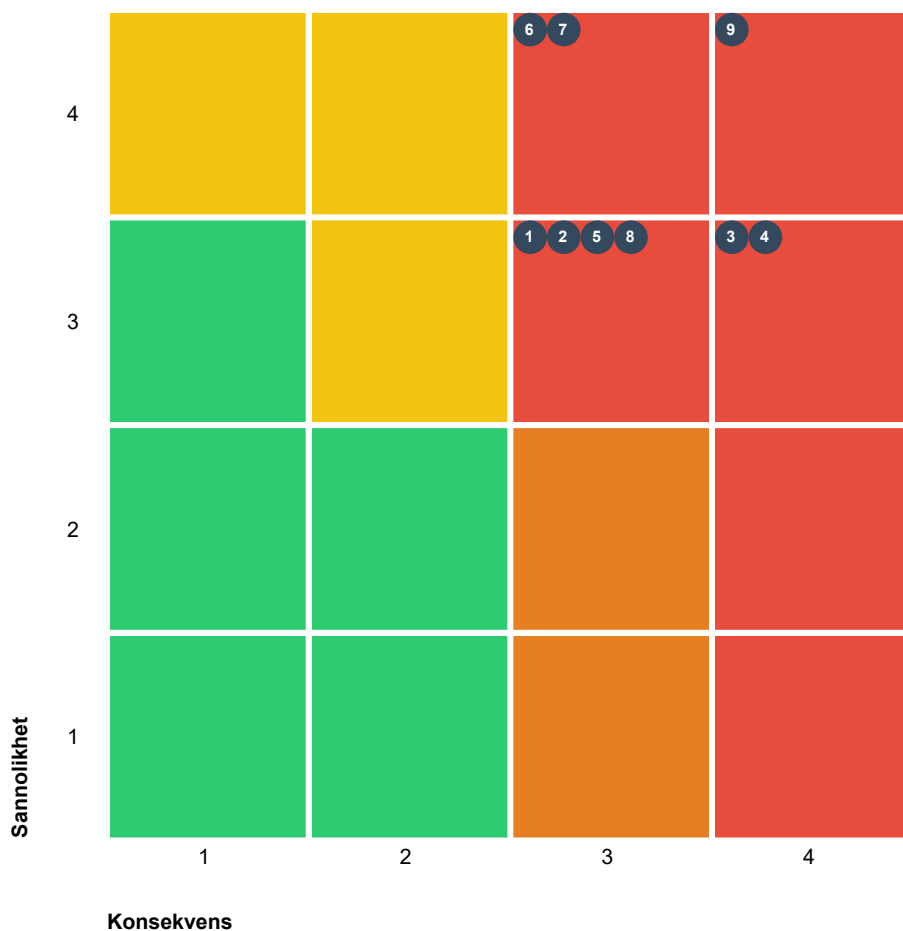
riskreducerande åtgärder som berör respektive nämndens verksamheter.

Internkontrolluppföljning på respektive verksamhetsnivå

Kontor/avdelning/enhet följer sitt internkontrollarbete löpande, jämför med tidigare resultat och gör utvärdering av tillämpade åtgärder och nya rutiner. Vid behov beslutar kontor/avdelning/enhet om nya korrigeringsaktiviteter under året.

Nämnden följer upp sitt internkontrollarbete i verksamhetssystemet Stratsys samt i den årliga internkontrollrapporten. I delårsrapport per den 31 augusti rapporteras hur det övergripande internkontrollarbetet fortskrider, inklusive prognos och eventuella avvikelser.

1.1 Riskbedömningsmatris





9 Allvarlig Totalt: 9

	Sannolikhet	Konsekvens
Allvarlig		
Kännbar		
Lindrig		
Försumbar		
4	SANNOLIK (det är mycket troligt att fel uppstår)	ALLVARLIG (uppfattas som allvarlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
3	MÖJLIG (det finns en möjlig risk)	KÄNNBAR (uppfattas som besvärande för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
2	MINDRE SANNOLIK (risken är liten)	LINDRIG (uppfattas som liten för intressenter och/eller Nykvarns kommun)
1	OSANNOLIK (risken är så gott som obefintlig)	FÖRSUMBAR (är obetydlig för intressenter och/eller Nykvarns kommun)

Kategori	Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Ekonomi	1 Bristande fakturering (Ekonomikontoret)	3. Möjlig	3. Kännbar
	2 Redovisat felaktig moms (Ekonomikontoret)	3. Möjlig	3. Kännbar
	3 Investeringar bokförs felaktig på resultatet (Ekonomikontoret)	3. Möjlig	4. Allvarlig
	4 Fel personer har behörighet i banken (Ekonomikontoret)	3. Möjlig	4. Allvarlig
Verksamhetsspecifik	5 Risk för bristande hantering av inkomna ärenden och klagomål i nytt ärendehanteringssystem (Kommunledningskontor)	3. Möjlig	3. Kännbar
	6 Risk för bristande samordning och informationsflöden(arbetsystemat ik) samt genomförande(deltagande) LedarAkademin (Kommunledningskontor)	4. Sannolik	3. Kännbar
	7 Brist i erfarenhetsåterföring från genomförande till detaljplaner (Samhällsutvecklings- och näringslivskontor)	4. Sannolik	3. Kännbar
	8 Bristande implementering av Riktlinje för Tekniska standard (Samhällsutvecklings- och näringslivskontor)	3. Möjlig	3. Kännbar
Mål- och verksamhetsstyrning	9 Brist i uppföljning av privata utförare (Samhällsutvecklings- och näringslivskontor)	4. Sannolik	4. Allvarlig

2 Uppföljning

Politisk uppföljning av internkontrollprocessen



Varje nämnd följer upp sitt internkontrollarbete i den årliga internkontrollrapporten. Under året görs även kontinuerliga uppföljningar inom tjänstemannaorganisationen bland annat en avstämning per den 31 juli. I dessa uppföljningar följs hur internkontrollarbete fortskrider, inklusive prognos för huruvida internkontrollplans målsättningar för året kommer att nås eller ej.

I nämndens årliga internkontrollrapporten återrapporteras resultat för nämndens internkontrollarbete under året. I rapporten gör nämnden också en utvärdering och bedömning av årets internkontrollarbetemålsuppfyllelse samt om den interna kontrollen har fungerat. Alla avvikelser, samt eventuella åtgärder, redovisas och vid behov hanteras som överföringar i nästa års internkontrollplan

2.1 Ekonomi

2.1.1 Ekonomiprocesser

Bristande fakturering

 *Ekonomikontoret*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Utveckla systematiken för fakturering i god tid i samarbete med berörd verksamhet <i>Om systematiken har tagits fram</i> <i>Avstämning med den berörda verksamheten</i>	Styrdokument och policys har förtydligats och kommunicerats på ledningsgrupp samt uppdaterats på insidan.	Avstämning med berörd verksamhet. <i>(2023-12-31)</i>	Ekonomikontoret frågar respektive kontorschef per epost om all fakturering för perioden januari-juni är utförd. Framöver ställs frågan av respektive ekonom i samband med månadsuppföljningar.	✓
		Avstämning om rutinen har tagits fram och implementerats <i>(2023-12-31)</i>	Under 2023 har interna styrdokument förtydligats och uppdaterats på insidan. Frågan har även lyfts i ledningsgruppen.	✓
		Kontroll av fakturor (Stickprov, urval görs av ekonomifunktionen) <i>(2023-12-31)</i>	Mark och exploateringseheten har under hösten gått igenom	✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
			aktuella exploateringsavtal.	
		Stickprov på berörd verksamhet och jämförelse mot redovisad budget (2023-12-31)	Avvikelse finns främst inom SNK och exploatering. Ekonomer stämmer av intäkter mot budget i samband med månadsuppföljningar.	✘

Redovisat felaktig moms

■ Ekonomikontoret

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Ta fram en skriftlig instruktion och kommunicera den till verksamheter <i>Om rutinen är framtagen och kommunicerad. Avstämning med ansvarig funktion</i>	Styrdokument och policys har förtydligats och kommunicerats på ledningsgruppen samt uppdaterats på insidan.	Kontrollera om rutinen är framtagen och kommunicerad (2023-12-31)	Avstämning i form av månadsuppföljningar är framtagna och kommunicerade.	✓
		Stickprov av bokförda fakturor (2023-12-31)	Avvikelse finns främst inom SNK och exploatering. Ekonomer stämmer av intäkter mot budget i samband med månadsuppföljningar.	✘

Investeringar bokförs felaktigt på resultatet

■ Ekonomikontoret

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Anordna interna utbildningar <i>Om utbildningar har anordnats och genomförts. Avstämning med ansvarig funktion samt kontroll av deltagarlistor.</i>	Ekonomikontoret har under våren 2023 genomfört avsedda utbildningar med gott resultat. Centrala	Kontrollera om utbildningen har planerligt genomförts (2023-12-31)	Ekonomikontoret har under våren 2023 genomfört avsedda utbildningar med alla avdelningar/kontor med gott	✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
	personer inom SNK deltog dock inte på SNK-passet, vilket är en risk som måste hanteras framöver. Ny exploateringschef börjar i höst och behöver snarast få en egen genomgång/utbildning. När ny kontorschef börjar för SNK gäller samma sak för denna person.		resultat.	

Fel personer har behörighet i banken

 *Ekonomikontoret*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Årlig genomlysning av behörigheter <i>Kontrollera om obehöriga eller f.d. anställda har sin behörighet kvar. Kontroll av behöriga användare i kommunens bank</i>	Den årliga uppföljningen av kommunens bankbehörigheter har bidragit till att säkerställa en sund och säker hantering av dess ekonomiska resurser. Genom att regelbundet kontrollerat och uppdaterat bankbehörigheterna kan kommunen minimera risken för felaktig hantering eller obehörig åtkomst till kommunens medel. Uppföljningen har också möjliggjort för	Kontroll av behöriga användare i kommunens bank (2023-12-31)	Sammanställning av anställdas behörigheter har kontrollerats.	✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
	kommunen att anpassa sig till förändringar i banktjänster och interna behov. Fortsatt noggrannhet och efterlevnad sammanställs och dokumenteras.			

2.2 Verksamhetspecifik

2.2.1 Verksamhetsprocess

Risk för bristande hantering av inkomna ärenden och klagomål i nytt ärendehanteringssystem

■ *Kommunledningskontor*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Ta fram och kommunicera en skriftlig rutin för hantering av inkomna personuppgifter samt rapportering av personuppgiftsincidenter under året <i>Om rutinen är framtagen och kommunicerad</i> <i>Avstämning med ansvarig funktion och verksamheten</i>	Under 2023 implementerades rutiner för digital anmälan av personuppgiftsincidenter. Utfallet av inkomna personuppgiftsincidenter sammanställs i dataskyddsom budet årliga rapport.	Kontrollera antal rapporterade personuppgiftsincidenter under året (2023-09-30)	Rutin och digital anmälan för personuppgiftsincidenter implementerades under 2023. Kontroll genomförs av informationssäkerhetssamordnaren och rapporterar via DSO-rapporten.	✓
Kvalitetssäkra att rutinen och ev. teknisk lösning säkerställer ärendeåterkoppling och lever upp till tillgänglighetspolicy <i>Om rutinen innehåller tydliga instruktioner om ärendeåterkoppling och tillgänglighetspolicy samt detaljerad instruktionen om hantering i systemet</i> <i>Avstämning med ansvarig, stickprov/kontroll av rapporterade incidenter, ärendeåterkoppling och felskickade ärende</i>	För närvarande är det inte möjligt att utföra kontroll av antalet ärenden som har skickats fel, eftersom implementeringen av Artvise fortfarande pågår och dess kontrollfunktioner för tillförlitlig hantering av ärenden ännu inte är	Kontrollera antal ärenden som har skickats fel (inte har skickats till ansvarig verksamhet/handläggare) (2023-12-31)	Kontroll går ej att genomföras, bredinförande för Artvise pågår fortfarande, kontorsvis.	✓
		Kontrollera om en teknisk lösning har tagits fram (2023-07-31)	Implementering av Artvise för ärendehantering och återkopplingar under 2023 har skett fortsatt bredinföring till alla kontor kommer fortsätta även	✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
	<p>fullständigt implementerad e.</p> <p>Implementeringen av Artvise för ärendehantering och återkoppling påbörjades under våren 2023, och den omfattande utrollningen till alla kontor kommer att fortsätta även under 2024.</p> <p>För att säkerställa att ärenden återkopplas i god tid, exempelvis efter avslutat ärende, utförs stickprovskontroller inom ärendehanteringssystemet Artvise.</p> <p>Tillgängligheten har ökat genom införandet av flera digitala e-tjänster. Kommuninvånare och andra intressenter kan nu skicka in ansökningar och anmälningar via kommunens e-tjänsteplattform</p>	<p>2024.</p> <p>Kontrollera med stickprov om ärenden har återkopplats i god tid (t.ex. efter avslutat ärende) (2023-12-31)</p>	<p>Hanteras inom ärendehanteringssystemet Artvise.</p>	<p>✓</p>

Risk för bristande samordning och informationsflöden(arbetsystematik) samt genomförande(deltagande) LedarAkademin

■ *Kommunledningskontor*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
<p>Följa upp och utvärdera Ledarakademin genomförande sedan införandet <i>Kontroll om rutinen är framtagen</i></p>	<p>Efter att ha genomfört avstämningar med de</p>	<p>Utvärdera och följ upp (2023-12-31)</p>	<p>Avstämning med kanslichef och biträdande kommundirekt</p>	<p>✓</p>



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Avstämning med ansvarig funktion	ansvariga funktionerna för olika delmoment, har vi implementerat förbättringar i arbetsflödet för Ledarakademin. Det blev tydligt att alla hade upplevt brister i det nuvarande upplägget, särskilt gällande informationsspridning, kommunikation av relevanta delmoment och deadlines, inbokning, schemaläggning och utvärdering av deltagandet. Denna insikt ledde till att arbetet med och planeringen för Ledarakademin tog längre tid än nödvändigt, delvis på grund av onödiga mellanhänder. Dessutom visade en genomgång att deltagandet för samtliga delmoment under 2023 blev sämre än förväntat. Det nuvarande upplägget var inte tillräckligt effektivt och att logistik, organisation och kommunikation av utbildningstillfällen kan förbättras och optimeras.		ör då HR-chefstjänst var vakant.	
		Eventuellt revidera och ta fram förslag hur man kan arbeta med Ledarakademin i framtiden (2023-12-01)	Revidering av vissa delmoment och innehåll har skett. Fortsatt översyn och eventuell revidering av det praktiska arbetet och genomförandet av Ledarakademin sker under 2024.	✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
	Därför har vi vidtagit åtgärder för att hantera dessa utmaningar och strävar efter att skapa en mer effektiv och välfungerande LedarAkademi framöver.			
Utvärdera förutsättningar för att införliva delmoment från LedarAkademin i introduktion för nyanställda <i>Om en inventering/avstämning om inkorporering av delmoment (ev. digitaliserade) gjorts</i> <i>Avstämning med Kommunikation och HR samt ansvariga för delmoment inom LedarAkademin.</i>	Efter genomförd uppföljning av kontrollmoment har internkontrollfunktion och kommundirektör i samråd med ansvariga för samtliga delmoment inom LedarAkademin, gjort bedömningen att funktioner bokas in nyanställda under introduktionsdags utbildningar.	Boka in ett gemensamt möte och stäm av förutsättningar för flera digitaliserade delmoment (2023-12-31)	Möten inom chefsleden i KLK har skett samt att möten skett inom HR-avdelningen i sakfrågan.	✓
		Kartlägga förutsättningar att införliva flera kortare digitaliserade delmoment i introduktion för nyanställda och/eller LedarAkademin (2023-12-31)	Förslag på nytt upplägg för nyanställda har tagits fram och finns för påsyn och eventuellt godkännande av kommundirektör. Därefter påbörjas implementering under 2024.	✓

Kopplad till	Korrigeringsaktivitet	Kommentar	Status
Boka in ett gemensamt möte och stäm av förutsättningar för flera digitaliserade delmoment	Boka in ett möte i augusti - september (Ev. samordning med utvärderingsmöte som kommer att äga rum under samma tidsperiod). (2023-12-31)	Mötet har genomförts.	✓ Klar

Brist i erfarenhetsåterföring från genomförande till detaljplaner

■ *Samhällsutvecklings- och näringslivskontor*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Uppdatera projektstyrmodellen med rutin för erfarenhetsåterföring från genomförandeskedet av teknisk infrastruktur i detaljplaner i	Hanteringen av eventuella risker i detaljplaner, ses över på	Kontrollera med stickprov om projektstyrmodellen kompletterats med rutin (2023-11-30)	Modellen har ej kompletterats med rutinen.	✗



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
samband med slutbesiktning <i>Kontroll om rutinen har tagits fram och implementerats</i> <i>Avstämning med ansvarig funktion</i>	projektmöten och ledningsgruppen, genom hela samhällsbyggnadsprocessen.			

Kopplad till	Korrigeringsaktivitet	Kommentar	Status
Kontrollera med stickprov om projektstyrmodellen kompletterats med rutin	Avstämning om rutinen har tagits fram (2023-09-30)	Rutin ej framtagen.	⚠️ Avvikelse
Kontrollera med stickprov om projektstyrmodellen kompletterats med rutin	Kontroll om rutinen har implementerats (2023-12-31)	Rutin saknas för implementering.	⚠️ Avvikelse

Bristande implementering av Riktlinje för Tekniska standard

■ *Samhällsutvecklings- och näringslivskontor*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Uppdatera projektstyrmodellen med Riktlinjen för Teknisk standard <i>Kontroll om projektstyrmodellen har uppdaterats.</i> <i>Avstämning med ansvarig funktion</i>	Tekniska standarden finns tillgänglig och används inom projekten.	Kontrollera att projektstyrmodellen uppdaterats med Riktlinjen för Teknisk standard (2023-12-31)	Tekniska standard används inom projekten.	✓

Kopplad till	Korrigeringsaktivitet	Kommentar	Status
Kontrollera att projektstyrmodellen uppdaterats med Riktlinjen för Teknisk standard	Kontroll om riktlinjerna har implementerats i nom berörda verksamheter (2023-12-31)	Riktlinjer för Teknisk standard ska användas av berörda verksamheter.	✓ Klar

2.3 Mål- och verksamhetsstyrning

2.3.1 Intern styrningsprocess, personalrekrutering och förvaltning

Brist i uppföljning av privata utförare

■ *Samhällsutvecklings- och näringslivskontor*

Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
Kvartalsvis avstämning om hur arbetet fortlöper enligt bilaga 3 - Plan för uppföljning och insyn av verksamhet som bedrivs av privata utförare 2023 med	Uppföljning har skett efter framtagen process för uppföljning av	Kontroll om avstämning skett (2023-06-30)	Avstämning sker löpande med ca 1 månads mellanrum	✓



Riskreducerande åtgärd	Resultat av kontroll	Kontrollmoment/Granskning	Kommentar	Status
berörda chefer, SNK-chef och Samhällsutvecklingsstrateg <i>Kontrollera om avstämningarna har ägt rum</i> <i>Avstämning med de ansvariga</i>	privata utförare (månadsvis).	Kontroll om dokumentation levererats i samband med avstämning (2023-08-15)	Uppföljningslista fylls i vid avstämning innehållande hänvisning till faktura.	✓

2.4 Slutsatser av uppföljning

Under uppföljningen har flera åtgärder och kontroller genomförts inom olika delar av kommunens verksamheter för att förbättra processer och minska riskerna.

Inom faktureringsystematik och momsavstämning har samarbete med berörd verksamhet lett till utveckling av faktureringsystematiken och framtagande av momsinstruktioner. Avstämningar har genomförts för att säkerställa korrekt fakturering.

Kontroll av fakturor och budgetavstämningar har involverat stickprovskontroller för att säkerställa korrekt bokföring och jämförelse mot budget.

Investeringar och utbildningar har genomgått interna utbildningar för att säkerställa korrekt hantering. Stickprovskontroller har också utförts för att säkerställa korrekt bokföring av investeringar.

Behörighetshantering i banken har inkluderat årliga kontroller av behörigheter för att säkerställa korrekt användarhantering i banken.

Hantering av personuppgifter och ärenden har sett implementering av rutiner för hantering av personuppgifter och ärenden, samt pågående implementering av ett ärendehanteringssystem.

LedarAkademin och erfarenhetsåterföring har utvärderats för att identifiera och åtgärda eventuella brister, i syfte att förbättra LedarAkademinns arbete och dra lärdomar av dessa.

Teknisk standard och uppföljning av privata utförare har involverat implementering av tekniska standarder och kvartalsvis uppföljning av privata utförare för att säkerställa korrekt utförande.

Sammanfattningsvis har dessa åtgärder och kontroller syftat till att förbättra processer och minimera risker inom kommunens verksamheter. Fortsatt uppföljning och implementering av åtgärder kommer att vara viktigt för att säkerställa effektiva processer och riskminimering på lång sikt.



2.5 Åtgärder

Baserat på slutsatserna från de olika kontrollmomenten och granskningarna kan följande åtgärder föreslås för att förbättra och säkerställa effektiva processer inom kommunens verksamheter:

Stärka intern kommunikation och samarbete:

- Implementera regelbundna möten eller forum för att säkerställa en kontinuerlig dialog mellan ekonomikontoret och berörda verksamheter. Detta kan hjälpa till att identifiera och lösa eventuella fakturerings- eller bokföringsrelaterade problem i tid.

Kontinuerlig utbildning och kompetensutveckling:

- Erbjud regelbundna utbildningar och workshops för personal inom ekonomikontoret och andra berörda enheter för att säkerställa att de har tillräcklig kunskap och kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter korrekt, särskilt när det gäller hantering av fakturor, moms och investeringar.

Implementera automatiserade kontrollprocesser:

- Utvärdera möjligheten att implementera automatiserade system eller verktyg för att utföra stickprovs- och kontrollprocesser när det gäller fakturering, bokföring och behörighetskontroller. Detta kan minska risken för mänskliga fel och öka effektiviteten i kontrollprocessen.

Tydligare rutiner och policys:

- Fortsätt att förtydliga och kommunicera rutiner och policys inom organisationen, särskilt när det gäller hantering av personuppgifter, fakturering och interna kontroller. Detta kan minska risken för missförstånd eller felaktigheter.

Kontinuerlig uppföljning och utvärdering:

- Fortsätt att regelbundet följa upp och utvärdera genomförda åtgärder och kontrollprocesser för att säkerställa att de fungerar effektivt och att eventuella brister eller problem identifieras och åtgärdas i tid.

Genom att implementera dessa åtgärder kan kommunen förbättra sina interna processer, minska riskerna för fel och förluster samt säkerställa en effektiv och korrekt hantering av ekonomiska resurser och verksamhetsprocesser.



NYKVARNS KOMMUN

Besöksadress: Centrumvägen 26

Postadress: 155 80 Nykvarn

Telefon: 08-555 010 00

Fax: 08-555 014 99

www.nykvarn.se



Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete 2023



Innehållsförteckning

Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete	3
Arbetsmiljöarbete 2023	3
Samverkan	4
Arbetsmiljöundersökning	5
Arbetsmiljöronder	5
Organisatorisk och social arbetsmiljö.....	5
Tillbud- och arbetsskador	6
Arbetsmiljöutbildning	6
Utbildningsplan.....	6
Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete	7
Uppföljningar av delmoment.....	7
Redovisning.....	8
Åtgärder och implementering	11
Sammanfattad bedömning	12



Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete

Av kommunstyrelsens reglemente framgår att styrelsen är personal- och anställningsmyndighet för samtlig personal inom förvaltningen och ansvarar för att verksamheten drivs i enlighet med arbetsmiljölagen och gällande föreskrifter för arbetsmiljön samt kommunens styrdokument. HR-avdelningen stödjer kommunledningen och kommunens chefer i arbetsmiljö- och personalrelaterade frågor.

Varje år ska en årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet genomföras i led med kommunens interna kontrollarbete. Den årliga uppföljningen ska granska och säkerställa att de olika delarna av det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar. Det handlar om:

- samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare,
- arbetsmiljöpolicy för arbetsmiljöarbetet,
- rutiner för arbetsmiljöarbetet,
- fördelning av arbetsmiljöarbetsuppgifter,
- kunskaper i arbetsmiljöarbetet,
- undersökningar av arbetsförhållande,
- riskbedömningar med handlingsplaner,
- att genomförda åtgärder får effekt,
- rapportering och utredning av tillbud och olyckor,
- extern sakkunskap/företagshälsa beträffande arbetsmiljö och när det behövs,
- att dokumentation/policys är kända och aktuella.

Den årliga uppföljningen berör hela organisationen och genomförs i praktiken på arbetsplatsnivå för att sedan redovisas för organisationens



politiska nivå. Om den årliga uppföljningen visar att det finns brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen ska dessa åtgärdas. Åtgärderna dokumenteras skriftligen i handlingsplanen inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Arbetsmiljöarbete 2023

Nykvarns kommun har en central process för det systematiska arbetsmiljöarbetet som säkerställer ett ändamålsenligt arbetsmiljöarbete. De arbetsmiljörelaterade aktiviteterna i den centrala processen finns dokumenterade i kommunens årsplan för det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM).

Under hösten arbetade cheferna med att ta fram en handlingsplan inom ramen för SAM, tillsammans med sina arbetsgrupper. Handlingsplanerna lämnades in till HR-avdelningen den sista november 2023. I respektive verksamhets handlingsplan framgår åtgärder som kommer att vidtas utifrån verksamhetens undersökning av arbetsmiljön med hjälp av medarbetarundersökningen, den fysiska arbetsmiljöonden, inrapporterade händelser (tillbud och arbetsskador) i KIA-systemet, den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (via en blankett) och i vissa fall utifrån andra arbetsmiljörelaterade aspekter såsom exempelvis sjukfrånvarostatistik.

Vid upprättande av handlingsplan ska cheferna ta hänsyn till föregående års handlingsplan. De åtgärder som inte vidtagits än och som fortfarande är relevanta ska läggas in i den nya handlingsplanen. Handlingsplanen ska regelbundet följas upp på arbetsplatsträffar (APT).



Förutom den centrala processen för det systematiska arbetsmiljöarbetet pågår ett kontinuerligt arbetsmiljöarbete i verksamheterna där riskobservationer, tillbud och arbetsskador hanteras med hjälp av KIA-systemet (se punkt 2.2.3) och där riskbedömningar upprättas vid behov eller inför planerade förändringar. Vidare undersöks arbetsmiljön på regelbunden basis i dialogen mellan chef och medarbetare för att minimera eventuella risker/brister i arbetsmiljön.

Samverkan

I kommunens samverkansavtal framgår vikten av att värna om en god arbetsmiljö där delaktighet, medinflytande och partssamverkan är av högsta prioritet. I kommunen finns en fungerande samverkan med fackliga parter där samverkan sker på lokal nivå (lokal samverkan), verksamhetsnivå (U-sam och VoO-sam) samt på kommunövergripande nivå (C-sam). Arbetsmiljörelaterade frågor behandlas på den nivå i samverkanssystemet som är relevant för just den frågan.

I lämpligt samverkansforum lyfts arbetsmiljörelaterade frågor såsom planerade verksamhetsförändringar med tillhörande riskbedömningar, sjukfrånvarostatistik, medarbetarundersökningsresultat, antalet riskobservationer, tillbud och arbetsskador samt andra frågor som berör medarbetare utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Varje år presenteras dessutom en sammanställning av verksamheternas handlingsplaner inom ramen för SAM för de fackliga representanterna. I sammanställningen framgår vad verksamheterna kommer att arbeta med under det kommande året utifrån en gedigen undersökning av arbetsmiljön (se punkt 2), samt exempel på konkreta åtgärder.



Samverkan sker även på individnivå (medarbetarsamtal) och på arbetsplatsnivå (arbetsplatsträffar, APT). För att stödja att arbetsmiljöfrågor lyfts i dessa samverkansforum finns framtagna mallar.

Arbetsmiljöundersökning

Arbetsmiljöronder

Fysiska arbetsmiljöronder är en del i kommunens centrala process för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöronderna ska vara genomförda senast den 31 oktober. De åtgärder som inte kan hanteras omedelbart ska skrivas in i verksamheternas handlingsplaner inom ramen för SAM.

Inför arbetsmiljöronden ska chefen samla in uppgifter om den fysiska arbetsmiljön på arbetsplatsen utifrån bland annat tidigare arbetsmiljörondsprotokoll, handlingsplan, tidigare arbetsplatsträffar, inrapporterade riskobservationer, tillbud och arbetsskador, planerade förändringar etc. Därefter ska medarbetarna informeras om tidpunkten för arbetsmiljöronden och synpunkter ska inhämtas från medarbetarna, förslagsvis i samband med en arbetsplatsträff, så att alla får vara med och resonera om arbetsmiljöfrågorna.

Det är chef och skyddsombud som tillsammans går arbetsmiljöronden utifrån inhämtade synpunkter/uppgifter om den fysiska arbetsmiljön. Som stöd föreslås även att framtagna checklista användas under arbetsmiljöronden. Efter bedömning av de risker som upptäcks och vilka konsekvenser som de kan ge om de inträffar dokumenteras de åtgärder som behöver vidtas i handlingsplanen inom ramen för SAM, i de fall dessa inte kan åtgärdas omedelbart. I handlingsplanen skrivs också vem som är ansvarig samt tidpunkt för när åtgärderna ska vidtas samt när uppföljning



ska ske. Chef ansvarar för att följa upp dokumenterade åtgärder samt återkoppla till sina medarbetare.

Organisatorisk och social arbetsmiljö

Det finns flera forum där kommunens chefer har möjlighet att undersöka och samtala med medarbetare om den upplevda organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Ett av forumen är medarbetarundersökningen däri det finns flera frågor som är direkt kopplade till organisatorisk och social arbetsmiljö. Samtliga verksamheter har även regelbundna arbetsplatsträffar (APT) där utrymme ska finnas till att ta upp arbetsmiljörelaterade frågor, bland annat den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Som stöd har cheferna mallen för APT där det finns flera frågor som är kopplade till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

Cheferna genomför medarbetarsamtal med alla sina medarbetare varje år. I mallen för medarbetarsamtal instrueras chefen ta upp och föra dialog med sina medarbetare kring deras upplevda arbetssituation, arbetsklimat, samarbete och hälsa.

Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön undersöks också på regelbunden basis med hjälp av den dagliga dialogen mellan chef och medarbetare.

Frågor som berör trakasserier och kränkande särbehandling är inkluderade i medarbetarundersökningen. Om resultatet indikerar på att det finns strukturella risker för diskriminering eller om det finns andra hinder för enskildas lika rättigheter och möjligheter ska åtgärder dokumenteras i handlingsplanen inom ramen för SAM.



Tillbud- och arbetsskador

Kommunen använder verksamhetssystemet KIA för att underlätta hantering av inkomna riskobservationer, tillbud och arbetsskador och för att uppfylla kraven i arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete. KIA-systemet är väletablerat och används av mer än hälften av Sveriges kommuner. HR stöttar cheferna i detta arbete. Samtliga nya chefer får information om KIA-systemet i samband med chefsintroduktionen som HR är ansvariga för. Vid behov kan även chefer anmäla sig till den interna arbetsmiljöutbildningen för att få mer djupgående information om bland annat KIA-systemet och hanteringen av inkomna riskobservationer, tillbud och arbetsskador.

Arbetsmiljöutbildning

Det finns flera olika forum där kommunens chefer får kompetensutveckling inom arbetsmiljöområdet.

Utbildningsplan

HR introducerar alla nya chefer till arbetsmiljöarbetet i kommunen och informerar om möjligheten att anmäla sig till en intern arbetsmiljöutbildning via kommunens LedarAkademi. Som ny chef går man också, tillsammans med sin närmaste chef, igenom om man har de kunskaper, befogenheter och resurser som behövs för att kunna utföra arbetsmiljöuppgifterna inom sitt område. Vid bedömning att behov av kompetensutveckling finns planeras en utbildningsinsats.

I samband med det årliga medarbetarsamtalet tas en kompetensutvecklingsplan fram. Då kan det bli aktuellt med arbetsmiljöutbildningsinsats för enskild chef, genom extern utbildningsanordnare eller via kommunens LedarAkademi.

Utöver detta bokas samtliga chefer in till en obligatorisk grundutbildning i arbetsmiljö vart tredje år. Vid den återkommande utbildningsinsatsen (vart



tredje år) sker sammanställning över vilka chefer som har genomgått utbildningen. Sammanställningen underlättar att se om någon chef inte deltar, och i de fallen har HR möjlighet att ta kontakt med berörd chef för att bedöma dennes utbildningsbehov utifrån kunskapsnivå.

Uppföljning av kommunens systematiska arbetsmiljöarbete

Uppföljningar av delmoment

HR-avdelningen har övergripande ansvar för uppföljning av personalpolicyn, vilket inkluderar en årlig uppföljning av:

1. Systematiskt arbetsmiljöarbete, (bl.a. sjukfrånvaro, tillbud, arbetsskador samt riskobservationer i arbetsmiljön).

Sjukfrånvarostatistik rapporteras i verksamhetssystemet Stratsys vid delår samt vid bokslut. Det innebär att uppföljning av sjukfrånvaro kan följas upp av respektive verksamhet men också av HR-avdelningen. Se resultat under punkten 3.1.1.

Riskobservationer, tillbud samt arbetsskador (olycksfall, färdolycksfall och arbetssjukdom) hanteras av cheferna kontinuerligt. En övergripande uppföljning av dessa genomförs varje år på verksamhetssamverkan (VoO-sam och U-sam) och på kommunövergripande samverkan (C-sam).

2. Samverkan

Med hjälp av blanketten för årlig uppföljning undersöks samverkan mellan arbetsgivare och fackliga representanter på arbetsplatsnivå. Vid eventuella brister ska åtgärd dokumenteras skriftligt i handlingsplanen inom ramen för SAM.

3. Medarbetarundersökning



I samband med den årliga medarbetarundersökningen undersöks områdena hållbart medarbetarengagemang, organisatorisk och social arbetsmiljö, ledarskap, kompetensutveckling samt om man kan rekommendera Nykvarns kommun som arbetsgivare till andra.

Hållbart medarbetarengagemang (HME) är baserat på de påståenden och den beräkningsmodell av resultat som är framtagen av SKR. Resultaten av de övriga områdena är baserade på andelen positiva svar i förhållande i samtliga svar. Resultaten presenteras på en skala mellan 0-100. Resultaten för HME och ledarskap rapporteras in i verksamhetssystemet Stratsys i samband med bokslutet, på övergripande och på kontorsnivå.

Varje verksamhet analyserar hela sitt medarbetarundersökningsresultat för att sedan identifiera områden som de behöver arbeta med för att förbättra samt områden de behöver fortsätta att arbeta med för att bevara.

HR-avdelningen uppmärksammar svaga resultat i medarbetarenkäten och tar fram en plan för att stötta berörd chef om behov finns.

4. Verksamheternas handlingsplaner inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet

HR-avdelningen säkerställer att alla verksamheter tagit fram handlingsplaner varje år vid en bestämd tidpunkt enligt årshjulet för SAM och tar därefter fram en sammanställning över dessa, på övergripande nivå.

Sammanställningen tas fram manuellt och visar en bild över identifierade områden som verksamheterna kommer arbeta med under året.

Sammanställningen presenteras sedan på kommunövergripande samverkan.

5. Företagshälsa

Nykvarns kommun har en upphandlad företagshälsa (Falck, tidigare Previa) i syfte att kommunen och dess medarbetare ska kunna få stöd i arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet som leder fram till en god och hållbar arbetsmiljö. Företagshälsan ska också ge stöd vid arbetslivsinriktade



rehabiliteringsåtgärder på individnivå. Företagshälsan är en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering och har i de sammanhangen en konsultativ roll. Uppföljning mellan kontaktperson från Falck och HR-avdelningen sker vid ca 3 tillfällen per år. I slutet av året redovisas årets siffror över bland annat efterfrågade tjänsteområden, nyttjad kompetens och nyttjade tjänster.

6. Internkontrollarbete

HR-avdelningen säkerställer att alla verksamheter tar fram handlingsplaner för det systematiska arbetsmiljöarbetet som sedan följs upp regelbundet inom respektive verksamhet.

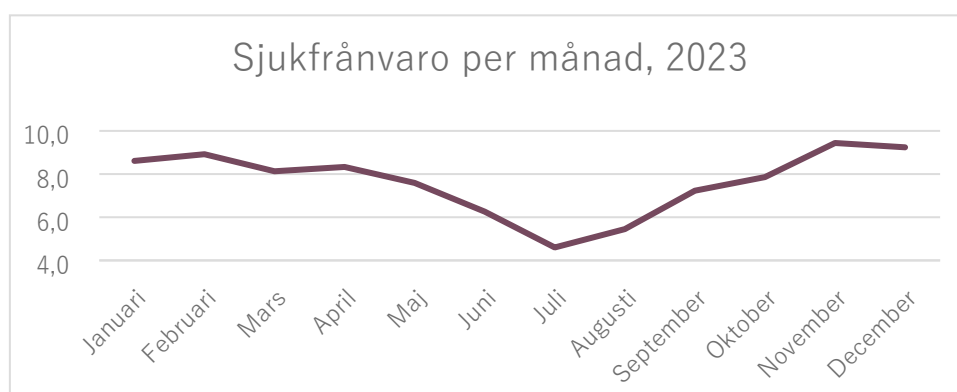
Redovisning

Nedan redovisas resultaten avseende ovanstående punkter.

Systematiskt arbetsmiljöarbete, (bl.a. sjukfrånvaro, tillbud, arbetsskador samt riskobservationer i arbetsmiljön).

Sjukfrånvaro

Utfallet för den övergripande sjukfrånvaron för Nykvarns kommun var 7,60 % för 2023 vilket innebär en minskning med 1 % jämfört med föregående år (8,6%). Utfallet för sjukfrånvaron redovisas per månad i tabellen nedan.





Utifrån ovan statistik kan konstateras att sjukfrånvaron följer trenden jämfört med tidigare år där den under semestermånaderna sjunker markant. Den högsta sjukfrånvaron var under november och december månad, vilket går i linje med sjukskrivningstrenden i Sverige där det konstaterats att december kan ses som den nya sjukfrånvarotoppen. Detta enligt färska siffror från Falcks sjuk- och frisktjänst.

Sett till helheten så visar statistiken att sjukfrånvaron har minskat i kommunen. Bedömningen är att det aktiva arbetet med rehabilitering under året har gett positiva effekter på sjukfrånvaron.

Riskobservationer, tillbud och arbetsskador

I kommunen var antalet inrapporterade riskobservationer 37 st, tillbud 160 st och arbetsskador 75 st för 2023. Statistiken för inrapporterade händelser i KIA-systemet för 2023 och 2022 redovisas i tabellen nedan.

Nykvarns kommun	2023	2022
Riskobservationer	37	17
Tillbud	160	65
Arbetsskador (olycksfall, färdolycksfall och arbetssjukdom)	75	49

Statistiken visar att antalet riskobservationer, tillbud och arbetsskador har ökat jämfört med föregående år. Det är positivt att rutinen för att rapportera in händelser används, så att arbetsgivaren får kännedom om brister och



risker i arbetsmiljön. Det är en förutsättning för att kunna arbeta förebyggande och för att minimera de risker som finns för medarbetares ohälsa i kommunen.

Initialt kan det konstateras att ökningen av inrapportering i KIA har till stor del skett inom områdena lära och växa samt välfärd och service. I analysen framgår det att de verksamheter som står för ökningen har arbetat aktivt med att öka medarbetarnas rapporteringsbenägenhet där KIA ska fungera som ett verktyg i vardagen för inrapportering av riskobservationer, tillbud och arbetsskador. Analysen påvisar inte att antalet händelser inom arbetsgivarens verksamheter har ökat utan att arbetsgivarens arbete med rapportbenägenheten har gett effekt. Inrapporterade händelser omhändertas och arbetas aktivt med för att minimera risken för ohälsa i framtiden.

Samverkan

Samverkan upplevs tillfredställande överlag och finns inte med som någon åtgärd i någon av verksamheternas handlingsplaner inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Medarbetarundersökningen

Nedan redovisas resultatet för varje frågeområde på övergripande nivå per september 2023 samt föregående år.

Nykvarns kommun	2023	2022
Hållbart medarbetarengagemang (målvärde: 80)	78	78



Organisatorisk och social arbetsmiljö (inget målvärde finns)	73	72
Ledarskap (inget kommunövergripande målvärde finns)	73	71
Möjlighet till kompetensutveckling (inget målvärde finns)	59	56
Rekommendera kommunen som arbetsgivare (målvärde: 60)	61	57

Ovan statistik visar på en stabilitet då årets resultat ligger i linje med, eller har förbättrats, jämfört med föregående års resultat. Det går att konstatera att resultatet för måtten "rekommendera kommunen som arbetsgivare" och "möjligheten till kompetensutveckling" har ökat, framför allt den förstnämnda. Det tyder på att kommunens och verksamheternas arbete med att lyfta kompetensutvecklingsfrågan samt aktiva arbete med insatser för att vara en attraktiv organisation har gett effekt.

Verksamheternas handlingsplaner inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet

Nedan redovisas resultatet av sammanställningen över verksamheternas handlingsplaner på övergripande nivå. Det område som mest frekvent har förekommit i verksamheternas handlingsplaner redovisas högst upp, dvs. som punkt 1 och så vidare.



Nykvarns kommun

Områden som verksamheterna kommer att arbeta med under 2024

1. Kompetensutveckling

- Identifiera kompetensutvecklingsbehov och ge förutsättningar för kompetensutveckling
- Dela med sig av kunskaper kollegor emellan

2. Fysisk arbetsmiljö

- Förbättra belysning (inomhus och utomhus)/temperatur (kallt på vintern resp. varmt på sommaren)/ ljudnivån på arbetsplatsen mm.

3. Organisatorisk och social arbetsmiljö

- Hinna göra ett bra arbete på ordinarie arbetstid
- Säkerställa hållbar arbetsbelastning
- Säkerställa ett gott samarbete/kommunikation och öka trivselen

4. Hållbart medarbetarengagemang (tre delområden: motivation, styrning och ledarskap)

- Tydliggöra målen, göra de kända i verksamheten samt följa upp och utvärdera dem
- Se till att medarbetarna lär nytt, utvecklas och ser fram emot att gå till jobbet

Företagshälsa

Kostnaden för använda tjänster hos företagshälsan under året uppgick till 91 826 kronor, där två tredjedelar av summan kan kopplas till förebyggande insatser. En övervägande del av den totala kostnaden ses vara individrelaterade insatser. Den mest nyttjade kompetensen hos



företagshälsan under året är beteendevetare och den mest nyttjade tjänsten är förebyggande stödsamtal.

Åtgärder och implementering

Nedan redovisas de åtgärder som kommer att vidtas för 2024 utifrån resultatet av den årliga uppföljningen av arbetsmiljöarbetet 2023.

- HR-avdelningen kommer fortsatt fokusera på arbetet med att minska sjukfrånvaron i kommunen under 2024. HR kommer att arbeta vidare med flera av de insatser för att minska sjukfrånvaron som togs fram i handlingsplanen under 2023.
- Arbetsplatserna följer sina handlingsplaner för det systematiska arbetsmiljöarbetet med beskrivna åtgärder.
- I de handlingsplaner, för det systematiska arbetsmiljöarbetet, som berör chefer ska det finnas insatser/åtgärder för att förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.
- HR kommer att se över årshjulet för det systematiska arbetsmiljöarbetet med syfte att optimera processen.

Sammanfattad bedömning

Slutsatsen är att det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar väl och bedrivs i enlighet med gällande föreskrifter. För att säkra tydlighet i roller och ansvar så har kommunen en tydlig process för vidarefördelning av arbetsmiljöuppgifter till chefer med personalansvar.

Nykvarns kommuns sjukfrånvaro har minskat sedan 2022. Bedömningen är att det aktiva arbetet med att minska sjukfrånvaron under året har gett positiva effekter på sjukfrånvaron. Den totala sjukfrånvaron (7,60%) är lägre



än kommunens uppsatta mål (8,58%) men trots det finns behov av att fortsätta fokusera på en hälsosam arbetsmiljö och minska sjukfrånvaron även under 2024. Att arbeta aktivt med en hälsosam arbetsmiljö är en av förutsättningarna för att kommunen ska vara en attraktiv arbetsgivare där kommuninvånarna ska vara nöjda med den kommunala servicen. Dessutom är sjukfrånvaro kostsamt, både i form av sjuklönekostnader, vikariekostnader och produktionsbortfall.

NYKVARNS KOMMUN
Besöksadress: Centrumvägen 24 A
Postadress: 155 80 Nykvarn
Telefon: 08-555 010 00
Fax: 08-555 014 99
www.nykvarn.se



2024-02-22
Kommunstyrelsen
Nykvarns Kommun

Marcus Gregebo
Dataskyddsbud
08-55502063
dataskyddsbud@nykvarn.se

Årsrapport integritetsskydd 2023

Diarienummer: KS/2024:51

Sammanfattning av 2023 års arbete med integritetsskydd

Dataskyddsförordningen, GDPR – The General Data Protection Regulation, gäller för samtliga medlemsstater i EU. Förordningen antogs i mitten på 2018 och syftar till att harmonisera nivån för skyddet av personuppgifter, integritetsskyddet och att det fria flödet inom unionen inte ska hindras. Anpassningsarbetet i Nykvarns kommun startade 2017 och är ett kontinuerligt fortsättningsarbete.

Sammantaget har det under 2023 gjorts 51 behandlingar i registerförteckningssystemet Draftit. 34 är godkända och 17 är under behandling. Sedan införandet av Draftit år 2020 har totalt 158 behandlingar genomförts. Registerförteckningen bedöms fullständig och verksamheterna har rutiner för att administrera förteckningen. Tolv personuppgiftsincidenter har under 2023 registrerats och dokumenterats i Draftit varav två har





anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). I fyra fall har den registrerade underrättats då personuppgiftsansvarig förlorat kontrollen över personuppgifter.

En begäran om registerutdrag har inkommit och berörde Vård- och Omsorgsnämnden. Processen för personuppgiftsincidenter finns dokumenterad och utbildning i hantering av personuppgiftsincidenter kommer fortgå under 2024.

Ett nytt Dataskyddsombud för kommunens samtliga nämnder utsågs under december 2023. Det nya Dataskyddsombudet har sedan tillträde prioriterat att utbilda organisationen i personuppgiftsincidentanmälan och processerna kring anmälan, tredje landsöverföringar, PuB-avtal (personuppgiftsbiträdesavtal) och konsekvensbedömningar (DPIA). Fokus har även legat på att inventera kunskapsnivån inom PUS-organisationen och utifrån det har utbildningar genomförts.

Regelefterlevnaden av Dataskyddsförordningen har i likhet med 2022 och 2021 följts upp genom en enkät som visar på en något försämrad medvetenhet inom integritetsskyddet för 2023 (-7%). På de flesta kontor behövs en förhöjning av medvetandegraden inom områdena rättigheter för de registrerade, överföringsmekanismer samt tredje part-bedömningar för att nå en godtagbar nivå. Den mest sannolika förklaringen till den något försämrade medvetenhetsgraden är omsättningen av personal i PUS-organisationen där medvetandegraden i regel förhöjs exponentiellt över tiden.

Positivt är att:



- Det finns ett intresse och hög ambitionsnivå inom PUS-gruppen att utveckla, driva och systematiskt arbeta med integritetsskyddet och informationssäkerhet.
- Flertalet avdelningar och enheter har tagit stöd av dataskyddsombudet i utformning av interna rutiner kunskapshöjande aktiviteter.
- Organisationen har förbättrat tidsförhållandena vid personuppgiftsincidentsrapportering.
- Kunskapsnivån har ökat gällande konsekvensbedömningar och när dessa behöver genomföras.
- Trots att enkäten visar på en något försämrad medvetenhet kring det övergripande integritetsskyddet så märks ett större intresse för integritetsskyddsfrågor och ett engagemang att vilja utveckla arbetet gällande integritetsskydd och informationssäkerhet på verksamheterna.

Det som behöver utvecklas är:

- Tredje part-bedömningar och kunskap kring när dessa överföringar är tillåtna enligt Dataskyddsförordningen.
- Medvetenhet om när informationstillgångar ska klassificeras, att det faktiskt sker samt att ägaren till tillgången ska bedöma om åtgärder för att mitigera risker behöver vidtas eller ej.
- Kännedom om de registrerades rättigheter och vad man som personuppgiftsansvarig är förpliktigad att göra vid exempelvis en registerutdragsbegäran, begäran om radering samt begäran om korrigerering.



Uppdrag

Bakgrund

Enligt artikel 38.3 i Dataskyddsförordningen ska Dataskyddsombudet rapportera direkt till den personuppgiftsansvariges högsta förvaltningsnivå.

Syfte/mål

Genom direkt rapportering till personuppgiftsansvariges högsta förvaltningsnivå säkerställs att högsta ledningen är medveten om Dataskyddsombudets råd och rekommendationer som är en del av Dataskyddsombudets uppdrag – att informera och ge råd till den personuppgiftsansvarige.

Specificerat uppdrag

Dataskyddsombudets uppgifter är lagstadgade i Dataskyddsförordningen. För kommunala verksamheter betyder det att Dataskyddsombudet ska initiera, revidera och följa upp integritetsskyddsarbetet inom varje nämnd. Det betyder att Dataskyddsombudet ska säkerställa att behandlingar av personuppgifter som genomförs inom de olika nämnderna blir kartlagda och dokumenterade, att nämnderna hanterar personuppgifterna på ett lagligt och korrekt sätt i enlighet med god sed, att överföringar till tredje land sker på ett korrekt sätt samt att gallrings- och begränsningshantering samt behörighetsutbildning sker på en adekvat nivå. Dataskyddsombudet bestämmer självständigt vilka frågor som prioriteras.

Ledningen och beslutande chefer ska i god tid rådgöra med Dataskyddsombudet innan förändringar av hantering och rutiner kring personuppgifter beslutas, utvecklingsprojekt som involverar personuppgifter beslutas samt underrätta ombudet vid förfrågningar och klagomål från registrerade och externa parter, som exempelvis leverantörer och medborgare i kommunen.



Därutöver ingår bland annat följande uppgifter:

- Dataskyddsombudet ska följa utvecklingen av lagstiftningen på dataskyddsområdet och Integritetsskyddsmyndigheten (IMY:s) verksamhet och praxis samt att ge råd till och påpeka brister för respektive kontors ledning och berörd personal.
- Dataskyddsombudet ska följa den pågående utvecklingen inom ansvarsområdet och representera Nykvarns kommun i nätverk som finns i länet och inom SKR.
- Dataskyddsombudet är sammankallande för personuppgiftssamordnarna i kommunens nämnder.
- Dataskyddsombudet är systemförvaltare för systemstödet för registerförteckningen (DraftIT).

Prioriterade uppdrag i verksamheten under 2023

Under 2023 var de huvudsakliga prioriterade uppdragen utbildning av nyanställda chefer, nyckelbefattningar, deltagare i PUS-gruppen och till verksamheter/kontor bland annat genom APT och föreläsningar.

Dataskyddsombudet har:

- Genomfört GDPR-utbildning med nytillträdde chefer som del i chefens intro-program.
- Samordnat och ökat samverkan mellan nämndernas personuppgiftsamordnare.
- Genomfört överlämning till nytt Dataskyddsombud under kvartal fyra, 2023.



- Utbildat nytt Dataskyddsombud i dataskydd, integritetsskydd och KLASSA.

Redovisning av det löpande arbetet

- Genomfört utbildning med personuppgiftssamordnare avseende konsekvensbedömningar (DPIA).
- Genomfört utbildningar hos verksamheter under APT.
- Genomfört konsekvensbedömningar och registerförtecknat kamerabevakning samt förberett ansökningar till IMY.
- Följt upp personuppgiftsbiträdesavtal.
- Tydliggjort vikten av att genomföra konsekvensbedömningar vid behandlingar som kan innebära en hög risk för den registrerades fri- och rättigheter.
- Givit råd och stöd gällande GDPR och integritetsskyddsarbetet i verksamheterna.
- Medverkat i nätverksträffar för DSO-nätverket i Stockholmsområdet, konferenser samt seminarium beträffande dataskydd och integritetsskydd.

Årets granskning

Syftet med 2023 års granskning är att följa upp 2022 års enkät avseende Regelefterlevnad.

Metod

Enkäten genomfördes under vecka tre till sex, 2024 och skickades ut till Dataskyddsorganisationen (PUS). PUS-organisationen är representativ för



hela dataskyddorganisationen med befattningar som ger en bra genomsnittlig representation för hela organisationen. Frågorna ställdes om hur man som tjänsteman i kommunen agerar i olika situationer gällande personuppgiftsbehandlingar och kunde besvaras med JA/NEJ/DELVIS/EJ TILLÄMPNINGSBAR som alternativ. Svaren har därefter paketerats inom 13 beskrivna arbetsområden.

Sammanfattning över resultatet

Bilden till höger visar det övergripande resultatet jämfört med 2022.

Färgerna beskriver:

- Grönt visar ett värde över 70% och en god insikt inom området.
- Gult visar värde mellan 50% och 70% och en viss insikt inom området men behöver förbättras.
- Rött indikerar ett värde under 50% och ett område som måste förbättras.

Under året har medelvärdet sänkts från 59% till 55% vilket ger en förändring om -7%.

#	Area	PUS	
		2022	2023
1	Styrning	73%	71%
2	Register över bearbetnings-aktiviteter	62%	57%
3	Personuppgifts-upplysning	78%	69%
4	Registrerades rättigheter	61%	49%
5	Överförings-mekanismer	63%	47%
6	Personuppgifts-incidenter	60%	51%
7	Informations-säkerhet	64%	40%
8	Tredje part bedömningar	67%	43%
9	Styrdokument	70%	63%
10	Utbildning och användarträning	76%	50%
11	Konsekvens-bedömningar	71%	60%
12	Självutvärderingar	75%	56%
13	Kunskapsbas	72%	55%
	Förändring		-7%

- Fem områden (9,10,11,12,13) har gått från grönt till gult.
- Fyra områden (4,5,7,8,) har gått från gult till rött.

Rekommendationer från Dataskyddsombudet

Dataskyddsombudet rekommendation samt inriktning till alla nämnder och kontor är att fortsatt bevaka de områden i enkäten som behöver utvecklas genom att bland annat:



- Öka insikt och kännedom om de registrerades rättigheter som hur processen ser ut hos nämnderna vid till exempel en registerutdragsbegäran.
- Öka insikt och kännedom om vad en personuppgiftsincident är och hur den ska hanteras samt tydliggöra ansvarsförhållanden.
- Fortsätta främja personuppgiftssamordnarna och bidra till gruppens engagemang och kunskapsnivå.
- Fortsätta utbilda personuppgiftssamordnarna och stärka PUS-gruppen för att kunna utbilda vidare och sprida kunskap inom den egna verksamheten.
- Hålla workshops och öppet hus där medarbetare ges tid och utrymme att ställa frågor, resonera kring hur man ska hantera personuppgifter och behandlingar samt att se över egna interna rutiner.
- Stödja verksamheterna med personuppgiftshantering i form av behandlingar, informationssäkerhetsklassificeringar och övriga frågor.

Nykvarn den 22 februari 2024

Marcus Gregebo

Dataskyddsombud