

Uppföljning internkontroll, tertiäl 3 2025

Kommunstyrelsen

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
1.1 Internkontrollanternas har ordet.....	4
2 Hanterade Risker	6
2.1 Identifierade processrisker	6
3 Intern Kontroll	9
3.1 Risk och kontroll.....	9
3.1.1 Att aktiviteter inte balanseras mot tillgänglig tid i verksamheten	9
3.1.2 Att skyddsronder inte genomförs på alla arbetsplatser.....	10
3.1.3 Mål och policys är inte kända i organisationen	11
3.1.4 Plan för återgång för arbete blir inte gjord inom 30 dagar från första sjukdag.	11
3.1.5 Verksamheten börjar inte planera semestern i tid	11
3.1.6 Att fel person anställs genom brister i referenstagning och- eller brister i personlighetstest	12
3.1.7 Att kontroller ej utförs alternativt att tillräcklig kunskap inte finns, gällande brandskydd	13
3.1.8 Risk för hot och våld i arbetet	14
3.1.9 Bristande utvärdering av leverantörer	14
4 Sammanfattning	16
5 Internkontrollanternas stickprover	17

1 Inledning

Inledning

Välkommen till Ånge kommun första uppföljning av internkontrollplanen för år 2025. Detta dokument har skapats för att ge en översikt över den interna kontrollen och riskhanteringen i kommunen. Syftet med denna rapport är att säkerställa att våra verksamheter och processer följer gällande lagar och regelverk samt att vi arbetar på ett effektivt och ansvarsfullt sätt.

Den interna styrningen och kontrollen är en del av kommunens styrsystem och ett redskap för kommunens ledning att främja en effektiv ledning av organisationen, hantering av risker, utveckling av verksamheten och utvärdering av verksamhetens resultat - ytterst för att säkerställa att verksamhetens syfte och mål nås.

”Syftet med den interna kontrollen är att säkra en effektiv förvaltning och att undvika att det begås allvarliga fel. En god intern kontroll skall således bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att den bedrivs effektivt och säker med medborgarnas bästa för ögonen.” Ur propositionen 98/99:66 En stärkt kommunal revision

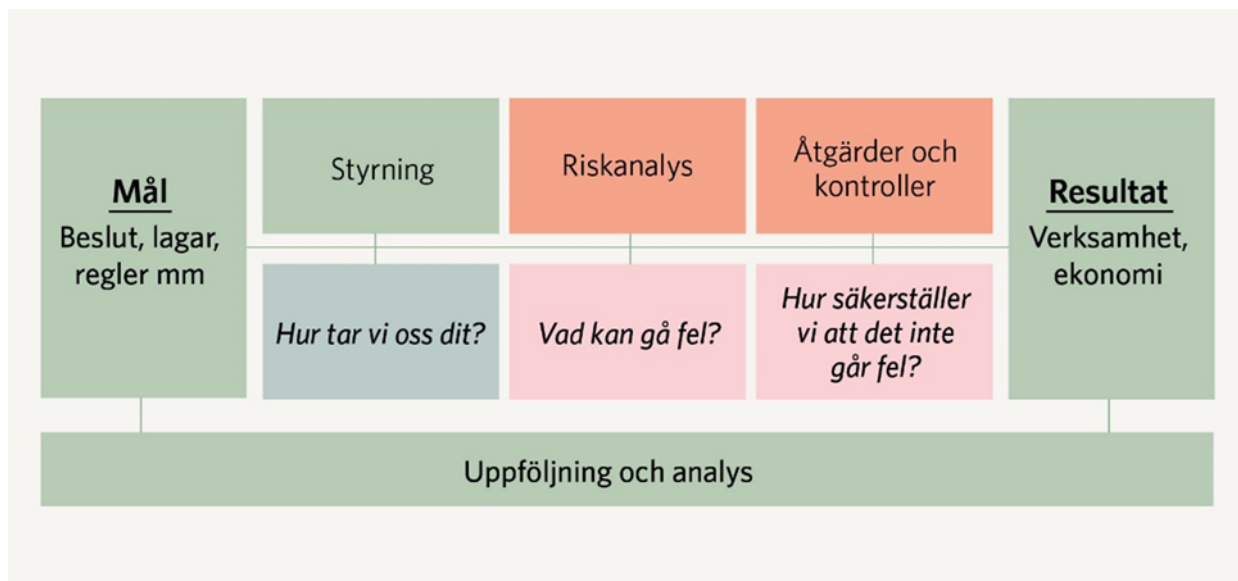
Målet med intern kontroll är:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera

En effektiv internkontroll innebär att egen granskning och uppföljning genomförs i samtliga avseenden, med fokus på:

- Att system och rutiner finns så att budgeterade medel och andra resurser används i överrensstämmelse med tagna beslut.
- Att säkerställa att lagar, bestämmelser, anvisningar, riktlinjer och överenskommelser följs.
- Att minimera risken för missbruk och avsiktliga eller oavsiktliga fel som leder till extrakostnader eller att kommunens tillgångar äventyras.
- Att säkerställa en rättvisande redovisning genom kontroll av riktigheten och tillförlitligheten i räkenskaperna.
- Att skydda politiker och tjänstepersoner mot oberättigade misstankar om oegentligheter.

Enligt kommunallagen ska kommunstyrelsen säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Kommunstyrelsen ansvarar för att ett system för intern kontroll upprättas inom respektive verksamhetsområde. Kommunallagen säger att ”nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten”. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.



*Figur som beskriver hur momenten i intern kontroll säkerställer vägen från mål till resultat.
Källa SKR*

Revisorerna granskar den verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden. Revisorerna har även skyldighet att pröva den interna kontroll med utgångspunkt från vad som är skrivet i kommunallagen om nämndens ansvar för sin verksamhet. Revisorerna rapporterar enbart till kommunfullmäktige som är deras uppdragsgivare.

Kommunstyrelsen ska årligen besluta om en internkontrollplan med åtgärder som bygger på en riskinventering och analys utifrån konsekvenser och sannolikhet att de inträffar. Planen ska sedan löpande återsäkras till och följas upp av kommunstyrelsen i samband med tertiälerna per sista april, sista augusti och sista december.

Internkontrollen i Ånge kommun utgår från tre internkontrollområden; Ekonomi Personal och Verksamhet. Utifrån dessa kategorier listas alla identifierade risker i kommunen.

Förvaltningen bistår arbetet genom att lämna förslag till rapport till de politiska internkontrollanter i samband med tertiärrapport, delårsrapport och årsredovisning. De politiska internkontrollanterna fastställer därefter sin rapport och skickar den till kommunstyrelsen i samband med tertiärrapport, delårsrapport och årsredovisning.

I denna rapport presenteras en översikt över de viktigaste resultaten från årets internkontrollarbete, inklusive identifierade risker, genomförda kontroller och eventuella åtgärder som vidtagits för att förbättra vår verksamhet.

1.1 Internkontrollanterna har ordet

Kommunstyrelsen har utsett Eva Mörk Månsson (S) och Anders Gulliksson (VF) till politiska internkontrollanter. Anders Gulliksson utsågs av Kommunstyrelsen 15 april 2025 och ersätter Leif Edh.

Båda internkontrollanterna har bjudits till möten och beredningar, men under arbetet av tertialrapport 3 har enbart Eva Mörk Månsson (S) deltagit.

Jag har gått igenom rapporten för tertial 3 2025, det vill säga riskerna, de planerade åtgärderna. kontrollmomenten och de förbättrande åtgärderna. Jag har gått igenom rapportens innehåll och de frågor jag har haft och lyft har jag fått svar på.

Under året ska internkontrollanterna utföra stickprov/verifiering på förvaltningens arbete. Inför 2025 planerade vi att fokusera på mål och policys, systematiskt brandskyddsarbete och projektstyrning. Under tertial 3 valde jag att följa upp det förebyggande arbetet kring hot och våld, då föregående tertials verifiering visade att den planerade utbildningen inte hade genomförts. Resultatet för verifieringen för tertial 3 rapporteras i kapitel 5.

Avslutningsvis vill jag tacka för förvaltningens goda stöd och positiva gensvar såväl vid planering som vid stickprov/verifiering.

Vid pennan

Eva Mörk Månsson (S)

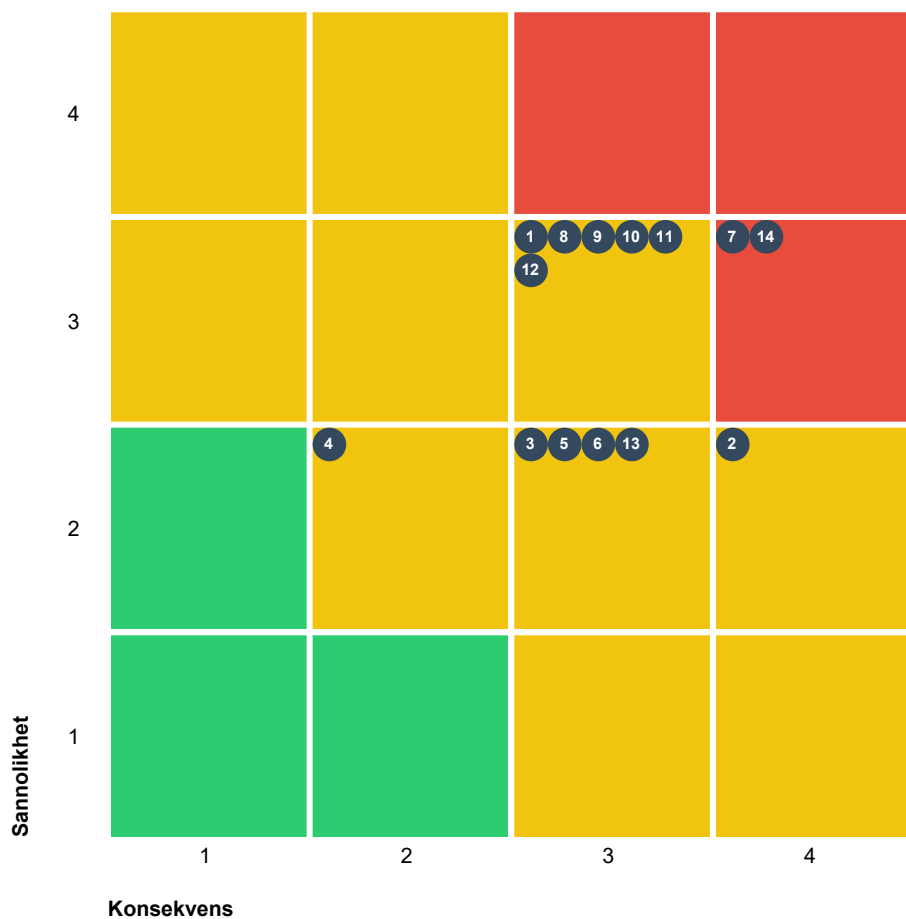
2 Hanterade Risker

I det här kapitlet presenteras de risker som tagits upp i årets internkontrollplan. Dessa risker inventeras av förvaltningen inför varje år och antas i internkontrollplanen. Under året följer kommunstyrelsen upp planen vid varje tertiäl, där riskerna har omvärderas för att bedöma hur riskabel vår verksamhet är och hur väl kommunen bedömer utfallet av det systematiska riskarbetet.

Detta kapitel inleds med en riskmatris. Matrisen visar vart alla de upptagna riskerna befinner sig på en skala 1-4. Matrisen låter oss alltså få en snabb överblick över hur riskabel verksamheten är. Varje prick i matrisen motsvarar en identifierad risk, och siffran i pricken hänvisar till riskerna som listas i tabellen senare i kapitlet.

I tabellen under riskmatrisen presenteras riskerna utifrån kategorierna Ekonomi, Personal och Verksamhet. Varje risk har ett antaget värde för sannolikhet att det kan inträffa och ett konsekvensvärde som beskriver hur allvarlig risken skulle vara om det inträffade. Båda graderade 1 till 4. Dessa tillsammans ger oss Riskvärdet. Riskvärdet berättar hur allvarlig risken är och blir därför vägledande till hur risken ska hanteras.

2.1 Identifierade risker










2 Kritisk 12 Medium Totalt: 14

Kritisk
Medium
Låg

	Sannolikhet	Konsekvens
4	Sannolik	Allvarlig
3	Möjlig	Kännbar
2	Mindre sannolik	Lindrig
1	Osannolik	Försumbar

Område	Process/Rutin	Nr. i matri- s	Risk	Konsekvensbeskrivning	Riskenivå
Ekonomi	2.5.1.3 Upphandling, Hantera avtal och ramavtal Inbjudan till förnyad konkurrens-utsättning, Tilldelningsbeslut med bilagor	1	Bristande utvärdering av leverantörer	Ekonomiska. Risk sårbarhet	 9
Personal	2.3.2.1 Rekrytera och anställa Annonser, Ansökan, erhållen tjänst, Personlighetstest, Anställningsavtal	2	Att fel person anställs genom brister i referenstagning och- eller brister i personlighetstest	Fel person anställs för uppdraget vilket kan skapa konsekvenser i verksamheten gällande kvalitet och ekonomi, samt att det kan leda till en uppsägningsprocess	 8
		3	Nepotism leder till felaktiga rekryteringar	Tjänster skapas eller erbjuds till bekanta, vänner eller familj	 6
	2.3.3.2 Hantera schemaläggning Arbetstidsschema, Flexitidssammanställning	4	Att arbetstidslagen inte följs	Ökade sjukskrivningstal, risk för viten	 4
	2.3.3.3 Semesterplanera Semesterplanering	5	Verksamheten börjar inte planera semestern i tid	Medarbetare får inte tid på sig att planera sin semester i god tid, vilket kan leda till att önskade semesterperioder inte kan tillmötesgå. Leder till försämrad återhämtning och missnöje.	 6
	2.3.4.1 Bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete Riskbedömningar, Skyddsronder och handlingsplaner, Inspektionsmeddelanden, svar, uppföljningar	6	Att skyddsronder inte genomförs på alla arbetsplatser	Att arbetsmiljön brister vilket leder till sjukskrivningar och att personal lämnar.	 6
		15	Risk för hot och våld i arbetet	Dålig arbetsmiljö, sjukskrivningar, försämrad långsiktig medborgarservice	
	2.3.4.4 Hantera krisstöd Rutin,	7	Ej uppdaterade/reviderade krisplaner	Kan skapa problem, förvirring och onödig tidsåtgång om en kris	 12

Område	Process/Rutin	Nr. i matri s	Risk	Konsekvensbeskrivnin g	Riskenivå
	checklista			inträffar.	
	2.3.5.6 Personalthälsa, Rehabilitera Anmälan till försäkringskassan för dag 15 i sjukskrivning, Anmälan till försäkringskassan för dag 15 i sjukskrivning, Bedömning av arbetsförmåga	8	Plan för återgång för arbete blir inte gjord inom 30 dagar från första sjukdag.	Att antalet långtidssjukskrivna ökar	 9
Verksamhet	1.1.4.2 Verksamhetsledning, Planera och följa upp verksamhet Verksamhetsplaner, Kvalitetsrapporter	9	Att aktiviteter inte balanseras mot tillgänglig tid i verksamheten	Att planerade aktiviteter inte blir av och att bidraget till kommunens måluppfyllelse minskar.	 9
	1.1.6.4 Omvärld, Delta i gemensamma projekt Projekthandlingar	10	Att projektportfölj inte bevakas vid planering av verksamheten	Att anhopningar av aktiviteter kan störa det ordinarie arbetet.	 9
	1.2.2.1 Styrning, Hantering och implementering av styrdokument, Upprätta och följa upp policys och mål Strategier och styrdokument, Policy, Handlungsplan, Taxor och avgifter, Riktlinjer, Tillämpningsanvisningar, Bolagsordning	11	Mål och policys är inte kända i organisationen	Bristande målimplementering leder till felaktiga prioriteringar.	 9
	1.2.4.2 Mål och resursplanering, Hantera mål- och budget Planeringsförutsättningar, Mål och prioriteringar, Budget (årsbudget), Tertialrapport, Delårsrapport, Årsredovisning, Årsredovisningar bolag och kommunalförbund, Verksamhetsmål,	12	Att det saknas en tydlig tidsplanering och prioritering för arbetet	Att det blir otydligt och skapar tidspress för arbetet. Leder till sämre kvalitet i arbetet.	 9

Område	Process/Rutin	Nr. i matri s	Risk	Konsekvensbeskrivnin g	Riskenivå
	Ekonomiska månadsrapporter				
	2.8.2.2 Bedriva systematiskt brandskyddsarbete Riskbedömningar, skyddsronder, handlingsplaner	13	Alla har inte vetskap om utrymning mm	Alla tar sig inte ut vid brand	 6
		14	Att kontroller ej utförs alternativt att tillräcklig kunskap inte finns, gällande brandskydd	Risk för brand och personskador	 12

3 Intern Kontroll

Bland kommunens risker som redovisas för i kommunens internkontrollplan ska vissa av den hanteras. Det innebär att förvaltningen endera ska arbeta för att minska risken för kommunen, eller känner att risken är så allvarlig att vi systematiskt bevakar den. Det arbetet redogörs för i detta kapitel.

Riskerna kan vi arbeta med på ett av två sätt, endera så planerar vi in *kontrollaktiviteter*, det vill säga aktiviteter när vi kontrollerar risken. Dessa kan vi endera planeras att genomföras på givna datum, eller när något infaller, till exempel när vi genomför en upphandling över tröskelvärdet. På så vis kan vi *kontrollera* att vi gör rätt och att våra risker därför inte inträffar. Den önskade effekten av detta är därför att risken inte inträffar, eller om den gör det, inte blir så allvarlig. När en kontrollaktivitet är genomförd kan det såklart visa sig att det finns behov av att sätta in en korrigering åtgärd, detta är del av det systematiska arbetet för att ständigt förbättra oss. En korrigering åtgärd kan till exempel vara att teckna ett ramavtal, att genomföra utbildningar, att se över en rutin eller ändra ett system, alltså saker vi gör för att hantera och kontrollera risken.


Det andra vi kan göra är att planera en *förebyggande åtgärd*. En förebyggande åtgärd är, som namnet antyder, något vi gör för att undvika att risken inträffar överhuvudtaget. Det kan vara allt ifrån att dela risken med andra genom samarbeten, att ta fram en rutin för hur vi lägger in semesterönskemål på ett hållbart och rättvist sätt, skapa upp eller revidera en rutin.

3.1 Risk och kontroll

I detta kapitel redogörs samtliga risker som är med i internkontrollplanen och som verksamheterna sagt ska hanteras, det vill säga att vi planerat att genomföra en åtgärd. Varje rubrik är en egen risk och i rubriken så redogörs endera den planerade kontrollaktiviteten, den *förebyggande åtgärden*, eller båda.

För respektive redovisas vad som ska göras, hur det ska göras, när det ska göras, aktuell status och, i det fall det finns, kommentar från verksamheten.

3.1.1 Att aktiviteter inte balanseras mot tillgänglig tid i verksamheten

Kontrollaktiviteter	Utfall
Utvärdering av tertialrapporter för målarbete utifrån tidsplanen	 Mindre avvikelser
Vad kontrolleras? Att aktiviteter följer tidsplanen, så att aktiviteter som halkar efter belyses	
Hur sker kontrollen? Dokumentgranskning	
När utförs kontrollen? Inför tertial 1 och 2.	
Kommentar	

Kontrollaktiviteter	Utfall
Arbetet överlag går bra, men det finns vissa brister i rutinerna och rapportering. Några aktiviteter i kommunstyrelsens verksamhetsplanen har inte kunnat utföras enligt plan 2025, vilket påverkar målbedömningen negativt.	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Genomgång och tidig dialog av tidsplanen vid tertial 1 och 2	✓ Avslutad enligt plan	2025-01-01	2025-09-30

Önskad effekt

Genom att ledningsgruppen sätter in extra möten för att bedöma hållbarheten i den resterande delen av året kan vi tidigt upptäcka behov av omprioritering eller ombudgetering.

Kommentar

Arbetet har gått framåt, men delvis till följd av personalomsättning och personalbrist har det planerade arbetet påverkats negativt. Bland annat har avdelningarnas lokala ledningsgrupper gått igenom planeringen löpande.

3.1.2 Att skyddsronder inte genomförs på alla arbetsplatser

Kontrollaktiviteter	Utfall
Kontroll av utförda skyddsronder	⚠ Mindre avvikelser

Vad kontrolleras?

5 stickprover av utförda kontroller, samt om verksamheten gjorde ronden fysiskt eller ej.

Hur sker kontrollen?

Verksamheten väljs ut via stickprover, kontrollen utförs via dialog med ansvarig chef.

När utförs kontrollen?

Efter avslutad aktivitet, enligt kommunens årshjul för SAM

Kommentar

Genomlysning i samtliga verksamheter har gjorts och majoriteten har genomfört fysiska skyddsronder men en del brister finns som ska rättas till och hanteras under hösten. Stickprovskontroller om skyddsroundens genomförande är gjord, men formen för skyddsronden är inte kontrollerad, utan kommer kontrolleras under året.

Förbättrande åtgärder	
Varje avdelning ska vid slutet av året redovisa genomförande	▶ Pågående med avvikelser

Beskrivning

Varje avdelningschef ska redovisa sina enheters skyddsronder till ledningsgruppen under 2025

Kommentar

En redovisningsmall är framtagen och kommer redovisas till ledningsgruppen under januari 2026.

3.1.3 Mål och policys är inte kända i organisationen


Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Säkerställa kommunikation av mål och policys över året	✓ Avslutad enligt plan	2025-06-01	2025-08-31
Önskad effekt Genom att lyfta dessa i redan befintliga kanaler med ledare och medarbetare så minskar risken att det faller mellan stolarna eller prioriteras ner.			
Kommentar Kommunstyrelsens mål för 2026 har kommunicerats till alla chefer och ledare i kommunen.			


3.1.4 Plan för återgång för arbete blir inte gjord inom 30 dagar från första sjukdag.

Kontrollaktiviteter	Utfall
Kontroll att plan finns	⚠ Mindre avvikelse
Vad kontrolleras? Att planen finns och att den är utförd enligt kommunens riktlinjer.	
Hur sker kontrollen? Stickprover av planer, med fokus på rehabiliteringsprocessen	
När utförs kontrollen? Varje månad utförs 3 till 5.	
Kommentar Under hela året har 5 av 12 månader kontrollerats. Totalt visar kontrollerna att i hälften av de kontrollerade fallen finns brister i planen, eller att plan inte har tagits fram. För december: Av totalt tio stickprover så saknas plan vid ett fall och ytterligare två hade brister.	


Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Riktad utbildning till alla chefer som förtydligar processen	✓ Avslutad enligt plan	2025-01-01	2025-04-01
Önskad effekt Genom att se över stödmaterial och styrdokument, samt göra en riktad utbildning vid en befintlig informationsträff höjs kompetensen och en gemensam bild för åtgärder skapas.			


3.1.5 Verksamheten börjar inte planera semestern i tid


Kontrollaktiviteter	Utfall
Stickprov av skiftarbetande verksamheter	 Ingen avvikelse
Vad kontrolleras? Verksamheter där arbetstiden varierar under året, eller som tar in mycket vikarier, löper ökad risk för att semestrar inte godkänns i Heroma. Finns inte ledigheten i Heroma blir ersättningen till medarbetaren fel, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för envar.	
Hur sker kontrollen? Stickprov av verksamhet som med endera mycket vikarier, eller som arbetar ojämna arbetstider.	
När utförs kontrollen? Inför semesterperioder vid sommaren	
Kommentar Tre stickprov har tagits. Inga avvikelser	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Påminnelse om att börja semesterplanerna, samt att lägga in semestrar i Heroma	 Avslutad enligt plan	2025-04-01	2025-04-07
Önskad effekt Genom en rutin för påminnelse till alla verksamheter, med information om semesterlagen, arbetstidslagen etc, så stärks planeringsförutsättningarna.			

3.1.6 Att fel person anställs genom brister i referenstagning och- eller brister i personlighetstest

Kontrollaktiviteter	Utfall
Uppföljning av att referenstagning är utförd	 Ingen avvikelse
Vad kontrolleras? Att referenstagning är utförd enligt regelverket, att referenserna är relevanta samt om personlighetstester har utförts.	
Hur sker kontrollen? Stickprover av tre rekryteringar per tertiäl.	
När utförs kontrollen? Tertiälvis	
Kommentar Tre stickprovskontroller är genomförda. En på Samhällsbyggnad, en på sociala avdelningen och en på kommunledningen.	

Kontrollaktiviteter	Utfall
Varav referenser har tagits i alla tre rekryteringarna. En av tre har tagit två referenser.	
Utredning av orsak och brister	 Ej utfört
Vad kontrolleras? Eftersom risken är bedömd så hög föreslås en utredning belysa området för att identifiera brister. Utredningen ska belysa hur processen är tänkt att fungera, och hur det faktiskt fungerar i verkligheten.	
Hur sker kontrollen? Grundorsaksanalys via till exempel 5-why	
När utförs kontrollen? Tertial 1	
Kommentar Ej utförd.	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Ta fram ett stödmaterial med förslag på teman och frågor att ställa referenspersonen	 Avslutad enligt plan	2025-08-01	2025-09-30


Önskad effekt

Med referenstagningsstöd så stärks den rekryterande chefen i att säkerställa att kandidaten besitter relevant kunskap och erfarenheter, samtidigt som risken för så kallade falska referenser minskar.


3.1.7 Att kontroller ej utförs alternativt att tillräcklig kunskap inte finns, gällande brandskydd


Kontrollaktiviteter	Utfall
Hur har brandskyddet arbetats med på arbetsplatsen	 Ej utfört
Vad kontrolleras? Hur arbetsplatsen har arbetat med brandskydd. Det inbegriper såväl kunskap, övningar och personalrutiner, samt hur det fysiska skyddet arbetas med.	
Hur sker kontrollen? En verksamhet per tertial, med målet att minst två olika byggnader kontrolleras under året.	
När utförs kontrollen? Tertialvis	
Kommentar Kontroll ej utförd enligt plan. Utbildningsavdelningens skolenheter har brandskyddsansvariga organisatoriskt nära respektive rektor. Staben har ingen brandskyddsansvarig, men avser utse en.	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
-----------------------	--------	------------	-----------


Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Ta fram utbildnings- och bedömningsmaterial, samt genomförande av riktade utbildningar	 Ej påbörjad	2025-01-01	2025-06-30
Önskad effekt Aktiviteten riktar sig till skyddsombud samt verksamhetsansvariga för alla kommunala fastigheter och verksamhetslokaler. Syftet är att stötta arbetsmiljöansvariga chefer och skyddsombud och höja kompetensnivån			
Kommentar Ej genomförd			

3.1.8 Risk för hot och våld i arbetet

Kontrollaktiviteter	Utfall
Finns handlingsplan, inklusive aktuell riskanalys?	 Ej utfört
Vad kontrolleras? Har verksamheten upprättat en handlingsplan för hot och våld, samt om den bygger på en aktuell riskanalys.	
Hur sker kontrollen? Stickprov av två verksamheter per tertiäl. Stickprovet inbegriper kontakt med verksamhetsansvarig, samt dokumentgranskning av plan och analys.	
När utförs kontrollen? Tertiälvis	
Kommentar Kommunfullmäktige antog i juni en riktlinje som reglerar hur kommunen ska arbeta med frågan. Bland annat ställs krav på lokala riskanalyser och utifrån dessa handlingsplaner och därav rutiner för att förebygga och minimera riskerna, samt hur en incident ska bemötas. Riktlinjerna är framtagna och publicerade på intranätet Insidan. Stödmaterial är inte framtaget och inga kontrollmoment är utförda om handlingsplaner och riskanalyser är utförda i verksamheterna eller ej. Kontrollmomentet bedöms som Ej utfört.	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Utbildning i systematiskt arbete mot hot och våld	 Pågående med avvikelse	2025-03-01	2025-04-30
Önskad effekt Erbjuda utbildning riktade till verksamhetsansvariga i hur kommunen arbetar förebyggande kring hot och våld. Utbildningen går dels igenom arbetsgivarens krav, samt det stödmaterial som finns.			
Kommentar Information om att nya riktlinjer är antagna i juni har skickats ut. En utbildning är under framtagning, men inget stödmaterial har tagits fram.			

3.1.9 Bristande utvärdering av leverantörer

Kontrollaktiviteter	Utfall
Kontroll av verksamhetskritiska avtal	 Ingen avvikelse
Vad kontrolleras? <i>Utfraån teman görs kontroller av verksamhetskritiska avtal. För 2024 var temat personuppgiftsbiträdesavtal.</i>	
Hur sker kontrollen? <i>Tre stickprover under året</i>	
När utförs kontrollen? <i>Under året, beroende på stickprovades avtals löptid.</i>	
Kommentar Utvärdering av det nya avtalet för mattransporter har genomförts. Tre stycken befintliga leverantörer har kontrollerats gentemot de uteslutningsgrunder som finns i LOU kapitel 13. Ingen av leverantörerna har under avtalstiden dömts för brott som avses i LOU kapitel 13 eller misskött sina skatter och sociala avgifter.	

4 Internkontrollanternas stickprover

Under tertial 2 2025 kontrollerades bland annat risken "2.3.4.1 Bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete" -Risk för hot och våld. Det som kontrollerades var om utbildning hade erbjudits till verksamhetschefer. De två chefer som tillfrågades hade då inte erbjudits utbildning, varav stickprovet beslutades att upprepas för tertial 3 2025. Vid det nya stickprovet kontaktades två verksamhetschefer för verksamheter där hot och våld skulle kunna förekomma.

Båda verksamhetscheferna återkopplade att de inte kunde minnas att en sådan erbjudits. I samband med stickkontrollen gavs information att en utbildning är under framtagande och kommer erbjudas i början av 2026.

Internkontrollanten skickar med att det behöver avsättas tid för utbildningen och vikten av att materialet har koppling till de nya riktlinjer vid hot och våld.

5 Sammanfattning

Riskbedömningen är gjord för kommunen som helhet, på kommunstyrelsenivå så redovisas dessa som ett genomsnitt för organisationen och inte på enskilda verksamhetsnivå. För 2025 så har kommunstyrelsen beslutat att fokusera både kontroll och aktiviteter på de centrala processerna, dels utifrån att inte vilja belasta kärnverksamheterna och dels för att fokusera på det politiskt prioriterade området arbetsmiljö. Det innebär att majoriteten av kontrollerna och aktiviteterna belastade en avdelning - Staben.

15 risker prioriterades i 2025 års internkontrollplan. Nio av dem hanteras, antingen genom förebyggande åtgärder alternativt genom kontrollmoment, eller ofta både och. Av sju planerade åtgärder är fem utförda enligt plan. De flesta kontrollmoment är utförda enligt plan, men några av dem visar på avvikelser. Ett antal kontrollmoment har inte genomförts enligt plan.

De aktiviteter och kontroller som inte utförts under 2025 har lyfts över till internkontrollplanen för 2026, så en uppföljning av dessa kommer ske.