

# **Uppföljning internkontrollplan tertial 1 2026**

## **Kommunstyrelsen**





<b>1 Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Internkontrollanternas har ordet .....	5
<b>2 Hanterade Risker</b> .....	<b>7</b>
2.1 Identifierade processrisker .....	7
<b>3 Intern Kontroll</b> .....	<b>17</b>
3.1 Risk och kontroll .....	17
3.1.1 Att aktiviteter inte balanseras mot tillgänglig tid i verksamheten.....	17
3.1.2 Att skyddsronder inte genomförs på alla arbetsplatser .....	18
3.1.3 Brister i det Systematiska kvalitetsarbetet .....	18
3.1.4 Mål och policys är inte kända i organisaitonen.....	19
3.1.5 Ej uppdaterade/reviderade krisplaner .....	19
3.1.6 Kontroll av vilka som är på arbetsplatsen.....	19
3.1.7 Medarbetare slutar .....	20
3.1.8 Att verksamheten blir föremål för välfärdsbrottslighet.....	20
3.1.9 Lokalerna är inte fullgoda enligt brandskydd .....	20
3.1.10 Plan för återgång för arbete blir inte gjord inom 30 dagar från första sjukdag.....	21
3.1.11 Svårt att återanställa kompetens till följd av de närmaste årens pensionsavgångar.....	21
3.1.12 Att kontroller ej utförs alternativt att tillräcklig kunskap inte finns, gällande brandskydd .....	22
3.1.13 Risk för hot och våld i arbetet.....	22
3.1.14 Bristande utvärdering av leverantörer.....	23
<b>4 Sammanfattning</b> .....	<b>24</b>
<b>5 Internkontrollanternas stickprover</b> .....	<b>25</b>

### Inledning

Välkommen till Ånge kommun första uppföljning av internkontrollplanen för år 2026. 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

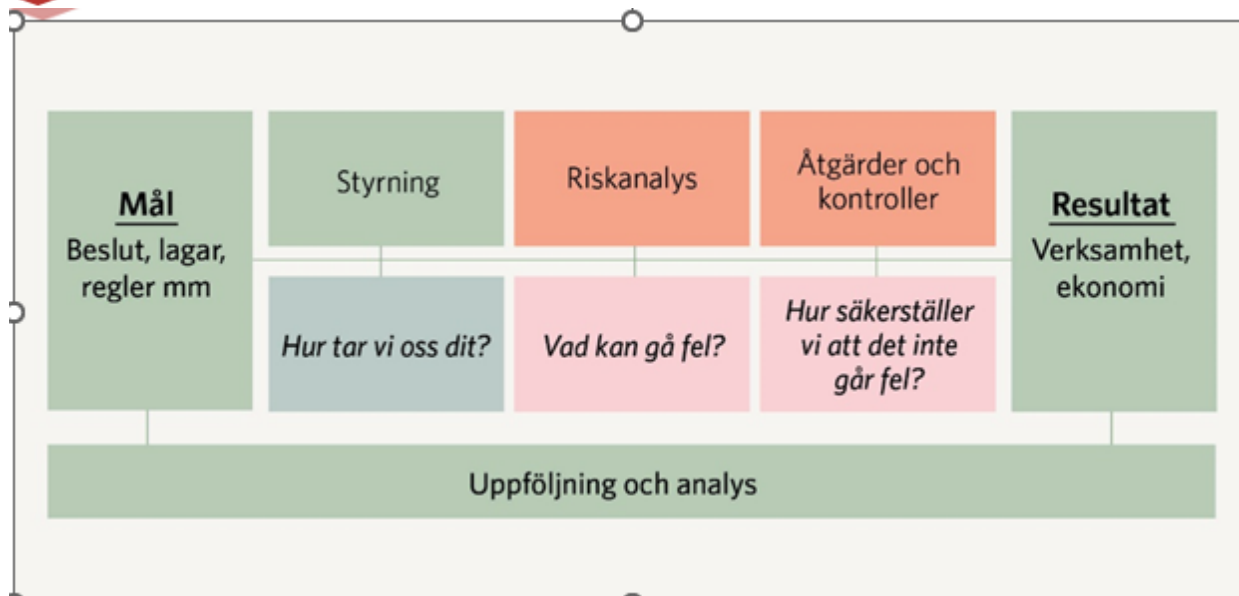
Målet med intern kontroll är:

- 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 överensstämmelse 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 återrapporteras till och följas upp av kommunstyrelsen i samband med tertialen 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.

En central del av det interna kontrollarbetet handlar om att systematisera, dokumentera och rapportera de insatser som löpande görs med att granska den egna verksamheten inom förvaltningens olika områden. För att kunna tala om en god intern kontroll är det viktigt att det finns en fungerande uppföljning och återrapportering. Uppföljningen ska visa utfallet i förhållande till de planer som har beslutats.

Förvaltningen bistår arbetet genom att lämna förslag till rapport till de politiska internkontrollanter inför varje nytt kalenderår. De politiska internkontrollanterna fastställer därefter förslag till plan och skickar den till kommunstyrelsen för fastställande.

## 1.1 Internkontrollanterna har ordet

Kommunstyrelsen har utsett Eva Mörk Månsson (S) och Catrin Rising (VF) till politiska internkontrollanter. Catrin Rising utsågs av Kommunstyrelsen 11 februari 2026 och ersätter Anders Gulliksson.

Vi har gått igenom rapporten för tertial 1 2026, det vill säga riskerna, de planerade åtgärderna.



kontrollmomenten och de förbättrande åtgärderna. Vi har gått igenom rapportens innehåll och de frågor vi har haft och lyft har vi fått svar på.

Arbetet har försenats bland annat på grund av personalomsättning inom förvaltningen, inga stickprov/verifiering har gjorts under tertiäl 1, utan fokus har legat på introduktion av den nya internkontrollanten.

I dagsläget är risk och kontrollmodulen inte ett acceptabelt verktyg för vårt arbete då det inte underhålls och det finns en mängd buggar i modulen.

Pågår den planerade upphandlingen av Stratsys så kommer vi få arbeta utifrån samma förutsättningar som det är idag under de närmsta åren. Det finns ett förslag på en ny process för internkontroll som innebär att uppföljning sker två ggr per år (juni/december) och risker fastställs i januari.

Vi rekommenderar att den nya processen tas fram och att det investeras i en modul som anpassas efter detta.

Vid pennan

Eva Mörk Månsson (S)

Catrin Rising (VF)



## 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 tertial, 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.



### 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 korrigerande åtgärd, detta är del av det systematiska arbetet för att ständigt förbättra oss. En korrigerande 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 avvikelse
<b>Vad kontrolleras?</b> Att aktiviteter följer tidsplanen, så att aktiviteter som halkar efter belyses	
<b>Hur sker kontrollen?</b> Dokumentgranskning	
<b>När utförs kontrollen?</b> Inför tertial 1 och 2.	
<b>Kommentar</b> I tertial 1 kan konstateras att alla tänkta aktiviteter inte har kommit igång som planerat och att det finns en risk för att alla inte kommer att kunna genomföras. Orsaken är tidsbrist och personalbyten. En liten organisation blir sårbar vid personalbyten.	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Genomgång av tidsplanen för målarbetet vid tertial 1 och 2	 Pågående enligt plan	2025-01-01	2026-08-31


**Önskad effekt**

Genom att ledningsgruppen sätter in extra möten för att säkerställa att kommunen ligger i fas i målarbetet, eller om det finns behov av omprioritering eller ombudgetering.

**Kommentar**

Arbetet har påbörjats för en revidering av kommunens styrmodell som innefattar både arbetet med kommunens mål och budget.

### 3.1.2 Att skyddsronder inte genomförs på alla arbetsplatser

Kontrollaktiviteter	Utfall
Kontroll av utförda skyddsronder	 Ingen avvikelse

**Vad kontrolleras?**

5 stickprover av utförda kontroller, samt om verksamheten gjorde rondens 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**

Under tertial 1 påbörjas de fysiska skyddsronderna

#### Förbättrande åtgärder

Varje avdelning ska vid slutet av året redovisa genomförande

 Avslutad med avvikelse

**Beskrivning**

Varje avdelningschef ska redovisa sina enheters skyddsronder till ledningsgruppen under 2025

**Kommentar**

I slutet av 2025 gjordes en uppföljning på alla avdelningar av bland annat genomförande av skyddsronder.

Under våren görs fysiska skyddsronder och på hösten skyddsronder av den psykosociala arbetsmiljön.

I ett stickprov av 2025 års uppföljning kan vi säkerställa att fysisk skyddsronder genomfördes på över 90% av arbetsplatserna.

Under hösten 2025 skickades enkät ut till alla medarbetare och svarsfrekvensen var 64,4% av totalt 847 enkäter.

Inga skyddsronder genomförs under tertial 1 2026.

### 3.1.3 Brister i det Systematiska kvalitetsarbetet

Kontrollaktiviteter	Utfall
Följs rutinen för det systematiska kvalitetsarbetet på alla arbetsplatser?	 Mindre avvikelse



Kontrollaktiviteter	Utfall
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Att allt är korrekt redovisat i tid i systemet</i>	
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>Granskning av system</i>	
<b>När utförs kontrollen?</b> <i>Halvårsvis</i>	
<b>Kommentar</b>	
Inom IFO och stöd och omsorg återstår att slutföra dokumentation kontinuitetsplan. Under juni följer ec stöd och omsorg upp privata medel på APT.	

### 3.1.4 Mål och policys är inte kända i organisaitonen

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Säkerställa kommunikation av politiska mål	Pågående enligt plan	2026-05-01	2026-06-30
<b>Önskad effekt</b> <i>Genom att säkerställa att de nya målen, för 2027, kommuniceras så minskar risken att politiska prioriteringar faller bort.</i>			
<b>Kommentar</b>	Ett arbete pågår för att göra medarbetare mer delaktiga i den politiska processen och allt som händer i kommunen. Bland annat med hjälp av Insidan och arbetsplatsträffar.		

### 3.1.5 Ej uppdaterade/reviderade krisplaner

Kontrollaktiviteter	Utfall
<b>Översyn av befintliga rutiner och material</b>	
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Kommunen ska se över vilka planer och rutiner som finns och utvärdera om dessa är ändamålsenliga.</i>	
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>Dokumentgranskning</i>	
<b>När utförs kontrollen?</b> <i>Tertial 2</i>	

### 3.1.6 Kontroll av vilka som är på arbetsplatsen

Kontrollaktiviteter	Utfall
<b>Kontroll av rutin för utrymning, uppsamling och avstämning av medarbetare</b>	
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Finns rutiner och genomförs övningar i den utsträckning som behövs?</i>	
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>Intervju av chef</i>	



Kontrollaktiviteter	Utfall
<p><b>När utförs kontrollen?</b> En verksamhet per tertial</p>	
<p><b>Kommentar</b> Rutiner finns och fungerar inom utbildningsavdelningen. Inom övriga verksamheter behöver arbetet säkerställas vilket kommer att göras under året.</p>	

### 3.1.7 Medarbetare slutar

Kontrollaktiviteter	Utfall
<p><b>Redovisning av avslutade anställningar</b></p>	
<p><b>Vad kontrolleras?</b> Personalomsättningstal med och utan pensionsavgångar per kvartal.</p>	
<p><b>Hur sker kontrollen?</b> Kontroll mot system</p>	
<p><b>När utförs kontrollen?</b> Varje kvartal</p>	
<p><b>Kommentar</b> Under 2025 var personalomsättningen xx %. Under första kvartalet var den xx %</p>	

### 3.1.8 Att verksamheten blir föremål för välfärdsbrottslighet

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Genomföra utbildningar via utbildningsportalen eller ledardag	Pågående enligt plan	2026-04-01	2026-11-30
<p><b>Önskad effekt</b> Ökad kompetens om välfärdsbrottslighet leder till minskad risk att brottet fullbordas.</p>			
<p><b>Kommentar</b> Samtliga chefer har erbjudits en föreläsning om välfärdsbrott under våren 26. Arbetet kommer att fortsätta och ett samarbete finns i länet.</p>			

### 3.1.9 Lokalerna är inte fullgoda enligt brandskydd

Kontrollaktiviteter	Utfall
<p><b>Externt utförd brandskyddskontroll av totalt tre kommunala objekt under året</b></p>	
<p><b>Vad kontrolleras?</b> Är lokaler där personal vistas godkända ur ett brandskyddsperspektiv?</p>	
<p><b>Hur sker kontrollen?</b> Extern konsult utför kontroll, exempelvis Medelpads Räddningstjänstförbund</p>	
<p><b>När utförs kontrollen?</b> Under året</p>	
<p><b>Kommentar</b> Arbetet är försenat på grund av personalbyte</p>	



Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Se över kommunens rutiner för arbetet med brandskydd och utrymning.	Pågående enligt plan	2026-05-01	2026-11-30

**Önskad effekt**

Att kommunens rutiner är ändamålsenliga och anpassade för dagens verksamhet

**Kommentar**

Inom utbildning genomförs detta årligen med både personal och elever. Finns en gemensam plan för samtliga förskolor och skolor, utöver detta har även varje enhet en egen light-version.

Fortbildning inom trygghet planeras in till uppstart i aug -26

För övriga verksamheter pågår ett arbete.

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

Kontrollaktiviteter	Utfall
<b>Kontroll att plan finns</b>	

**Vad kontrolleras?**

Att planen finns och att den är utförd enligt kommunens riktlinjer.

**Hur sker kontrollen?**

Stickprover av plan för återgång till arbete är gjord

**När utförs kontrollen?**

Varje månad utförs 3 till 5.

#### Kontrollera skillnaden mellan förväntade antalet planer mot faktiska antalet planer

**Vad kontrolleras?**

Den nya rutinen följs

**Hur sker kontrollen?**

Jämförelse mellan varningar i Heroma och planen.

**När utförs kontrollen?**

Varje månad

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Ta fram och implementera en rutin för att mäta och följa upp antal rehabiliteringsplaner för återgång till arbete i förhållande till hur många planer som borde finnas.	Pågående med avvikelse	2026-01-01	2026-03-31

**Önskad effekt**

Genom att jämföra alla fall där en plan borde ha tagits fram (via Heroma), och antalet upprättade planer, kan vi följa hur väl rutinen följs.

**Kommentar**

Påbörjat framtagande av rutin för stickprovskontroller



### 3.1.11 Svårt att återanställa kompetens till följd av de närmaste årens pensionsavgångar

Kontrollaktiviteter	Utfall
<b>Hur väl har kompetensförsörjningsplanen använts och fungerat</b>	
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Att kompetensförsörjningsplanen är implementerad och fungerar som det är tänkt</i>	
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>Jämföra kompetensförsörjningsplanen mot kommande års förväntade pensionsavgångar för kritiska eller svårrekryterade kompetenser</i>	
<b>När utförs kontrollen?</b> <i>En personalkategori per tertiäl, från olika avdelningar</i>	
<b>Kommentar</b> Arbete med framtagande av kompetensförsörjningsplan pågår	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Se över kommunens kompetensförsörjningsplan	Pågående enligt plan	2026-04-01	2026-08-31

#### Önskad effekt

*Att kommunen säkerställer sin drift genom tillgång till den kompetens som behövs framåt.*

#### Kommentar


Vi erbjuder kompetensutveckling för befintlig personal och arbetar för att ta fram nya arbetsätt, t.ex digitala lösningar.


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

Kontrollaktiviteter	Utfall		
<b>Hur har brandskyddet arbetats med på arbetsplatsen</b>			
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Hur arbetsplatsen har arbetat med brandskydd. Det inbegriper såväl kunskap, övningar och personalrutiner, samt hur det fysiska skyddet arbetas med.</i>			
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>En verksamhet per tertiäl, med målet att minst två olika byggnader kontrolleras under året.</i>			
<b>När utförs kontrollen?</b> <i>Tertiälvis</i>			
Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Ta fram utbildnings- och bedömningsmaterial, samt genomförande av riktade utbildningar	Pågående med avvikelser	2025-01-01	2025-06-30
<b>Önskad effekt</b> <i>Aktiviteten riktar sig till skyddsombud samt verksamhetsansvariga för alla kommunala fastigheter och verksamhetslokaler. Syftet är att stötta arbetsmiljöansvariga chefer och skyddsombud och höja kompetensnivån</i>			


Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
<b>Kommentar</b>			
Brandskyddsarbete bedrivs lokalt på arbetsplatsen. Arbetet med övergripande styrdokument påbörjas hösten 2026.			

### 3.1.13 Risk för hot och våld i arbetet

Kontrollaktiviteter	Utfall
Finns handlingsplan, inklusive aktuell riskanalys?	 Mindre avvikelse
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Har verksamheten upprättat en handlingsplan för hot och våld, samt om den bygger på en aktuell riskanalys.</i>	
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>Stickprov av två verksamheter per tertiäl. Stickprovet inbegriper kontakt med verksamhetsansvarig, samt dokumentgranskning av plan och analys.</i>	
<b>När utförs kontrollen?</b> <i>Tertiälvis</i>	
<b>Kommentar</b> Ett material finns framtaget för att starta arbetet på respektive arbetsplats. Materialet ska tas upp på arbetsplatsträffar under andra kvartalet 2026.	

Förebyggande åtgärder	Status	Startdatum	Slutdatum
Utbildning i systematiskt arbete mot hot och våld	 Pågående enligt plan	2025-03-01	2026-04-30
<b>Önskad effekt</b> <i>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.</i>			
<b>Kommentar</b> Hot och våld på arbetet är en av punkterna som ska tas upp på alla APT under andra kvartalet 2026. Ett stödmaterial finns framtaget av HR På utbildning genomförs en särskild dag kring trygghet med all personal inom skolan i augusti -26.			

### 3.1.14 Bristande utvärdering av leverantörer

Kontrollaktiviteter	Utfall
Granskning om leverans motsvarar beställning	 Ingen avvikelse
<b>Vad kontrolleras?</b> <i>Att leveransen av vara eller tjänst stämmer överens med det som avtalats. Bör fokusera på verksamhetskritiska eller kostsamma leveranser</i>	
<b>Hur sker kontrollen?</b> <i>Manuellt, med stöd av avtal eller beställningsunderlag som referens</i>	
<b>När utförs kontrollen?</b> <i>En per tertiäl</i>	

Kontrollaktiviteter	Utfall
---------------------	--------

***Kommentar***

Den som beställt varan/tjänsten ansvarar för att följa upp att det stämmer enligt avtal. Ansvaret ligger på respektive beställande enhet.

Tre stickprover har gjorts på tre olika verksamheter hur de har arbetat med sin kontroll på gjorda inköp. Samtliga har gjort kontroller att beställningarna har uppfyllt förväntningarna.

De verksamheter och beställningar som har kontrollerats är Lokalförsörjning (lokalförsörjningsplan), Kansli (Verksamhetssystemet Stratsys) och Sociala avdelningen (vårddsteknik).



## 4 Sammanfattning

Riskbedömningen är gjord för kommunen som helhet, på kommunstyrelsenivå så redovisas dessa som ett genomsnitt för organisationen och inte på enskilda verksamhetsnivå. För 2026 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.

20 risker prioriterades i 2026 års internkontrollplan. 14 av dessa hanteras antingen genom förebyggande åtgärder alternativt genom kontrollmoment, eller ofta både och. Av åtta (8) planerade åtgärder är sex (6) enligt plan, men två (2) är försenade.

De flesta kontrollmoment är pågående enligt plan, men några av dem visar på avvikelser. Ett antal kontrollmoment har inte genomförts enligt plan.

Arbetet med uppföljning har försvårats av dels hög personalomsättning och dels har modulen risk och kontroll inte underhålls längre. I förvaltningens organisation blir snabbt personer nyckelpersoner när dessa slutar eller byter arbetsuppgifter sker en fördröjning i det uppföljande arbetet.

Bristande underhåll av risk och kontroll modulen innebär att de buggar som finns rättas inte till. Kopplingen mellan enheterna i förvaltningen synkar inte, och den identifierande processrisken blir inte uppdaterad. Framtagande av rapport medför extra handpåläggning, Riskmatris och lista över identifierande risker följer inte med. Risker saknas i denna tertialrapport.

Sammanfattningsvis är Stratsys ett bra verktyg för internkontrollprocessen, under förutsättningar att det underhålls.

